

Зміст

<i>Л.Я. Ковальчук</i> ДО ПИТАННЯ СПІВПРАЦІ ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО ТА ШТАТУ ПІВДЕННА КАРОЛІНА, США В ГАЛУЗІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ	5
<i>Т.І. Чернишенко, Н.О. Лиценко</i> ПОРІВНЯЛЬНІ АСПЕКТИ АМЕРИКАНСЬКОЇ ТА УКРАЇНСЬКОЇ ПРОГРАМ БАКАЛАВРАТУ З МЕДСЕСТРИНСТВА	7
<i>Л.Я. Ковальчук, Н.О. Лиценко, О.С. Усинська</i> СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ ПІДРУЧНИКА ДЛЯ МЕДСЕСТЕР	11
<i>В.П. Марценюк</i> ЕЛЕКТРОННІ ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МЕДСЕСТЕР В УНІВЕРСИТЕТІ ПІВДЕННОЇ КАРОЛІНИ UPSTATE (США)	14
<i>М. Б. Шегедин</i> НОВА ВІТЧИЗНЯНА МОДЕЛЬ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ	16
<i>С.І. Шкробот, О.Ю. Бударна, З.В. Салій</i> АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ПРЕДМЕТА "МЕДСЕСТРИНСТВО В НЕВРОЛОГІЇ" В СВІТЛІ РЕФОРМУВАННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ	18
<i>Н.А. Хабарова, С.М. Андрейчин, Н. А. Бількевич</i> СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА МЕДСЕСТРИНСЬКУ ОСВІТУ	20
<i>О.В. Шевчук</i> ГОСПІТАЛЬНЕ МЕДСЕСТРИНСТВО В США ОЧИМА УКРАЇНСЬКОГО ВИПУСКНИКА	22
<i>Діана С. Кулл</i> ДО ПИТАННЯ НЕСТАЧІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР	24
<i>Н.В. Ревчук</i> СИСТЕМА ОСВІТИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У СПОЛУЧЕНИХ ШТАТАХ АМЕРИКИ	28
<i>О.С. Усинська</i> ПРОФЕСІЙНА КЛАСИФІКАЦІЯ МЕДСЕСТЕР У США: ОСОБЛИВОСТІ ОСВІТИ ТА РОБОТИ	30
<i>А.А. Лепяко</i> АЛЬТЕРНАТИВНІ ШЛЯХИ ПРОФЕСІЙНОГО СПРЯМУВАННЯ ВИПУСКНИКІВ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ШКІЛ США	32
<i>О.В. Шманько</i> ПРОБЛЕМА НЕСТАЧІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У США	35
<i>М.Б. Шегедин, І.С. Смачило</i> КРЕДИТНО-МОДУЛЬНО-РЕЙТИНГОВА СИСТЕМА ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ЛЬВІВСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ ІМ. АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО (З ДОСВІДУ ВПРОВАДЖЕННЯ)	36
<i>А.І. Прокопчук</i> ДО ПИТАННЯ РЕФОРМУВАННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ	39
<i>М.В. Тарчинець, М.В. Воронцов, Д.Р. Ставничий, Т.В. Висоцька</i> СТАНДАРТИЗОВАНИЙ ІСПИТ NCLEX-RN ТА ДОСВІД ЙОГО СКЛАДАННЯ МЕДСЕСТРАМИ, ЩО ОДЕРЖАЛИ СПЕЦІАЛЬНУ ОСВІТУ В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ СНД	41
<i>Л.С. Мілевська</i> ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ ВИКЛАДАННЯ КУРСУ ПСИХІАТРІЇ В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ШКОЛІ УНІВЕРСИТЕТУ ПІВДЕННОЇ КАРОЛІНИ (США) ..	42
<i>А.І. Прокопчук</i> ДО ПИТАННЯ ВИКОРИСТАННЯ МАНЕКЕНІВ У МЕДСЕСТРИНСЬКОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ	44
<i>О.М. Олещук, Г.Б. Паласюк</i> ОСОБЛИВОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В АВСТРІЇ	46
<i>О.В. Олійник</i> ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР-АНЕСТЕЗИСТОК В КЛІНІЦІ ВІДЕНСЬКОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ	48
<i>І.С. Сахарова, Н.С. Лістичук, О.М. Олещук</i> ЗА ПІДСУМКАМИ 10-Ї ГРАЦЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ	49
<i>В.О. Качор, С.М. Андрейчин, Н.А. Васильєва, О.С. Луцук</i> ПРО ПЕРСПЕКТИВУ СПІВПРАЦІ У СИСТЕМІ СЕСТРИНСЬКОГО НАВЧАННЯ ЗІ СЛОВАЦЬКОЮ РЕСПУБЛІКОЮ	53
<i>Дана Фаркашова</i> СИСТЕМА МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ У СЛОВАЦЬКІЙ РЕСПУБЛІЦІ ПІСЛЯ 1990 РОКУ	55
<i>Арвідас Сескевічюс</i> РОЗВИТОК МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В ЛИТВІ	57
<i>Н.В. Банадига, Н.Я. Ходорчук, І.О. Рогальський</i> СЕСТРИНСЬКИЙ ПРОЦЕС В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ	58

<i>В.А. Гайдюков, І.А. Плеш, Л.Д. Борейко, О.В. Макарова</i> СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПРОХОДЖЕННЯ ПЕРЕДДИПЛОМНОЇ ПРАКТИКИ МЕДИЧНИМИ СЕСТРАМИ-БАКАЛАВРАМИ	60
<i>К.Д. Дука, Т.В. Ярошевська, І.Е. Шарун</i> ДОСВІД НАВЧАННЯ МЕДСЕСТЕР-БАКАЛАВРІВ В ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ДЕРЖАВНІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ	62
<i>І. Ф. Костенко</i> ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ	64
<i>В.І. Кривенко, О.П. Федорова, С.П. Пахомова, В.Г. Єремєєв</i> ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР З ВИЩОЮ ОСВІТОЮ	66
<i>В.Г. Кузнецов</i> РОЛЬ КАБІНЕТУ ДОКЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ СЕРЕДНЬОЇ ЛАНКИ	68
<i>В.І. Литвищенко</i> ОПТИМІЗАЦІЯ РОБОТИ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР	70
<i>Б.А. Локай, Д.В. Козак</i> ОСВІТНЬО-КВАЛІФІКАЦІЙНИЙ РІВЕНЬ "МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА" –КРОК ВПЕРЕД В РЕФОРМУВАННІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ	72
<i>Б.А. Локай</i> СТАН ТА ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ КАДРІВ ДЛЯ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ "СЕСТРИНСЬКА СПРАВА" ТА "ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА" У ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО	74
<i>М.С. Папченко, Т.О. Кудрявцева, Л.П. Ольховська</i> ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПІДГОТОВКИ ПЕДАГОГІЧНИХ КАДРІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ "СЕСТРИНСЬКА СПРАВА" З ДОСВІДУ РОБОТИ ХАРКІВСЬКОГО БАЗОВОГО МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ № 1	76
<i>Р.О. Сабадишин, В.О. Рижковський</i> НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИКЛАДАЧІВ-БАКАЛАВРІВ ТА СТУДЕНТІВ-БАКАЛАВРІВ МЕДИЧНИХ КОЛЕДЖІВ ЯК ОДИН ІЗ МЕХАНІЗМІВ РЕФОРМУВАННЯ У ІНСТИТУТІ МЕДСЕСТРИНСТВА ТА ЗАПОРУКА ЯКІСНОЇ СТУПЕНЕВОЇ ВИЩОЇ СЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ	79
<i>Т.І. Сук, О.Й. Хомко, І.Р. Пержур, П.М. Молдован</i> ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ЛАБОРАНТІВ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ	82
<i>О.В. Швидкий, К.М. Тарасенко</i> КРЕДИТНО-МОДУЛЬНА СИСТЕМА ЯК СКЛАДОВА ОРІЄНТОВНО-ОСОБИСТІСНОГО НАВЧАННЯ	84
<i>М.Б. Шегедин</i> МЕДСЕСТРИНСТВО ЯК НАУКОВА ДИСЦИПЛІНА	86
<i>І.М. Шкільна</i> РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПРОФІЛАКТИЦІ НАЙВАЖЛИВІШИХ ХВОРОБ, В ТОМУ ЧИСЛІ ІНФЕКЦІЙНИХ, І ПІДТРИМЦІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	88
<i>І.П. Кайдашев, М.С. Расін, В.М. Васильєв, Н.І. Дігтяр, Л.Г. Савченко</i> МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ	90
<i>І.М. Білай, Б.А. Самура, Б.Б. Самура</i> ДЕЯКІ МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ СТУДЕНТАМ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ: КУРАЦІЯ ХВОРИХ ТА НАПИСАННЯ ПРОТОКОЛУ З БЕЗПЕЧНОГО ТА ЕФЕКТИВНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	92
<i>О. Деміховська</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ГІГІЄНИ У НІМЕЧЧИНІ	96
<i>Л.Д. Чулак, М.В. Кушнір, В.Г. Штурмінський</i> ДОСВІД ОСВОЄННЯ АЛГОРИТМІВ ПРИ ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ ДО ПРАКТИЧНООРІЄНТОВАНОГО ІСПИТУ З ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ	99
<i>Б.Г. Бугай, С.М. Андрейчин, Т.Ю. Чернець</i> РИТМ ПЕРЕПІЛКИ ПРИ МІТРАЛЬНОМУ СТЕНОЗІ: КОМПОНЕНТ, ЯКОГО НЕ ВИСТАЧАЄ	101
<i>Т.В. Саварин, В.Я. Рахлецька</i> ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ ГРИ ПРИ ВИВЧЕННІ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ НА ЗАНЯТТЯХ З ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ	103
<i>Ю.С. Роговий, Л.Г. Архіпова</i> РОЛЬ НОВОГО МЕТОДУ ЕЛЕКТРОАКУПНКТУРНОЇ ДІАГНОСТИКИ І КОНТРОЛЮ ЗА ЛІКУВАННЯМ "ИМЕДИС-ТЕСТ+" У ПОЛІПШЕННІ ВИКЛАДАННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ	107
<i>Н.І. Корильчук, Т.Б. Корильчук</i> ІНТЕНСИФІКАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ СТУДЕНТА ЗА ДОПОМОГОЮ АКТИВІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ	109
РЕЦЕНЗІЯ	112

