Ф А2.2.1-36-367

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Фармацевтичний факультет
Кафедра соціальної фармації

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: «**СОЦІАЛЬНО-ФАРМАЦЕВТИЧНІ АСПЕКТИ САМОЛІКУВАННЯ БРОНХІТУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ**»

Виконав: здобувачка вищої освіти групи Фм21(4,10д)-02
спеціальності: 226 Фармація, промислова фармація
освітньо-професійної програми Фармація
Яна НЕГЛЯД
Керівник: завідувач кафедри соціальної фармації,
д. фарм. н., доцент Аліна ВОЛКОВА
Рецензент: доцент закладу вищої освіти кафедри менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у фармації
к. фарм. н., доцент Світлана ЖАДЬКО

Харків – 2026 рік

АНОТАЦІЯ

У дослідженні розглянуто основні тенденції та чинники, що визначають практику самолікування бронхіту серед населення України. Проведено анкетне опитування населення, результати якого дали змогу визначити соціально-демографічні характеристики, споживчі переваги та поведінкові моделі у процесі самолікування, висвітлено роль фармацевта у консультуванні пацієнтів. Для систематизації та візуалізації отриманих даних використано методику «Квітка лотоса», що дозволило виокремити ключові аспекти проблеми та сформувати практичні рекомендації для фармацевтів. Робота викладена на 52 сторінках, складається зі вступу, теоретичної та експериментальної частини, загальних висновків, 3 таблиць й 16 рисунків, 34 літературних джерела та додатки.

Ключові слова: бронхіт, самолікування, анкетне опитування споживачів, методика «Квітка Лотоса».

ANNOTATION

The study explores key trends and factors shaping self-medication of bronchitis in Ukraine. A questionnaire survey identified socio-demographic features, consumer preferences, and behavioral models of patients, while also highlighting the pharmacist's role in counseling. The role of the pharmacist in patient counseling is highlighted. To systematize and visualize the obtained data, the "Lotus Blossom" method was applied, which allowed key aspects of the problem to be identified and practical recommendations for pharmacists to be developed. The work is presented on 52 pages and consists of an introduction, the theoretical and experimental parts, general conclusions, 3 tables and 16 figures, 34 references, and appendices.

Key words: bronchitis, self-medication, consumer questionnaire survey, "Lotus Blossom" method.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ 3
ВСТУП 4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ФАРМАЦЕВТИЧНІ АСПЕКТИ БРОНХІТУ ТА САМОЛІКУВАННЯ 7
1.1. Бронхіт як медико-соціальна проблема 7
1.2. Самолікування як соціально-фармацевтичне явище 11
1.3. Роль фармацевтичного працівника у процесі самолікування 16
Висновки до розділу 1 20
РОЗДІЛ 2. РЕЗУЛЬТАТИ ОПИТУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ЩОДО САМОЛІКУВАННЯ БРОНХІТУ: СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ТА ПОВЕДІНКОВИЙ АНАЛІЗ 21
2.1. Загальна характеристика учасників опитування 21
2.2. Результати аналізу досвіду самолікування бронхіту респондентами 23
Висновки до розділу 2 27
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ СПОЖИВЧОЇ ПОВЕДІНКИ НАСЕЛЕННЯ ПРИ САМОЛІКУВАННІ БРОНХІТУ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ 29
3.1. Аналіз мотивації споживача та ієрархія цінностей при самолікуванні бронхіту 29
3.2. Аналіз досвіду застосування лікарських засобів і медичних приладів респондентами 33
3.3. Розроблення рекомендацій щодо покращення фармацевтичного консультування під час бронхіту 38
3.4. Використання моделі «Квітка лотоса» у дослідженні 42
Висновки до розділу 3 48
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ 50
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ 52
ДОДАТКИ 56

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АПФ – ангіотензинперетворюючий фермент

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров’я

ГБ – гострий бронхіт

ГРВІ – гострі респіраторні вірусні інфекції

ЄС – Європейський Союз

ЛЗ – лікарські засоби

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

СМТ – селище міського типу

ХБ – хронічний бронхіт

ХОЗЛ – хронічне обструктивне захворювання легень

ХРЗ – хронічні респіраторні захворювання

ВСТУП

У сучасних умовах трансформації системи охорони здоров'я України дедалі більшої ваги набуває практика відповідального самолікування. Проте результати досліджень свідчать, що населення часто не має достатнього рівня медичної та фармацевтичної грамотності. Це призводить до нераціонального вибору лікарських засобів (ЛЗ), безконтрольного їх застосування та ігнорування професійної допомоги, що, у свою чергу, спричиняє хронізацію процесів, розвиток антибіотикорезистентності та виникнення побічних ефектів під час застосування ЛЗ.

Відомо, що захворювання органів дихання, зокрема гострий та хронічний бронхіти, залишаються однією з найважливіших медико-соціальних проблем сучасної охорони здоров'я. Висока поширеність цих патологій серед населення працездатного віку призводить до значних економічних втрат через тимчасову непрацездатність та зниження продуктивності праці.

Оскільки аптека нерідко є першою ланкою, куди звертається пацієнт із симптомами бронхіту, роль фармацевта у забезпеченні належної фармацевтичної опіки стає особливо важливою. Відповідно вивчення реального стану самолікування бронхіту та аналіз споживчої поведінки є необхідним кроком для розробки стратегій мінімізації ризиків і підвищення якості життя пацієнтів.

Об'єкт дослідження: процес фармацевтичного забезпечення та консультування населення при лікуванні бронхіту.

Предмет дослідження: анкетне опитування, соціально-демографічні характеристики, споживчі переваги та поведінкові аспекти населення України у процесі самолікування бронхіту.

Мета роботи: проведення соціально-фармацевтичного аналіз практики самолікування бронхіту серед населення з подальшим обґрунтуванням підходів у фармацевтичній опіці в аптечних закладах.

Згідно з метою роботи визначені наступні **завдання** дослідження:

- дослідити теоретичні та соціально-фармацевтичні аспекти бронхіту та практики самолікування як основу для формування комплексних стратегій фармацевтичної опіки;
- сформувати соціально-демографічний портрет споживачів фармацевтичних послуг при симптомах бронхіту;
- оцінити ставлення респондентів до безпеки самолікування та розуміння ролі фармацевта як консультант;
- розробити практичні рекомендацій для фармацевтів щодо підходів підвищення ефективності фармацевтичної опіки;
- інтегрувати методику «Квітка лотоса» для систематизації результатів соціологічного опитування та візуалізації ключових аспектів проблеми самолікування бронхіту.

Методи дослідження: системний аналіз, узагальнення, анкетування, статистика та графічна візуалізація.

Наукова новизна отримано актуальні дані щодо поширеності самостійного застосування антибіотиків при бронхіті, проаналізовано рівень довіри до фармацевтичної консультації та виявлено залежність між місцем проживання респондентів і їхньою лікувальною поведінкою.

Практичне значення: результати проведеного дослідження можуть бути використані для розробки інформаційних матеріалів для пацієнтів, а також створення алгоритмів комунікації фармацевтів із відвідувачами аптек при зверненнях із симптомами кашлю та бронхіту. Отримані дані сприятимуть удосконаленню фармацевтичної опіки, підвищенню ефективності консультацій та формуванню культури відповідального самолікування серед населення.

Апробація результатів дослідження і публікації: здобувач вищої освіти активно долучався до наукової діяльності, представивши результати роботи у вигляді тез на VIII Всеукраїнській науково-освітній конференції з міжнародною участю «Формування національної лікарської політики:

питання освіти, теорії та практики» (м. Харків, 27 листопада 2025 р.), а також на Всеукраїнському конкурсі студентських наукових робіт з галузей знань і спеціальностей за спеціальністю «Фармація, промислова фармація» (м. Харків, 15 квітня 2026 р.) (додаток).

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота традиційно складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних літературних джерел та додатків. Робота викладена на 52 сторінках, з яких додатки займають 3 сторінки. У роботі наведено 3 таблиць і 16 рисунків, а також використано 34 літературних джерел.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ФАРМАЦЕВТИЧНІ АСПЕКТИ БРОНХІТУ ТА САМОЛІКУВАННЯ

1.1. Бронхіт як медико-соціальна проблема

Бронхіт є одним із найпоширеніших захворювань органів дихання, що суттєво впливає на стан здоров'я населення та має значні соціально-економічні наслідки для країни. У медицині розрізняють два основні види бронхіту: гострий та хронічний. Вони відрізняються причинами виникнення, перебігом і наслідками [1, 10, 11].

Гострий бронхіт (ГБ) найчастіше розвивається після перенесених гострих респіраторних вірусних інфекцій і характеризується такими симптомами, як кашель, помірне підвищення температури, хрипи та задишка [6, 10]. Хронічний бронхіт (ХБ) визначають як кашель із виділенням мокротиння, що триває щонайменше три місяці на рік протягом двох років поспіль [1]. Часто ХБ переходить у хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), що значно погіршує якість життя пацієнтів [11].

У 2024 р. за даними інформаційного вісника Дніпровського центру медичної статистики, ХБ становить до 90% усіх випадків хронічних неспецифічних захворювань легень. У чверті пацієнтів спостерігаються ознаки бронхообструкції, що ускладнює перебіг хвороби [4]. Поширеність ХБ серед дорослих в Україні сягає 10–20%. У містах захворюваність зростає швидше – 6–7% на рік, тоді як у сільській місцевості цей показник становить 2–3% [4, 21].

ГБ тісно пов'язаний із високою захворюваністю на грип та гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ). За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, у сезоні 2024–2025 рр. було зареєстровано понад 4,6 млн випадків грипу та ГРВІ. Це становить 12 846,2 випадків на 100 тис. населення, при чому близько 57% хворих становили діти до 17 років, а найбільш уразливою групою залишаються діти віком 0–4 роки [16].

Також протягом другого тижня січня 2026 р. (05–11.01) на ГРВІ захворіло 121 497 українців, серед яких 65 947 дорослих і 55 550 дітей до 17 років. Порівняно з попереднім тижнем показник зріс на 15,2%. Госпіталізовано 4827 пацієнтів, з них 2578 – діти, а решта – дорослі [16].

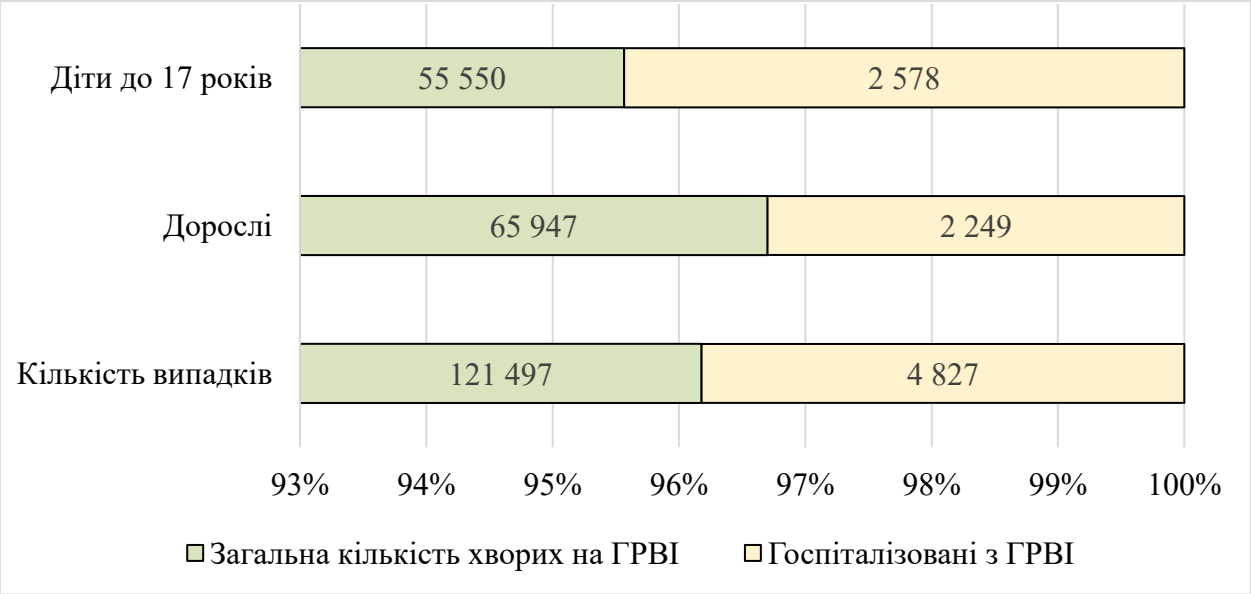


Рис. 1.1. Розподіл захворюваності на ГРВІ серед дорослих і дітей за період 05–11.01.2026 р. (за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України)

Майже половина всіх хворих на ГРВІ становлять діти: 55550 випадків із загальної кількості 121 497 (45,7%). При цьому їх госпіталізують частіше: 2578 дітей із 55550 (4,6%) проти 2249 дорослих із 65947 (3,4%). Це показує, що діти більш чутливі до респіраторних інфекцій. ГРВІ часто стають причиною розвитку ГБ, і саме у дітей через слабшу імунну систему та особливості будови дихальних шляхів ризик виникнення бронхіту значно вищий. Тому висока захворюваність на ГРВІ прямо пов'язана з поширенням бронхітів і робить цю проблему особливо важливою для педіатрії. Узагальнені дані щодо захворюваності та госпіталізацій різних вікових груп наведено у табл. 1.1 [16].

Таблиця 1.1

Розподіл випадків ГРВІ та госпіталізацій за віковими групами

Категорія	Кількість, абс.	Частка від загального, %
Загальна кількість хворих	121 497	100 %
Дорослі	65 947	54,3 %
Діти до 17 років	55 550	45,7 %
Госпіталізовані всього	4 827	4,0 %
Госпіталізовані дорослі	2 249	3,4 % від усіх дорослих
Госпіталізовані діти	2 578	4,6 % від усіх дітей
COVID-19	360	0,3 %

За даними International Respiratory Coalition (2025 р.), в Україні щороку від респіраторних хвороб помирає близько 131 тисячі людей, понад 4,2 млн. українців живуть із такими захворюваннями, а економічні втрати для держави становлять приблизно 404,8 млрд. грн [28].

