

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Кваліфікаційна (магістерська) робота за спеціальністю «Сестринська
справа» 223-медсестринство

на тему:

«ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ
ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ»

Виконала студентка 2 курсу , групи 3-24-070

111 медичний факультет з підготовки

вітчизняних та іноземних здобувачів освіти

Колесник В.П.

Керівник: проф. кафедри пропедевтики
внутрішньої медицини, медсестринства
та біоетики ХНМУ Амбросова Т.М.

Харків – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Огляд літератури.....	7
РОЗДІЛ 2. Методи і об'єкт дослідження.....	21
2.1 Професійна діяльність медичної сестри хірургічного відділення.....	22
2.2 Правові та організаційні засади діяльності палатної медичної сестри хірургічного відділення.....	25
2.3 Професійні права та система міждисциплінарної взаємодії.....	28
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ ТА МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	30
3.1 Алгоритм роботи медсестри хірургічного стаціонару у мирний та у воєнний час.....	31
3.2 Нормативно-правові та функціональні засади діяльності перев'язувальної медичної сестри.....	35
3.3 Порівняльний аналіз трансформації функціональних обов'язків медичної сестри маніпуляційної в умовах воєнного стану.....	38
РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ ТРАНСФОРМАЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ХІРУРГІЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	41
ВИСНОВКИ.....	46
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОПТИМІЗАЦІЇ РОБОТИ СЕСТРИНСЬКОГО ПЕРСОНАЛУ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	52

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	52
---------------------------------	----

ВСТУП

Актуальність теми. Медсестри є невід'ємною частиною сучасних систем охорони здоров'я. Від достатньої кількості медсестер та чітких норм щодо їхнього робочого навантаження (McHugh et al. 2021) прямо залежить якість медичної допомоги, а отже, і кількість врятованих життів (Griffiths et al. 2014, Rani et al. 2023, Meredith et al. 2024, Lasater et al. 2021, Aiken et. al 2012). В Україні, в умовах війни, коли потреба в медичній допомозі надзвичайно висока, питання навантаження на медичний персонал постає особливо гостро. Наші реалії – це збройний конфлікт, який впливає на всі сфери життя, і в особливості на медицину, медичні працівники – є опорою для цивільних і військових щодня. У всі часи, а особливо в умовах воєнного стану, медична сестра – це очі і руки лікаря, адже вона забезпечує безперервність роботи хірургів, відповідає за готовність обладнання та організовує процеси надання кваліфікованої хірургічної допомоги хворому. Атмосфера роботи в хірургічному відділенні – це про багатогранність процесів, які лежать на плечах медичних сестер. І попри війну – вони єдиний організм, який згурповано надає допомогу великій кількості постраждалих, бореться за життя навіть у найскладніших клінічних випадках. Не дивлячись на такі тяжкі умови, як обстріли, відсутність світла і велике навантаження у зв'язку з великою кількістю постраждалих, які надходили, вони надавали допомогу. Складність роботи медичних працівників у перші тижні війни була не тільки фізична, але й моральна, адже кількість поранених здавалась нескінченною, а в операційній ні на хвилину не припиняли роботу продовжуючи боротися за життя кожного постраждалого. Роботи було дуже багато, і в такі моменти медична сестра хірургічного відділення починає відповідати за багато аспектів, щоб боротися за життя пацієнтів: виконує обов'язки не тільки палатної, а й маніпуляційної

та перев'язувальної медсестри, надає психологічну допомогу родичам постраждалим. Робота медичного сестринського персоналу хірургічного стаціонару в умовах воєнного стану набуває критичного значення, оскільки саме на них покладається значна частина відповідальності за якісне і своєчасне надання медичної допомоги пацієнтам із хірургічними патологіями, зокрема бойовими пораненнями. Особливості їхньої діяльності визначаються підвищеним рівнем навантаження, необхідністю працювати в умовах обмеженого доступу до ресурсів, а також стрімкою зміною клінічної ситуації. Умови воєнного стану висувають додаткові вимоги до організації роботи медичних сестер, зокрема до раціонального використання ресурсів, ефективного планування часу та роботи в умовах стресу. Їхній професіоналізм, оперативність та вміння приймати рішення в екстремальних ситуаціях відіграють вирішальну роль у забезпеченні успішного лікування та відновлення пацієнтів.

Мета дослідження – проаналізувати особливості організації роботи медсестри хірургічного стаціонару в мирний час та в умовах воєнного стану.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретико-методологічні засади організації роботи медичної сестри хірургічного стаціонару в мирний час та виявити ключові зміни в алгоритмах діяльності з початком воєнного стану.
2. Дослідити структуру та специфіку поранень (мінно-вибухові, вогнепальні, комбіновані), що характерні для воєнного часу, та визначити роль медсестри в забезпеченні етапності хірургічної допомоги.
3. Вивчити рівень впровадження принципів Tactical Combat Casualty Care (TCCC) у практику роботи цивільних та військових хірургічних стаціонарів, зокрема протоколу MARCH.

4. Здійснити порівняльний аналіз обов'язків медичної сестри щодо підготовки операційної, стерилізації та післяопераційного догляду в умовах стабільної роботи та при масовому надходженні поранених.

5. Ідентифікувати основні виклики, що постають перед персоналом (дефіцит ресурсів, безпекові ризики, професійне вигорання), та обґрунтувати шляхи їх подолання через оптимізацію логістики та психологічну підтримку.

6. Розробити практичні рекомендації щодо підвищення ефективності роботи сестринського персоналу хірургічного профілю в умовах надзвичайних ситуацій та збройних конфліктів.

Методи дослідження:

Бібліосемантичний метод: застосовувався для вивчення, аналізу та систематизації вітчизняних і зарубіжних наукових джерел, нормативно-правових актів МОЗ України та міжнародних протоколів. Метод дозволив теоретично обґрунтувати відмінності в організації роботи медичних сестер хірургічного профілю в мирний час та в умовах воєнного стану.

Метод системного підходу та аналізу: використаний для вивчення структури надання хірургічної допомоги та інтеграції принципів **TCCC (Tactical Combat Casualty Care)** у щоденну практику медичного персоналу стаціонару.

Соціологічний метод (усне опитування/інтерв'ювання): проведено серед медичних сестер хірургічних відділень однієї з лікарень м. Харкова. Метод дозволив отримати первинні дані про реальні виклики (професійні, психологічні, безпекові), з якими стикається персонал безпосередньо у прифронтовому регіоні.

Метод порівняльного аналізу: застосовувався для зіставлення стандартних операційних процедур (СОП) мирного часу з алгоритмами роботи при масовому надходженні поранених (сортування, екстрена допомога за протоколом MARCH).

Метод статистичної обробки даних: використовувався для узагальнення та інтерпретації результатів опитування, що дозволило сформулювати об'єктивні висновки щодо шляхів подолання виявлених труднощів.

Об'єкт дослідження: Процес організації та особливості професійної діяльності медичних сестер хірургічного стаціонару в умовах трансформації медичної допомоги від мирного часу до воєнного стану.

Характеристика роботи – теоретично-прикладна. Теоретичне значення полягає у систематизації та поглибленні знань про трансформацію сестринського догляду в хірургії при переході від мирного часу до умов воєнного стану. Робота розширює наукове уявлення про адаптацію протоколів TCCC (MARCH) у практику цивільних медичних закладів, що функціонують у прифронтовій зоні. Прикладне значення визначається можливістю безпосереднього впровадження результатів дослідження в роботу хірургічного стаціонару. На основі проведеного усного опитування медичних сестер м. Харкова розроблено практичні рекомендації та алгоритми, що дозволяють: оптимізувати роботу персоналу під час масового надходження поранених, зменшити час на доопераційну підготовку за рахунок впровадження елементів тактичної медицини, впровадити заходи щодо профілактики професійного вигорання в умовах постійного стресу та безпекових загроз.

Апробація роботи. Основні теоретичні положення та практичні результати магістерської роботи були представлені, обговорені та отримали позитивну оцінку на: XLIX Міжнародній науково-практичній конференції «New Areas of Scientific Research: Exploring New Frontiers» (2024 p.).

Публікація статті:

Kolesnik VP, Apkarian HK. Professional activities of a surgical nurse in wartime. Modern engineering and innovative technologies. Germany, Karlsruhe; 2025 Dec; (42): 183-185.

РОЗДІЛ 1.

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

З 2014 р. Україна перебуває в умовах гібридної війни, що супроводжується значними людськими жертвами і завдає величезних матеріальних, фінансових, соціальних і психологічних збитків нашій державі та її громадянам (41, с. 15-26, 31, с. 50-53). З 2022 р. в Україні діє воєнний стан. Воєнний стан вимагає суттєвої адаптації роботи медичних закладів до нових умов, які часто характеризуються підвищеним рівнем невизначеності, обмеженістю ресурсів та збільшенням кількості пацієнтів із важкими травмами [4, с. 1854]. У цих умовах роль медсестринського персоналу набуває критичного значення. Медичні сестри стають невід'ємною частиною команди, яка забезпечує своєчасну та якісну допомогу пацієнтам, незважаючи на складність ситуації. Хірургічні стаціонари, де проводяться як планові, так і ургентні оперативні втручання, перетворюються на осередки інтенсивного лікування. Це вимагає від медичних сестер швидкої реакції, високої професійної підготовки, витривалості та здатності працювати у стресових умовах. Додатковим викликом є необхідність адаптації до змін у процесах догляду за пацієнтами, впровадження нових стандартів роботи та забезпечення координації між різними підрозділами лікарні [8, с. 543]. Особливості роботи медичних сестер у хірургічному стаціонарі під час воєнного стану передбачають організацію догляду за пацієнтами з бойовими пораненнями, забезпечення невідкладної допомоги, роботу в умовах дефіциту ресурсів та підвищеного ризику для власної безпеки [1, с. 93]. Вони також стикаються з емоційними викликами, надаючи психологічну підтримку пацієнтам та їхнім родинам, що особливо важливо в умовах кризового періоду [28, с. 207].

Особливості роботи палатної медсестри. Забезпечення індивідуального догляду за кожним пацієнтом є ключовим завданням медичних сестер у хірургічному стаціонарі, особливо в умовах воєнного стану. Це означає комплексний підхід до потреб кожного пацієнта з урахуванням тяжкості їхнього стану, характеру отриманих травм та специфіки хірургічних патологій. Медична сестра не лише виконує медичні призначення лікаря, але й координує дії між різними службами лікарні, забезпечуючи безперебійний процес лікування та догляду [36, с. 53].

Пацієнти з бойовими травмами, такими як кульові або осколкові поранення, потребують особливої уваги. Часто такі травми супроводжуються множинними ушкодженнями органів та систем, що вимагає підвищеної уваги до моніторингу життєвих показників і виконання призначених процедур [6, с. 101]. Крім того, пацієнти можуть перебувати у стані психологічного шоку, що додає до завдань медсестри забезпечення емоційної підтримки, спрямованої на стабілізацію їхнього психоемоційного стану.

Медсестра також відповідає за своєчасну зміну положення тіла пацієнта, профілактику пролежнів, контроль над гігієною та харчуванням, що є невід'ємною частиною процесу одужання. Для пацієнтів, які перебувають у важкому стані, важливим є забезпечення спеціальних заходів інтенсивного догляду, таких як нагляд за дренажними системами, моніторинг післяопераційного стану та запобігання можливим ускладненням [22, с. 717].

Особливу роль відіграє комунікація з пацієнтами та їхніми родинами. У хірургічному стаціонарі в умовах воєнного стану часто виникають ситуації, коли родичі пацієнта прагнуть отримати інформацію про його стан. Медсестра виступає посередником між медичною командою та родичами, надаючи чітку та коректну інформацію, що сприяє зниженню емоційного напруження [2].