УДК 614.253.5(07.07).009.11(477.84+757)

ДО ПИТАННЯ СПІВПРАЦІ ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО ТА ШТАТУ ПІВДЕННА КАРОЛІНА, США В ГАЛУЗІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

Л.Я. Ковальчук

*Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського*

THE ISSUES OF COOPERATION IN NURSING EDUCATION BETWEEN TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY NAMED AFTER I.YA. HORBACHEVSKY AND THE STATE OF SOUTH CAROLINA, USA

L.Ya. Kovalchuk

Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky

У статті висвітлено історію розвитку співпраці між Тернопільським державним медичним університетом імені І.Я. Горбачевського та вищими медичними навчальними закладами штату Південна Кароліна, США в питаннях медсестринської освіти, проведено аналіз перспектив розвитку цієї співпраці.

The article describes the history of development of cooperation between Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky and institutions of the higher medical education of South Carolina, USA in the issues of nursing education. The analysis of prospectives of the further development of such cooperation is made.

Вступ. В сучасних умовах розвиток процесів глобалізації торкнувся багатьох сфер людської діяльності. Вища медична освіта, зокрема медсестринська, теж не стала винятком. Питання інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір набуло актуальності після здобуття Україною незалежності. Але особливо істотного прогресу в цьому питанні було досягнуто лише протягом останніх років, коли у викладачів і студентів з'явилося все більше і більше можливостей вивчати досвід зарубіжних колег [1, 2].

Основна частина. У 1999 році ТДМА імені І.Я. Горбачевського відвідав президент компанії "Nurses International", член ради директорів Грінвільської госпітальної системи, радник мера Грінвіля (штат Південна Кароліна, США), радник губернатора цього ж штату і директор Східноєвропейського департаменту торговельної палати Південної Кароліни містер Білл Колеман. Вже на той час у США

почали відчувати серйозну нестачу кваліфікованого медсестринського персоналу. Серед ряду причин, які призвели до дефіциту медичних сестер в Північній Америці, можна виділити значне збільшення кількості людей похилого віку в США, які є основними споживачами медичних послуг, зростання загальної кількості населення цієї країни, підвищення вимог до якості медичної допомоги та нездатність американських медичних шкіл, університетів та коледжів істотно збільшити кількість своїх студентів з медсестринства. Справа у тому, що більшість американських закладів медсестринської освіти не мають достатньої кількості викладачів, адже переважна більшість кваліфікованих медичних сестер у США надає перевагу практичній роботі у лікарнях, яка значно краще оплачується, ніж викладацька робота в закладах медичної освіти [3, 4]. Ознайомившись із ТДМА, Білл Колеман відзначив великі потенційні можливості цього вузу, в тому числі

© Л.Я. Ковальчук

і в питаннях медсестринської освіти. Вже на той час близько 50 % викладачів нашого вузу добре володіли англійською мовою, а коледж медсестринства навчав студентів із врахуванням канадських методик, які були освоєні кількома нашими викладачами під час стажування в цій країні. Вже у той час були намічені можливі напрямки співпраці між ТДМА та рядом вузів штату Південна Кароліна, мешканцем якого є містер Білл Колеман.

Американські та українські фахівці продовжували вивчати особливості медсестринської освіти та медицини України та США і протягом наступних років. Зокрема у 2002 році ТДМА разом із містером Біллом Колеманом відвідав віце-президент Грінвільського технічного коледжу доктор Майк Саммерс, у 2004 році - директор департаменту підвищення професійної майстерності хірургів доктор Джонатан Локей, ректор Університету Південної Кароліни Апстейт доктор Джон Стоквелл, віце-президент Грінвільського університетського госпітального центру доктор Джеррі Йоукей. У 2005 році з візитом у ТДМУ перебували доктор медсестринства Маргарет Кропоскі та магістр медсестринства Дебора Чарні. Фахівці зі США відкрили для себе великий потенціал української медичної освіти. Справді, після розпаду СРСР на території України залишилося багато медичних навчальних закладів з величезним інтелектуальним потенціалом та значними освітніми можливостями. Цей ресурс нашої держави може стати джерелом величезних інвестицій з боку ряду країн, які відчувають потребу у збільшенні кількості медичних кадрів, насамперед медсестринських. Так виник задум навчати американських медсестер в Україні, в ТДМУ.

Важливим кроком у розвитку співпраці між ТДМУ і вузами Південної Кароліни стали візити представників нашого університету до США. Так, у травні 2005 року ми разом з проректором з лікувальної роботи професором В.В. Бігуняком відвідали ряд вузів і клінік Південної Кароліни, а саме Університет Південної Кароліни Апстейт, Грінвільський технічний коледж, клініки у Грінвілі та Спартанбурзі. Було проведено зустрічі з адміністрацією штату: губернатором Марком Санфордом, спікером Палати представників штату Південна Кароліна Девідом Вілкінсоном, мером м. Грінвіля Ноксом

Вайтом, президентом Грінвільської госпітальної системи Френком Пінкнеєм. Ці зустрічі, а також співробітництво із ректором Університету Південної Кароліни Апстейт доктором Джоном Стоквеллом створили міцний фундамент для продовження і розвитку співпраці між нашим університетом та вузами Південної Кароліни.

У листопаді 2005 року медичний коледж, який входив до складу ТДМУ, було реорганізовано у навчально-науковий інститут медсестринства. Задум був такий, що викладачі даного інституту, які здебільшого на той час вже пройшли навчання чи стажування у вузах США, зможуть в перспективі навчати медсестринства із врахуванням особливостей американських освітніх програм студентів із США.