Задля кращого зрозуміння масштабу проблеми, було розглянуто економічний тягар окремих респіраторних захворювань, який демонструє їхній вплив на суспільство та державу [28]. Інфекції нижніх дихальних шляхів, до яких належить і бронхіт, формують значну частину економічного тягаря, який для України оцінюється у 25,1 мільярда грн щорічно (рис. 1.2).

Рис. 1.2. Порівняння економічного тягаря різних захворювань, млрд грн (за даними International Respiratory Coalition, 2025 р.)

Міжнародні дані також підтверджують, що респіраторні хвороби є серйозною проблемою у світі. Хронічні респіраторні захворювання (ХОЗЛ, астма, інтерстиціальні хвороби легень тощо) залишаються однією з провідних причин смертності у світі. Показник у 46 смертей на 100 тис. населення відображає глобальний середній рівень, але він суттєво відрізняється між країнами: у державах із високим рівнем забруднення повітря та поширеним палінням цей показник значно вищий.

За 2025 р. за даними International Respiratory Coalition зазначено, що бронхіт та інші хронічні респіраторні захворювання залишаються однією з головних причин втрати працездатності та смертності Необхідно зазначити, що бронхіт має також і серйозні соціальні наслідки, зокрема призводить до зниження працездатності і, навіть, інвалідизації, потребує значних економічних витрат на лікування [28, 32].

Визначено, що понад 42% випадків інвалідності серед ХЗЛ припадає саме на хронічний бронхіт [4]. Більше половини таких пацієнтів це люди працездатного віку – до 50 років, що створює значний економічний тягар для системи охорони здоров’я та суспільства загалом [21].

Фармакоекономічні дослідження свідчать, що доступність ЛЗ для лікування усіх форм бронхіту та ХОЗЛ залишається проблемною, особливо для соціально незахищених груп населення [9]. Такі наслідки хвороби, як висока вартість лікування, часті госпіталізації та тривала непрацездатність збільшують навантаження на економіку країни.

До основних факторів ризику розвитку бронхіту належать наступні негативні чинники: паління, шкідливі умови праці, забруднене повітря та інфекції [1, 11, 28]. Додатково сприяють розвитку хвороби наступні негативні складові: імунодефіцитні стани, низький рівень матеріального забезпечення, алкоголізм та наркоманія [6]. Генетична схильність, алергії, ожиріння та підвищена реактивність бронхів також збільшують ризик розвитку бронхіту [23]. Важливим соціальним фактором є низька культура здоров’я населення, що часто призводить до самолікування та пізнього звернення до лікаря [8].

Отже, бронхіт має значне медико-соціальне значення не лише через поширеність та клінічні наслідки, а й через проблему самолікування. Часто пацієнти при перших симптомах звертаються за допомогою не до лікаря, а до аптеки, що створює ризики неправильного лікування та розвитку антибіотикорезистентності [10, 16, 30, 33].

1.2. Самолікування як соціально-фармацевтичне явище

Самолікування існувало завжди – від використання народних засобів до сучасних ЛЗ. В Україні традиції народної медицини досі впливають на вибір пацієнтів засобів для лікування [8]. Самолікування є поширеним явищем у сучасному суспільстві. У багатьох випадках люди вважають самолікування зручним та економічно вигідним, адже воно дозволяє швидко отримати допомогу без витрат часу на відвідування медичного закладу. Проте така практика має як позитивні, так і негативні сторони (рис. 1.3) [8, 18]. Бронхіт як поширене захворювання робить проблему самолікування особливо актуальною.

Позитивні	Негативні
• швидкий доступ до лікування; • економія часу; • економія коштів; • можливість контролювати легкі симптоми без звернення до лікаря.	• ризик неправильного вибору ЛЗ • небезпека ускладнень та хронізації хвороби; • розвиток антибіотикорезистентності; • відсутність контролю за взаємодією ЛЗ

Рис. 1.3 Позитивні та негативні аспекти самолікування бронхіту

Самолікування має подвійний характер: з одного боку, воно дозволяє пацієнтам швидко отримати допомогу, з іншого – створює серйозні ризики для здоров'я та суспільства.

Розглянемо чинники впливу на поширення самолікування бронхіту. Одним із головних є економічний чинник – рівень доходів населення та розмір витрат домогосподарств на медичну і фармацевтичну допомогу. Багато людей намагаються уникати додаткових витрат на консультацію лікаря, лабораторні дослідження чи спеціалізоване лікування. Самолікування здається дешевшим варіантом, адже пацієнт купує лише ліки, які вважає потрібними. Особливо це стосується соціально незахищених груп населення, для яких навіть невелика вартість медичних послуг може бути суттєвою проблемою [9].

Великий вплив має реклама ЛЗ. Телебачення, інтернет та друковані видання активно просувають ліки від кашлю, жарознижувальні та протикашльові засоби. Пацієнти часто довіряють рекламним повідомленням більше, ніж консультації лікаря, і самостійно обирають ЛЗ. Це створює враження щодо простоти лікування бронхіту, хоча насправді безконтрольне застосування ЛЗ може призвести до ускладнень [20].

Також можливість придбання в аптеці протикашльових засобів, муколітиків, жарознижувальних ЛЗ без рецепта підвищує їх фізичну доступність, що певним чином стимулює населення до самолікування, адже пацієнт може легко отримати ліки без відвідування лікаря [13, 14].

В Україні продаж безрецептурних ЛЗ займає значну частку роздрібного фармацевтичного ринку. За даними досліджень, близько 40–45% усіх реалізованих ЛЗ належать саме до категорії безрецептурних [18, 25]. Це пояснюється тим, що пацієнти часто звертаються до аптек без консультації лікаря, у точу числі при симптомах бронхіту та інших респіраторних інфекцій.

Відповідно до Наказу МОЗ України від 05.05.2023 р. № 848 «Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів», визначено перелік ЛЗ, які дозволені до застосування без рецепта. До нього

входять протикашльові препарати, муколітики, жарознижувальні засоби, а також частина комбінованих фітопрепаратів [13]. Це створює умови для широкого використання таких препаратів у практиці самолікування.

У структурі продажів аптечних мереж препарати для лікування кашлю та бронхіту займають понад 20% від загального обсягу безрецептурних засобів. Це свідчить про високу поширеність практики самолікування саме при респіраторних захворюваннях [18, 24]. Дослідження показують, що найбільш популярними серед безрецептурних препаратів є:

- протикашльові засоби (Амброксол, Бромгексин);
- жарознижувальні препарати (Парацетамол, Ібупрофен);
- комбіновані фітопрепарати (Пектолван, Афлубін Плюс) [34].

Наприклад, такий активний фармацевтичний інгрідієнт, як парацетамол (МНН – Paracetamol, АТХ-код: N02BE01, фармакотерапевтична група: ненаркотичні анальгетики та жарознижувальні засоби), що входить до складу багатьох ЛЗ, як у вигляді монопрепарату, так і у складі комбінованих засобів. Форми випуску на фармацевтичному ринку: таблетки, капсули, порошки для приготування розчину, сиропи, суспензії, супозиторії, розчини для інфузій. Отже, парацетамол представлений у різних лікарських формах випуску, що робить його доступним для широкого кола споживачів. Наприклад, він входить до складу таких популярних ЛЗ, як: «Солпадеїн Актив», «Аміцитрон Форте», «Вікс Актив Медінайт» [34].

Варто зазначити, що низький рівень відповідального ставлення людей до власного здоров’я також є важливим соціальним чинником, який сприяє поширенню самолікування бронхіту. Багато людей недооцінюють небезпеку самолікування, вважаючи, що «бронхіт – це звичайна застуда». Відсутність знань про правильне застосування ЛЗ, дозування та можливі побічні ефекти призводить до неправильного лікування.

Пацієнти при самолікуванні бронхіту часто не звертають уваги на склад ЛЗ і можуть одночасно приймати кілька різних препаратів від кашлю чи застуди, які всі містять парацетамол. Це призводить до перевищення добової

дози, що створює небезпечне навантаження на печінку. Надмірне застосування парацетамолу може викликати токсичне ураження печінки, аж до розвитку гепатиту чи печінкової недостатності. Особливо небезпечним є поєднання парацетамолу з алкоголем, що значно підвищує ризик ураження печінкових клітин [25].

Також самолікування дітей без консультації лікаря є особливо небезпечним соціально-фармацевтичним явищем. Висока частка госпіталізованих дітей при ГРВІ свідчить про їхню особливу уразливість, що робить проблему самолікування у педіатрії особливо небезпечною. Батьки часто самостійно обирають ЛЗ від кашлю чи застуди, орієнтуючись на рекламу або власний досвід, не враховуючи вікові особливості та можливі побічні ефекти. Така практика може призвести до передозування, неправильного дозування або застосування ЛЗ які взагалі протипоказані дітям. Особливо ризикованим є використання комбінованих препаратів, що містять парацетамол, який входить до багатьох ЛЗ, чи інші діючі речовини, адже перевищення дози може викликати токсичне ураження печінки та інші ускладнення [8].

У сучасній практиці лікування бронхіту значну увагу приділяють використанню фітопрепаратів та настоянок лікарських рослин. Дослідження показують, що комбіновані засоби на основі рослинних екстрактів (мати-й-мачухи, шавлії та ін.) можуть мати відхаркувальний, протизапальний та імуномодулюючий ефект, що робить їх корисними у комплексній терапії респіраторних захворювань [3]. Водночас доказова медицина наголошує на необхідності критичного підходу до фітотерапії: хоча окремі клінічні спостереження підтверджують ефективність таких засобів, рівень доказів залишається обмеженим, і застосування має здійснюватися під контролем лікаря [12, 29]. Проте у практиці самолікування пацієнти нерідко використовують трав’яні настоянки та фітопрепарати, виготовлені самостійно, без консультації лікаря, що може призвести до неправильного дозування, відсутності належного терапевтичного ефекту або навіть

загострення перебігу бронхіту. Таким чином, лікування травами може бути додатковим інструментом, але не повинно замінювати стандартні протоколи терапії бронхіту.

Сучасні пацієнти дедалі частіше звертаються до інтернет-ресурсів у пошуках відповідей на питання щодо лікування бронхіту. Онлайн-платформи, такі як офіційні сайти МОЗ України та спеціалізовані медичні портали, містять клінічні настанови та інформаційні бюлетені, що допомагають орієнтуватися у виборі терапії, але до них найчастіше звертаються фахівці [6, 7]. Натомість населення частіше користується популяними онлайн ресурсами, що не належать до наукових або фахових. Такі популярні ресурси як, наприклад, Tabletki.ua дозволяють знайти схеми застосування ЛЗ, їхні аналоги та інструкції [34]. Проте варто пам’ятати, що інформація з форумів чи соціальних мереж може бути неперевіреною, а самолікування на основі таких джерел несе ризик неправильного дозування та ускладнень [8]. Тому інтернет може бути корисним інструментом для підвищення обізнаності, але остаточні рішення щодо лікування мають прийматися на основі офіційних клінічних рекомендацій та консультації лікаря.

Варто зазначити, що в умовах воєнного стану в Україні ситуація із доступом до медичної допомоги значно ускладнилася. Батьки не завжди мають можливість відвідати лікаря через небезпеку пересування, руйнування медичних закладів або їх перевантаженість. У таких випадках вони часто самостійно призначають лікування дітям, орієнтуючись на власний досвід чи поради знайомих. Це ще більше підсилює проблему самолікування, адже неправильне застосування препаратів може призвести до серйозних ускладнень у дитячому віці. Саме тому роль фармацевта як консультанта стає особливо важливою – він має попереджати батьків про ризики та наголошувати на необхідності професійної медичної допомоги [18, 25].

Таким чином, економічні труднощі, агресивна реклама, фізична доступність ЛЗ та низька культура щодо відношення до свого здоров’я

створюють сприятливі умови для поширення самолікування бронхіту серед населення.

1.3 Роль фармацевтичного працівника у процесі самолікування

У багатьох країнах світу роль фарммацевтичних працівників у процесі самолікування давно закріплена на нормативному рівні та підтримується системою охорони здоров'я. Зокрема, у державах Європейського Союзу (ЄС) фармацевти активно залучені до різних напрямів роботи та державних програм, які спрямовані на:

- консультування пацієнтів щодо вибору ЛЗ, правил їх безпечного застосування та тривалості курсу лікування;
- контроль можливих взаємодій між препаратами з метою запобігання небажаним ефектам;
- участь у профілактичних програмах та формуванні культури відповідального самолікування;
- співпраця з лікарями [29, 31, 33].

Дослідження показують, що саме фармацевти часто стають першою ланкою у лікуванні бронхіту та інших респіраторних інфекцій, адже пацієнти звертаються до аптеки раніше, ніж до лікаря [29]. Окрім цього, фармацевти залучені до супроводу фармакотерапії захворювань органів дихання, зокрема у випадках призначення лікарями антибіотикотерапії.

У Великій Британії практика раціонального використання антибіотиків при бронхіті передбачає обов'язкову консультацію фармацевта, який пояснює пацієнтам ризики безконтрольного застосування антибіотиків та сприяє зниженню їх необґрунтованого використання [33].

У Скандинавських країнах (Данія, Швеція, Норвегія) фармацевти беруть активну участь у програмах «антимікробного стюардства». Їхня функція полягає у контролі правильності призначення антибіотиків, консультуванні пацієнтів щодо тривалості лікування та попередженні розвитку

антибіотикорезистентності [31]. Це дозволяє знизити кількість випадків неправильного застосування ЛЗ та підвищити ефективність лікування респіраторних інфекцій.

У США концепція фармацевтичної допомоги передбачає, що фармацевт несе відповідальність за кінцевий результат лікування пацієнта. Його завдання полягає у забезпеченні максимальної ефективності та безпеки терапії, а також у співпраці з лікарем для досягнення оптимальних результатів лікування [30]. Такий підхід робить фармацевта активним учасником системи охорони здоров'я, а не лише посередником між виробником ЛЗ та пацієнтом.

Результати узагальнення даних щодо ролі фармацевта у процесі самолікування наведено у табл. 1.2.