Координація догляду включає також участь у розробці плану лікування пацієнта разом із лікарями, забезпечення своєчасного виконання призначень та контроль за дотриманням медичних протоколів [11, с. 83]. У кризових

умовах це вимагає особливого рівня організованості, швидкої реакції та готовності до роботи у стресових ситуаціях.

Ефективна організація ліжкового фонду є одним із ключових завдань медсестринського персоналу хірургічного стаціонару, особливо в умовах воєнного стану. Часті евакуації поранених з місць бойових дій, а також необхідність госпіталізації цивільних осіб із травмами чи хірургічними патологіями створюють підвищене навантаження на стаціонар [5, с. 6]. У цих умовах медичні сестри відіграють важливу роль у забезпеченні максимально ефективного використання ліжкового фонду.

Процес організації ліжкового фонду включає координацію розміщення пацієнтів залежно від ступеня тяжкості їхнього стану та специфіки травм чи захворювань. Пацієнти із важкими бойовими травмами, які потребують інтенсивного догляду, розміщуються у відділеннях з можливістю постійного моніторингу життєвих показників. Пацієнти, які перебувають на етапі реабілітації або стабільного стану, можуть бути переведені в інші відділення або підготовлені до виписки, що дозволяє звільнити місця для нових госпіталізованих [19, с. 21].

У хірургічному стаціонарі медсестри беруть активну участь у процесі сортування пацієнтів, тобто у визначенні пріоритетності надання медичної допомоги та розміщення відповідно до доступних ресурсів. У разі перевантаження стаціонару важливим стає залучення резервних ліжок, переобладнання інших відділень для прийому хірургічних пацієнтів або тимчасове розгортання мобільних медичних пунктів [20, с. 2171].

Медичні сестри також координують виписку пацієнтів, які завершили курс лікування або можуть продовжити реабілітацію вдома чи в інших медичних установах, а саме здійснюють підготовку необхідної документації, забезпечення пацієнтів рекомендаціями щодо подальшого догляду та ліків, а також координацію транспортування, якщо це необхідно [37, с. 37-38].

Особливий виклик під час війни становить підготовка стаціонару до масового прийому поранених у разі надзвичайних подій, таких як обстріли або масштабні бойові дії. У таких ситуаціях медичні сестри повинні оперативно підготувати додаткові місця, забезпечити їхнє оснащення необхідним обладнанням і матеріалами, а також координувати дії з іншими підрозділами лікарні [31, с. 88-89].

Ефективна організація ліжкового фонду вимагає високої злагодженості роботи медичного персоналу, швидкого прийняття рішень та адаптивності до змінних обставин. Це є невід'ємною складовою функціонування хірургічного стаціонару в умовах воєнного стану.

Ведення медичної документації є однією з основних функцій палатної медсестри, яка в умовах воєнного стану набуває ще більшої значущості. Чітке та оперативне оформлення документації дозволяє забезпечити безперервність лікувального процесу, своєчасну передачу інформації між членами медичної команди та збереження даних про стан пацієнтів. Палатна медсестра зобов'язана вносити зміни до історій хвороби, реєстраційних журналів і інших форм обліку. Уся інформація про виконані процедури (ін'єкції, перев'язки, встановлення катетерів тощо) має бути записана точно і вчасно. У воєнних умовах, коли кількість пацієнтів значно зростає, це дозволяє уникнути плутанини та забезпечити контроль за виконанням медичних призначень [26, с. 257].

Медсестра повинна документувати всі призначення лікаря, включаючи дозування медикаментів, розклад процедур та рекомендації. Це особливо важливо у випадках, коли пацієнт переводиться в інший підрозділ або потребує подальшої евакуації. Регулярне оновлення інформації про життєві показники пацієнта (артеріальний тиск, пульс, температура тощо) дозволяє своєчасно виявляти ускладнення або зміни в стані здоров'я [24, с. 27]. У випадку поранених із тяжкими травмами або післяопераційних пацієнтів ця інформація є критично важливою для прийняття подальших рішень.

У хірургічному стаціонарі медсестра також відповідає за підготовку звітів про кількість пацієнтів, виконані процедури, використані медикаменти та перев'язувальні матеріали. У воєнний час, коли ресурси часто обмежені, це дозволяє оптимізувати їх використання та своєчасно поповнювати запаси [23, с. 69].

У випадках, коли пацієнти переводяться до інших лікувальних закладів, медсестра забезпечує підготовку виписок, у яких вказується стан пацієнта, проведені маніпуляції, призначення та інші важливі дані. Якщо лікарня використовує електронні системи для ведення документації, медсестра повинна володіти відповідними навичками для внесення даних у ці системи [5, с. 389]. Однак у кризових ситуаціях, коли можливі перебої з електропостачанням, медсестра повинна бути готова вести документацію і в паперовій формі.

Точність та оперативність у веденні документації забезпечують не лише якість лікування, а й юридичну захищеність лікарні та медичного персоналу. У воєнних умовах, коли обставини змінюються швидко, правильне ведення записів дозволяє уникнути помилок і сприяє організованій роботі всієї медичної команди.

В умовах воєнного стану психологічна підтримка пацієнтів також стає однією з ключових складових роботи медсестри. Пацієнти, особливо військовослужбовці та цивільні, які отримали травми або перенесли хірургічне втручання, часто перебувають у стані підвищеного емоційного напруження. Це може проявлятися у вигляді страху, тривоги, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або депресії, що впливає не лише на їхній психоемоційний стан, а й на фізичне одужання [13, с. 18].

Першочерговим завданням є створення довірливої атмосфери, у якій пацієнт відчувається захищеним. Медсестра повинна уважно слухати пацієнта, проявляючи емпатію та підтримку. Прості слова розради, розуміння і готовності допомогти можуть значно знизити рівень тривоги [9, с. 190].

Пацієнти-військові часто мають специфічний емоційний стан, пов'язаний із пережитим бойовим досвідом, відчуттям провини за поранення чи втрати товаришів. Медсестра повинна розуміти ці емоції і за можливості направляти таких пацієнтів до психологів чи психотерапевтів для професійної допомоги [16, с. 68].

Цивільні особи, які потрапляють до хірургічного стаціонару через травми, отримані під час бойових дій (наприклад, обстрілів чи вибухів), можуть мати сильний стрес або навіть шоківий стан [3, с. 64]. Медсестра повинна проявляти спокій і підтримку, допомагаючи таким пацієнтам поступово адаптуватися до ситуації.

Родичі пацієнтів також часто перебувають у стані тривоги та стресу. Медсестра може відігравати роль посередника, надаючи родичам інформацію про стан пацієнта та пояснюючи, як вони можуть допомогти у процесі його одужання.

Медсестра може використовувати прості методи для зниження стресу у пацієнтів, наприклад, заохочувати до глибокого дихання, допомагати з релаксацією або пропонувати спокійні розмови, які відволікають від тривожних думок [34, с. 77]. Для військових і цивільних, які пережили важкі травматичні події, важливим завданням є попередження розвитку посттравматичного стресового розладу. Медсестра повинна звертати увагу на ознаки емоційної нестабільності, такі як безсоння, перепади настрою, дратівливість чи уникнення спілкування, і своєчасно повідомляти про це лікарів чи психологів.

Робота в умовах підвищеного емоційного напруження вимагає від медсестри збереження власного психоемоційного балансу. Для цього важливо дотримуватись правил самодопомоги, таких як регулярний відпочинок, обговорення емоцій із колегами чи звернення за підтримкою до психологів [35, с. 18]. Психологічна підтримка пацієнтів є невід'ємною частиною

лікувального процесу, яка допомагає не лише полегшити їхній емоційний стан, а й сприяє швидшому фізичному одужанню.

Особливості роботи медсестри перев'язувального кабінету. Обробка ран є одним із найважливіших і найвідповідальніших завдань медичної сестри, особливо в умовах воєнного стану, коли кількість пацієнтів із бойовими пораненнями значно зростає. Такі поранення часто супроводжуються значними ушкодженнями м'яких тканин, органів і кісток, а також значним забрудненням рани землею, уламками або іншими сторонніми предметами, що створює високий ризик інфекційних ускладнень, тому дотримання строгих правил асептики та антисептики є критично важливим [14, с. 3017].

Медсестра зобов'язана забезпечити стерильність усіх інструментів, перев'язувальних матеріалів та робочого простору. Вона проводить ретельне очищення рани від сторонніх предметів і некротичних тканин, використовуючи стерильні розчини, такі як фізіологічний розчин, хлоргексидин чи препарати на основі йоду. Після очищення рана покривається перев'язувальними матеріалами з антимікробними властивостями, які сприяють її загоєнню та зменшують ризик розвитку інфекції [32, с. 89].

Особливу увагу медсестра приділяє пацієнтам із великими ранами або комбінованими ураженнями, такими як опіки чи переломи. Вона регулярно оглядає рану для оцінки її стану, стежить за відсутністю ознак інфекції, таких як почервоніння, набряк, гнійні виділення чи підвищення температури. У разі виявлення будь-яких ускладнень медсестра негайно повідомляє лікаря для корекції лікування [30, с. 876]. Багато пацієнтів із бойовими пораненнями потребують курсу антибактеріальної терапії для профілактики чи лікування інфекцій, і медсестра повинна забезпечити введення антибіотиків відповідно до призначень.

Обробка ран також включає забезпечення психологічної підтримки пацієнта, оскільки процедура може бути болючою і викликати значний стрес.

Медсестра повинна пояснити важливість процедури, проявити емпатію та за можливості сприяти знеболенню. Крім того, якщо пацієнт продовжує лікування вдома, медсестра проводить інструктаж щодо самостійного догляду за раною або допомагає підготувати родичів до цього процесу, надаючи їм необхідні рекомендації та матеріали [14, с. 3013].

Застосування сучасних перев'язувальних матеріалів є важливим елементом лікування пацієнтів із ранами, особливо в умовах воєнного стану, коли кількість пацієнтів із важкими травмами значно зростає. Сучасні інноваційні перев'язувальні матеріали забезпечують антимікробний захист, стимулюють регенерацію тканин та значно скорочують час загоєння, що є критично важливим для пацієнтів із бойовими пораненнями [18, с. 37].

Антимікробні перев'язувальні матеріали, такі як пов'язки, просочені сріблом, хлоргексидином або йодофорами, активно борються з інфекціями у рані, що особливо важливо у випадках, коли рана була забруднена під час травмування, наприклад, уламками, землею або іншими сторонніми предметами [21]. Застосування таких матеріалів дозволяє мінімізувати ризик розвитку сепсису, що є серйозним ускладненням у хірургічній практиці. Антимікробні перев'язки також мають пролонговану дію, що зменшує частоту перев'язок і полегшує догляд за пацієнтом.

Регенеруючі перев'язувальні матеріали, такі як пов'язки на основі гідрогелів, колагену, гіалуронової кислоти або біологічно активних речовин, сприяють активізації процесів загоєння. Вони створюють оптимальні умови для регенерації тканин, зменшують запальний процес і стимулюють утворення грануляційної тканини. Такі матеріали особливо ефективні при лікуванні великих ран, опіків або хронічних виразок, які часто виникають у пацієнтів із бойовими пораненнями [15, с. 145].

Крім того, сучасні перев'язувальні матеріали мають властивості, що забезпечують комфорт пацієнта. Наприклад, пов'язки, які не прилипають до рани, дозволяють проводити перев'язки безболісно, зменшуючи дискомфорт

для пацієнта. Такий підхід також знижує ризик травмування новоутвореної тканини під час зміни перев'язок [15, с. 187].