У лютому 2006 року делегація ТДМУ, до складу якої увійшли викладачі навчально-наукового інституту медсестринства і яку очолив перший проректор професор В.П. Марценюк, пройшла місячне стажування на базі Університету Південної Кароліни Апстейт у школі медсестринства імені Мері Блек. Наші фахівці отримали цінний досвід, вивчаючи американські навчальні програми і методики викладання медсестринства, брали участь у практичних заняттях та лекціях, стажувалися в університетських клініках.

А вже у березні 2006 року американська делегація у складі ректора Університету Південної Кароліни Апстейт доктора Джона Стоквелла, декана школи медсестринства імені Мері Блек доктора Марші Дауел та директора центру міжнародних зв'язків доктора Реджіса Роуба прибула з візитом до ТДМУ. Вони взяли участь у засіданні Вченої ради нашого університету, де і було підписано офіційну угоду про співпрацю між Тернопільським державним медичним університетом імені І.Я. Горбачевського та Університетом Південної Кароліни Апстейт. Ця угода передбачає обмін викладацьким, науковим складом, а також студентами і випускниками; проведення спільних науководослідницьких проектів; сприяння проведенню лекцій, науково-практичних семінарів і симпозіумів; обмін інформацією та академічними публікаціями.

У той же час варто зазначити, що питання підготовки американських студентів із медсестринства в Україні далеко не просте і, очевидно, його вирішення ще буде потребувати

ДОДАТКОВИХ зусиль. Адже ми повинні орієнтуватися на американські програми і американську методику викладання, підготувати фахівців медсестринства за програмою магістратури [5]. Окрім того, розглядається питання про акредитацію навчально-наукового інституту медсестринства нашого університету як філії Університету Південної Кароліни Апстейт.

Висновки: 1. Досвід співпраці між Тернопільським державним медичним університетом імені І.Я. Горбачевського та Університетом Південної Кароліни Апстейт буде корисним як для обох вузів, так і для медичної освіти і медицини України та США.

2. Досягти оптимального розвитку медичної освіти і науки вдасться лише тоді, коли медики всього світу матимуть бажання і можли-

вості працювати разом і обмінюватися досвідом, постійно працюючи над вдосконаленням своїх знань і навичок.

Література

1. Медсестринська освіта в Університеті Південної Кароліни Апстейт (США)/ За ред. Л.Я. Ковальчука. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 398 с.
2. Дворічна медсестринська освіта в США (за узагальненим досвідом штату Каліфорнія). - Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 264 с.
3. Lynne Young, Barbara Paterson. Teaching nursing. – LWW, 2006. – P. 640.
4. Megan Lowry Self-awareness: Is it crucial to clinical practice?//American Journal of Nursing. – 2005. – Vol. 105, № 11. – P. 72-73.
5. Sarah Keating. Curriculum development and evaluation in nursing. – LWW, 2005. – P. 448.

УДК 614.253.5:378.22 (73+477)

ПОРІВНЯЛЬНІ АСПЕКТИ АМЕРИКАНСЬКОЇ ТА УКРАЇНСЬКОЇ ПРОГРАМ БАКАЛАВРАТУ З МЕДСЕСТРИНСТВА

Т.І. Чернишенко, Н.О. Ліщенко

Міністерство охорони здоров'я України

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

COMPARATIVE ANALYSES OF THE AMERICAN AND UKRAINIAN BACCALAUREATE PROGRAMS IN NURSING

T.I. Tchernyshenko, N.O. Lishchenko

Ministry of Public Health of Ukraine

Ternopil State Medical University named after I. Ya. Horbachevsky

Стаття порівнює особливості розподілу дисциплін з медсестринства у двох медсестринських школах – США та України. Відмічається перевантаженість українських студентів природничо-науковими дисциплінами та відсутність певних “українських” предметів в американській програмі бакалаврату.

The article gives comparative analyses of nursing disciplines within two nursing schools – the US nursing school and the Ukrainian one. The results show overwhelming of the Ukrainian baccalaureate program by the natural science discipline and absence of some “Ukrainian” subjects in the American baccalaureate program.

Вступ. Медсестринство України на сьогодні стоїть перед вибором – приєднатися до світового освітнього простору з усіма вимогами щодо кваліфікаційного рівня медичної сестри нового зразка та ступеневістю в освіті або ж залиши-

тися позаду, відстоюючи свої усталені десятиліттями підходи в медсестринській освіті. Саме тому порівняльні особливості освітніх систем різних країн світу можуть допомогти у реформуванні власної освітньої системи.

Основна частина. Порівнювалися програми бакалаврату з медсестринства медсестринської школи імені Мері Блек штату Південна Кароліна (США) з українським аналогом програми. Насамперед, слід вказати, що у США навчальний заклад має доволі необмежені права щодо можливостей розробки навчальних програм, щоправда з дотриманням певних загальних вимог [1]. Програма бакалаврату у США є чотирирічною для вступників з середньою освітою (після закінчення так званої “високої” школи або нашого аналога середньої школи) та дворічною або й навіть півторарічною у деяких штатах для випускників дворічної медсестринської програ-

ми з ступенем “асоційована” медична сестра. До бакалаврату може вступати особа, яка уже отримала медсестринську ліцензію і є визнаною дипломованою зареєстрованою медичною сестрою або ж лише випускник асоційованої медсестринської програми, навіть якщо він/вона ще не отримали ліцензії [2].

При порівнянні двох медсестринських програм було встановлено, що вони відрізняються не лише за структурою написання, але й за переліком предметів, які вивчають українські та американські студенти. Цей перелік ми подаємо в таблиці, що дозволяє порівняти ці дисципліни за так званими тематичними циклами (табл. 1).

Таблиця 1. Порівняння навчальних планів медсестринської школи імені Мері Блек (США) та ННІ медсестринства ТДМУ

Українська програма	Американська програма
1. Цикл гуманітарної та соціально-економічної підготовки	
Історія України	Історія
Українська мова	Ораторське мистецтво
Іноземна мова	Англійська мова
Культурологія	Мистецтво. Релігія
Основи філософських знань	1 курс за вибором (американська література, англійська література, лінгвістика, музика, філософія, релігія, театр, світова література, іноземна література тощо)
Економічна теорія	Економіка
Основи правознавства	
Правознавство	
Політологія	Державні та міжнародні науки (government and international studies) або американські студії (американознавство)
Соціологія	Соціологія
Основи педагогіки	
Фізичне виховання	
	Географія
2. Цикл природничо-наукової підготовки	
Основи латинської мови з медичною термінологією	
Основи психології та міжособове спілкування	Психологія
Основи медичної інформатики та обчислювальної техніки	Комп'ютерні знання
Медична інформатика	
Загальна гігієна з основами екології	
Основи фармакології та медичної рецептури	
Медична біологія, паразитологія та генетика	
Медична генетика	
Основи мікробіології, вірусології та імунології	Біологія
Мікробіологія, вірусологія та імунологія. Анатомія і фізіологія людини з патологією. Нормальна фізіологія	
Біофізика та медична апаратура	
Біонеорганічна хімія	
Фізична та колоїдна хімія	Хімія