Таблиця 1.2

Порівняння ролі фармацевта у процесі самолікування в Україні та за кордоном

Країна / регіон	Роль фармацевта	Особливості реалізації
ЄС (Німеччина, Франція)	рекомендація ЛЗ, контроль взаємодій	консультування відвідувачів аптек і допомага уникнення неправильного застосування ЛЗ
Скандинавія (Данія, Швеція)	контроль антибіотикотерапії	пояснення, коли антибіотики справді потрібні, як правильно їх приймати і чому важливо не переривати курс
США	фармацевтична допомога	відповідальність за ефективність і безпеку лікування, співпраця з лікарями для кращого результату
Велика Британія	консультація щодо антибіотиків	Допомога у зрозумінні ризиків безконтрольного прийому та сприяння раціональному використанню антибактеріальних ЛЗ

В Україні роль фармацевтичних фахівців у процесі самолікування ще перебуває на етапі розвитку. Попри наявність протоколів [14], та посібників [25], існує низка труднощів:

- пацієнти часто сприймають аптеку лише як місце придбання ліків, а не як джерело професійної консультації [18];
- значна частина населення орієнтується на рекламу чи власний досвід, що може призводити до неправильного вибору ЛЗ [8, 20];
- фармацевти часто мають обмежений час для спілкування з відвідувачами, що знижує якість консультацій;
- взаємодія між фармацевтами та лікарями ще не стала системною практикою, на відміну від міжнародного досвіду;
- соціальні та економічні фактори (зокрема воєнний стан та обмежений доступ до лікарів) підсилюють тенденцію до самолікування [21, 28, 32].

В Україні наявні нормативно-правові документи, які визначають діяльність фарммацевтів у сфері самолікування. Зокрема, серед них варто відзначити Закон України від 03.07.1996 № 270/96-ВР «Про рекламу» [17], що регулює правила промоції ЛЗ, наказ МОЗ України від 05.01.2022 р. № 7 [14], що затверджує протоколи фармацевта при відпуску безрецептурних ЛЗ, наказ МОЗ України від 05.05.2023 р. № 848 [13], який встановлює перелік ЛЗ, дозволених до застосування без рецепта. Наявність цих документів свідчить про офіційне закріплення ролі фармацевта у процесі самолікування та підтверджує, що його функції мають нормативну основу поряд із практичним значенням. Саме фармацевтичні працівники мають забезпечувати пацієнтів достовірною інформацією, сприяти профілактиці ускладнень та формувати культуру відповідального ставлення до власного здоров’я [18]. Крім того, поширеним явищем є звернення до аптеки замість лікаря, що робить фармацевта ключовою ланкою у процесі самолікування [25]. Особливо важливою є його функція у попередженні батьків про небезпеку самолікування дітей та наголошенні на необхідності звернення до лікаря [18, 25].

В Україні є багато різних чинників, які впливають на те, як люди займаються самолікуванням, і саме тому виникає потреба у фармацевтичній опіці. Як зазначає Машейко А. М., фармацевт має ключове значення у формуванні культури відповідального самолікування, адже саме він здатен надати пацієнтові достовірну інформацію та попередити можливі ускладнення [18]. Водночас Косуба Р. наголошує, що самолікування без професійної поради може бути небезпечним і призводити до серйозних наслідків для здоров'я [8]. Додатковим чинником ризику є вплив реклами, який детально аналізує Смородина А.: пацієнти часто орієнтуються на комерційні повідомлення, а не на рекомендації фахівців, що підсилює тенденцію до необґрунтованого вибору ЛЗ [20]. Отже, коли відвідувачі аптек не отримують повноцінної консультації, а реклама і звичка самостійно вирішувати проблеми зі здоров'ям, виникає небезпечна ситуація. Вирішити її можна тільки завдяки професійній роботі фармацевтів та розвитку фармацевтичної опіки.

У перспективі перехід від епізодичних консультацій до системної фармацевтичної опіки може бути забезпечений завдяки підвищенню довіри до фармацевтичних працівників, активній просвітницькій роботі, формуванню медичної грамоності населення. Реалізація цих напрямів відповідатиме міжнародним стандартам і сприятиме зменшенню ризиків неправильного застосування ЛЗ.

Отже, фармацевтичний працівник є ключовою ланкою у момент придбання ЛЗ – від його професійності залежить, чи отримає пацієнт достовірну інформацію про ЛЗ та можливі ризики. Фармацевтична опіка включає консультування, пояснення правил застосування та попередження про небезпеку самолікування [25]. Саме фармацевт може вплинути на вибір пацієнта й запобігти ускладненням, що підкреслює важливість просвітницької роботи серед населення [18].

Висновки до розділу 1

1. Бронхіт є поширеним респіраторним захворюванням, що має значний медико-соціальний вплив. У сезоні 2024–2025 рр. в Україні було зареєстровано понад 4,6 млн випадків грипу та ГРВІ, з яких майже половина це діти (45,7%). Протягом другого тижня січня 2026 р. захворіло 121 497 осіб, із них госпіталізовано 4827 пацієнтів (2578 дітей та 2249 дорослих). Захворювання нижнії дихальних шляхів, у т.ч. бронхіт, формують значну частину економічного тягаря – близько 25,1 млрд грн щорічно.

2. Розглянуті приклади найчастіших помилок пацієнтів при самолікуванні бронхіту, зокрема одночасний прийом кількох ЛЗ з однаковим активним фармацевтичним інгрідієнтом, самолікування дітей. Сукупність таких чинників, як складні економічні умови, коєнний стан, інтенсивна реклама ЛЗ, їхня фізична доступність, безрецептурний відпуск та низький рівень культури здоров’я – створює сприятливе середовище для поширення практики самолікування бронхіту серед населення України.

3. Фармацевт у сучасних умовах стає ключовою ланкою, адже саме від його професійності залежить безпека пацієнта. Українські автори наголошують, що без консультації самолікування може бути небезпечним, а реклама часто впливає на вибір ліків. Міжнародний досвід показує, що у багатьох країнах фармацевти інтегровані в систему охорони здоров’я та виконують важливі функції для забезпечення раціональності та ефективності фармакотерапії.

РОЗДІЛ 2.
РЕЗУЛЬТАТИ ОПИТУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ЩОДО САМОЛІКУВАННЯ БРОНХІТУ: СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ТА ПОВЕДІНКОВИЙ АНАЛІЗ

2.1 Загальна характеристика учасників опитування

З метою глибшого розуміння особливостей самолікування бронхіту серед населення було організовано анонімне онлайн-опитування. Для збору даних використано платформу Google Forms, що забезпечило оперативність отримання відповідей та зручність для респондентів [7]. Протягом періоду аналізу (жовтень-грудень 2025 р.) у дослідженні взяли участь 103 особи.

Анкета містила як запитання закритого типу, що дозволили отримати кількісні показники, так і відкриті – вони дали можливість респондентам висловити власні думки та надати більш розгорнуті пояснення.

На основі зібраних даних проведено групування учасників опитування, яке дало змогу визначити їх основні вікові категорії. Так, отримано наступний розподіл респондентів за віком:

- до 18 років – 8 осіб (7,8%). Невелика частка, що пояснюється тим, що вибір ліків у цьому віці здійснюють батьки [13].
- 18–30 років – 34 особи (33%). Це найбільша група, представники якої частіше схильні до самолікування, що узгоджується з літературними даними про активне використання інтернет-ресурсів для пошуку інформації про ЛЗ та бажання уникати витрат на лікаря [24].
- 31–45 років – 30 особа (29,1%). Друга за чисельністю категорія. Це переважно платоспроможні громадяни, що часто купують ЛЗ для всієї родини [8].
- 46–60 років – 24 особи (23,3%). Досвідчена група, серед якої поширені хронічні форми бронхіту [1], і яка зазвичай віддає перевагу перевіреним роками ЛЗ.

- 61 рік і старше – 7 осіб (6,8%). Найменша група, що може бути пов'язано з більшою схильністю людей похилого віку звертатися до лікарів через наявність супутніх захворювань [19].

Отже, отримана вибірка є достатньо репрезентативною для аналізу практики відповідального самолікування. Варто відзначити, що 62,1% учасників становлять особи віком від 18 до 45 років – саме ця категорія є найбільш соціально активною та працездатною, а також найчастіше самостійно приймає рішення щодо придбання ЛЗ в аптеці [16].

Аналіз результатів анкетування показав домінування жіночої аудиторії серед учасників дослідження – 68,0 % опитаних. Така тенденція узгоджується з висновками наукових робіт, де зазначається, що саме жінки частіше беруть на себе відповідальність за здоров'я родини та здійснюють вибір ЛЗ для домашньої аптечки [16, 19]. У контексті самолікування бронхіту це може свідчити про те, що саме вони є основними споживачами фармацевтичних послуг, частіше звертаються до аптечних закладів за консультацією фармацевтів та здійснюють придбання безрецептурних ЛЗ від кашлю [13, 14]. Чоловіки становлять понад третину респондентів (32,0%), що також є важливим показником для аналізу їхньої поведінки як споживачів у процесі самолікування.

Аналіз місця проживання учасників опитування дозволяє оцінити рівень урбанізації вибірки, що безпосередньо впливає на споживчу поведінку та доступність аптечних закладів. Це є важливим показником, адже саме фізична доступність аптек та рівень надання фармацевтичної допомоги визначають можливості населення у сфері самолікування [8, 19].

Розподіл респондентів за місцем проживання наведено на рис. 2.1. Встановлено, що понад половину опитаних – 58 осіб (56,3%) становлять мешканці міст. Це свідчить про високу концентрацію респондентів у зонах із розвиненою аптечною інфраструктурою та широким асортиментом ЛЗ [2]. Значна частка учасників проживає у селищах міського типу (СМТ) (32 особи, 31,1%) та селах (13 осіб, 12,6%), що вказує на залученість до дослідження

респондентів із потенційно обмеженим доступом до спеціалізованої медичної допомоги, зокрема лікарів-пульмонологів [1, 10].

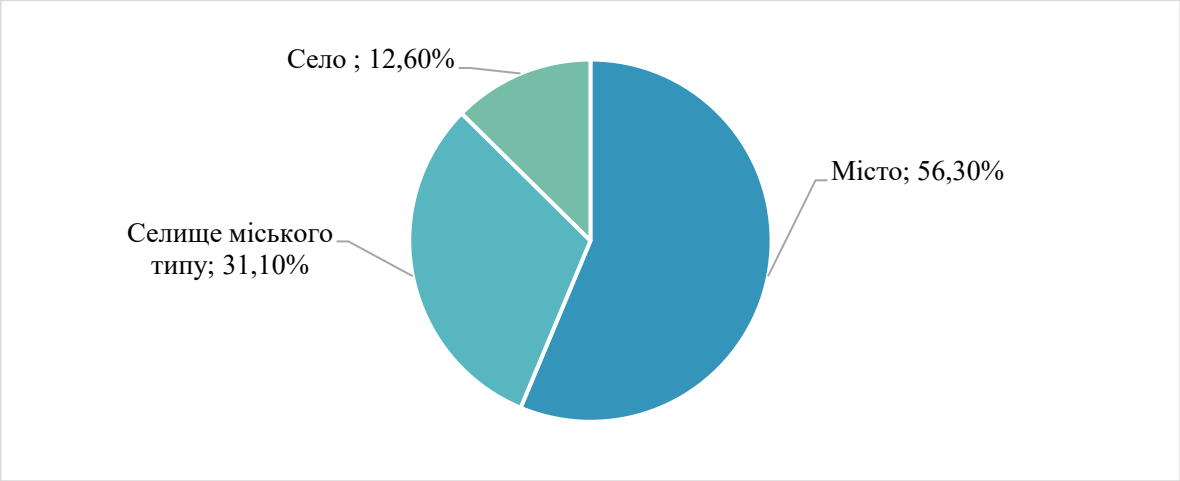


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за місцем проживання

Отже, у сільській місцевості самолікування може бути не лише свідомим вибором, а й одним із можливих шляхів лікування, зумовленим обмеженим доступом до медичних закладів. Це підкреслює важливість ролі фармацевта як першої ланки медичної допомоги, здатної компенсувати дефіцит консультацій лікаря та забезпечити пацієнтів необхідною інформацією щодо безпечного застосування ЛЗ [14, 16].

2.2. Результати аналізу досвіду самолікування бронхіту респондентами

З метою подальшого визначення стратегії удосконалення підходів щодо фармацевтичної опіки пацієнтів із захворюваннями легень, нами проаналізовано відповіді респондентів щодо випадків бронхіту в анамнезі протягом останніх двох років.

Встановлено, що майже 41 % учасників опитування безпосередньо стикалися з проблемою бронхіту протягом останніх двох років – відповіли стверджувально за запитання 42 особи. Це підтверджує високу поширеність

даної патології серед населення, що узгоджується з даними клінічних настанов [10] та наукових даних досліджень [3].

Такий показник свідчить про значний тягар бронхіту для системи охорони здоров'я, адже він не лише знижує якість життя пацієнтів, а й створює додаткове навантаження на первинну ланку медичної допомоги. Водночас отримані дані корелюють із сучасними епідеміологічними спостереженнями, які демонструють, що бронхіт залишається однією з найпоширеніших патологій дихальних шляхів у дорослого населення, особливо в умовах сезонних коливань та впливу факторів довкілля [1, 4]. Таким чином, можна стверджувати про актуальність подальших досліджень у сфері профілактики та оптимізації фармацевтичної опіки, спрямованої на зменшення ризику ускладнень та підвищення ефективності терапії [14, 19].

Варто звернути увагу не лише на кількісні, а й на якісні характеристики відповідей респондентів. Частина учасників повідомила про наявність супутніх захворювань (зокрема, бронхіальної астми) або хронізацію процесу («постійно хворію», «1–2 рази на пів року»). Це є особливо тривожним сигналом, адже самолікування при хронічних патологіях дихальних шляхів значно підвищує ризик розвитку ускладнень, погіршення перебігу хвороби та навіть формування інвалідизуючих станів. Така практика свідчить про недостатній рівень обізнаності населення та потребує посиленої фармацевтичної опіки [16]. Таким чином, високий рівень самолікування серед пацієнтів із хронічними захворюваннями можна розглядати як серйозну загрозу для громадського здоров'я, що потребує негайних освітніх та організаційних заходів.