Медичні сестри відіграють ключову роль у використанні таких матеріалів. Вони повинні бути обізнаними щодо властивостей та призначення кожного типу перев'язувального матеріалу, вміти правильно підбирати їх залежно від типу рани та стану пацієнта, а також слідкувати за динамікою загоєння [21]. Окрім цього, важливим завданням є інформування пацієнтів і їхніх родин про особливості догляду за раною із використанням сучасних перев'язувальних засобів, якщо лікування продовжується вдома.

Планування роботи в умовах хірургічного стаціонару є одним із ключових завдань медичної сестри, особливо в період воєнного стану, коли навантаження на медичний персонал значно зростає [16, с. 74]. Чітке і продумане планування графіка перев'язок дозволяє не лише мінімізувати час очікування пацієнтів, але й запобігти перевантаженню перев'язувального кабінету, що критично важливо для забезпечення ефективної роботи всього відділення.

Процес планування починається з аналізу кількості пацієнтів, які потребують перев'язок, та визначення пріоритетності виконання процедур. Пацієнти з важкими або інфікованими ранами, які потребують негайного втручання, розглядаються першочергово. Інші процедури плануються відповідно до стану пацієнта, характеру його поранень і часу попередньої перев'язки [25, с. 52]. Це дозволяє уникнути перевантаження кабінету в певні години та забезпечує рівномірний розподіл роботи протягом дня.

Для ефективного планування медсестра розробляє графік перев'язок, який враховує як кількість процедур, так і час, необхідний для кожної з них. Наприклад, перев'язки для складних або великих ран потребують більше часу, тоді як більш прості процедури можна виконати швидше [27, с. 158]. Такий підхід дозволяє оптимально використовувати доступний час і мінімізувати простой. Медсестра також повинна координувати графік з іншими

підрозділами стаціонару, наприклад, операційною чи діагностичними кабінетами, щоб уникнути накладок у розкладі. У разі невідкладних ситуацій, коли пацієнт потребує термінової перев'язки поза графіком, медсестра повинна оперативно реагувати, коригуючи розклад без шкоди для інших пацієнтів [29, с. 32]. Організація чіткого графіка перев'язок також позитивно впливає на психологічний стан пацієнтів. Чітко визначений час процедури зменшує рівень тривоги пацієнтів, які очікують перев'язки, і підвищує довіру до медичного персоналу.

Окрім цього, важливим елементом планування є забезпечення необхідними матеріалами. Медсестра повинна заздалегідь перевірити наявність стерильних перев'язувальних засобів, антисептиків і інструментів, щоб уникнути затримок у роботі [3, с. 24]. Це особливо актуально в умовах воєнного стану, коли ресурси можуть бути обмеженими.

Зрештою, грамотне планування роботи перев'язувального кабінету забезпечує не лише якість надання медичної допомоги, але й підвищує ефективність роботи медичних сестер. Це дозволяє уникнути перевантаження, підтримувати належний рівень обслуговування пацієнтів і сприяє створенню більш комфортних умов як для пацієнтів, так і для персоналу [38, с. 27].

Взаємодія з хірургами є однією з ключових складових роботи медичної сестри в хірургічному стаціонарі, особливо в умовах воєнного стану, коли кількість пацієнтів із бойовими пораненнями та складними травмами значно зростає. Оперативне та точне надання інформації про стан ран дозволяє хірургам швидко реагувати на зміни у процесі загоєння та коригувати лікувальну тактику, забезпечуючи оптимальні результати лікування [26, с. 259].

Медична сестра виконує роль спостерігача і посередника між пацієнтом і хірургом. Її завдання полягає у щоденному моніторингу стану ран під час перев'язок або оглядів. Увага приділяється таким показникам, як наявність запалення, виділення гною, ступінь набряку, стан грануляційної тканини та

загальні ознаки інфекції. Будь-які зміни в стані рани мають бути зафіксовані та оперативно повідомлені хірургу. Окрім оцінки фізичного стану рани, медсестра повинна звертати увагу на загальний стан пацієнта, зокрема його температуру, біль, самопочуття та інші симптоми, які можуть свідчити про ускладнення [17, с. 13]. Це особливо важливо для пацієнтів із бойовими пораненнями, у яких часто спостерігаються комплексні ушкодження або супутні патології, що впливають на процес загоєння.

Під час щоденних або планових обговорень з хірургами медична сестра надає структуровану інформацію про стан кожного пацієнта, використовуючи записи з медичної документації. Це дозволяє хірургу швидко оцінити динаміку загоєння, визначити необхідність зміни перев'язувальних матеріалів, призначення додаткових медикаментів або проведення повторного хірургічного втручання [6, с. 99]. У разі виявлення критичних змін у стані рани медсестра повинна негайно повідомити хірурга, навіть поза плановими консультаціями.

Взаємодія з хірургами також передбачає забезпечення відповідності всіх процедур і догляду за пацієнтом медичним протоколам. Медсестра повинна дотримуватись призначень лікаря, водночас надаючи свої спостереження, які можуть бути корисними для уточнення лікувальної тактики [10, с. 37]. Наприклад, якщо використання певного перев'язувального матеріалу не дає очікуваних результатів, медсестра може запропонувати хірургу альтернативні варіанти на основі свого практичного досвіду.

Крім цього, важливою частиною взаємодії є підготовка пацієнта до хірургічних втручань або додаткових процедур. Медсестра забезпечує збір усіх необхідних даних про пацієнта, включаючи результати аналізів, інформацію про алергічні реакції та інші медичні показники, які можуть вплинути на хірургічне втручання. Ці дані передаються хірургу для прийняття рішень [32, с. 90].

Особливості роботи медсестри маніпуляційного кабінету. Забезпечення ургентної допомоги є одним із ключових завдань медсестри маніпуляційного кабінету, особливо в умовах хірургічного стаціонару під час воєнного стану. Вона повинна бути готовою до швидкого реагування на невідкладні ситуації, які вимагають проведення життєво важливих процедур. Робота медсестри маніпуляційного кабінету включає виконання таких маніпуляцій, як венепункція для забору крові або введення медикаментів, катетеризація сечового міхура для забезпечення відтоку сечі у критичних станах, внутрішньом'язові ін'єкції для швидкого введення лікарських препаратів, а також інші маніпуляції, які можуть знадобитися в екстрених випадках .

У таких ситуаціях швидкість і точність дій медсестри є вирішальними. Вона повинна не лише виконувати маніпуляції відповідно до призначень лікаря, але й оперативно оцінювати стан пацієнта, своєчасно визначаючи необхідність термінових заходів. Наприклад, у разі раптового погіршення стану пацієнта або розвитку ускладнень медсестра повинна діяти впевнено та злагоджено, забезпечуючи стабілізацію пацієнта до прибуття лікаря.

Окрім технічного виконання маніпуляцій, медсестра маніпуляційного кабінету забезпечує строгий контроль за дотриманням правил асептики та антисептики. Усі інструменти й матеріали, які використовуються під час процедури, повинні бути стерильними, а сама маніпуляція має проводитися в умовах повної чистоти, щоб запобігти інфікуванню пацієнта. Це особливо актуально в умовах воєнного стану, коли пацієнти часто мають бойові травми, що супроводжуються забрудненням ран [12, с. 166].

Забезпечення ургентної допомоги також вимагає від медсестри психологічної готовності до роботи в умовах стресу. Пацієнти в ургентних ситуаціях можуть бути наляканими або перебувати в стані болю та шоку [39, с. 38]. Медсестра повинна проявляти емпатію, пояснювати суть процедур і забезпечувати психологічну підтримку, одночасно зосереджуючись на якісному виконанні своїх обов'язків.

Контроль за медикаментами є однією з найважливіших функцій медсестри маніпуляційного кабінету, особливо в умовах воєнного часу, коли доступність лікарських засобів може бути обмеженою. У таких умовах медична сестра відповідає за ефективний облік, збереження і раціональне використання медикаментів, що відіграє критичну роль у забезпеченні безперебійної роботи медичного закладу [24, с. 60].

Постійний облік запасів лікарських засобів передбачає ведення чіткої документації щодо наявних препаратів, їхньої кількості та термінів придатності. Медсестра повинна регулярно перевіряти запаси, фіксуючи надходження та використання медикаментів у відповідних журналах чи електронних системах обліку [4, с. 1949]. Це дозволяє уникнути дефіциту найважливіших препаратів і своєчасно планувати поповнення запасів.

Особливу увагу слід приділяти препаратам, що використовуються в ургентних ситуаціях, таких як знеболювальні, антибіотики, антисептики, розчини для інфузій та інші життєво необхідні засоби. У воєнний час, коли поставки медикаментів можуть бути нестабільними, медсестра повинна забезпечити їх раціональне використання. Це включає контроль за правильним дозуванням, своєчасним використанням препаратів із близьким терміном придатності та запобігання їхньому марнотратству [19, с. 21]. Крім обліку, медсестра відповідає за дотримання умов зберігання лікарських засобів. Кожен препарат повинен зберігатися відповідно до встановлених вимог – у належному температурному режимі, у захищеному від світла та вологи місці. Це особливо важливо для препаратів, чутливих до умов зберігання, таких як вакцини чи розчини для інфузій. У кризових умовах медична сестра також бере участь у формуванні замовлень на додаткові медикаменти, співпрацюючи з адміністрацією лікарні чи постачальниками. Вона повинна оперативно інформувати керівництво про дефіцит певних препаратів, щоб запобігти їхньому повному вичерпанню [21].

Підготовка пацієнтів до оперативного втручання є одним із найважливіших завдань медсестри, яке потребує високого рівня організованості, точності та професіоналізму. В умовах хірургічного стаціонару, особливо під час воєнного стану, цей процес набуває особливої значущості через підвищене навантаження на медичний персонал і необхідність оперативного реагування на невідкладні випадки [30, с. 877].

Одним із ключових етапів підготовки є премедикація пацієнта. Медсестра відповідає за введення призначених лікарем препаратів, які спрямовані на зниження тривожності, полегшення болю, зменшення ризику ускладнень під час анестезії та стабілізацію загального стану пацієнта. Це можуть бути седативні, анальгетичні або антигістамінні засоби. Медсестра повинна чітко дотримуватися дозування та часу введення медикаментів, фіксуючи всі виконані дії в медичній документації [27, с. 156].

Крім премедикації, підготовка включає низку інших важливих процедур. Медсестра перевіряє наявність необхідних аналізів, таких як результати лабораторних досліджень крові та сечі, коагулограма, рентгенівські знімки або результати ЕКГ. Вона також забезпечує проведення додаткових досліджень, якщо це необхідно, для уточнення стану пацієнта [20, с. 2184].

Особливу увагу медсестра приділяє підготовці пацієнта до хірургічного втручання з точки зору гігієни, тобто приділяє увагу обробці операційного поля, видалення волосся в зоні втручання, забезпечення антисептичної обробки шкіри або, за потреби, очищення кишечника перед операціями на органах черевної порожнини. Вона також контролює, щоб пацієнт дотримувався інструкцій щодо відмови від їжі та рідини перед операцією [14, с. 3021].

Медсестра також забезпечує психологічну підготовку пацієнта. Операція – це завжди стресова подія, тому важливо створити для пацієнта атмосферу спокою і довіри. Медсестра відповідає на запитання пацієнта,

пояснює, що від нього очікується під час і після операції, допомагає знизити рівень тривоги та підтримує моральний стан [33, с. 11].

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОБ’ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ

Перша частина дослідження ґрунтується на аналізі наявних статистичних даних, законодавства, вторинних джерел, а друга частина на якісних емпіричних даних, а саме — глибинного усного опитування медсестер хірургічних відділень однієї з Харківських лікарень, що були проведені в період з листопада 2024 року по березень 2025 року. Всього було проведено 10 усних опитувань. Рекрутинг учасниць здійснювався через особисті контакти.