Біоорганічна хімія	
Біологічна хімія	
Епідеміологія	
Патологічна анатомія	
Патологічна фізіологія	
Медсестринські теорії та процес	Вступ до професійного сестринства
Медсестринська етика та деонтологія	
Психологія спілкування	Психологія
Охорона праці та безпека життєдіяльності	
Ріст та розвиток людини	Антропологія
3. Цикл професійної та практичної підготовки	
Основи сестринської справи	Основи сестринської практики Проблеми в професійній сестринській практиці
Медсестринство в терапії	Порушення здоров'я I
Медсестринство в хірургії	Порушення здоров'я II
Медсестринство в неврології	Порушення здоров'я III
Медсестринство в дерматовенерології	Практикум з питань порушення здоров'я
Медсестринство в інфекційних хворобах	
Медсестринство в офтальмології	
Медсестринство в отоларингології	
Клінічне медсестринство в терапії	
Клінічне медсестринство в хірургії	
Клінічне медсестринство в інфекційній клініці	
Медсестринство в онкології	
Медсестринство в стоматології	
Основи реаніματοлогії	
Основи реабілітації, фізіотерапії, ЛФК, масажу	
Анестезіологія та реаніματοлогія	
Медсестринство в психіатрії	Медсестринство в психіатрії
Медицина катастроф	
Медсестринство в педіатрії	Медсестринство для сімей з дітьми
Медсестринство в акушерстві	Практикум з медсестринства для сімей з дітьми
Медсестринство в гінекології	Медсестринство дитячого віку
Клінічне медсестринство в педіатрії	Практикум з медсестринства дитячого віку
Клінічне медсестринство в акушерстві та гінекології	
Медсестринство в сімейній медицині. Планування сім'ї	
Репродуктивне здоров'я та планування сім'ї	
Військово-медична підготовка	
Історія медицини та медсестринства	
Обстеження та визначення стану здоров'я	Оцінка стану здоров'я
Клінічна фармакологія з рецептурою	
Мистецтво викладання	
Психічне здоров'я	
Медсестринство в геронтології та геріатрії	
Медична та соціальна реабілітація	
Основи охорони праці та безпека життєдіяльності	
Громадське здоров'я та громадське медсестринство	
Економіка та маркетинг медичних послуг	
Менеджмент та лідерство в медсестринстві	Лідерство в медсестринстві
Методологія наукової роботи	Медсестринські дослідження, Сучасні теми в медсестринстві
Соціальна медицина та основи медстатистики	Охорона здоров'я і соціальна медицина
Основи профілактичної медицини	Пропаганда здорового способу життя
Медсестринство в професійній патології	Практикум з професійного медсестринства
Медичне та фармацевтичне товарознавство	
Додипломна медсестринська практика	Об'єднана сестринська практика

Навчальний план українського бакалаврату (два роки молодшого медсестринського відділення плюс два роки медсестринського денного бакалаврату) медсестринства включає 80 предметів, на які відводиться в загальному підсумку 5778 академічних годин. У програмі США, яку ми порівнювали, ми нарахували 34 предмети у загальній кількості 128 кредит-годин (в середньому 3,7 кредита на дисципліну або модуль).

Слід також відмітити, що програма США містить досить узагальнені назви предметів, які в українській програмі включають кілька розрізнених та спеціалізованих предметів. До речі, у дискусіях, проведених з викладачами медсестринської школи США це було виділено ними як позитивний аспект наших програм.

Цікавим був розподіл між гуманітарними, природничо-науковими та професійними дисциплінами у двох програмах (рис. 1).

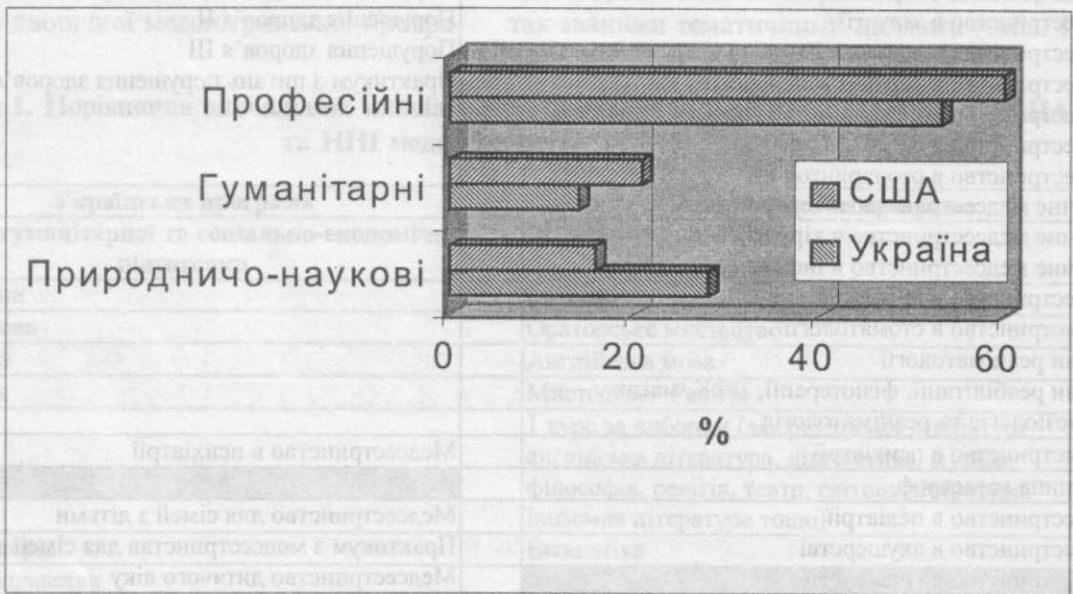


Рис. 1. Розподіл академічних годин у програмі бакалаврату України та США

При проведенні порівняльної характеристики окремих предметів ми не знайшли у американській програмі 26 предметів (36 %). Серед них такі предмети як «Основи правознавства», «Фізичне виховання», «Основи латинської мови з медичною термінологією», «Загальна гігієна з основами екології», «Біофізика та медична апаратура», «Охорона праці та безпека життєдіяльності» тощо. Проте, слід вказати, що деякі питання з 26 дисциплін, які ми виділили як такі, що не подаються у школі імені Мері Блек, входять в структуру інших курсів, таких як «Порушення здоров'я», «Оцінка стану здоров'я» тощо. Програма бакалаврату США, крім стандартного набору медсестринських дисциплін, включає значну частину предметів психологічного, педагогічного та адміністративного спря-

мування. Більше того, фактично кожна з дисциплін, що викладається, обов'язково містить окремі питання вказаного спрямування. З іншої сторони, потрібно зауважити, що все ж українська програма перевантажена певною кількістю супровідних дисциплін гуманітарного та природничо-наукового спрямування, коли у США вони пропонуються студентам як елективні курси.

Висновок. На нашу думку, у час прямування української вищої школи до єдиного Європейського освітнього простору, назріла необхідність поглибленого аналізу європейських та американських медсестринських програм з метою використання закордонного досвіду у підготовці висококваліфікованих спеціалістів медсестринства. З іншого боку, потрібно зберегти

позитивні сторони національної навчальної програми, щоби не втратити те, що напрацьовано роками. Таким чином ми зможемо максимально адаптуватися до світового освітнього простору та готувати медичних сестер за світовими стандартами, використовуючи одночасно позитивні напрацювання української освіти.

УДК 61:378(07.07)

СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ ПІДРУЧНИКА ДЛЯ МЕДСЕСТЕР

Л.Я. Ковальчук, Н.О. Ліщенко, О.С. Усинська

*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського
ННІ медсестринства*

THE MODERN CONCEPTION OF NURSING TEXTBOOK

L.Ya. Kovalchuk, N.O. Lishchenko, O.S. Usynska

*Ternopil State Medical University named after I. Ya. Horbachevsky
Academic-Scientific Institute of Nursing*

На основі аналізу підручників для медсестер провідних американських видавництв розроблена концепція сучасного українського підручника для медсестер. Важливим для майбутнього якісного підручника повинно бути його орієнтація на практичних медичних сестер, залучення до написання спеціалістів з певної дисципліни та практикуючих медичних сестер, використання ілюстративного матеріалу, додатків до підручника у вигляді кишенькового довідника, CD-диска чи студентського зошита.

Based on the analysis of American nursing textbooks the authors developed the recommendations and requirements for the modern Ukrainian nursing textbook. It is important for the new textbooks in nursing to be oriented on the nursing specialty, to be rich by illustrations, tables and different schemes, to have among their authors practical nurses, to be accompanied by additional settlements like pocket variant of the textbook, CD or working student book.