Респонденти, які не хворіли останнім часом (55,3%), залишаються потенційними споживачами фармацевтичних послуг. Їхня поведінка у сфері самолікування часто формується на основі попереднього досвіду або під впливом реклами безрецептурних ЛЗ [15, 18]. Водночас реклама має безперечний вплив на вибір пацієнтів, що може призводити до надмірного або нераціонального застосування ЛЗ.

Важливим аспектом дослідження стало визначення рівня професійної медичної допомоги, яку отримують пацієнти при бронхіті. Аналіз відповідей респондентів дав змогу оцінити масштаби явища самолікування та співвідношення між самостійним вибором терапії й зверненням до лікаря.

Встановлено, що переважна кількість опитаних мають практику самолікування бронхіту – 57,3% респондентів при виникненні симптомів бронхіту обирають самолікування, що майже удвічі перевищує кількість тих, хто звернувся до лікаря (36,9%). Отримували консультацію щодо лікування бронхіту під час медогляду або лікування в стаціонару лише 3 особи (2,9 % опитаних) (рис. 2.2).

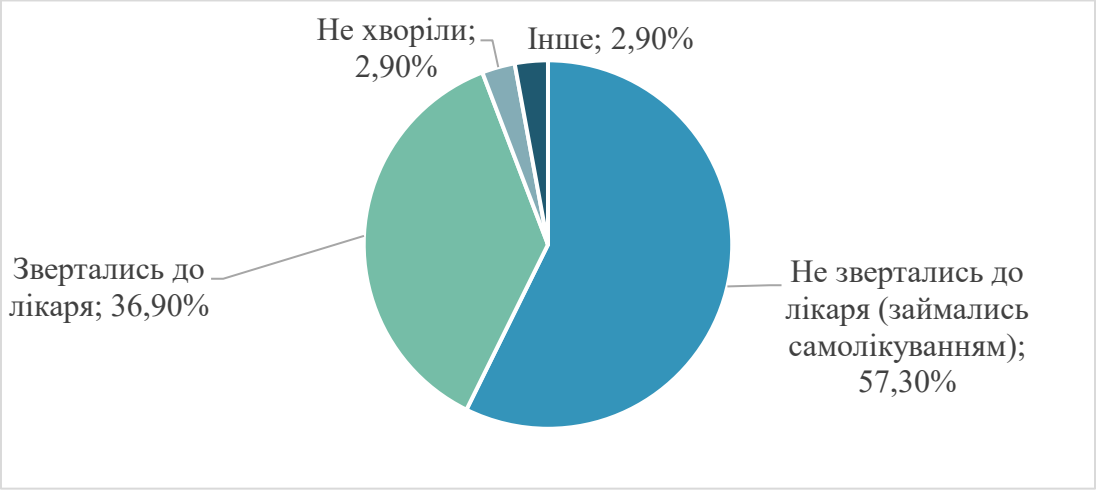


Рис. 2.2. Результати опитування респондентів щодо практики самолікування бронхіту

Отримані дані узгоджуються з сучасними дослідженнями, які підкреслюють поширеність самолікування серед населення та його потенційні ризики [7, 16].

Серед тих, хто все ж звертався до лікарів, частина респондентів робила це лише в межах обов’язкових медоглядів або для отримання ліків за державними програмами [19]. Фармацевтична опіка у цьому контексті виступає важливим інструментом компенсації дефіциту консультацій лікарів, забезпечує пацієнтів інформацією про безпечне застосування ЛЗ та допомагає запобігти ризикам, пов’язаним із самолікуванням [14, 16].

Порівняльний аналіз отриманих результатів свідчить, що рівень самолікування серед респондентів узгоджується з даними інших досліджень в Україні та Європі, де показники коливаються від 40% до 70% [7, 22, 24]. Це підтверджує, що проблема не є локальною, а має глобальний характер і відображає загальносвітову тенденцію до зростання ролі пацієнта у виборі терапії без консультації лікаря. Водночас міжнародні дослідження підкреслюють, що самолікування часто супроводжується нераціональним застосуванням антибіотиків, що сприяє розвитку антибіотикорезистентності [23, 24].

Для глибшого розуміння соціально-фармацевтичних аспектів проблеми самолікування бронхіту респондентам було запропоновано оцінити частоту власних практик самолікування при виникненні типових симптомів бронхіту (кашель, підвищена температура тіла, загальна слабкість). Розподіл відповідей приведено на рис. 2.3.

Рис. 2.3. Питома вага випадків самолікування бронхіту серед респондентів

Отримані дані свідчать про критично високий рівень залученості населення до практик самолікування. Сумарно 91,3% опитаних (варіанти «Завжди» - 25 осіб (24,3%) та «Іноді» - 69 особи (67,0%)) визнають, що вдаються до лікування бронхіту без попередньої консультації з медичними

працівниками. При цьому, переважна більшість респондентів (67,0%) практикують самолікування ситуативно («Іноді»), що вказує на схильність населення самостійно оцінювати ступінь тяжкості свого стану та приймати рішення про візит до лікаря лише у разі неефективності обраних засобів або ускладнення симптомів. Частка респондентів, які «Завжди» лікуються самостійно (24,3%), формує групу високого фармацевтичного ризику, адже така поведінка часто супроводжується нераціональним прийомом ліків та ігноруванням «загрозливих симптомів» [13, 14]. Встановлено, що лише 9 респондентів суворо дотримуються принципів фахової медичної допомоги, ніколи не займаючись самолікуванням (8 осіб (7,8%) повідомили, що не практикують самолікування, а 1 респондент проходить медогляд щороку.

Таким чином, високий рівень самостійного лікування бронхіту в Україні відповідає світовим тенденціям, але водночас потребує посилення інформаційної роботи серед населення та проведення обов'язкової фармацевтичної опіки для мінімізації ризиків задля запобігання ускладненням бронхіту, адже саме фармацевт у багатьох випадках виступає ключовим учасником процесу забезпечення безпечної фармакотерапії для пацієнтів із симптомами бронхіту [14, 16].

Висновки до розділу 2

1. Проведено анкетне опитування щодо практики самолікування бронхіту серед населення, яке дозволило комплексно оцінити соціально-демографічні та поведінкові особливості цього явища. Визначено, що найбільш активними у самолікуванні є особи віком 18–45 років (62,1% опитаних), які характеризуються високою соціальною активністю та самостійністю у прийнятті рішень щодо придбання ЛЗ. Встановлено, що більшість респондентів (56,3%) проживають у місті.

2. Виявлено гендерні особливості – жінки становлять більшість респондентів (68%), що підтверджує їхню провідну роль у прийнятті рішень

щодо придбання ЛЗ для родини. Чоловіки складають 32%, що також є важливим показником для аналізу їхньої поведінки як споживачів. Майже 41% респондентів мали випадки бронхіту протягом останніх двох років, що підтверджує значний вплив цієї патології на систему охорони здоров'я.

3. Виявлено, що серед опитаних майже 41% мали випадки бронхіту протягом останніх двох років, причому частина з них повідомила про супутні патології (зокрема БА) та хронічний перебіг захворювання («постійно хворію», «1–2 рази на пів року»). Така практика самолікування значно підвищує ризик ускладнень, погіршення стану та навіть інвалідизації, що підтверджує значний вплив цієї патології на систему охорони здоров'я та якість життя населення.

4. Встановлено високий рівень самолікування – 57,3% респондентів обирають самостійне лікування при появі симптомів бронхіту, тоді як лише 36,9% звертаються до лікаря. Загалом 91,3% учасників практикують самолікування (24,3% – постійно, 67,0% – епізодично). Лише 9 осіб (8,7%) не займаються самолікуванням. Виявлені дані свідчать про низький рівень обізнаності населення та підтверджують необхідність посиленої фармацевтичної опіки й освітніх заходів.

РОЗДІЛ 3.
АНАЛІЗ СПОЖИВЧОЇ ПОВЕДІНКИ НАСЕЛЕННЯ ПРИ САМОЛІКУВАННІ БРОНХІТУ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ

3.1 Аналіз мотивації споживача та ієрархія цінностей при самолікуванні бронхіту

Для розробки ефективних стратегій фармацевтичної опіки важливо розуміти, на основі яких критеріїв пацієнти приймають рішення щодо придбання ЛЗ. Аналіз чинників вибору дозволяє оцінити баланс між професійними рекомендаціями, особистим досвідом та економічними чи маркетинговими впливами.

За результатами опитування респондентами зазначено такі фактори впливу на їх вибір ЛЗ з метою лікування бронхіту: попередні рекомендації лікаря (58,3%) та власний досвід успішного лікування (50,0%). Значну роль також відіграють поради фармацевта (32,0%) та економічні чинники, зокрема ціна препарату (30,1%). Доступність ліків (20,4%) та реклама (8,7%) мають менший, але все ж помітний вплив (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Мотиваційні чинники вибору ЛЗ при бронхіті

Фактор впливу	Кількість відповідей	Частка (%)
Рекомендація лікаря	60	58,3
Власний досвід	52	50,0
Порада фармацевта	33	32,0
Ціна ЛЗ	31	30,1
Фізична доступність	21	20,4
Реклама (ТБ, інтернет)	9	8,7

Отримані результати свідчать, що провідним чинником при виборі ЛЗ залишається рекомендація лікаря (58,3%). У контексті самолікування це часто означає використання призначень, отриманих під час попередніх епізодів хвороби. Другим за значимістю чинником є власний досвід (50,0%) що демонструє схильність пацієнтів повторно застосовувати ЛЗ, які раніше показали ефективність. Порада фармацевта (32,0%) посідає третє місце, що підтверджує довіру до фармацевтичних працівників. Водночас цей показник поступається «власному досвіду», що свідчить про необхідність посилення ролі фармацевта у корекції нераціональних підходів у самолікуванні.

Фізичну доступність та зручність придбання ЛЗ відмітили 20,4% опитаних. Встановлено, що економічна доступність має вагоме значення для кожного третього респондента (30,1% відповідей), що узгоджується з даними про зниження купівельної спроможності населення [8, 19]. Вплив реклами (8,7%) виявився найменшим, що може свідчити про критичне ставлення пацієнтів до маркетингових гасел або про опосередкований ефект реклами через формування впізнаваності брендів, які згодом сприймаються як «власний досвід» [18].

Окремі відповіді респондентів щодо застосування інгаляції травами та інші народні методи лікування свідчать про збереження практик, які нерідко інтегруються у схеми самолікування паралельно із застосування ЛЗ, придбаних в аптеках [5, 12].

Для аналізу споживчої поведінки було важливо з’ясувати, чи усвідомлюють пацієнти ризики, на які вони наражаються при самостійному лікуванні бронхіту. Відповіді на запитання «Чи вважаєте Ви самолікування бронхіту безпечним?» дозволяють оцінити рівень відповідальності населення за власне здоров’я (рис. 3.1). Отримані результати демонструють неоднозначне ставлення опитаних до безпеки самолікування. Попри те, що більшість респондентів у попередніх питаннях підтвердили практику самостійного лікування, лише 15 (14,6%) переконані у його повній безпеці. Найбільша група опитаних 39 (37,9%) обрала варіант «Важко відповісти», що

свідчить про внутрішній сумнів: пацієнти змушені лікуватися самостійно, але не впевнені у правильності та безпечності своїх дій. Це створює сприятливе підґрунтя для фармацевтичної опіки, адже такі пацієнти найбільш відкриті до професійних порад [14].

Категорично небезпечним самолікування вважають 45 (43,7%) респондентів, що свідчить про усвідомлення ризику ускладнень (перехід у хронічну форму, розвиток пневмонії тощо), проте навіть ця група може вдаватися до самолікування через зовнішні чинники, а саме: відсутність лікарів у невеликих населених пунктах, економічні обмеження чи доступність ліків без рецепта [8, 19].

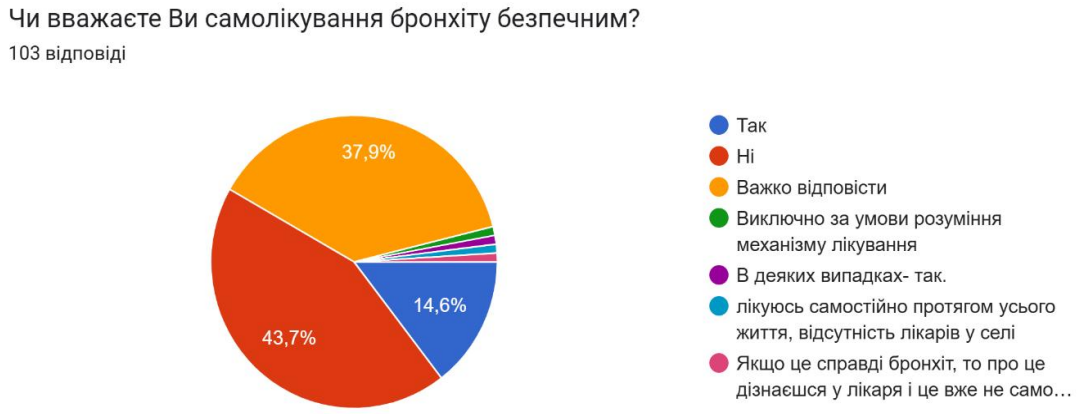


Рис. 3.1 Розподіл ставлення респондентів до безпеки самолікування бронхіту

Результати проведеного якісного аналізу відкритих відповідей респондентів дозволили згрупувати їх за такими ознаками:

- соціальний аспект**:** окремі респонденти зазначили, що лікуються самостійно через відсутність лікарів у сільській місцевості. Це підтверджує, що фармацевт часто є єдиним доступним джерелом медичної допомоги.
- умовна безпека: відповіді на кшталт «лише за умови розуміння механізму лікування» свідчать про впевненість частини населення у рівні власної медичної грамотності.