У 2024 році Міністерство поставило собі за мету розробити та затвердити «Граничні норми навантаження медичних працівників» (МОЗ, 2024).

У межах дослідження було проаналізовано нормативно-правове регулювання робочого навантаження медичного персоналу та ідентифіковано ключові системні суперечності у чинному законодавстві. Шляхом узагальнення та критичного аналізу емпіричних даних, отриманих під час вербального опитування медичних сестер хірургічного профілю, виявлено найбільш розповсюджені порушення їхніх професійних прав. Визначено, що наявні законодавчі лакуни створюють передумови для виникнення зазначених порушень, що безпосередньо корелює зі специфікою та інтенсивністю робочого навантаження персоналу в умовах надання спеціалізованої хірургічної медичної допомоги.

2.1 Професійна діяльність медичної сестри хірургічного відділення

У мирний час структура професійної діяльності медичних сестер хірургічного відділення охоплює широкий спектр лікувально-профілактичних заходів, ключовими серед яких є:

- Маніпуляційна діяльність: забезпечення інвазивних втручань, зокрема виконання підшкірних, внутрішньом'язових та внутрішньовенних ін'єкцій, а також проведення інфузійної терапії.
- Спеціалізовані медичні процедури: здійснення катетеризації сечового міхура, постановка очисних та лікувальних клізм, промивання шлунку та постановка компресів.
- Моніторинг соматичного стану: систематичне вимірювання та реєстрація показників життєдіяльності пацієнтів (артеріального тиску, частоти пульсу, температури тіла).
- Десмургія та догляд за ранами: накладання пов'язок різного ступеня складності та участь у проведенні перев'язок у межах хірургічної обробки ранових поверхонь.
- Інтраопераційна та палатна підтримка: безпосередня участь в операційних втручаннях у складі бригади та забезпечення комплексу заходів із догляду за хворими у важкому та критичному станах.

Профілактична та санітарно-гігієнічна діяльність медичного персоналу спрямована на суворе дотримання вимог інфекційного контролю та забезпечення належного санітарно-протиепідемічного режиму у відділенні. Це передбачає здійснення повного циклу дезінфекції та передстерилізаційного оброблення інструментарію, стерилізацію гумових виробів і шовного матеріалу, а також моніторинг гігієнічного стану приміщень шляхом проведення поточних і генеральних прибирань. Окремий аспект становить приготування дезінфекційних розчинів, обробка предметів догляду за хворими (термометрів, суден тощо) та забезпечення особистої гігієни пацієнтів.

Інформаційно-просвітницька робота реалізується через проведення санітарно-освітніх бесід, читання лекцій для пацієнтів та їхніх родичів, а також підготовку тематичних санбюлетнів і брошур, що сприяє підвищенню рівня медичної грамотності населення.

Організаційно-управлінський та господарський компоненти діяльності включають комплексне забезпечення функціонування робочого місця, зокрема виписування та отримання медикаментів, а також контроль технічного стану обладнання, систем освітлення та вентиляції. Особливе значення має ведення медичної документації: облік руху хворих, заповнення стаціонарних, температурних та аптечних журналів, листів призначень, а також документування процедур трансфузії та забору біоматеріалу. Крім того, на медичну сестру покладаються функції з передачі зміни та інструктування (навчання) молодшого медичного персоналу.

Цей алгоритм описує послідовність професійних дій постової медичної сестри під час госпіталізації та подальшого курування пацієнта в хірургічному стаціонарі. Для надання тексту академічного вигляду варто застосувати термінологію, що відповідає стандартам медсестринського процесу та клінічним протоколам.

Регламентована послідовність дій постової медичної сестри в умовах хірургічного стаціонару базується на етапах медсестринського процесу та охоплює такі ключові кроки:

1. Первинна реєстрація та адміністрування: встановлення контакту з пацієнтом та внесення облікових даних до журналу реєстрації стаціонарних хворих.
2. Госпіталізація до профільної палати: розміщення пацієнта, закріплення за ним індивідуального ліжка-місця та інвентарю (тумбочки), а також проведення інструктажу щодо внутрішнього розпорядку відділення.
3. Локальна орієнтація пацієнта: ознайомлення хворого з інфраструктурою хірургічного відділення та графіком роботи медичного персоналу.
4. Збір анамнестичних даних: акумуляція первинної інформації про стан здоров'я пацієнта для подальшого оцінювання.

5. Діагностичне тестування: проведення алергологічних проб у маніпуляційному кабінеті (зокрема на антибіотики та анестетики); верифікація результатів через регламентований проміжок часу (20 хвилин) із обов'язковою фіксацією у медичній карті стаціонарного хворого.

6. Медсестринська діагностика: ідентифікація наявних та потенційних проблем пацієнта на основі вербальної комунікації та фізикального огляду з подальшим встановленням медсестринського діагнозу.

7. Планування та реалізація догляду: розробка індивідуалізованого плану медсестринських втручань та безпосереднє виконання заходів із догляду за пацієнтом.

8. Асистування та виконання лікарських призначень: точне та своєчасне впровадження призначеної терапії та діагностичних процедур згідно з листом призначень.

2.2 Правові та організаційні засади діяльності палатної медичної сестри хірургічного відділення

У мирний час функціональні обов'язки та статус палатної медичної сестри хірургічного відділення визначаються такими положеннями:

Мета та зміст діяльності: Пріоритетним завданням професійної діяльності є забезпечення кваліфікованого догляду за закріпленим контингентом хворих та неухильна реалізація лікарських призначень у межах плану лікування.

Порядок призначення та звільнення: Процедура призначення на посаду та звільнення з неї здійснюється наказом головного лікаря за поданням завідувача профільного відділення.

Кваліфікаційні вимоги: На посаду палатної медичної сестри призначається особа, яка має належний рівень середньої спеціальної медичної освіти та в повному обсязі володіє технікою виконання базових медсестринських маніпуляцій.

Службова ієрархія та підпорядкування: У своїй діяльності палатна медична сестра підпорядковується завідувачу відділення, старшій медичній сестрі, лікарю-ординатору, а в позаробочий час — черговому лікарю закладу.

Управлінські повноваження: Палатна медична сестра наділена адміністративними повноваженнями щодо молодшого медичного персоналу (молодших медичних сестер з догляду за хворими), координуючи та контролюючи їхню роботу в межах підрозділу.

Функціональні обов'язки палатної медичної сестри хірургічного відділення. Комплекс професійних обов'язків палатної медичної сестри хірургічного профілю структурується за декількома ключовими напрямками, що забезпечують безперервність лікувально-діагностичного процесу:

1. Організація госпіталізації та режиму перебування пацієнтів

Медична сестра здійснює прийом та розміщення хворих у палатах, забезпечуючи їхню адаптацію до умов стаціонару. Це включає ознайомлення пацієнтів з правилами внутрішнього розпорядку, їхніми правами та обов'язками, а також інструктування щодо техніки безпеки. Важливим аспектом є контроль за дотриманням лікувально-охоронного та санітарно-протиепідемічного режимів, зокрема нагляд за відвідуванням хворими родичами та перевірка якості харчових продуктів у передачах.

2. Лікувально-діагностична та маніпуляційна діяльність

Сестра забезпечує точне виконання лікарських призначень, проводить термометрію, здійснює забір біологічного матеріалу для лабораторних досліджень та готує пацієнтів до інструментальних методів діагностики (УЗД, рентгенографія тощо). Особлива увага приділяється доопераційній підготовці та післяопераційному супроводу, що включає транспортування пацієнтів з операційного блоку та безперервний моніторинг їхнього стану. У разі погіршення показників життєдіяльності хворого сестра зобов'язана негайно поінформувати чергового лікаря.

3. Догляд та реабілітація

Діяльність персоналу передбачає організацію гігієнічних заходів (туалет хворих), допомогу в прийомі їжі тяжкохворим та проведення ранкової гімнастики. Окрім фізичного догляду, медична сестра реалізує психолого-просвітницьку функцію через проведення бесід щодо формування здорового способу життя та профілактики ускладнень.

4. Обліково-звітна та адміністративна робота

Медична сестра несе відповідальність за ведення та збереження медичної документації (карти хворого, температурні листи, зведення про рух пацієнтів). До її компетенції належить облік, правильне зберігання та використання медикаментів (зокрема наркотичних засобів), а також контроль за роботою молодшого медичного персоналу. Важливим елементом є взаємодія зі старшою медичною сестрою щодо ресурсного забезпечення, що в умовах воєнного стану набуває особливого значення для оптимізації обмежених запасів [23, с. 69].

5. Професійна відповідальність та етика

Завершення робочого циклу передбачає регламентовану процедуру передачі зміни в присутності керівництва відділення. Медична сестра бере активну участь у сестринських конференціях, відповідає за техніку безпеки, протипожежні заходи та, у разі летальних випадків, забезпечує супровід тіл померлих до патологоанатомічного відділення. Ведення медичної документації є однією з основних функцій палатної медсестри, яка в умовах воєнного стану набуває ще більшої значущості. Чітке та оперативне оформлення документації дозволяє забезпечити безперервність лікувального процесу, своєчасну передачу інформації між членами медичної команди та збереження даних про стан пацієнтів. Палатна медсестра зобов'язана вносити зміни до історій хвороб, реєстраційних журналів і інших форм обліку. Уся інформація про виконані процедури (ін'єкції, перев'язки, встановлення катетерів тощо) має бути записана точно і вчасно. У воєнних умовах, коли

кількість пацієнтів значно зростає, це дозволяє уникнути плутанини та забезпечити контроль за виконанням медичних призначень [26, с. 257].

2.3 Професійні права та система міждисциплінарної взаємодії

Ефективність функціонування хірургічного відділення безпосередньо залежить від правового статусу палатної медичної сестри та налагодженості комунікаційних зв'язків усередині медичного закладу.

1. Професійні та адміністративні права Палатна медична сестра наділена правом суб'єктності в управлінні якістю медичної допомоги. Це проявляється у можливості вносити обґрунтовані пропозиції керівництву відділення щодо оптимізації роботи медичного поста та покращення загальних показників діяльності підрозділу. Також фахівець має право на участь у професійних нарадах та зборах, де обговорюються стратегічні питання сестринської справи. Важливою гарантією професійної діяльності є право на безперешкодне отримання повної та достовірної інформації від лікаря-ординатора, завідувача відділення та старшої медичної сестри, що є необхідною умовою для якісного виконання посадових обов'язків.

2. Система службових взаємовідносин Професійна комунікація палатної медичної сестри має багаторівневий характер:

- Вертикальна взаємодія: реалізується через отримання розпорядчої інформації від завідувача відділення, ординаторів та старшої медичної сестри, що забезпечує ієрархічну чіткість виконання медичних призначень.
- Горизонтальна взаємодія: передбачає скоординовану роботу з колегами суміжних постів, операційною та процедурною медичними сестрами, а також персоналом приймального відділення для забезпечення безперервності лікувального процесу від моменту госпіталізації до виписки пацієнта.

3. Специфіка діяльності в умовах воєнного стану. Сучасні виклики, зумовлені воєнним станом, трансформують роль медичної сестри, висуваючи додаткові вимоги до її професіоналізму. В умовах обмеженості ресурсів

критичного значення набуває здатність до раціонального менеджменту матеріальних запасів та ефективного тайм-менеджменту в умовах високого психоемоційного напруження. Оперативність прийняття рішень та здатність до автономної роботи в екстремальних ситуаціях стають вирішальними факторами, що забезпечують успішну реабілітацію пацієнтів хірургічного профілю.

РОЗДІЛ 3

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ ТА МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Трансформація діяльності хірургічної служби у період збройного конфлікту зумовлює перехід медичних закладів на особливий режим функціонування, що характеризується зміною пріоритетів від планової допомоги до екстреної комбатантської та цивільної травматології.