Вступ. Якісний підручник, нарівні з висококваліфікованим викладачем, є основою глибокого розуміння та засвоєння студентом предмета. Слід сказати, що підручникам з медсестринства в Україні завжди приділялось менше уваги, аніж підручникам для майбутніх лікарів. Водночас у лікувальних закладах кількість функціональних обов'язків медсестри зростає, і якщо говорити про те, що ми йдемо до інтеграції із Заходом, не слід забувати, що там саме медична сестра виконує абсолютну більшість усіх маніпуляцій з догляду за хворим. Це потребує надзвичайно високої кваліфікації, що неможливо без якісної освіти та нових підручників.

© Л.Я. Ковальчук, Н.О. Ліщенко, О.С. Усинська

Література

1. Academic Catalog 2005-2006: University of South Carolina Upstate. – 2006. – pp. 153-156.
2. Arathuzik D., Aber C. Factors associated with national council licensure examination-registered nurse success / Journal of Professional Nursing, 14, 1998, pp. 119-126.

Основна частина. У системі освіти США підручники є не лише однією з найважливіших, але й однією з найдорожчих частин навчання. Витрати на підручники вказуються навчальним закладом поряд з оплатою за навчання і можуть становити до 500 доларів за семестр – ціна одного підручника коливається від 50 до 120 доларів. Підручники підбирає викладач на основі аналізу тих видань зі своєї дисципліни, які йому запропонували різноманітні видавництва. Видавництва, як правило, розсилають зразки підручників з рецензіями на них усім без винятку викладачам певної дисципліни в усіх навчальних закладах США або штату, причому підручник зали-

шається у викладача як подарунок від видавництва. Слід також відмітити, що всі підручники доопрацьовують та поновлюють не рідше ніж один раз на 3-4 роки, іноді й щорічно. Взагалі видавництво підручників є великим бізнесом, і лише попит ринку, а не рекомендації комітету чи міністерства, визначають популярність того чи іншого підручника. Негативною стороною цього є те, що нові підручники потрапляють у бібліотеки в середньому через півроку-рік після їх виходу – інакше буде меншим прибуток від продажу, та й бібліотечною книгою можна користуватись лише протягом місяця.

Проте, можливо, саме такий бізнес-підхід і висока конкуренція зумовлюють і надзвичайно високу якість підручників. Перш за все, нецікавих підручників нам просто не траплялось, і якщо матеріал, викладений англійською мовою, сприймається краще, ніж аналогічний – українською з українського підручника, то це вже безумовний критерій якості.

Сприйняття текстового матеріалу полегшує і простота викладення, і чітка його структурованість – виділені розділи, підрозділи, важливі визначення винесені в рамочки. Крім того, є надзвичайно багато таблиць і діаграм, і все це, як і розділи, оформлено з використанням повноколірного друку – тобто різних кольорів для назв розділів, підрозділів, таблиць та визначень, а також фону в таблицях.

Якщо підручник описує, наприклад, особливості медсестринського догляду за пацієнтами із захворюваннями органів дихання [1], то на початку розділу обов'язково подаються дані з анатомії, фізіології та патологічної фізіології основних процесів – і студенту не потрібно шукати підручники за попередні роки, щоб підготуватись до заняття. Якщо порівнювати дану ситуацію з українською, то у нас, на жаль, необхідність повторення базових дисциплін перед вивченням відповідних клінічних тем часто обмежується нагадуванням про це одним рядком в методичних вказівках – і насправді важко уявити, що студенти, окрім основного матеріалу, прочитають і вимоги щодо базової підготовки, спеціально для цього підуть в читальний зал чи у бібліотеку, візьмуть 3 додаткових підручники (з анатомії, фізіології і патологічної фізіології у даному випадку) і будуть готуватись ще й за ними.

Аналогічно у підручнику з клінічних розрахунків [2] (передусім доз ліків) перший розділ

присвячений елементарній математиці, і нагадує основні правила роботи з дробами та перетворень різних одиниць вимірювання. З одного боку, це може видатись смішним – у нас цей матеріал вивчають ще в середній школі, але з іншого – напевно, краще дати студенту додаткову можливість повторити його (особливо якщо згадати про зниження середнього інтелектуального рівня сучасних студентів), аніж потім дивуватись, що часто медсестри елементарно не вміють розрахувати дози ліків для внутрішньовенного введення – а це вже небезпечно для пацієнта!

Якщо розділ теоретичний, то у ньому, без сумніву, будуть наведені дані найновіших досліджень та рекомендацій – у нас такі матеріали можна знайти переважно в оглядових статтях наукових журналів або в дисертаціях. Власне, це і є застосуванням доказової медицини на практиці, починаючи вже з навчання. Іншою стороною цього ж напрямку є обґрунтування кожного кроку в маніпуляції – це якщо говорити про практичні дисципліни і підручники з практичних навичок. Так, наприклад, вказано, що необхідно помити руки і одягнути стерильні рукавички для попередження інфікування як пацієнта, так і персоналу і т.д. Взагалі, підручники з практичними навичками [3] потребують окремої уваги. Напевно, вони необхідні і нам, як і практичні курси дисциплін (тобто предмет, де вчать лише виконувати ті чи інші маніпуляції і який часто називається практикумом, практичним курсом тощо). Що містить такий підручник? Передусім детальний опис і фотографії усього обладнання, з яким доведеться працювати медсестрі, потім – практичні навички, описані у вигляді алгоритмів, причому кожен крок проілюстрований або рисунком, або, частіше – фотографією. Як і виклад матеріалу, опис маніпуляцій надзвичайно детальний і зрозумілий, і вчитись їх виконувати за підручником не просто легко, а цікаво і приємно.

Ще однією відмінністю американських підручників від українських є так звані комплекти підручників – тобто власне підручник, наприклад, з обстеження хворого, робочий зошит, що містить тестові запитання та задачі до тем (завдання можуть бути і у вигляді малюнків, на яких потрібно розставити підписи), та довідничок – книжечка кишенькового формату з найнеобхіднішими даними з підручника, свого роду «шпаргалка».

Безумовно, усе вищезгадане – і багатий ілюстративний матеріал, і кольорове оформлення, і додатковий матеріал з паралельних або базових дисциплін – збільшує і об'єм підручника (в середньому 1000 с.), і його ціну. Але якщо говорити про якісне навчання в майбутньому і про якісний підручник, то вислів «хороша річ не може бути дешевою» слід застосувати і до підручників.

Висновки.

При написанні і виданні підручника слід керуватись наступними вимогами:

1. Доступність викладу матеріалу з урахуванням професійного спрямування майбутніх спеціалістів з медсестринства.

2. Залучення до написання основних базових підручників з медсестринства спеціалістів з даного предмета, як з теоретичних основ так і практичної сторони. Обов'язкова присутність в авторському складі спеціалістів з медсестринства (практикуючих медичних сестер, магістрів, докторів медсестринства).

3. Створення конкурсу між кількома підручниками з урахуванням оцінювання зі сторони викладачів та студентів та з подальшим вибором та рекомендацією кращого видання, яке буде щорічно перевидаватися та доповнюватися.

4. Максимальна кількість ілюстрацій, табличного та схематичного матеріалу.

5. Викладення основного матеріалу на основі навчальної програми з предмета, проте з урахуванням потреб «кращого» студента, а не «посереднього», включення посилань на Інтернет-ресурси та інші джерела інформації, що слугували б логічним доповненням або ж інформаційним наповненням даного розділу предмета з орієнтацією на «кращого» студента.

6. Видання сателітних матеріалів до основного текстового підручника у вигляді зошитів з тестовими завданнями та ситуаційними задачами до підручника, кишенькового довідника з даного предмета та CD-диска, що доповнюють, але не дублюють текстовий матеріал підручника.

Використання досвіду написання підручників такого типу дасть можливість вдосконалити українську медсестринську освіту і, відповідно, кваліфікацію українських медсестер.