- критерії діагностики: коментар «якщо це справді бронхіт, то про це дізнаєшся у лікаря» демонструє усвідомлення важливості професійної діагностики, без якої будь-яке лікування може бути ризикованим.

Результати опитування питання щодо знань респондентів про ризики самолікування (ускладнення, неправильне дозування, антибіотикорезистентність), показали, що більшість учасників (58,25%) вважають себе добре поінформованими про небезпеку самолікування бронхіту. Водночас значна частка респондентів (34,95%) має лише часткові знання, що свідчить про обмеженість інформації, отриманої з різних джерел. Невелика група (6,8%) взагалі не знає про потенційні ризики, що є тривожним сигналом, адже такі пацієнти найбільш схильні до неправильного дозування та самостійного використання антибіотиків. У сукупності група ризику («Частково» + «Ні») становить 41,75%, що підтверджує актуальність проблеми та необхідність професійного супроводу.

Таким чином, навіть при наявності базових знань пацієнти потребують консультацій фармацевта, який може пояснити небезпеку антибіотикорезистентності, попередити помилки у дозуванні та надати практичні рекомендації щодо безпечного самолікування бронхіту [8, 19].

Водночас соціально-психологічні чинники, такі як довіра до фармацевта, рівень освіченості та система цінностей пацієнтів, значною мірою визначають їхню мотивацію звертатися за консультацією. Це підтверджує необхідність формування стійкої моделі фармацевтичної опіки, яка поєднує професійні знання з психологічною підтримкою та враховує індивідуальні особливості поведінки пацієнтів. Такий підхід дозволяє не лише мінімізувати ризики самолікування, але й сприяє розвитку культури відповідального використання ЛЗ у суспільстві.

3.2 Аналіз досвіду застосування лікарських засобів і медичних приладів респондентами

Аналіз вибору респондентами ЛЗ для самолікування дозволяє оцінити рівень раціональності фармакотерапії, яку пацієнти призначають собі самостійно. Оскільки запитання передбачало можливість вибору кількох варіантів, загальна кількість відповідей перевищує кількість респондентів.

Таблиця 3.2

Розподіл відповідей респондентів щодо застосування ЛЗ та медичних практик

Категорія засобів	Кількість відповідей	Частка (%)
Протикашльові засоби (пригнічують кашель)	54	52,4
Відхаркувальні препарати (муколітики, секретолітики)	51	49,5
Рослинні засоби народної медицини (трави, чаї, відвари)	32	31,1
Антибіотики (без призначення лікаря)	26	25,2
Специфічні засоби (сальбутамол, інгаляції, ефірні олії, дихальні вправи)	7	6,8

Отримані дані демонструють серйозні ризики нераціонального застосування ЛЗ. По-перше, майже однакова частота відповідей респондентів про досвід використання протикашльових (52,4%) та відхаркувальних (49,5%) препаратів свідчить про те, що пацієнти часто не розрізняють тип кашлю (сухий чи вологий). Аналіз комбінованих відповідей показав, що значна частина респондентів застосовує ці групи одночасно, що є фармакологічно неприпустимим: пригнічення кашльового рефлексу на фоні посилення секреції мокротиння може призвести до його застою в бронхах [6, 21, 22].

По-друге, критично високим є рівень самопризначення антибіотиків (25,2%). Кожен четвертий респондент використовує антибактеріальні засоби без рецепта лікаря, що є ключовим чинником розвитку антибіотикорезистентності та виникнення побічних ефектів [23, 24].

По-третє, висока частка народних методів (31,1%) та поява у відповідях специфічних рецептурних препаратів (наприклад, сальбутамол) без нагляду лікаря вказує на змішаний тип самолікування. Окремі респонденти згадували про використання «питного режиму» та «дихальних вправ» (гімнастика Стрельнікової О. М.), що можна розглядати як позитивний аспект, проте ці практики становлять незначну частку порівняно з масовим самостійним застосуванням ЛЗ.

Таким чином, структура споживання ЛЗ при самолікуванні бронхіту свідчить про потребу у посиленні ролі фармацевтичної опіки та інформаційної роботи серед населення, з метою запобігання нераціональному застосуванню ЛЗ та зниження ризику ускладнень [14].

На основі відповідей 103 учасників було визначено найбільш популярні лікарські форми ЛЗ для лікування кашлю, як одного із симптомів бронхіту (рис. 3.2).

Лідером стали таблетки – їх обрали 41 (39,8%) респондентів, що свідчить про зручність та звичність цієї лікарської форми [8]. Друге місце посіли сиропи, яким віддали перевагу 28 (27,2%) опитуваних, які традиційно асоціюються з лікуванням кашлю та сприймаються як більш м’які для слизової [20]. Порошки для розчинення отримали 15 (14,6%) голосів, що демонструє їхню популярність завдяки можливості поєднувати лікування з теплими напоями [5, 11]. Найменш поширеним варіантом стали капсули 12 (11,7%), що може бути пов’язано з обмеженою кількістю препаратів від кашлю у такій формі [21].

Рис. 3.2. Розподіл уподобань респондентів щодо лікарських форм ЛЗ при бронхіті

Таким чином, більшість пацієнтів віддають перевагу таблеткам, проте майже половина респондентів обирає рідкі або розчинні форми (сиропи та порошки), що відображає специфіку лікування захворювань дихальних шляхів [4, 16].

Аналіз питання щодо використання екстемпоральних препаратів при лікуванні кашлю показав, що більшість респондентів (83 особи або 80,6%) ніколи не користувалися цією групою ЛЗ, віддаючи перевагу готовим, що підтверджує домінування у структурі споживання під час самолікування ЛЗ промислового виробництва [2]. Водночас 11 учасників (10,7%) зазначили, що не знають значення терміну «екстемпоральні препарати», що свідчить про поступову втрату впізнаваності послуги індивідуального виготовлення ліків серед широкого кола пацієнтів [8]. Разом із тим, майже кожен десятий респондент (10,7%) має досвід використання індивідуально виготовлених ліків. Це демонструє, що екстемпоральна рецептура зберігає свою актуальність у певних сегментах, зокрема у педіатрії чи при лікуванні хронічних станів, де стандартні схеми не завжди ефективні. Таким чином, екстемпоральні препарати сьогодні можна розглядати як «крафтовий» сегмент фармації: більшість пацієнтів не користуються ними або не знають про їх існування, проте невелика, але стабільна група прихильників підтримує цей

напрям. Це підкреслює важливість збереження та розвитку рецептурних відділів аптек як додаткового ресурсу фармацевтичної послуги [14, 16].

Наступним етапом нами проведено аналіз досвіду респондентів щодо використання небулайзера для лікування бронхіту або кашлю, що дозволяє оцінити рівень технічного забезпечення пацієнтів та їхню прихильність до сучасних методів доставки ЛЗ [21]. Результати показали, що активними користувачами небулайзерної терапії є 45 респонденти (43,7%), які мають власний пристрій або застосовують його регулярно чи епізодично. Пасивна група, що знає про метод, але не використовує його вдома, становить 41 особа (39,8%). Взагалі не знають, що таке небулайзер – 18 респондентів (17,5%). Водночас 1 респондент (1,0%) застосовує застарілі методи (інгаляції над картоплею), що не відповідають принципам доказової медицини. Також 1 респондент (1,0%) використовує інгаляції з хлорфіліптом.

Таким чином, понад 57 % опитаних (пасивна група та група низької обізнаності) не використовують небулайзерну терапію вдома, що свідчить про значний технологічний розрив. Це відкриває потенціал для фармацевтичного консультування щодо переваг сучасних інгаляційних технологій (швидкість дії, доставка ЛЗ у нижні дихальні шляхи). Виявлені випадки використання «народних» методів (картопля, хлорофіліпт) вказують на ризиковану поведінку пацієнтів та потребу у просвітницькій роботі.

Аналіз питання щодо використання медичних приладів при лікуванні бронхіту демонструє структуру домашнього інструментарію пацієнтів. Оскільки питання передбачало можливість вибору кількох варіантів, розрахунок проведено за кількістю згадувань кожного приладу. Найбільш поширеною відповіддю стала відмова від використання будь яких медичних приладів – 42 респондентів (40,8%). Це свідчить про те, що майже половина пацієнтів покладається виключно на фармакотерапію, не застосовуючи фізичні методи доставки ліків чи контролю стану.

Популярність сучасних інгаляційних технологій підтверджується тим, що небулайзери та інгалятори разом охоплюють близько 36,9% відповідей. Це

позитивна тенденція, однак значна частка теплових (парових) інгаляторів 12 (11,7%) вказує на збереження практик, які мають обмежений вплив на нижні дихальні шляхи.

Поширення практики застосування зволожувачів повітря респондентами (18 відповідей або 17,5%) демонструє поступове усвідомлення ролі мікроклімату у процесі одужання. Використання пульсоксиметрів (10 відповідей або 9,7%) свідчить про формування культури самомоніторингу, що посилилася після пандемії COVID 19. Водночас поодинокі згадки про «народні методи» підтверджують збереження застарілих практик, які не відповідають принципам доказової медицини.

Таким чином, основною перешкодою для ефективного лікування є не відсутність приладів у продажу, а поведінкова звичка «не використовувати нічого». Це відкриває перспективи для фармацевтичного консультування: під час відпуску ЛЗ доцільно пропонувати супутні товари (небулайзери, фізрозчини, зволожувачі), адже ринок споживання цих товарів має значний потенціал у забезпеченні ефективності фармакотерапії бронхіту в домашніх умовах [21].

Аналіз питання щодо профілактичних заходів, які застосовують респонденти для запобігання бронхіту, показав, що оскільки учасники могли обирати кілька варіантів, сума відсотків перевищує 100%. Найбільш поширеним методом профілактики є уникання переохолодження – його зазначили понад половина респондентів (54,4%). Другим за популярністю заходом стала підтримка імунітету за допомогою вітамінів та інших засобів (48,5%). Досить високий рівень мають також фізична активність (40,8%) та уникання контактів із хворими (39,8%), що свідчить про усвідомлення ролі здорового способу життя та базових гігієнічних практик [17]. Менш поширеними залишаються сучасні та специфічні методи: використання зволожувачів повітря (21,4%), дихальні вправи (12,6%) та вакцинація (11,7%). Це може бути пов’язано з недостатньою інформованістю про їхню ефективність саме у профілактиці бронхітів [20, 22]. Лише невелика частка

респондентів (8,7%) не застосовує жодних заходів, що свідчить про загалом високий рівень відповідальності серед опитаних.

Таким чином, найпопулярнішою стратегією у профілактиці бронхіту можна зазначити комбінацію уникання переохолодження та підтримки імунітету. Сучасні технологічні методи та специфічні медичні заходи наразі залишаються на другому плані, що відкриває перспективи для фармацевтичної просвіти та популяризації доказових профілактичних практик.

3.3 Розроблення рекомендацій щодо покращення фармацевтичного консультування під час бронхіту

Одним із ключових завдань дослідження було визначення ступеня взаємодії пацієнтів із фармацевтом у процесі самолікування бронхіту. Оскільки саме фармацевт є «останнім бар'єром» перед нераціональним застосуванням ЛЗ, аналіз готовності респондентів до консультації має вирішальне значення [18, 25]. Розподіл відповідей щодо частоти звернень до фармацевта серед осіб, які практикують самолікування, приведено на рис. 3.3.

Рис. 3.3 Розподіл частоти звернень до фармацевта серед пацієнтів, які займаються самолікуванням бронхіту

Більшість респондентів (67,0%) звертаються до фармацевта лише епізодично («Іноді»). Це свідчить про те, що пацієнти приходять до аптеки вже з певним сформованим вибором і потребують консультації лише у випадку сумнівів або відсутності конкретного ЛЗ. Практично кожен п’ятий респондент (21,4%) «Завжди» консультується з фахівцем аптеки, що демонструє високий рівень довіри до фармацевтичної допомоги [14]. Водночас близько 11,6% опитаних фактично виключають фармацевта з процесу прийняття рішення: 9,6% ніколи не консультуються, а ще 1,0% віддає перевагу інформації з інтернет-ресурсів або самостійній орієнтації серед безрецептурних ЛЗ.

Це питання є критичним для визначення ролі фармацевтичної опіки. Результати показують, що фармацевт залишається важливим джерелом інформації, але значна частина пацієнтів схильна до повної самостійності («орієнтуюсь сам», «через сайти»). Отримані дані підкреслюють проблему «пасивної» фармацевтичної опіки, оскільки понад дві третини опитаних (категорії «Іноді» та «Ніколи») не завжди ініціюють діалог із фармацевтом, обов’язком фармацевта стає активна пропозиція допомоги, роз’яснення правил прийому та з’ясування «загрозливих симптомів», що вимагають негайного візиту до лікаря [25].

Завершальним етапом аналізу споживчої поведінки стало вивчення ставлення респондентів до професійних обов’язків фармацевта. Розуміння того, як пацієнти визначають роль працівника аптеки, дозволяє оцінити потенціал для впровадження нових стандартів фармацевтичної допомоги при бронхіті.

Більшість респондентів (70 опитаних або 68,0%) сприймають фармацевта насамперед як консультанта. Це позитивний показник, адже він свідчить про довіру до професійної компетентності фармацевтичного працівника та готовність пацієнтів отримувати поради щодо вибору ЛЗ, особливостей його застосування й можливих ризиків самолікування [14, 18, 25].

Водночас 18 (17,5%) опитаних зазначили, що роль фармацевта «не має значення». Така позиція може бути характерною для осіб, які покладаються переважно на власний досвід або інформацію з інтернет-ресурсів, зменшуючи значення фахової експертизи [20].

Цікавим є факт, що 11 (10,7%) респондентів досі асоціюють фармацевта з виготовленням ліків (екстемпоральне виробництво). Це може бути пов'язано з традиційними уявленнями про професію або з досвідом застосування екстемпоральних ЛЗ [21].

Мінімальна частка відповідей «продавець» (4 респонденти або 3,8%) свідчить про поступове відходження від сприйняття аптеки як виключно торгової точки. Проте ця група пацієнтів залишається найбільш складною для реалізації фармацевтичної опіки, адже вони не налаштовані на професійний діалог [13].