Ключові аспекти організації роботи в умовах війни:

- Стратегічне управління ресурсами та госпіталізацією. З метою вивільнення ліжкового фонду для прийому масових надходжень поранених, планова госпіталізація призупиняється, якщо завантаженість стаціонару перевищує 50%. Це дозволяє підтримувати необхідний резерв для надання невідкладної допомоги.

- Медичне сортування (Тріаж). Впроваджується жорстка система розподілу пацієнтів за ступенем тяжкості поранень. Роль медичної сестри у цьому процесі є критичною для швидкої ідентифікації осіб, що потребують негайних операційних утручань, відстроченої допомоги або мінімального догляду.

- Режим праці та інтенсифікація навантаження. Професійна діяльність здійснюється у посиленому режимі з можливим подовженням робочої зміни до 12 годин і більше. Відповідно до законодавства про працю в умовах воєнного стану, такі надурочні години підлягають особливому обліку та підвищеній оплаті, що є формою компенсації за екстремальну інтенсивність праці.

- Специфіка клінічного догляду та інфекційний контроль. Пріоритетним напрямом стає надання допомоги при політравмах, мінно-вибухових

пораненнях та синдромі тривалого здавлення (crush-syndrome). В умовах масового надходження хворих особливого значення набуває суворе дотримання Стандартних операційних процедур (СОП) та чітке розмежування потоків у «чистих» та «гнійних» перев'язувальних для запобігання госпітальним інфекціям.

- Забезпечення автономності підрозділу. Організація роботи передбачає створення критичних запасів медикаментів, витратних матеріалів, води та енергоносіїв. Це гарантує здатність хірургічного відділення функціонувати в умовах логістичних розривів та підтримувати готовність до швидкої евакуації пацієнтів у безпечніші регіони.

3.1 Алгоритм та специфіка діяльності медичної сестри хірургічного профілю в умовах воєнного стану

В умовах збройного конфлікту алгоритм роботи медичного персоналу хірургічного відділення підлягає повній реконфігурації з акцентом на екстреність, автономність та взаємозамінність. Основні складові професійної діяльності в цей період включають:

1. Екстрене медичне сортування та тріаж.

Першочерговим завданням медичної сестри на етапі приймання є проведення швидкої оцінки стану поранених для визначення пріоритетності надання допомоги. Пацієнти розподіляються на групи за ступенем критичності (невідкладна допомога, важкі, легкі поранення), що дозволяє раціонально розподілити ресурси хірургічної бригади.

2. Заходи невідкладної медичної допомоги

Діяльність медсестри зосереджена на негайному усуненні життєзагрозливих станів:

- Гемостаз: застосування джгутів, турнікетів та тиснучих пов'язок для зупинки критичних кровотеч.

- Респіраторна підтримка: відновлення та забезпечення прохідності дихальних шляхів.

- Протишокова терапія: забезпечення венозного доступу та проведення масивної інфузійної терапії за призначенням лікаря.

3. Операційна та маніпуляційна підготовка. В умовах масового надходження постраждалих час на передопераційну підготовку скорочується до мінімуму. Обов'язки включають:

- Експрес-стерилізацію інструментарію та підготовку наркозно-дихальної апаратури.
- Виконання специфічних маніпуляцій: введення гемостатиків, знеболювальних препаратів, проведення перев'язок мінно-вибухових травм.

4. Організаційно-безпековий компонент

Організація роботи відділення адаптується до загроз безпеці та дефіциту ресурсів:

- Автономність: формування недоторканного запасу медикаментів, перев'язувальних матеріалів та питної води.
- Цивільний захист: забезпечення безпечного переміщення та перебування пацієнтів у захисних спорудах під час повітряних тривог.
- Інфекційна безпека: жорсткий контроль асептики в умовах перевантаженості стаціонару для запобігання септичним ускладненням.

5. Документування та психологічний супровід

Попри екстрений режим, обов'язковим залишається чіткий облік поранених, контроль за обігом наркотичних засобів та ведення обліку надурочних годин персоналу. Особливе місце посідає психологічна підтримка пацієнтів, що перебувають у стані гострого стресу.

Таким чином, ключовою характеристикою роботи медсестри під час війни є універсальність (взаємозамінність) — здатність фахівця одночасно

поєднувати функції операційної, маніпуляційної та палатної медичної сестри залежно від поточної потреби підрозділу.

Нами встановлено, що ефективна організація ліжкового фонду є одним із ключових завдань медсестринського персоналу хірургічного стаціонару, особливо в умовах воєнного стану. Динамічні умови воєнного стану, що характеризуються інтенсивною евакуацією поранених із зон бойових дій та масовою госпіталізацією цивільного населення з політравмами, зумовлюють екстремальне навантаження на хірургічні стаціонари [5, с. 6]. У цьому контексті роль середнього медичного персоналу виходить за межі суто клінічних маніпуляцій і набуває рис операційного менеджменту ліжкового фонду. Ефективність використання ресурсів відділення безпосередньо залежить від організаційних здібностей палатної медичної сестри, яка забезпечує раціональну ергономіку палат, оптимізацію розміщення медичного інвентарю та підтримання вірцевого порядку на робочому місці. Попри жорсткі санітарно-гігієнічні вимоги, медична сестра ініціює створення психологічно комфортного середовища («терапевтичного затишку»), що є превентивним заходом проти депіталізації пацієнтів у тривалому стаціонарі.

Особливе значення у структурі сестринського догляду посідає забезпечення базових життєвих потреб хворих у синергії з фаховою психологічною підтримкою. Військовослужбовці та цивільні особи, які перенесли хірургічні втручання внаслідок бойових травм, перебувають у стані критичного емоційного напруження. Прояви страху, тривоги, ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або депресивні стани суттєво детермінують не лише психоемоційний статус пацієнта, а й загальну динаміку його соматичного одужання [13, с. 18]. Відтак, здатність медичної сестри вчасно ідентифікувати ознаки психологічного дистресу та застосувати методи деескалації напруги стає невід'ємним компонентом сучасної хірургічної допомоги в умовах війни.

Пріоритетним завданням медичної сестри у системі хірургічної допомоги є формування терапевтичного середовища, заснованого на принципах безпеки та довіри. Активне слухання, прояв емпатії та вербальна підтримка є ефективними інструментами зниження рівня доопераційної та посттравматичної тривоги пацієнтів [9, с. 190]. Особливої уваги потребує специфічний емоційний статус військовослужбовців, зумовлений бойовим досвідом, відчуттям провини за поранення або втратою побратимів. У таких випадках професійна роль медичної сестри полягає не лише у наданні підтримки, а й у своєчасній маршрутизації пацієнта до фахівців вузького профілю — психологів чи психотерапевтів [16, с. 68]. Аналогічно, цивільні особи, які зазнали поранень внаслідок бойових дій, часто перебувають у стані гострого стресу або шоку [3, с. 64], що вимагає від персоналу виваженості та сприяння поступовій психосоматичній адаптації.

Якість загального догляду, що здійснюється медичною сестрою із залученням молодшого персоналу, виступає ключовим фактором превенції післяопераційних ускладнень. Комплекс заходів із догляду та моніторингу охоплює такі напрями:

- Санітарно-гігієнічний контроль: підтримання належної обстановки в палатах, верифікація проведення санітарної обробки при госпіталізації та контроль за дотриманням пацієнтами правил особистої гігієни.
- Курація тяжкохворих та поранених: надання допомоги при зміні положення тіла, перестилання ліжка, комплекс заходів із профілактики пролежнів (обробка шкіри камфорним спиртом), забезпечення особистої гігієни та асистування під час харчування.
- Клінічний моніторинг: систематичне вимірювання температури тіла, підрахунок частоти серцевих скорочень (ЧСС) та дихання, контроль діурезу з фіксацією показників у температурних листках.

- Діагностично-адміністративна підтримка: збір та своєчасна доставка біоматеріалу до лабораторії, інтеграція результатів досліджень в історію хвороби, підготовка пацієнтів до інструментальних обстежень та складання порційних вимог згідно з дієтними призначеннями.

3.2 Нормативно-правові та функціональні засади діяльності перев'язувальної медичної сестри

Професійна діяльність медичної сестри перев'язувального кабінету регламентується чинним законодавством України, зокрема галузевими наказами Міністерства охорони здоров'я (в тому числі базовим Наказом № 720 щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій), положенням про перев'язувальний блок та посадовими інструкціями.

Комплекс її функціональних обов'язків охоплює такі стратегічні напрями:

1. Забезпечення режиму стерильності та інфекційного контролю. Ключовим завданням фахівця є підтримання суворого санітарно-гігієнічного режиму в межах перев'язувального блоку. Це передбачає безпосереднє здійснення стерилізації інструментарію та шовного матеріалу, а також підготовку медичної білизни для централізованого стерилізаційного відділення. Окремий аспект становить систематичний (щотижневий) бактеріологічний контроль, що включає моніторинг стерильності операційного поля, рук персоналу та використовуваних матеріалів.

2. Технічне та маніпуляційне забезпечення лікувального процесу. Медична сестра здійснює повну підготовку блоку до роботи: комплектування інструментарію, медикаментів та перев'язувального матеріалу. У межах клінічної діяльності вона безпосередньо виконує перев'язки або асистує лікарю під час їх проведення, забезпечуючи дотримання правил асептики та антисептики на всіх етапах втручання.

3. Ресурсний менеджмент та облік. До компетенції перев'язувальної медичної сестри належить управління матеріальними запасами підрозділу. Вона відповідає за раціональне використання інвентарю, веде суворий облік витрат спирту, антисептиків та інших медикаментів. Своєчасне поповнення резервів перев'язувальних матеріалів є критично важливим для безперебійної роботи хірургічної служби, особливо в умовах підвищеної інтенсивності госпіталізацій.

4. Адміністративно-навчальна та безпекова функція. Фахівець здійснює координацію та контроль роботи молодших медичних сестер, забезпечуючи їхнє навчання стандартам догляду та гігієни. Окрім ведення встановленої медичної документації, сестра відповідає за дотримання правил техніки безпеки та протипожежних заходів у межах блоку. Безперервний професійний розвиток реалізується через участь у сестринських конференціях та систематичне підвищення кваліфікації.

У практичній діяльності медичної сестри хірургічного профілю неухильне дотримання правил асептики є фундаментом профілактики інфекційних ускладнень. Процес зміни пов'язок потребує суворої регламентації: використання стерильних засобів індивідуального захисту (рукавичок, масок) та застосування інструментального методу маніпуляцій.

Система заходів щодо запобігання інфікуванню ран:

- Універсальні запобіжні заходи: стандартизований підхід до обробки рук та дезінфекції поверхонь.
- Принципи ізоляції: недопущення перехресного інфікування (крос-інфекції) шляхом розмежування черговості перев'язування «чистих» та «гнійних» пацієнтів.
- Систематичний догляд: щоденний моніторинг стану ранових поверхонь та оцінка динаміки регенерації.
- Протокольна взаємодія: проведення першої післяопераційної перев'язки на другу добу в присутності лікаря для верифікації стану швів.

У сучасних умовах воєнного стану робота медичних підрозділів характеризується надзвичайною інтенсивністю, оскільки поранені госпіталізуються переважно з поліструктурними уламковими ушкодженнями, що супроводжуються множинними дефектами м'яких тканин та наявністю сторонніх тіл у рановому каналі. Особливу складність становлять пацієнти, які перебувають у стані травматичного шоку з комбінованими ураженнями м'язової, судинної, нервової та кісткової систем. Патофізіологічні механізми таких поранень призводять до виражених порушень мікроциркуляції, внаслідок чого формується зона вторинного некрозу, яка суттєво обтяжує загальний клінічний стан та прогноз одужання. Попри високий ступінь складності пошкоджень, кваліфікована допомога лікарів та медичних сестер, зокрема вчасне проведення складних хірургічних втручань, дозволяє ефективно реалізовувати стратегію збереження життя та запобігання ампутаціям кінцівок [3].