Література

1. Kozier B., Erb G., Berman A. Fundamentals of Nursing concepts, process, and practice. -7th ed., 2004.- Pearson.- 1516 p.
2. Daniels J., Smith L. Clinical Calculations. A Unified Approach. - 5th ed., 2005.- Thomson.-382 p.
3. Smith S., Duell D., Martin B. Clinical Nursing Skills. Basic to Advanced Skills. - 6th ed., 2004.- Pearson.- 1339 p.

УДК 61:004.651(075.8)

ЕЛЕКТРОННІ ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МЕДСЕСТЕР В УНІВЕРСИТЕТІ ПІВДЕННОЇ КАРОЛІНИ UPSTATE (США)

В.П. Марценюк

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

ELECTRONIC INFORMATION RESOURCES IN NURSING TRAINING OF UNIVERSITY OF SOUTH CAROLINA UPSTATE (USA)

V.P. Martsenyuk

Ternopil State Medical University named after I. Ya. Horbachevsky

Представлені особливості технічного забезпечення медичної освіти університету Південної Кароліни. Наведено огляд електронних інформаційних ресурсів та їх порівняльний аналіз із інформаційним забезпеченням українських ВМ(Ф)НЗ.

The article presents particularities of technical equipment of medical education of University of South Carolina. There is presented survey of electronic information resources and their comparative analysis with information equipment of Ukrainian medical universities.

Вступ. Життя лікувального або медичного навчального закладу немислиме без сучасного технічного оснащення та інформаційного забезпечення. В умовах, коли Україна інтегрується в світовий інформаційний простір, першочергового значення набуває впровадження сучасних інформаційних технологій в управління охороною здоров'я, діагностичний та лікувальний процеси, медичну науку та освіту [1-5].

Основна частина. В роботі проаналізовано електронні інформаційні ресурси, які використовуються в медичній освіті США, технічне та інформаційне забезпечення медичних навчальних закладів США, його сумісність з вітчизняним програмним забезпеченням, можливість використання в стінах Тернопільського державного медичного університету, готовність для цього нашого викладацького складу та технічного персоналу. Розв'язання даної проблеми є вкрай необхідним для виконання ряду проектів міжнародної співпраці, передовсім пов'язаних з підготовкою медсестер – іноземних громадян та інтеграцією Тернопільського державного медичного університету у світовий медичний освітній простір.

В роботі розглянуто використання в навчальному процесі систем дистанційної освіти, що

ґрунтуються на Інтернет-технологіях. В університеті Південної Кароліни Upstate використовується одна з таких систем – розробка фірми BlackBoard System, Inc (США). Це так звана мережева навчальна система (МНС) BlackBoard Academic Suite, впроваджена вже в університетах 60 країн світу і в університеті Південної Кароліни зокрема. Така система дозволяє кожному студенту або викладачу переглядати методичні матеріали, взаємодіяти з освітянами, оцінювати навчальний рівень джерел інформації та мати до них доступ в будь-який момент часу. Вона існує на багатьох рівнях всередині навчальних підрозділів і поза ними, включаючи комп'ютерні мережі навчальних аудиторій, кафедр, факультетів та інститутів, а також електронні бібліотеки і електронні навчальні ресурси (комп'ютерні симулятори та манекени). Таким чином досягається висока взаємодія між викладачами, студентами та широким колом осіб в медіа-центрах, бібліотеках, інших навчальних закладах, науково-дослідних лабораторіях, лікувальних закладах і будь-яких інших місцях, де збирається навчально-наукова інформація, створюються знання та зберігаються навчальні ресурси.

© В.П. Марценюк

Потужність Інтернет усуває колишні часові та просторові обмеження щодо отримання інформації. Завдяки такій високотехнологічній системі навчальний процес пішов далеко за межі традиційних занять та виставлення оцінок.

Як виглядає робота пересічного користувача або студента у такій складній навчальній системі? Програма працює на зразок відомих поштових серверів (на зразок Yahoo) і робота студента або викладача нагадує роботу із власною електронною поштовою скринькою. Єдина технічна відмінність це та, що створюються папки (на зразок Inbox), в яких зберігаються методичні матеріали, присвячені різним навчальним дисциплінам, є можливість тут же вести інтерактивне спілкування (чат) з викладачами згідно з розкладом, пересилати комп'ютерне відео та проводити презентації.

Окремо в роботі слід представити питання шпитальних інформаційних систем. Під шпитальною інформаційною системою мають на увазі уся сукупність програмного та технічного обладнання, що використовується в сучасних клініках для накопичення, зберігання та обробки медичної інформації. Під час перебування на клінічних базах університету Південної Кароліни ми познайомилися з однією із таких систем – розробкою фірми McKesson (США). Дана система охоплює як технічне забезпечення клінік (системи автоматизації фармацевтичних відділень, апарати введення лікарських засобів, використання штрих-кодів для позначення пацієнтів, автоматизована транспортна система (транспортні роботи)), так і програмну підтримку таких можливостей як Інтернет-портали лікарів, електронні записи пацієнтів та автоматизована видача лікарських засобів. Шпитальні інформаційні системи є досить складними програмними продуктами. І тому їх супровід вимагає наявності в складі клінік США спеціальних відділень інформаційних технологій. Схвальної оцінки також заслуговує інтегрованість усього технічного та програмного забезпечення клінік. Тобто медичне обладнання повністю сумісне з програмним забезпеченням, що використовується для обробки усієї медичної інформації. Це досягається за рахунок того, що один і той же комерційний партнер (наприклад фірма McKesson) займається і медичною апаратурою, і комп'ютерними програмами.

Висновок. Політика неперервної модернізації комп'ютерної техніки та придбання ліцензійних пакетів сучасних операційних систем, розпочата в ТДМУ наприкінці 90-х, принесла свої результати – немає принципового якісного відставання від університетів США щодо параметрів комп'ютерів та їх операційних систем, якими обладнані наші комп'ютерні зали, лабораторії, кафедри. Перспективою в цьому напрямку бачиться подальше дооснащення існуючих комп'ютерних залів, їх розширення та створення нових, розрахованих на понад 40 користувачів, а також проведення відповідної роботи системних адміністраторів університету щодо оптимальних налаштувань університетських комп'ютерних мереж, що зробить роботу в них надійнішою, комфортнішою та доступнішою.

Підсумовуючи усю сукупність електронних засобів, якими користуються викладачі та студенти-медсестри університету Південної Кароліни, зазначимо, що більшість з них розроблена поза вищими медичними навчальними закладами США і є комерційним продуктом і це вигідно вирізняє українські медичні університети. Так, Тернопільський державний медичний університет ім.І.Я.Горбачевського займається розробкою власних мультимедійних компакт-дисків, тестувальних та віртуальних навчальних та наукових комп'ютерних програм, чимало з яких вже захищені відповідними авторськими правами і в цьому вбачається наша перспектива. Щодо інформаційних ресурсів, що використовуються в медичній освіті США, то їх слід послідовно опановувати і впроваджувати в навчальний, науковий та лікувальний процес кафедр. Тільки таким чином, тільки з таким інформаційним обличчям наш університет зможе долучитися до виконання цілого ряду міжнародних проектів.

Література

1. Марценюк В.П., Лісничук Н.Є., Баранюк І.О. Системний аналіз медичних наукових досліджень в динаміці патологічних процесів // Штучний інтелект. – 2004. - №1. – С. 66-72.
2. Marzeniuk V.P., Nakonechny A.G. System analysis methods of medical and biological processes. – Ternopil: Ukrmedknyha, 2003. – 241pp.
3. V.P.Marzeniuk, Qualitative analysis of human cells dynamics: stability, periodicity, bifurcations, control problems. In "Advances in Mathematics researches", vol.5, 2003.

4. Марценюк В.П., Кравець Н.О. Медична інформатика. Методи системного аналізу. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 177 с.

5. Медсестринська освіта в Університеті Південної Кароліни Апстейт (США) / За ред. Л.Я.Ковальчука. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 398 с.