За результатами проведеного анкетування, яке виявило високий рівень нераціонального самолікування (27,2% – самостійне застосування антибіотиків, понад 50% – помилки у виборі ЛЗ від кашлю), можна запропонувати низку практичних заходів для удосконалення надання консультації відвідувачам аптеки:

1. Впровадження алгоритмів скринінгу «загрозливих симптомів». Оскільки 57,3% респондентів не звертаються до лікаря, важливо, щоб фармацевт проводив коротке опитування пацієнта для виявлення симптомів, які потребують негайної консультації або госпіталізації. До таких ознак належать:

- температура тіла понад 38,5°C, що не знижується протягом трьох днів;
- задишка у стані спокою або сильний біль у грудній клітині;
- наявність крові у мокротинні;
- кашель, що триває понад два тижні.

2. Запобігання нераціональній комбінації ЛЗ. Дослідження показало, що значна частина пацієнтів одночасно застосовує протикашльові та відхаркувальні препарати. Для уникнення таких помилок доцільно:

- проводити інформаційну роботу, пояснюючи, що при вологому кашлі не можна використовувати ЛЗ, які пригнічують кашель;
- розміщувати у зоні обслуговування прості графічні схеми, наприклад, «Сухий та вологий кашель: як правильно обрати лікування» (рис. 3.4).

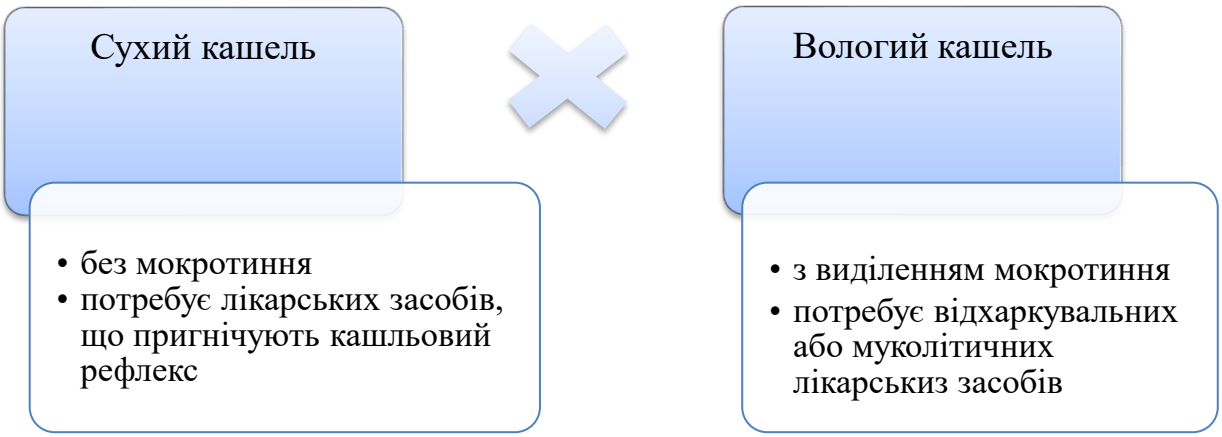


Рис. 3.4. Запропонована графічна схема у аптеках «Сухий та вологий кашель: як правильно обрати лікування»

3. Контроль за використанням антибіотиків. Оскільки практично кожен четвертий респондент практикує самостійне застосування антибіотиків (27,2%), варто:

- посилити контроль за рецептурним відпуском антибактеріальних ЛЗ;
- наголошувати пацієнтам, що більшість випадків гострого бронхіту мають вірусну природу, і антибіотики у таких ситуаціях неефективні.

4. Розробка та поширення «Пам’ятки відповідального самолікування». Доцільно створити короткі друковані матеріали, які можна видавати разом із ЛЗ від кашлю, у яких зазначити:

- рекомендації щодо питного режиму;
- правила прийому муколітиків (наприклад, не пізніше ніж за 2–3 години до сну);
- перелік симптомів, при яких необхідно припинити самолікування та звернутися до лікаря.

5. Підвищення ролі фармацевта як консультанта. Оскільки 68,0% респондентів визнають роль фармацевта як консультанта, але лише 21,4% звертаються до нього завжди, важливо розвивати «активну» фармацевтичну опіку. Фармацевт може самостійно уточнювати ключові моменти:

- для кого купуються ліки;
- який характер кашлю (сухий чи з мокротинням);
- чи є супутні захворювання (наприклад, бронхіальна астма, серцева недостатність, гіпертензія);
- чи застосовує пацієнт якісь ЛЗ (наприклад, інгібітори ангіотензинперетворюючого фермента (АПФ))

6. Оптимізація роботи аптек у сільській місцевості. З огляду на коментарі респондентів про відсутність лікарів у селах, аптеки у невеликих населених пунктах мають забезпечувати максимально широкий асортимент доступних за ціною та ефективних безрецептурних ЛЗ. У таких умовах аптека відіграє роль важливого елемента первинної медичної допомоги.

3.4. Використання моделі «Квітка лотоса» у дослідженні

Для впорядкування результатів соціологічного опитування з проблеми самолікування бронхіту нами було застосовано методику «Квітка лотоса» (Lotus Blossom) за системою Ясуо Мацумури [12]. Головний принцип методу полягає в тому, щоб перетворити статистичні дані (відповіді респондентів) на узгоджену логічну схему, де кожна «пелюстка» символізує окремий напрям соціально-фармацевтичної проблеми.

Використання моделі дозволяє:

- розглянути проблему комплексно, а саме – від економічних чинників до епідеміологічних ризиків;
- побачити взаємозв’язки між вибором ЛЗ та можливими наслідками фармакотерапії;

- візуалізувати результати дослідження для більш доступного сприйняття та пояснення.

Структура моделі передбачає розміщення у центрі проблемного питання – «Самолікування бронхіту». Загальна квітка (рис. 3.5) – це базова схема, навколо неї розташовані вісім ключових секторів («пелюсток»), кожен з яких деталізує окремий напрям дослідження. Така візуалізація допомагає побачити проблему самолікування бронхіту комплексно, а не лише через окремі показники. Зокрема передбачено такі блоки:

1) Аналітичний блок (A–C):

- Демографічний портрет (A): вік, місце проживання, рівень освіти. Вплив соціально-демографічних характеристик на вибір способу лікування бронхіту.
- Поведінка пацієнтів (B): частота звернень до лікаря. Мотиви самолікування (економія часу, відсутність доступу до медичної допомоги).
- Структура споживання ЛЗ (C): найчастіше використовувані ЛЗ. Типові помилки у виборі ЛЗ від кашлю.

2) Критичний блок (D): основні ризики та помилки (антибіотикорезистентність, алергізація).

3) Соціально-економічний блок (E–G):

- Вплив інформації та реклами (E): роль медіа у формуванні поведінки пацієнтів, вплив рекламних кампаній на вибір ЛЗ.
- Економічні чинники (F): значення ціни при виборі ЛЗ, доступність препаратів у міських та сільських аптеках.
- Роль фармацевта (G): рівень довіри до консультацій фармацевта, потенціал фармацевтичної опіки.

4) Традиційний блок (H): використання методів народної медицини та фітотерапії.

Рис. 3.5. Модель «Квітка лотоса» (створено за допомогою програми штучного інтелекту Gemini)

Модель має не лише графічний, а й інтерактивний інтерфейс https://gemini.google.com/share/1becdcb7c46a.

Кожна «пелюстка» може бути активована для отримання додаткового аналітичного матеріалу, що дозволяє визначити наступні складові:

- швидко орієнтуватися у структурі дослідження;
- отримувати короткі тези та практичні поради для фармацевта за кожним напрямом;
- інформація з моделі допомагає створювати рекомендації та легко пояснювати ключові висновки [12].

На рис. 3.6 приведена пелюстка «Фармацевтична опіка», яка є одним із ключових напрямів у моделі «Квітка лотоса», що відображає роль фармацевта у забезпеченні раціонального та безпечного самолікування бронхіту. Основні аспекти:

- Консультаційна функція: фармацевт надає пацієнтам інформацію щодо правильного вибору безрецептурних ЛЗ, враховуючи симптоми, вік та супутні захворювання.
- Профілактика ризиків: завдяки професійним рекомендаціям зменшується ймовірність неправильних комбінацій ЛЗ, нераціонального використання антибіотиків та розвитку побічних ефектів.
- Освітня роль: фармацевт поширює пам’ятки та інформаційні матеріали про відповідальне самолікування, формує культуру раціонального використання ЛЗ.
- Соціальна значущість: у сільських та віддалених регіонах, де доступ до лікаря обмежений, фармацевт фактично виконує функцію первинної медичної допомоги.
- Підтримка пацієнта: фармацевтична опіка включає моніторинг стану пацієнта, рекомендації щодо звернення до лікаря у разі загрозливих симптомів та супровід у процесі лікування.
- Практичне значення: розвиток фармацевтичної опіки сприяє підвищенню ефективності самолікування, зниженню ризиків для здоров’я та формуванню довіри населення до фармацевта як до фахівця, що забезпечує якісну первинну допомогу.

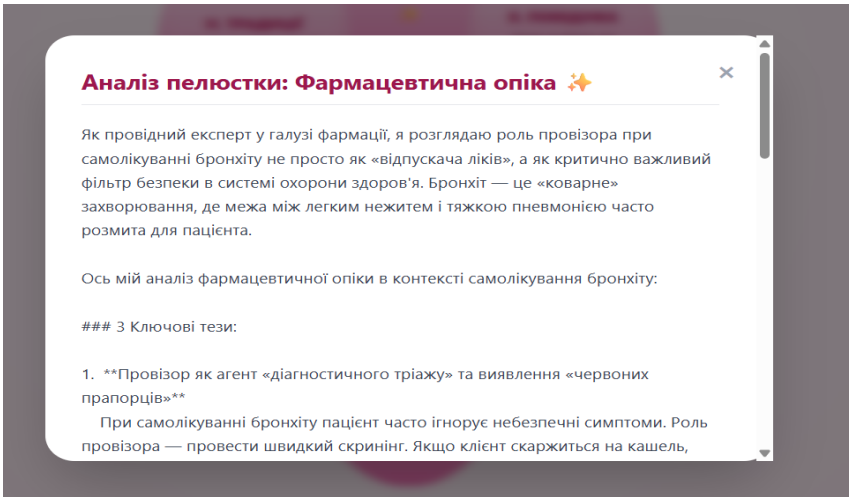


Рис. 3.6. Пелюстка «Фармацевтична опіка»

У моделі пелюстка «Епідеміологія» (рис. 3.7) відображає дані щодо поширеності бронхіту, частоти звернень до лікаря та рівня самолікування. Такий підхід дозволяє зрозуміти, як епідеміологічні показники формують поведінку пацієнтів та які небезпеки виникають при відсутності професійної медичної підтримки.

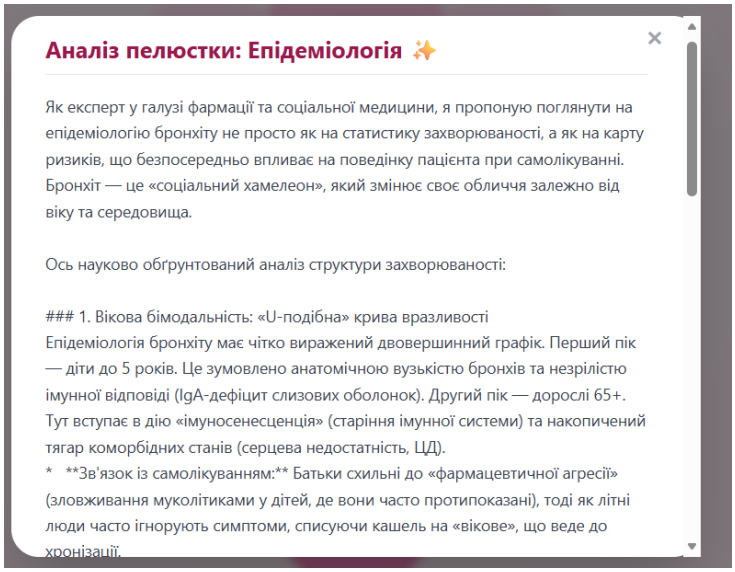


Рис. 3.7. Пелюстки «Епідеміологія»

На рис. 3.8 подано дані пелюстки «Психологія та поведінка», на якому відображено мотивацію пацієнтів: чому вони обирають самолікування, які чинники впливають на їхні рішення (довіра до фармацевта, власний досвід, реклама, ціна). Це допомагає зрозуміти внутрішні сумніви та бар’єри, які формують споживчу поведінку.