Ефективність лікування таких складних станів значною мірою залежить від впровадження високотехнологічних методів санації та закриття ранових поверхонь. На сучасному етапі провідною методикою є вакуум-асистоване закриття ран (VAC-терапія), яка базується на використанні від'ємного тиску для постійної евакуації ексудату, зменшення локального набряку та стимуляції ангіогенезу. Застосування цієї технології дозволяє суттєво прискорити очищення рани від некротичних мас та сприяє формуванню грануляційної тканини, що є критично важливим при великих дефектах м'язів. Паралельно з апаратними методами особлива увага приділяється вибору антисептичних засобів нового покоління, таких як препарати на основі полігексаніду або октенідину. На відміну від традиційних антисептиків, ці сполуки мають пролонговану дію та мінімальну цитотоксичність, що дозволяє ефективно боротися з біоплівками патогенних мікроорганізмів, не пошкоджуючи при цьому життєздатні клітини в зоні молекулярного стресу.

Специфіка медсестринської діяльності у воєнний час зумовлена необхідністю обробки значної кількості ран в умовах дефіциту ресурсів або безпосередньої загрози безпеці персоналу. Високий рівень професійної компетентності, володіння техніками апаратного лікування ран та здатність до злагоджених дій у кризових ситуаціях стають детермінуючими факторами у забезпеченні позитивної динаміки лікування пацієнтів [10, с. 39]. При цьому обробка ран розглядається не лише як технічна медична маніпуляція, а як комплексний елемент терапевтичного супроводу, що безпосередньо корелює з темпами фізичної реабілітації та психоемоційною стабілізацією постраждалих. Таким чином, синергія хірургічної майстерності, інноваційних технологій обробки ран та фахового медсестринського догляду є фундаментом успішного відновлення функціональних можливостей організму військовослужбовців.

3.3 Порівняльний аналіз трансформації функціональних обов'язків медичної сестри маніпуляційної в умовах воєнного стану

Трансформація функціональних обов'язків маніпуляційної медичної сестри хірургічного профілю в умовах воєнного стану зумовлена різкою зміною структури патологій, інтенсивністю надходження пацієнтів та необхідністю адаптації протоколів надання допомоги до екстремальних обставин. У мирний час діяльність медичного персоналу регламентується чіткими санітарно-протиепідемічними нормами та плановістю лікувального процесу. Ключовий аспект роботи полягає у дотриманні режиму процедурного кабінету, здійсненні передстерилізаційної обробки інструментарію, веденні суворої звітності щодо використання медикаментів та виконанні лікарських призначень, таких як внутрішньовенні впорскування, інфузійна терапія та забір біоматеріалу для лабораторних досліджень. Важливою складовою є також просвітницька робота з пацієнтами та планове підвищення кваліфікації в межах професійних стандартів.

Проте перехід до роботи в умовах війни радикально змінює пріоритетність та зміст зазначених обов'язків. Якщо в мирний час процедурна медсестра фокусується на плановій терапії та профілактиці госпітальних інфекцій, то у воєнний період на перший план виходить здатність до роботи в умовах масового надходження постраждалих із політравмами та мінно-вибуховими пораненнями. Ургентність станів вимагає від медичної сестри не лише технічної досконалості у виконанні маніпуляцій, а й високого рівня автономності у прийнятті рішень під час стабілізації пацієнтів у стані травматичного шоку. Контроль за обігом медикаментів та наркотичних засобів стає більш критичним через обмеженість ресурсів та потребу в негайному знеболенні великої кількості поранених, що змушує оптимізувати процеси обліку та поповнення термінальних аптечок у режимі реального часу.

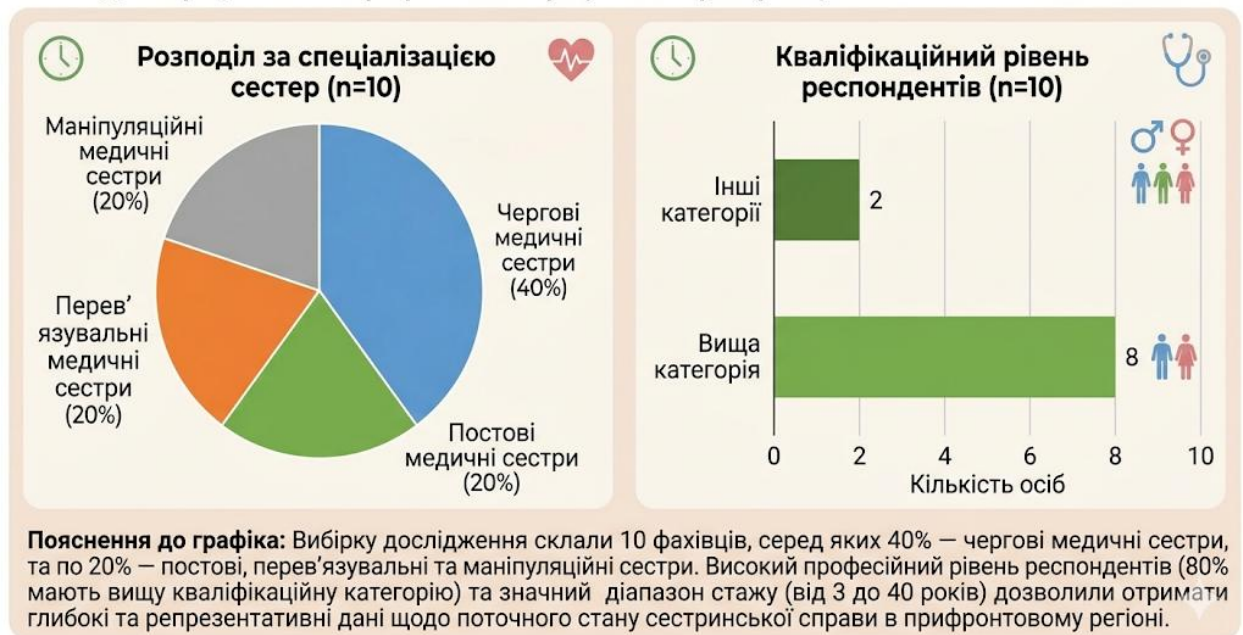
Суттєвих змін зазнає і санітарно-епідеміологічний аспект: в умовах бойових дій медична сестра часто вимушена підтримувати стерильність та проводити бактеріологічний контроль у пристосованих приміщеннях або при обмеженому доступі до централізованого стерилізаційного відділення. Окрім суто технічних функцій, вагомого значення набуває психологічний компонент професійної діяльності. Робота з пацієнтами, які перебувають у стані гострого стресового розладу або фізичного шоку, вимагає від маніпуляційної медсестри поєднання високої швидкості виконання інвазивних втручань з наданням емоційної підтримки. Професійна емпатія та здатність до комунікації в кризових ситуаціях стають вирішальними факторами, що впливають на комплаєнс пацієнта та загальну ефективність лікування. Таким чином, якщо в мирний час обов'язки медичної сестри спрямовані на стабільне забезпечення лікувального процесу, то у воєнний час вони інтегруються в комплексну систему виживання, де швидкість, психологічна стійкість та здатність до раціонального розподілу обмежених ресурсів визначають кінцевий результат надання допомоги та збереження життя військовослужбовців.

РОЗДІЛ 4

АНАЛІЗ ТРАНСФОРМАЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ХІРУРГІЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

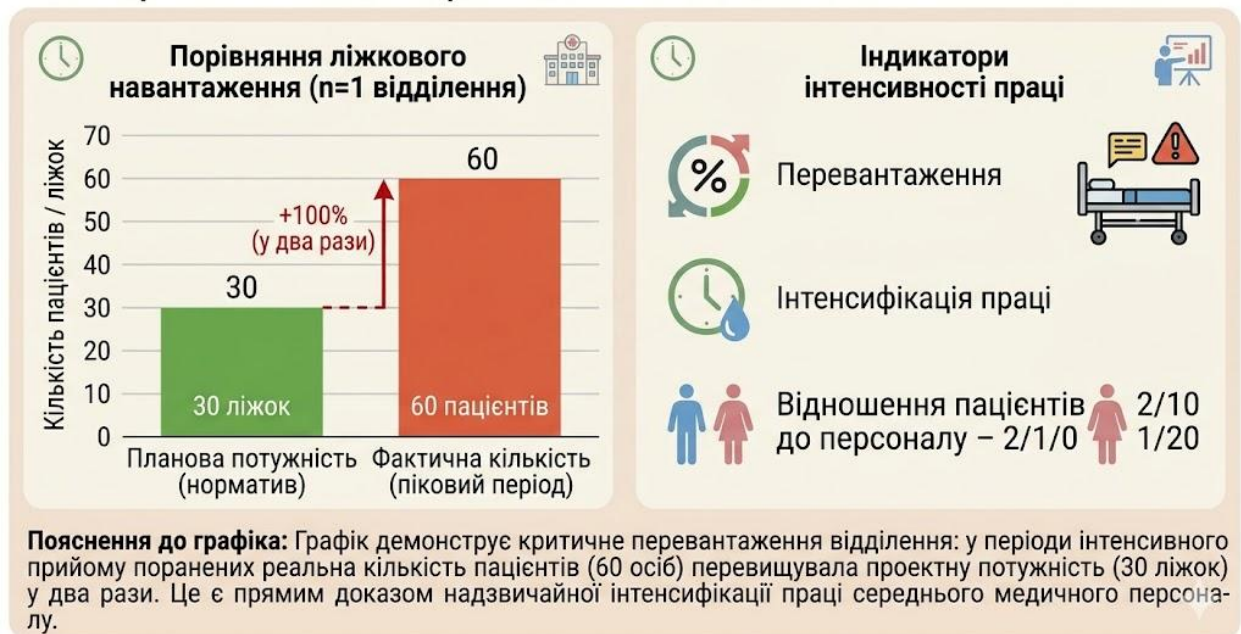
Емпіричне дослідження, проведене на базі хірургічного відділення КНП ХОР “Обласна клінічна лікарня” м. Харкова, дозволило комплексно оцінити трансформацію професійної діяльності медичних сестер в умовах повномасштабної війни. Вибірку дослідження склали 10 фахівців, серед яких 40% — чергові медичні сестри, та по 20% — постові, перев’язувальні та маніпуляційні сестри. Високий професійний рівень респондентів (80% мають вищу кваліфікаційну категорію) та значний діапазон стажу (від 3 до 40 років) дозволили отримати глибокі та репрезентативні дані щодо поточного стану сестринської справи в прифронтовому регіоні (рис.1).

Рис. 1. Демографічний та професійний профіль вибірки (n=10)



Аналіз робочого навантаження виявив критичну тенденцію до латентного суміщення посад, що де-факто стало нормою в умовах дефіциту кадрів. Респонденти зазначають, що чергова медична сестра сьогодні змушена акумулювати функції декількох фахівців: від адміністративного прийому та виписки пацієнтів до безпосереднього маніпуляційного супроводу, підготовки до операцій та післяопераційного моніторингу. Таке інтенсивне розширення функціоналу відбувається на тлі значного перевищення ліжкового фонду. Зокрема, у періоди активних бойових дій навантаження на відділення, розраховане на 30 ліжок, зростало до 50–60 пацієнтів, що майже вдвічі перевищує нормативні показники (рис.2).