УДК 614.24

НОВА ВІТЧИЗНЯНА МОДЕЛЬ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ

М. Б. Шегедин

Львівський державний медичний коледж ім. Андрея Крупинського

A NEW NATIONAL MODEL OF NURSING PROCESS

M.B. Shehedyn

Lviv State Medical College by Andrey Krupynsky

В статті описується нова вітчизняна модель медсестринського процесу, розкривається сутність її етапів. Важливе місце відводиться питанню експериментального підтвердження даної моделі в умовах лікарень.

The article describes a new national model of nursing process, reviews the essence of its stages. The question of experimental corroboration of the mentioned model in hospital conditions is of great importance.

Вступ. Метою медсестринської справи (медсестринства) є здійснення медсестринського процесу на науковому професійному рівні, зберігаючи гідність пацієнта та його самостійність у рішеннях, гармонію із суспільством та соціальні можливості.

Основна частина. Основну роль у медсестринському процесі відіграє медична сестра, яка надає медичні та медсестринські послуги в межах своєї компетенції, що направлені на стабілізацію та зміцнення здоров'я пацієнта, попередження захворювань. Вона працює в тісному контакті з пацієнтом для задоволення його потреб, вирішення наявних і супровідних проблем, пов'язаних із захворюванням, сприяння успішній діагностиці та ефективному лікуванню і реабілітації.

Потреба в медсестринському процесі універсальна. Вона передбачає надання кваліфікованого догляду за пацієнтом, опіку над ним в широкому сенсі (побутовому, соціальному, духовному, національному, расовому, з точки зору традицій).

Медична сестра вибудовує довірливі стосунки з пацієнтом, обговорює з ним питання медсестринського процесу, першочерговості, послідовності надання медсестринських послуг, догляду. Важливою умовою успішного медсестринського процесу є вміння медсестри уважно вислухати пацієнта, визначити спільно з ним пріоритетні напрямки діяльності, що має принести пацієнту психологічний та фізичний комфорт і значне полегшення.

Суть медсестринства в клінічних дисциплінах полягає в науковій організації медсестринського процесу при різних захворюваннях відповідного профілю.

Нами створена нова вітчизняна модель медсестринського процесу, яка поряд з міжнародним досвідом та практикою врахувала і традиції та можливості національної практичної охорони здоров'я, співвідношення численності лікарів і медичних сестер в ЛПУ України, число пацієнтів, яке припадає на одну медсестру. Наша модель медсестринського процесу передбачає 5 етапів:

- I - медсестринське обстеження;
- II - медсестринська діагностика;
- III - планування медсестринських втручань;
- IV - реалізація плану медсестринських втручань;
- V - оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція.

I етап - медсестринське обстеження: опитування (паспортні дані, скарги пацієнта); анамнестичні дані; об'єктивне обстеження (в межах компетенції медсестри - огляд, пальпація, вимірювання АТ, температури тіла, підрахунок пульсу, частоти дихальних рухів тощо).

II етап - медсестринська діагностика: в медсестринський діагноз виносяться симптоми пацієнта, на які медична сестра може впливати відповідними засобами в межах своєї компетенції. Зараз ми готуємо вітчизняну таксономію медсестринських діагнозів.

III етап - планування медсестринських втручань: включає підготовку пацієнта до лабораторних та інструментальних методів обстеження; спостереження за пацієнтом та вирішення його наявних проблем; виконання призначень лікаря; вирішення супровідних проблем і потреб пацієнта; навчання пацієнта та його оточуючих само- та взаємодогляду.

IV етап - реалізація плану медсестринських втручань: розписуються всі медсестринські дії з реалізації позицій плану з врахуванням медсестринського діагнозу та листка призначень лікаря.

V етап - оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція: оцінка зміни самопочуття та об'єктивного стану пацієнта; корекція медсестринських втручань в разі потреби.

Враховуючи специфіку роботи медичних сестер ЛПУ України, ця модель медсестринського процесу найоптимальніша для виконання медсестрою з точки зору наукової організації праці, створення стандартів медсестринської діяльності, забезпечення професійного захисту у вигляді судових розглядів або перед страховими компаніями. Вона забезпечує послідовність, наступність та врахування повного обсягу діяль-

ності медичної сестри в межах компетенції, передбаченої українським законодавством в галузі охорони здоров'я.

Наступний крок – експериментальне випробування реалізації даної моделі медсестринського процесу в конкретних робочих умовах відділень різного профілю низки лікарень Львівської області з відпрацюванням оптимальної медсестринської планувальної та звітної документації, яка була б лаконічною за формою і обсягом та вичерпною за змістом.

Такий експеримент розпочато в окремих відділеннях обласних та районних лікарень Львівщини відповідно до наказу Головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації та плану заходів з реформування практичного медсестринства. До речі, і модель медсестринського процесу, запропонована нами, і форми медсестринської документації, і експеримент з їх впровадження схвалені медсестринськими асоціаціями Волинської, Львівської, Чернівецької, Донецької і Київської областей та Асоціацією медсестер України в цілому і прийнятні ними для впровадження.

Термін експерименту – до 2008 р. після чого будуть підведені підсумки і вироблені практичні рекомендації щодо вдосконалення практичного медсестринства та медсестринської освіти.

Література

1. Грицко О.М., Лесик-Лісна О.А. Фармакотерапія і медсестринський процес. Навчальний посібник. – Л.: Компакт-ЛВ, 2005. – 156 с.
2. Грицко О.М., Грицко Р.Ю. Довідник для головної та старшої медичної сестри. – К.: Здоров'я, 2003. – 144 с.
3. З досвіду медсестринства різних країн//Медична сестра.–2006.–№ 1.–С.38-40.
4. Клипина Т.Ю., Джамбекова А.К. Справочник медицинской сестры. – М.: Экзамен, 2005. – 416 с.
5. Програма розвитку медсестринства України (2005 – 2010 рр.) // Головна медична сестра. – 2006. – № 1. – С. 14 – 25.
6. Светличная Т.Г., Лисишниковая Л.П. Методологические подходы к реформированию сестринского обслуживания // Сестринское дело. – 2004. – № 4-5. – С. 12 – 13.

УДК 616.831-001-047.02

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ПРЕДМЕТА “МЕДСЕСТРИНСТВО В НЕВРОЛОГІЇ” В СВІТЛІ РЕФОРМУВАННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

С.І. Шкробот, О.Ю. Бударна, З.В. Салій

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

THE ACTUAL PROBLEMS OF STUDYING THE SUBJECT “NURSING IN NEUROLOGY” ACCORDING TO THE REFORMING OF NURSING EDUCATION IN UKRAINE

S.I. Shkrobot, O.Y. Budarna, Z.V. Saliy

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті висвітлені проблеми викладання предмета “Медсестринство в неврології” студентам Науково-навчального інституту медсестринства. Обґрунтована важливість практичної та самостійної роботи студентів у клініці нервових хвороб. Доведено, що високий рівень матеріально-технічної бази кафедри та кваліфікації професорсько-викладацького складу сприяють кращій підготовці майбутніх фахівців.

The article contains information concerning teaching of the subject “Nursing in Neurology” at Scientific and Educational Institute of Nursing. The importance of practical and independent work in neurological clinic is emphasized. The article proves the fact that high level of Neurology department equipment and high qualification of teaching staff influence greatly and improve the training of future specialists.

Вступ. Протягом останнього часу сестринській справі в нашій країні приділялось недостатньо уваги, що призвело до значного відставання цієї сфери охорони здоров'я від рівня розвитку науки, сучасних медичних технологій і негативно позначилось на якості надання сестринської допомоги населенню, статусі медсестри і престижності самої професії [1, 2]. Актуальність питання підготовки медсестер є безперечно високою, адже медичні сестри – це найбільший загін спеціалістів охорони здоров'я.

Догляд за людиною є основою медсестринської справи, тому найважливішим аспектом методики викладання предмета залишається прищеплення високого рівня теоретичних знань із особливостей догляду у всіх вікових періодах життя людини та практичних вмінь їх здійснення [2, 3]. Основою цієї роботи повинен бути продуманий і сформований підхід, розрахований на задоволення потреб і вирішення проблем самого пацієнта [2].