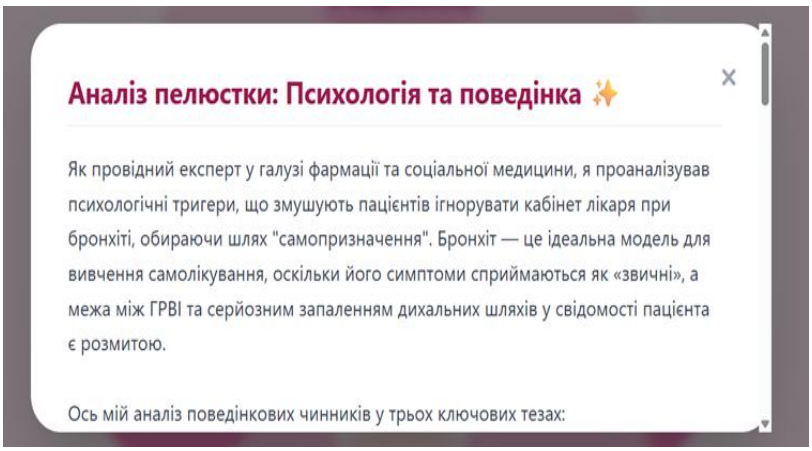
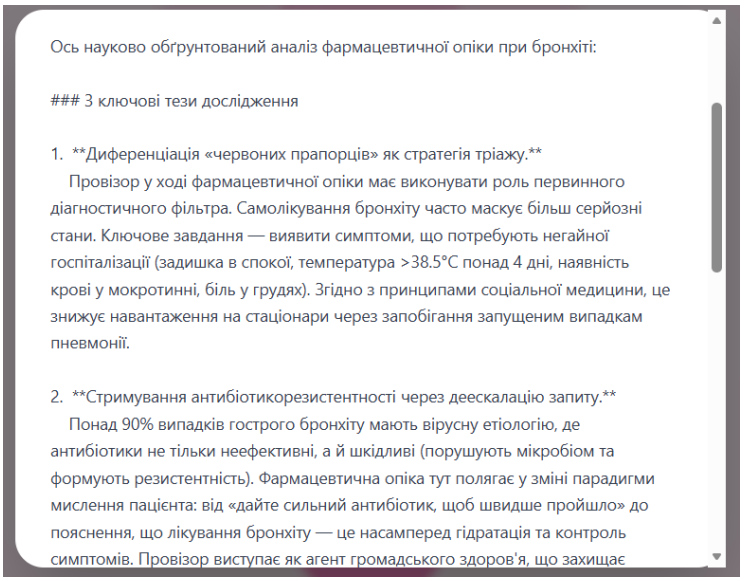


Рис. 3.8. Пелюстка «Психологія та поведінка»

Пелюстка «Фармацевтична опіка» (рис. 3.9) містить інформацію, призначену для фармацевтів, і рекомендації щодо найбільш поширених помилок у самолікуванні бронхіту. Лікування у масовій свідомості часто асоціюється з «сиропами», проте безконтрольне застосування мукоактивних ЛЗ може спричиняти ускладнення. Одним із ключових прикладів є феномен «затоплення» дихальних шляхів:

- Помилка: використання потужних муколітиків (ацетилцистеїн, амброксол) при сухому кашлі або слабкому кашльовому поштовху.
- Механізм: муколітики збільшують об’єм і плинність мокротиння.
- Ризик: за відсутності ефективного дренажу (втома, паління, обструкції) виникає «ефект затоплення» – мокротиння накопичується у нижніх відділах, що створює умови для бактеріальної інфекції та переходу вірусного бронхіту у пневмонію.


Ось науково обґрунтований аналіз фармацевтичної опіки при бронхіті:

3 ключові тези дослідження

1. **Диференціація «червоних прапорців» як стратегія тріажу.**
   Провізор у ході фармацевтичної опіки має виконувати роль первинного діагностичного фільтра. Самолікування бронхіту часто маскує більш серйозні стани. Ключове завдання — виявити симптоми, що потребують негайної госпіталізації (задишка в спокої, температура >38.5°C понад 4 дні, наявність крові у мокротинні, біль у грудях). Згідно з принципами соціальної медицини, це знижує навантаження на стаціонари через запобігання запущеним випадкам пневмонії.

2. **Стримування антибіотикорезистентності через деескалацію запиту.**
   Понад 90% випадків гострого бронхіту мають вірусну етіологію, де антибіотики не тільки неефективні, а й шкідливі (порушують мікробіом та формують резистентність). Фармацевтична опіка тут полягає у зміні парадигми мислення пацієнта: від «дайте сильний антибіотик, щоб швидше пройшло» до пояснення, що лікування бронхіту — це насамперед гідратація та контроль симптомів. Провізор виступає як агент громадського здоров'я, що захищає

Рис. 3.9. Пелюстка «Фармацевтична опіка»

Слід відмітити, що результати опитування щодо обізнаності респондентів стосовно негативних наслідків і ризиків самолікування бронхіту безпосередньо обґрунтовують необхідність розробки Пелюстки D «Ризики» у нашій моделі «Квітка лотоса». Оскільки майже 42% опитаних не мають повного розуміння загрози антибіотикорезистентності та інших негативних факторів впливу на здоров’я при нераціональному використанні ЛЗ.

Візуалізація цих ризиків через графічні моделі в аптеках є актуальним інструментом фармацевтичної опіки.

Модель «Квітка лотоса» є зручним інструментом для структурування даних, але щоб зробити її динамічною, нами інтегровано результати дослідження у візуальну форму із застосуванням інструментів штучного інтелекту. Це дозволило вирішити наступні питання:

- автоматично генерувати ключові тези для кожної пелюстки;
- виявляти приховані зв'язки між різними аспектами (наприклад, між економічними факторами та ризиком розвитку антибіотикорезистентності);
- узагальнити практичні поради для фармацевта.

Використання моделі «Квітка лотоса» поєднує класичні методи соціологічного аналізу з сучасними підходами до візуалізації, що перетворює роботу з набору статистичних даних на динамічний інструмент, який допомагає краще зрозуміти проблему самолікування бронхіту та окреслити шляхи її вирішення.

Таким чином, аналіз усіх пелюсток у моделі «Квітка лотоса» дозволив побачити проблему самолікування бронхіту комплексно: від соціальних та економічних чинників до медичних ризиків і ролі фармацевта, а перетворення моделі на динамічний інструмент дозволило не лише систематизує результати опитування, а й допомогло сформувати рекомендації для реальної практики відповідно до кожного досліджуваного аспекту.

Висновки до розділу 3

1. У ході дослідження встановлено мотиваційні чинники вибору ЛЗ, з-поміж яких основною є рекомендація лікаря (58,3%), другий – власний досвід респондентів (50,0%). Порада фармацевта має значення для 32,0% опитаних, економічні фактори – для 30,1%, фізична доступність – для 20,4%, реклама – лише для 8,7% опитаних.

2. Виявлено суперечливе ставлення до безпеки самолікування. Лише 14,6% вважають його безпечним, 37,9% вагаються, а 43,7% оцінюють як небезпечне. Це підтверджує усвідомлення ризиків та водночас демонструє готовність значної частки пацієнтів приймати професійні поради.

3. Виявлено рівень обізнаності щодо ризиків: добре поінформовані – 58,25%, частково – 34,95%, необізнані – 6,8%. Об'єднана група ризику складає 41,75%, що підкреслює необхідність освіти та фармацевтичної опіки. Найчастіше використовуються протикашльові (52,4%) та відхаркувальні (49,5%) ЛЗ, що нерідко комбінуються неправильно. Антибіотики без призначення лікаря застосовує 25,2% респондентів.

4. Встановлено, що більшість опитаних (68,0%) сприймають фармацевта як консультанта, 17,5% не надають значення його ролі у консультуванні при виборі ЛЗ.

5. Розроблено практичні рекомендації під час проведення фармацевтичного консультування, зокрема алгоритми скринінгу загрозливих симптомів, попередження неправильних комбінацій ЛЗ, контроль за рецептурним відпуском антибіотиків, пам'ятки для пацієнтів та розвиток «активної» фармацевтичної опіки.

6. Застосування моделі «Квітка лотоса» дозволило систематизувати дані опитування у вигляді восьми «пелюсток» (демографія, поведінка, структура споживання, ризики, інформаційний вплив, економіка, роль фармацевта, традиційні практики). Модель забезпечила узагальнення проблеми самолікування бронхіту та практичних рекомендацій для фармацевтів, а також дозволила візуалізувати взаємозв'язки за напрямами проведеного опитування.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. Бронхіт є поширеним респіраторним захворюванням із значним медико-соціальним тягарем: щороку в Україні реєструються мільйони випадків грипу та ГРВІ, понад 4,2 млн людей живуть із респіраторними хворобами, а економічні втрати сягають понад 400 млрд грн, з яких бронхіт формує близько 25,1 млрд грн. Дослідження показало, що на поширення самолікування бронхіту у сучасному суспільстві впливає сукупність факторів – економічного, політичного, інформаційного, освітянського характеру.

2. За результатами анкетування проведено соціально-фармацевтичний аналіз практики самолікування бронхіту серед населення. Основну групу респондентів склала молодь віком 18–25 років (33,0%), за статтю переважно брали участь в опитуванні жінки (68,0%), що свідчить про їхню активність у питаннях охорони здоров'я сім'ї. Встановлено, що більшість респондентів (56,3%) проживають у місті. Бронхіт виявився поширеною патологією: 40,8% опитаних хворіють щороку, а 3,9% мають хронічний перебіг.

3. Результати аналізу поширення практики самолікування бронхіту з-поміж опитаних показали, що більшість респондентів 57,3% не звертаються за допомогою, а 36,9% звертаються до лікаря лише при погіршенні стану. Завжди займаються самолікуванням 24,3%, а 67% – інколи. При виборі ЛЗ при самолікуванні переважно покладаються на власний досвід (58,3% опитаних), а 32,0% – на поради фармацевта. Найбільш популярною лікарською формою є таблетки (39,8%), на другому місці – сиропи 27,2%. Основним критерієм вибору ЛЗ для лікування бронхіту виступає рекомендації лікаря (58,3%), тоді як ціна має вирішальне значення лише для 30,1% опитаних.

4. Проведений аналіз демонструє класичний парадокс: населення усвідомлює ризики (62,1%) або сумнівається у безпеці самолікування (37,9%), проте через соціально-економічні чинники (вартість ЛЗ, доступність ліків без рецепта, відсутність лікарів у невеликих населених пунктах) продовжує

активно застосовувати безрецептурні ЛЗ та, навіть, антибіотики самостійно. У ході досліджень було виявлено високий рівень нераціонального самолікування (27,2% – самостійне застосування антибіотиків, понад 50% – помилки у виборі ЛЗ від кашлю).

5. З метою удосконалення роботи аптечних закладів запропоновано: впровадження алгоритмів скринінгу «загрозливих симптомів» для своєчасного направлення пацієнтів до лікаря; запобігання неправильним комбінаціям ЛЗ через інформаційні матеріали та наочні схеми; посилення контролю за рецептурним відпуском антибіотиків, створення пам’яток відповідального самолікування, а також розвиток активної консультативної ролі фармацевта. Окремої уваги потребує оптимізація роботи аптек у сільській місцевості, де вони часто виконують функцію первинного медичного посту.

6. Для узагальнення результатів проведеного соціально-фармацевтичного аналізу практики самолікування бронхіту серед населення запропоновано застосування моделі «Квітка лотоса». Вона дозволяє систематизувати основні чинники самолікування: мотивацію, джерела інформації, вибір лікарських форм, профілактичні заходи, і водночас інтегрує роль фармацевта як центрального елемента – фахівця, яких поєднує всі аспекти безпечної терапії. Завдяки такому підходу фармацевт виступає консультантом, який компенсує дефіцит знань пацієнта, сприяє раціональному використанню безрецептурних ЛЗ та надає рекомендації щодо застосування медичних виробів для лікування й профілактики бронхіту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Адаптована клінічна настанова: хронічне обструктивне захворювання легень / Ю. І. Фещенко та ін. *Український пульмонологічний журнал*. 2020. № 3. С. 5–36.

2. Асортимент лікарських препаратів для лікування обструктивних захворювань дихальних шляхів, представлений на ринку України / Н. Є. Стадницька та ін. *Фармацевтичний часопис*. 2020. № 1. С. 59–65. URI: https://repository.tdmu.edu.ua/handle/123456789/15468 (дата звернення: 11.03.2026).

3. Досвід застосування комбінованих фітопрепаратів у лікуванні захворювань дихальних шляхів / В. М. Дудник та ін. *Вісник Вінницького національного медичного університету.* 2018. Т. 22, № 1. С. 46–49.

4. Хронічний бронхіт і його профілактика. *Інформаційний вісник*. 2024. № 3. С. 1–4. URL: https://dniprophc.com.ua/wp-content/uploads/2024/06/NIZ_2024_3.pdf (дата звернення: 11.03.2026).

5. Кардош П. Фітотерапія при гострому бронхіті: які докази ми маємо? *Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя».* 2019. № 18(463). С. 34–44. URL: https://health-ua.com/article/44170-ftoterapya-pri-gostromu-bronht-yak-dokazi-mi-mamo (дата звернення: 11.03.2026).

6. Кашель. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. 2015. URL: https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2015_327akn_kashel.pdf (дата звернення: 11.03.2026).

7. Хронічний кашель у дорослих : Настанова № 00115. Вид. офіц. 2017. URL: https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3017 (дата звернення: 11.03.2026).

8. Косуба Р. Самолікування може зашкодити вашому здоров'ю. URL: https://www.bsmu.edu.ua/blog/1962-samolikuvannya-mozhe-zashkoditi-vashomuzdorov-yu/ (дата звернення: 05.03.2026).

9. Кухтенко О. С., Назаркіна В. М., Гладух Є. В. Фармакоекономічна оцінка доступності лікарських засобів для лікування захворювань дихальних шляхів. *Фармацевтичний часопис*. 2017. № 3. С. 105–111. URL: https://dspace.nuph.edu.ua/bitstream/123456789/28680/1/Phch_2017_3_16.pdf (дата звернення: 05.03.2026).

10. Гострий бронхіт : Настанова № 00129. Вид. офіц. 2017. URL: https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3030 (дата звернення: 05.03.2026).

11. Перцева Т. О., Конопкіна Л. І. Сучасні погляди на діагностику та лікування хронічного обструктивного захворювання легень. *Український пульмонологічний журнал*. 2018. № 4. С. 13–15.

12. Попп М. Гострий бронхіт: фітотерапія з позиції доказової медицини. *Здоров'я України. Тематичний номер «Педіатрія»*. 2019. № 4(51). С. 23.

13. Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів : Наказ МОЗ України від 05.05.2023 р. № 848. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0854-23#Text (дата звернення: 05.03.2026).

14. Про затвердження протоколів провізора (фармацевта) : Наказ МОЗ України від 05.01.2022 р. № 7. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0875282-13#Text (дата звернення: 05.03.2026).

15. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269. URL: https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-05062019--1269-pro-zatverdzhennja-ta-vprovadzhennja-mediko-tehnologichnih-dokumentiv-zi-standartizacii-ekstrenoi-medichnoi-dopomogi (дата звернення: 05.03.2026).

16. ЦГЗ МОЗ України : офіційний сайт. URL: https://phc.org.ua (дата звернення: 05.03.2026).

17. Про рекламу : Закон України від 03.07.1996 р. № 270/96-ВР. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/270/96-%D0%B2%D1%80#Text (дата звернення: 05.03.2026).