Рис. 2. Порівняння планового та реального ліжкового навантаження



Специфіка роботи в умовах війни змінила й структуру контингенту хворих. Окрім поранених із важкими вогнепальними та мінно-вибуховими травмами, значну частину пацієнтів становлять самотні особи похилого віку з декомпенсованими хронічними патологіями та наслідками ампутацій. Оскільки через воєнні дії багато хто з них залишився без підтримки родичів, весь обсяг гігієнічного та психологічного догляду перекладається на середній та молодший медичний персонал. Хоча 80% опитаних продемонстрували

повну обізнаність щодо нормативно-правових стандартів своєї діяльності та прав на доплати, реальний стан справ свідчить про системне недотримання норм відпочинку та невідповідність матеріальної винагороди фактичним енерговитратам.

Важливим аспектом дослідження стала оцінка готовності персоналу до надання допомоги за алгоритмами тактичної медицини, адаптованими для стаціонару. Результати свідчать про те, що попри загальну теоретичну підготовку, існують певні розриви у володінні спеціалізованими протоколами. Зокрема, лише 60% респондентів впевнено володіють алгоритмом дій при масовому надходженні поранених, тоді як 40% потребують додаткового інструктажу. Щодо протоколу MARCH (Massive Hemorrhage, Airway, Respiration, Circulation, Hypothermia), 70% медичних сестер підтвердили готовність до самостійної зупинки критичних кровотеч шляхом тампонади або використання турнікетів, проте 30% виявили лише часткову обізнаність (рис.3).

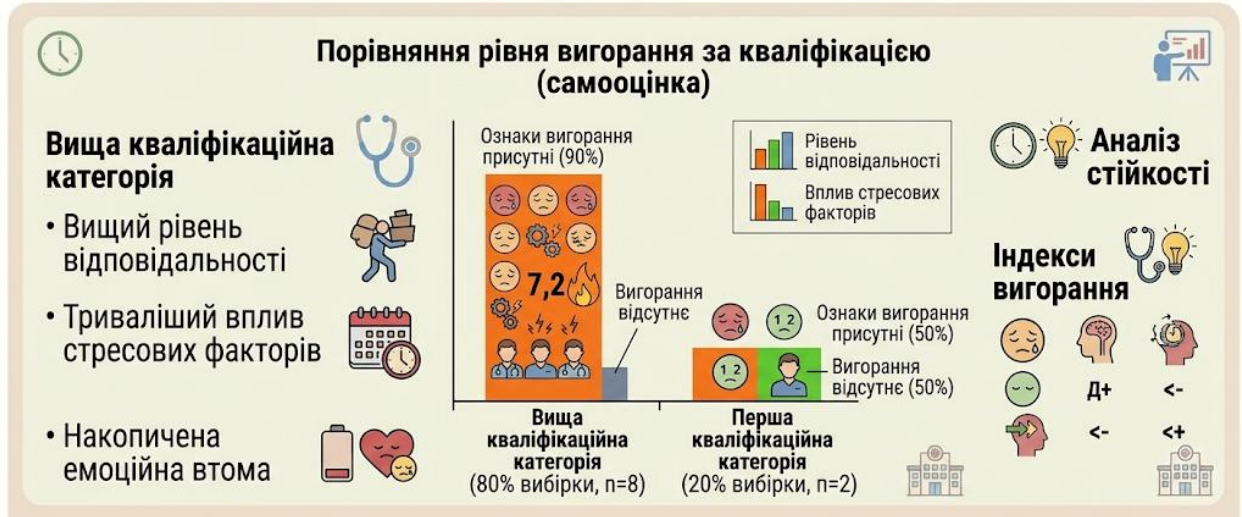
Рис. 3. Рівень володіння персоналу алгоритмом MARCH (самооцінка, n=10)



Це актуалізує необхідність впровадження постійно діючих тренінгів із відпрацювання навичок зупинки кровотеч у вузлових зонах та моніторингу стану пацієнта за системою PAWS на госпітальному етапі.

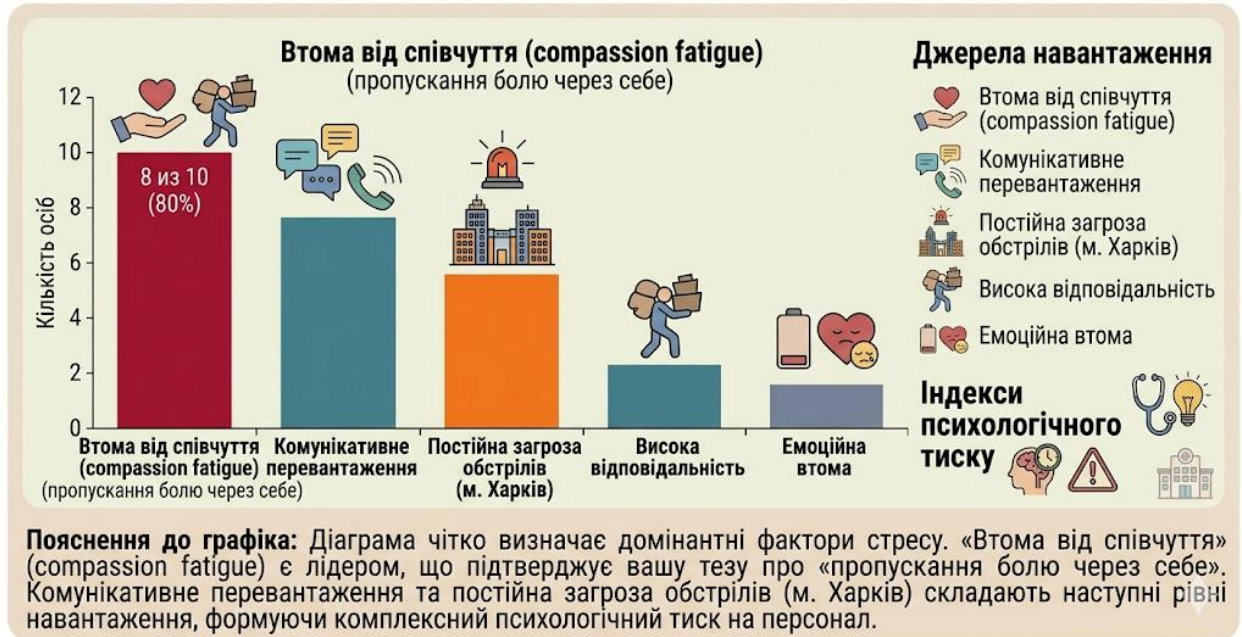
Окрему увагу в роботі приділено психоемоційному стану фахівців. Дослідження зафіксувало симптоми «втоми від співчуття» (compassion fatigue) у переважної більшості респондентів. Медичні сестри описують стан емоційного виснаження, спричинений не лише фізичною перевтомою, а й глибокою емпатією до поранених військовослужбовців (рис. 4).

Рис. 4. Кореляція між рівнем кваліфікації та професійним вигоранням



Процес «пропускання болю пацієнта крізь себе» призводить до того, що після зміни фахівці відчувають гостру потребу в соціальній ізоляції та тиші, що негативно позначається на стосунках із близькими (рис.5).

Рис. 5. Структура факторів психоемоційного навантаження (частота згадувань в інтерв'ю)



Понад 80% опитаних мають ознаки професійного вигорання, що проявляється у відчутті провини перед сім'єю, дефіциті вільного часу та хронічній втомі.

Підсумовуючи результати, можна стверджувати, що психоемоційне виснаження медичних сестер хірургічного профілю має трирівневу структуру детермінант. На суспільному рівні — це хронічний стрес через постійну загрозу обстрілів та повітряних тривог у Харкові. На галузевому — недосконалість системи реформування, що призводить до кадрового голоду та розмивання посадових меж. На профільному — екстремальність самої хірургічної практики в умовах війни. Отримані дані підтверджують гіпотезу про необхідність термінового впровадження програм психологічної підтримки та перегляду штатних нормативів для збереження кадрового потенціалу медичної галузі.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі розв'язано актуальне науково-практичне завдання щодо аналізу та оптимізації діяльності медичної сестри хірургічного стаціонару в умовах воєнного стану. На основі проведеного дослідження сформульовано такі висновки:

1. Проаналізовано теоретико-методологічні засади організації роботи медичної сестри хірургічного профілю, які в мирний час базуються на плановості, чіткому дотриманні санітарно-епідеміологічного режиму та стандартизованих операційних процедурах. Встановлено, що з початком воєнного стану відбулася корінна трансформація алгоритмів діяльності. Ключовими змінами стали перехід від планової хірургії до ургентного надання допомоги, необхідність роботи в умовах масового надходження поранених, розширення функціональних обов'язків медсестри та потреба в миттєвому прийнятті рішень при сортуванні та стабілізації пацієнтів.
2. Досліджено структуру та специфіку поранень воєнного часу, серед яких домінують мінно-вибухові травми, вогнепальні поранення та комбіновані ураження (термічні, хімічні, баротравми). Охарактеризовано роль медичної сестри хірургічного стаціонару в забезпеченні етапності надання допомоги. Вона полягає у проведенні медичного сортування на госпітальному етапі, асистуванні при первинній хірургічній обробці ран, моніторингу життєвих показників та підготовці поранених до евакуації на наступний рівень надання медичної допомоги.
3. Вивчено рівень впровадження принципів Tactical Combat Casualty Care (TCCC) у практику цивільних та військових хірургічних стаціонарів. Виявлено, що хоча стандарти TCCC розроблені для догоспітального етапу, їх адаптація для стаціонарних умов є критично важливою. Особливу увагу приділено алгоритму MARCH (Massive Hemorrhage, Airway, Respiration,

Circulation, Hypothermia), який дозволяє систематизувати дії медсестри при наданні допомоги важкопораненим, концентруючись на усуненні життєзагрожуючих станів у пріоритетній послідовності. Доведено, що знання та навички за протоколом MARCH є обов'язковою компетенцією для сестринського персоналу хірургічних відділень в умовах війни.

4. Здійснено порівняльний аналіз обов'язків медичної сестри в умовах стабільної роботи та при масовому надходженні поранених. При стабільній роботі акцент робиться на ретельній плановій підготовці операційної, суворому дотриманні асептики/антисептики під час стерилізації та індивідуалізованому післяопераційному догляді. В умовах масового надходження пріоритети зміщуються в бік максимальної швидкості та ефективності: розгортання додаткових операційних столів, використання спрощених, але дієвих методів стерилізації інструментарію (за принципом "fast-track"), та проведення групового, стандартизованого моніторингу прооперованих пацієнтів для своєчасного виявлення ускладнень (кровотеч, шоку).

5. Ідентифіковано основні виклики, що постають перед персоналом хірургічних стаціонарів у воєнний час. До них віднесено дефіцит медичних ресурсів та персоналу, безпекові ризики (обстріли, загроза окупації), а також високий рівень професійного вигорання через постійний стрес та понаднормове навантаження. Обґрунтовано, що шляхами подолання цих викликів є оптимізація логістики постачання, розробка чітких планів евакуації та цивільного захисту лікарні, а також системна психологічна підтримка персоналу (тренінги з життєстійкості, робота з військовими психологами).

6. Розроблено практичні рекомендації щодо підвищення ефективності роботи медичних сестер хірургічного профілю в умовах надзвичайних ситуацій та збройних конфліктів. Рекомендації включають: регулярне проведення симуляційних тренінгів з сортування та надання допомоги за алгоритмом MARCH для всього сестринського персоналу; створення

мобільних хірургічних бригад з чітко визначеними ролями; розробку спрощених протоколів операційних втручань та післяопераційного догляду для умов дефіциту ресурсів; інтеграцію психосоціальної підтримки в систему управління персоналом лікарні.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОПТИМІЗАЦІЇ РОБОТИ СЕСТРИНСЬКОГО ПЕРСОНАЛУ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

На основі проведеного аналізу та виявлених проблем, з метою підвищення ефективності надання медичної допомоги пораненим та збереження кадрового потенціалу, пропонуються такі практичні рекомендації:

1. Удосконалення професійної підготовки та впровадження протоколів TCCC/MARCH

Впровадити обов'язкові симуляційні тренінги: організувати для всього сестринського персоналу хірургічних відділень регулярні (не рідше одного разу на квартал) тренінги з відпрацювання навичок надання допомоги за алгоритмом MARCH (Massive Hemorrhage, Airway, Respiration, Circulation, Hypothermia) на госпітальному етапі. Акцент робити на швидкості та правильності накладання турнікетів, тампонаді ран гемостатичними засобами та контролі прохідності дихальних шляхів.