18. Роль провізора в успішній реалізації концепції відповідального самолікування / А. М. Машейко та ін. *Фармацевтичний журнал*. 2011. № 3. С. 7–10.

19. Селюк М. М., Козачок М. М., Селюк О. В. Оптимізація лікування гострих респіраторних захворювань. *Практикуючий лікар*. 2017. Т. 6, № 1. С. 17–20.

20. Смородина А. Реклама і промоція лікарських засобів за новим законом. 2022. URL: https://blog.liga.net/user/asmorodyna/article/47483 (дата звернення: 05.03.2026).

21. Стан здоров'я населення працездатного віку та ефективність функціонування системи охорони здоров'я України / А. М. Нагорна та ін. *Здоров'я нації.* 2021. № 1. С. 5–22. DOI: 10.32782/2077-6594.1.1.2021.227145.

22. Симптоми та синдроми в практичній фармації. Принципи терапії : навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. / І. А. Зупанець та ін. ; за ред. І. А. Зупанця, В. П. Черних. Харків : Золоті сторінки, 2021. 120 с.

23. Сучасні підходи до лікування кашлю: клініко-фармакологічні аспекти / К. О. Зупанець та ін. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини.* 2022. № 1. С. 7–18. DOI: 10.11603/18112471.2022.v.i1.12982.

24. Сучасні протикашльові препарати: акцент на ефективності на безпеці / К. М. Ткаченко та ін. *Youth Pharmacy Science* : матеріали III Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Харків, 7-8 груд. 2022 р. Харків : НФаУ, 2022. С. 387–389.

25. Фармацевтична опіка : практ. посіб. / І. Зупанець та ін. ; за ред І. Зупанця, В. Черниха. Київ : Фармацевт Практик, 2016. 208 с.

26. Фелді Д. А., Козяр В. В. Застосування небулайзерів для лікування легеневих захворювань. *Біомедична інженерія і технологія*. 2022. Вип. 7. С.

1–7. URL: https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/52844/1/BmT-2022-7_p1-7.pdf (дата звернення: 05.03.2026).

27. Фітоніpингові лікарські препарати для лікування кашлю: шляхи забезпечення раціональної фітотерапії / Т. С. Сахарова та ін. *Клінічна фармація*. 2021. Т. 25, № 1. С. 24–31. DOI: 10.24959/cphj.21.1545.

28. International Respiratory Coalition. Respiratory Disease in Ukraine. Country One Pager. 2025. URL https://international-respiratory-coalition.org/wp-content/uploads/2025/02/Ukraine_Lung-Facts-one-pager.pdf?form=MG0AV3&utm_source=copilot.com (Date of access: 19.02.2026).

29. Kardos P. Phytotherapy in acute bronchitis: what is the evidence? *Clinical Phytoscience.* 2015. Vol. 1(2). DOI: 10.1186/s40816-015-0003-2.

30. Pulia M., Redwood R., May L. Antimicrobial Stewardship in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2018. Vol. 36(4). P. 853–872. DOI: 10.1016/j.emc.2018.06.012.

31. Quality assessment in general practice: diagnosis and antibiotic treatment of acute respiratory tract infections / L. T. Saust et al. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2018. Vol. 36(4). P. 372–379. DOI: 10.1080/02813432.2018.1521994.

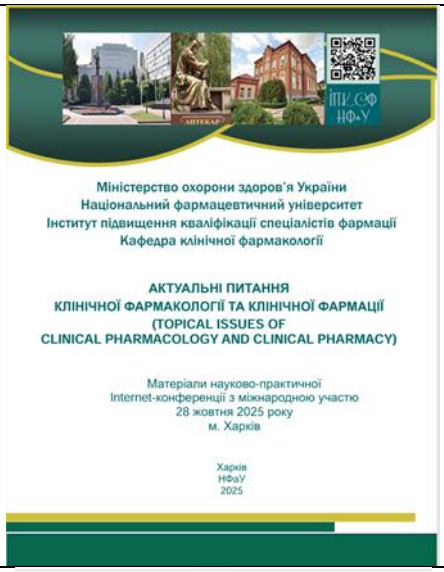
32. Respiratory Disease in Ukraine. Country One Pager. 2025. URL: https://international-respiratory-coalition.org/wp-content/uploads/2025/02/Ukraine_Lung-Facts-one-pager.pdf (Date of access: 19.02.2026).

33. Tanner M., Roddis J. K. Antibiotics for acute bronchitis. *Nursing Standard*. 2018. Vol. 32(27). P. 41–43. DOI: 10.7748/ns.2018.e11159.

34. Tabletki.ua : офіційний сайт. URL: https://tabletki.ua (дата звернення: 29.01.2026).

ДОДАТКИ

ДОДОТОК А



Міністерство охорони здоров'я України
Національний фармацевтичний університет
Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації
Кафедра клінічної фармакології

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ ТА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ
(TOPICAL ISSUES OF
CLINICAL PHARMACOLOGY AND CLINICAL PHARMACY)

Матеріали науково-практичної
Internet-конференції з міжнародною участю
28 жовтня 2025 року
м. Харків

Харків
НФаУ
2025

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІНСТИТУТ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ
КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ
ТА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ
(TOPICAL ISSUES OF CLINICAL PHARMACOLOGY
AND CLINICAL PHARMACY)

Матеріали науково-практичної
Internet-конференції з міжнародною участю

28 жовтня 2025 року
м. Харків

Харків
НФаУ
2025

VIII Всеукраїнська науково-освітня конференція з міжнародною участю
«ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ:
ПИТАННЯ ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ»

Отже, підводячи підсумки, можна зазначити, що система екологічного менеджменту забезпечує зниження екологічних ризиків та підвищує оперативну ефективність.

ЕКСТЕМПОРАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ ПРИ СИМПТОМАТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ КАШЛЮ

Міщенко В.І.[1], Неглядь Я.В.[1], Кузьменко М.О.[2]
[1]Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
[2]аптека «Леда», м. Харків, Україна
viktoriamischenko@ukr.net

Зростання випадків самолікування серед населення України актуалізує потребу в безпечних і ефективних лікарських засобах (ЛЗ). Екстемпоральна рецептура, що виготовляється безпосередньо в аптеці, дозволяє індивідуалізувати терапію в межах фармацевтичної опіки. Аптека «Леда» є однією з перших аптечних мереж Харкова з власним екстемпоральним виробництвом.

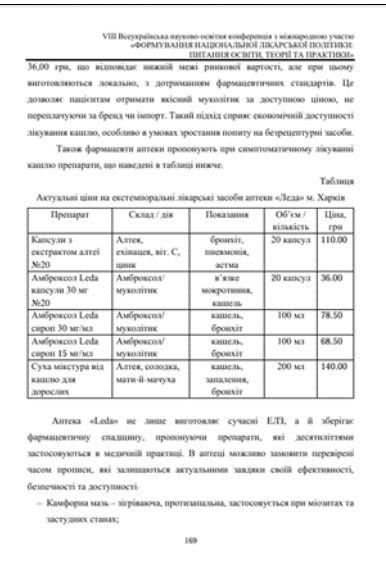
Мета дослідження. Огляд наявних у продажу екстемпоральних препаратів при симптоматичному лікуванні кашлю в аптеці «Леда», м. Харків.

Методи дослідження: порівняльний, оглядовий, системний, історичний.

Сьогодні пацієнти обирають екстемпоральні лікарські засоби (ЕЛЗ) через довіру до фармацевта, можливість індивідуального підбору складу та доступну ціну. Наприклад, екстемпоральна Суха мікстура від кашлю для дорослих 200 мл, що містить екстракти алтеї, солодки, мати-й-мачухи, натрію гідрокарбонат і бензоат, коштує 140 грн.

Також згідно з даними аптечних порталів, середня ціна на таблетки Амброксолу 30 мг №20 коливається від 28,00 до 78,00 грн, залежно від виробника. У той час як Амброксол Leda капсули 30 мг №20 коштують лише

168



VIII Всеукраїнська науково-освітня конференція з міжнародною участю
«ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ:
ПИТАННЯ ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ»

36,00 грн, що відповідає нижній межі ринкової вартості, але при цьому виготовляються локально, з дотриманням фармацевтичних стандартів. Це дозволяє пацієнтам отримати якісний муколітик за доступною ціною, не переплачуючи за бренд чи імпорт. Такий підхід сприяє економічній доступності лікування кашлю, особливо в умовах зростання попиту на безрецептурні засоби.

Також фармацевти аптеки пропонують при симптоматичному лікуванні кашлю препарати, що наведені в таблиці нижче.

Таблиця

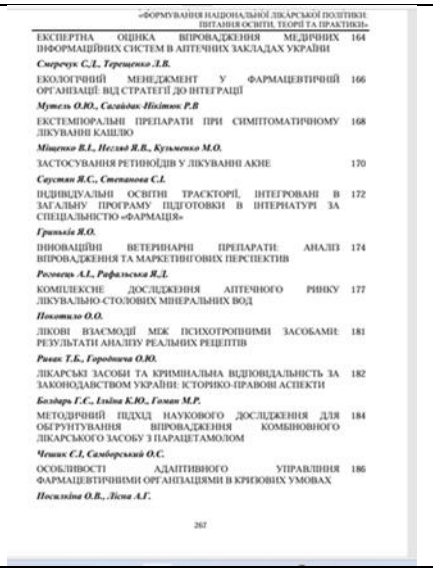
Актуальні ціни на екстемпоральні лікарські засоби аптеки «Леда» м. Харків

Препарат	Склад / дія	Показання	Об'єм / кількість	Ціна, грн
Капсули з екстрактом алтеї №20	Алтея, ехінацея, віт. С, цинк	бронхіт, пневмонія, астма	20 капсул	110.00
Амброксол Leda капсули 30 мг №20	Амброксол/ муколітик	в'язке мокротиння, кашель	20 капсул	36.00
Амброксол Leda сироп 30 мг/мл	Амброксол/ муколітик	кашель, бронхіт	100 мл	78.50
Амброксол Leda сироп 15 мг/мл	Амброксол/ муколітик	кашель, бронхіт	100 мл	68.50
Суха мікстура від кашлю для дорослих	Алтея, солодка, мати-й-мачуха	кашель, запалення, бронхіт	200 мл	140.00

Аптека «Leda» не лише виготовляє сучасні ЕЛЗ, а й зберігає фармацевтичну спадщину, пропонуючи препарати, які десятиліттями застосовуються в медичній практиці. В аптеці можливо замовити перевірені часом прописи, які залишаються актуальними завдяки своїй ефективності, безпечності та доступності:

– Камфорна мазь – зігріваюча, протизапальна, застосовується при міозитах та застудних станах;

169



«ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ:
ПИТАННЯ ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ»

ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ 164
Стеречук С.Д., Терещенко Л.В.
ЕКОЛОГІЧНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ОРГАНІЗАЦІЇ: ВІД СТРАТЕГІЇ ДО ІНТЕГРАЦІЇ 166
Мутель О.Ю., Саловдак Нікітюк Р.В
ЕКСТЕМПОРАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ ПРИ СИМПТОМАТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ КАШЛЮ 168
Міщенко В.І., Неглядь Я.В., Кузьменко М.О.
ЗАСТОСУВАННЯ РЕТИНОЇДІВ У ЛІКУВАННІ АКНЕ 170
Саустан Я.С., Степанова С.І.
ІНДИВІДУАЛЬНІ ОСВІТНІ ТРАЄКТОРІЇ, ІНТЕГРОВАНІ В ЗАГАЛЬНУ ПРОГРАМУ ПІДГОТОВКИ В ІНТЕРНАТУРІ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ФАРМАЦІЯ» 172
Гриньків Я.О.
ІННОВАЦІЙНІ ВЕТЕРИНАРНІ ПРЕПАРАТИ: АНАЛІЗ ВПРОВАДЖЕННЯ ТА МАРКЕТИНГОВИХ ПЕРСПЕКТИВ 174
Рогочець А.І., Рафальська Я.Д.
КОМПЛЕКСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АПТЕЧНОГО РИНКУ ЛІКУВАЛЬНО-СТОЛОВИХ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД 177
Пікотило О.О.
ЛІКОВІ ВЗАЄМОДІЇ МЕЖ ПСИХОТРОПНИМИ ЗАСОБАМИ: РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ РЕАЛЬНИХ РЕЦЕПТІВ 181
Ринак Т.Б., Городнича О.Ю.
ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ ТА КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ЗАКОНОДАВСТВОМ УКРАЇНИ: ІСТОРИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ 182
Боздарь Г.С., Ізміна К.Ю., Гоман М.Р.
МЕТОДИЧНИЙ ПІДХІД НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ДЛЯ ОБҐРУНТУВАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ КОМБІНОВНОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ З ПАРАЦЕТАМОЛОМ 184
Чешик С.І, Самборський О.С.
ОСОБЛИВОСТІ АДАПТИВНОГО УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ В КРИЗОВИХ УМОВАХ 186
Посилкіна О.В., Лісна А.Г.

267

ДОДАТОК Б

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ

СЕРТИФІКАТ

Негляд Яна Валеріївна

брав (ла) участь у **VIII Всеукраїнській науково-освітній конференції з міжнародною участю**
«ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКА́РСЬКОЇ ПОЛІТИКИ: ПИТАННЯ ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ»

за програмою обсягом 3 години / 0,1 кредити ЄКТС

Досягнуті результати навчання: використання у професійній діяльності знань основних принципів Національної лікарської політики як складової ефективної сфери охорони здоров'я, а також підходів щодо сприяння раціональному призначенню та використанню лікарських засобів

Ректор НФаУ, проф. Олександр КУХТЕНКО

27 листопада 2025 р., м. Харків, Україна

ДОДАТОК В

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ДИПЛОМ
III СТУПЕНЯ

нагороджується

Негляд Яна

із науковою роботою

Соціально-фармацевтичний аналіз практики самолікування бронхіту серед населення

(науковий керівник: Волкова А.В., д. фарм. н., доцент)

у І етапі Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт зі спеціальності «Фармація, промислова фармація»

Ректор закладу вищої освіти
Голова конкурсної комісії **Олександр КУХТЕНКО**

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ Національний фармацевтичний університет №02010936

15-17 квітня 2026 р. м. Ужгород