Розробити та розповсюдити наочні матеріали: створити та розмістити у доступних місцях (маніпуляційних, ординаторських, приймальному відділенні) алгоритми-картки та плакати з візуалізацією етапів протоколу MARCH та схем медичного сортування при масовому надходженні поранених.

Створити мобільні тренінгові групи: з-поміж найбільш досвідчених медсестер, які пройшли спеціалізоване навчання з тактичної медицини, сформувати групи інструкторів для навчання колег на робочих місцях.

2. Оптимізація логістики та організації роботи при масовому надходженні поранених

Розробити чіткі плани розгортання додаткових ліжко-місць: у кожному хірургічному відділенні повинен бути завчасно розроблений та затверджений

план швидкого (протягом 1–2 годин) збільшення кількості ліжок за рахунок немедичних приміщень, холів тощо.

Забезпечити ешелонування медичного майна: створити недоторканий запас (НЗ) медикаментів, перев'язувальних засобів, інфузійних розчинів та хірургічних інструментів, розрахований на 3 доби автономної роботи при масовому надходженні (наприклад, із розрахунку на 50 поранених).

Сформувати «хірургічні набори» швидкого доступу: підготувати стерильні набори інструментів для типових операцій (ПХО ран, лапаротомія, торакотомія) у спеціальних контейнерах, готових до негайного використання без додаткової підготовки.

3. Мінімізація професійного вигорання та психологічна підтримка персоналу

Інтегрувати психологічну допомогу в робочий процес: організувати щотижневі групові зустрічі (дебрифінги) персоналу хірургічних відділень із військовими психологами або госпітальними капеланами для обговорення складних клінічних випадків, втрат пацієнтів та емоційного розвантаження.

Впровадити систему «рівний-рівному»: навчити старших медсестер та найбільш досвідчених фахівців основам першої психологічної допомоги (ППД) для своєчасного виявлення ознак гострого стресу або вигорання у колег та надання первинної підтримки.

Створити «кімнати психологічного розвантаження»: облаштувати в кожному хірургічному стаціонарі спеціальне приміщення (навіть невелике), де медичний персонал може перебувати в тиші, відпочити та відновити сили під час зміни.

Забезпечити адекватний режим праці та відпочинку: У періоди інтенсивного навантаження впровадити гнучкі графіки змін, забезпечити персонал гарячим харчуванням та місцями для сну.

4. Підвищення безпеки персоналу та пацієнтів

Розробити та відпрацювати плани евакуації: проводити регулярні тренування з евакуації пацієнтів (у тому числі лежачих) та персоналу в укриття при повітряних тривогах або загрозі безпосереднього обстрілу.

Забезпечити укриття необхідним медичним майном: облаштувати в укриттях лікарні зони для надання невідкладної хірургічної допомоги, забезпечивши їх автономним освітленням, запасом води, медикаментів та інструментів.

Впровадити заходи з посилення фізичної безпеки: обмежити доступ сторонніх осіб до хірургічних відділень, встановити системи відеонагляду та забезпечити наявність тривожних кнопок для виклику охорони.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Agazio J, Goodman P. Making the hard decisions: ethical care decisions in wartime nursing practice. *Nursing Outlook*. 2017;65(5):S92-S99.
2. Agazio J, Padden DL. “Doing the right thing”: Moral conflicts and ethical issues experienced by military nurses during wartime. *Journal of Nursing Scholarship*. 2024 [cited 2024 May 24]. Available from: <https://colab.ws/articles/10.1111/jnu.13011>.
3. Älgå A. Wounds of war: surgical care for conflict-related injuries among civilians in resource-limited settings [doctoral dissertation]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2019.
4. Brooks J, Hallett CE. Introduction: The practice of nursing and the exigencies of war. In: Brooks J, Hallett CE, editors. *One Hundred Years of Wartime Nursing Practices, 1854–1953*. Manchester: Manchester University Press; 2015. p. 1-20.
5. Burkle Jr FM, Kushner AL, Giannou C, Paterson MA, Wren SM, Burnham G. Health care providers in war and armed conflict: Operational and educational challenges in international humanitarian law and the Geneva conventions, part II. Educational and training initiatives. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2019;13(3):383-396.
6. Cai YL, Ju JT, Liu WB, Zhang J. Military trauma and surgical procedures in conflict area: a review for the utilization of forward surgical team. *Military Medicine*. 2018;183(3-4):97-106.
7. Chiu AC, Monk J, Docal M, Reynolds NR. Nursing Nurses: Fostering Safety and Belonging for Successful Workplace Assimilation of Displaced Nurses From War and Conflict. *Nurse Leader*. 2024;22(2):146-152.
8. Christiansen MF, Tice W, Kessinger S, Coats H. Military Nurses’ Deployment Experiences: A Qualitative Metasynthesis. *Military Medicine*. 2024:543.

9. Cuellar ET. Care and meaning in war zone nursing. *Nursing Clinics*. 2009;44(4):483-493.
10. Fink AM, Milbrath GR. A concept analysis of nurses in conflicts after World War II. *Journal of Advanced Nursing*. 2023;79(1):31-47.
11. Finnegan A, McKenna H, McCourt K. Reflecting on the characteristics and values of military nurses: war zone qualitative research. *Nursing Standard*. 2020;35(10):82-85. doi:10.7748/ns.35.10.82.s39.
12. Garfield R, Dresden Dresden E, Rafferty AM. Commentary: The evolving role of nurses in terrorism and war. *American Journal of Infection Control*. 2003;31(3):163-167.
13. Gibbons SW, Hickling EJ, Watts DD. Combat stressors and post-traumatic stress in deployed military healthcare professionals: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(1):3-21.
14. Grota T, Betihavas V, Burston A, Jacob E. Roles of nurse-surgeons in global surgical care: a scoping review. *Journal of Advanced Nursing*. 2024;80(8):3006-3036.
15. Haverkamp FJC. Global surgery in conflicts: Medical preparedness for humanitarian and military deployment [doctoral dissertation]. [Publisher unknown]; 2024.
16. Khaghanizadea M, Goushi Dehaghi M. Necessary Preparations for Military Nurses to be Present in War Zones. *Iran J Syst Rev Med Sci (IJSR)*. 2021;2(2):62-75.
17. Хоменко ІІ, Король СО, Шаповалов ВЮ, Хорошун ЕМ, Подолян ЮВ. Організація надання хірургічної допомоги пораненим на рівнях медичного забезпечення при проведенні антитерористичної операції / операції об'єднаних сил. *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2019;19(4):5-15.
18. Kushner AL, editor. *Operation crisis: surgical care in the developing world during conflict and disaster*. Baltimore: JHU Press; 2017.

19. Mani Z, Kuhn L, Plummer V. Emergency Nurse Roles, Challenges, and Preparedness in Hospitals in the Context of Armed Conflict. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2024;18:21.
20. Manring MM, Hawk A, Calhoun JH, Andersen RC. Treatment of war wounds: a historical review. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2009;467:2168-2191.
21. Maru DSR, Schwarz R, Schwarz D, Andrews J, Panizales MT, Karelas G, et al. Implementing surgical services in a rural, resource-limited setting: a study protocol. *BMJ Open*. 2011 [cited 2024 May 24]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22021781/>.
22. Muhammad G, Zohre V, Hamid P, Soleyman H, Morteza K. Lived experience of critical care nurses serving in a war zone: A phenomenological study. *Nursing in Critical Care*. 2024;29(4):715-724.
23. O'Shaughnessy P. A Nursing Career Built on Crises. *AJN The American Journal of Nursing*. 2014;114(2):69-70.
24. Sadhaan A, Brown M, McLaughlin D. Registered nurses' views and experiences of delivering care in war and conflict areas: A systematic review. *Healthcare*. 2022;10(11):21-68.
25. Santy J, Knight C. Nurses in war. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 2008;12(1):50-53.
26. Segev R. Learning from critical care nurses' wartime experiences and their long-term impacts. *Nursing in Critical Care*. 2023;28(2):253-260.
27. Senn N. Nursing and nurses in war. *Journal of the American Medical Association*. 1899;32(4):155-159.
28. Sun ZY, Qu JR, Wei WH, Zhang LW, Yi YJ, Li L. Study on the current situation and influencing factors of job involvement for employed nurses in military hospital. *Zhonghua lao dong wei sheng zhi ye bing za zhi*. 2023;41(3):204-209.
29. Vuic KD. Wartime nursing and power. In: *Routledge Handbook on the Global History of Nursing*. London: Routledge; 2013. p. 22-34.

30. Zarnitz P, Malone E. Surgical nurse practitioners as registered nurse first assists: the role, historical perspectives, and educational training. *Military Medicine*. 2006;171(9):875-878.
31. Верба АВ. Стан та проблемні питання медичного забезпечення в зоні проведення антитерористичної операції в різні періоди. В: Цимбалюк ВІ, Сердюк АМ, редактори. Медичне забезпечення антитерористичної операції та медико-соціальні аспекти: збірник наукових праць. Київ: ДП “НВЦ Пріоритети”; 2016. с. 15-26.
32. Гудима АА, Прохоренко ОО, Кіцак ЯМ, Джавадова НА, Ковальчук НВ. Роль медсестри при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі. *Медсестринство*. 2023;(1):87-93.
33. Довгополий ОС, Прокопович ОА, Прокопович ДМ. Психосоціальна реабілітація учасників бойових дій і постраждалих під час війни: роль медсестри в мультидисциплінарній команді. *Медсестринство*. 2023;(1):10-13.
34. Кеда СФ. Виховання професійно важливих якостей майбутніх медичних працівників як необхідна складова розвитку їхньої життєвої компетентності. *Таврійський вісник освіти*. 2015;(4):73-78.
35. Колісник ТО. Медицина в умовах військового часу: загрози та шляхи їх подолання. *Медсестринство*. 2024:81-83.
36. Мальована ЛВ. Стресостійкість як умова ефективної діяльності медичних працівників під час війни [бакалаврська робота]. Тернопіль: ТНТУ ім. І. Пулюя; 2022.
37. Скоропліт СМ, Михневич КГ, Замятін ПМ, Хорошун ЕМ, Бородай ВО, Тертишний СВ. Особливості сучасної бойової травми та організації медичної допомоги. *Харківська хірургічна школа*. 2022;(6):51-63.
38. Стешенко НМ. Оптимізація медичної допомоги жителям Луганської області в умовах ООС [дисертація]. Тернопіль: ТНМУ; 2021 [cited 2024 May 24]. Available from: <https://repository.tdmu.edu.ua/handle/123456789/17091>.

39. Ткаліч О. Робота українських цивільних медиків під час війни: мотивація, умови праці та виклики щодо безпеки [кваліфікаційна робота]. [City unknown: Publisher unknown]; 2022.
40. Ціпкало АІ. Особливості сестринської допомоги військовослужбовцям й мирному населенню, які перебували в зоні бойових дій. Вісник медичних і біологічних досліджень. 2019;(2):36-40.
41. Ціпкало АІ, Марущак МІ, Криницька ІЯ. Особливості роботи медичних сестер у зоні бойових дій. Вісник медичних і біологічних досліджень. 2020;(1):50-53.