Основна частина. Важливою проблемою у викладанні предмета “Медсестринство в невро-

логії” у Науково-навчальному інституті медсестринства є рівень недостатнього психологічного сприйняття студентами медицини одразу після шкільної лави та несформоване у них клінічне мислення – тому завдання викладачів – подолати ці перешкоди.

З метою оптимізації навчального процесу нашою кафедрою був виданий посібник для медсестер “Медсестринство в неврології” за редакцією проф. Шкробот С.І. (2003, 2004 рр.).

Згідно з навчальною програмою для студентів медичних училищ зі спеціальності “Сестринська справа” 5.11010201 проводиться вивчення загальної симптоматики нервових хвороб, а також оволодіння методикою догляду за хворими із гострими розладами мозкового кровообігу, запальними, демієлінізуючими, спадковими захворюваннями, об'ємними процесами та травмами головного і спинного мозку, захворюваннями периферичної нервової системи. Велика увага також надається практичній та самостійній роботі студентів Науково-навчального інституту медсестринства. Для кращого

медсестринства. Для кращого засвоєння навичок, на практичних заняттях студенти працюють в клініці нервових хвороб на базі 4-х неврологічних відділень, де навчаються оцінювати стан пацієнта завдяки прискіпливому спостереженню за ним під час бесід та об'єктивного обстеження. Навички надання невідкладної допомоги при пароксизмальних станах в неврології студенти отримують під час практичної роботи в інсультному відділенні клініки нервових хвороб.

Висновок. Високий рівень матеріально-технічної бази кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського та високопрофесійне викладання працівниками кафедри дозволяють підготувати кваліфі-

кованих медичних фахівців для роботи у неврологічних медичних закладах України.

Література

1. Про основні напрямки реформування вищої освіти в Україні // Указ Президента України № 832/95 від 12.09.95.
2. Шегедин М.Б. Основні положення концепції та модель сучасної сестринської справи // Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I-IV рівнів акредитації МОЗ України: Тези доп. наук.-метод. конф. – Київ – Тернопіль, 1999. – С. 522-525.
3. Білик Л.С. Проблеми і перспективи організації самостійної навчальної діяльності студентів // Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I-IV рівнів акредитації МОЗ України: Тези доп. наук. – метод. конф. – Київ – Тернопіль, 1999. – С. 482-483.

УДК 61 (07.07)

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА МЕДСЕСТРИНСЬКУ ОСВІТУ

Н.А. Хабарова, С.М. Андрейчин, Н. А. Бількевич

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

CURRENT VIEWS ON NURSING EDUCATION

N.A. Khabarova, S.M. Andreychyn, N.A. Bilkevych

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті проведено аналіз розвитку медсестринської освіти у світі і в Україні. З'ясовано причини відставання медсестринської науки в Україні, необхідність реформування її. Приділено увагу вивченню досвіду навчальних закладів країн Євросоюзу з питань реформування сестринської освіти.

Analysis of nursing education development all over the world and in Ukraine is presented in this article. Causes of backwardness of nursing in Ukraine as well as necessity of its reformation are enucleated. Attention was paid to studying of European Union educational institutions experience concerning questions of nursing education reformation.

Вступ. Рівень сучасної медичної науки і практики вимагає нових підходів до підготовки високопрофесійних медичних кадрів. Рівняючись на цивілізований світ, необхідно реформувати підготовку і перепідготовку медсестринських кадрів. Навчальні заклади повинні готувати не просто персонал для медичних установ, а спеціалістів, здатних співпрацювати в умовах науково-технічного прогресу та конкуренції на ринку праці. Усі форми організації навчальної роботи повинні бути підпорядковані головній меті – систематичному цілеспрямованому впровадженню нових форм і методів навчання, його оптимізації, що забезпечить високоякісну підготовку спеціалістів.

Основна частина. Сучасна реформа системи охорони здоров'я, перехід до надання первинної медико-санітарної допомоги населенню та бюджетно-страхової медицини, розвиток наукових та професійних зв'язків з іншими державами потребують підготовки спеціалістів, які б відповідали світовим стандартам. Це стосується і медичних сестер, на яких покладається велика відповідальність у діагностично-лікувальному процесі. Необхідно підвищити їх професіоналізм, здатність науково мислити, вирішувати нагальні сестринські проблеми.

З часу здобуття Україною незалежності питання реформування сестринської освіти стало

на часі. У нашій державі протягом десятиліть сестринській справі не приділялось належної уваги, що негативно відобразилось на якості надання сестринської допомоги населенню, престижності професії медсестри. Розвиток сестринської справи в Україні гальмували: низький рівень підготовки студентів; відсутність перспективи професійного росту; низький професійний і соціальний статус медсестри; недооцінка значення наукових принципів в організації й управлінні сестринською діяльністю; нехтування зарубіжним досвідом. Фах медичної сестри як діяльність не мав наукової бази. Сестринський догляд не отримав такого розвитку, як лікарська допомога, і це позбавило багатьох хворих можливості користуватися найрізноманітнішими медсестринськими послугами.

Реформа медсестринської освіти розпочалася в 1993 р., тому що існуюча система підготовки кадрів передбачала достатню практичну підготовку до виконання лікарських призначень і недостатню фундаментальну підготовку з медико-біологічних та клінічних дисциплін, яку неможливо було здійснити за 2 роки навчання.

На даний час ситуація в Україні дещо змінилася, завдяки канадсько-українській програмі "Партнери в охороні здоров'я". Реформа медсестринської освіти визначила два її ступені: I ступінь – дипломована медична сестра з термі-

ном навчання 3 роки (після 9 класів) і 2 роки (після 11 класів середньої школи); II ступінь – медична сестра-бакалавр з терміном навчання 3 роки для практикуючих медсестер і 2 роки після закінчення медучилища, коледжу.

Початкова медсестринська освіта базується на повній або неповній середній освіті і може бути одержана в медичних закладах I–IV рівнів акредитації. Мета програми – підготовка медсестринського персоналу в межах знань та навичок виконання найзагальніших професійних медсестринських маніпуляцій під керівництвом лікаря.

Вища базова освіта (кваліфікація бакалавра) базується на повній загальній освіті або на початковій медсестринській освіті. Вона може бути одержана в медичному коледжі або на факультеті сестринської справи медичних закладів освіти III – IV рівнів акредитації. Мета програми – підготовка медичних сестер до самостійної діяльності, проведення медсестринського процесу, робота в спеціалізованій галузі медицини. Цей рівень підготовки потрібен для медсестер – керівників, викладачів загальномедичних та професійноорієнтованих дисциплін у медичних закладах освіти I рівня акредитації. Це має бути якісно нова підготовка медичних сестер за медсестринською моделлю, що дозволить підготувати медичну сестру – організатора і лідера сестринської справи, викладача медичного училища, коледжу (“Медсестра навчає медсестру”), сімейну медсестру.

Протягом останніх десятиліть вища медсестринська освіта в країнах світу неодноразово ставала темою дискусії на міжнародних симпозиумах. Симпозіум “Вища освіта в сестринській справі”, організований європейським регіональним бюро ВООЗ, був присвячений обговоренню шляхів використання можливостей університетів у розвитку сестринської справи. Учасники симпозиуму прийшли до висновку, що медсестри-бакалаври повинні мати доступ до вищої освіти на рівні зі студентами-медиками.

Якщо на сьогодні в Україні створені умови для підготовки медсестер двох перших ступенів, то питання про магістра з медсестринства залишається відкритим.

До цього часу процес розвитку середньої медичної освіти копіював динаміку вищої освіти і абсолютно не стосувався основних принципів професійної освіти. Навчені викладачем–ліка-

рем, випускники медичних училищ на практиці не могли використати свої медичні знання, бо від них вимагалось лише виконання ряду допоміжних технічних функцій, що не задовольняло найперспективніших медичних сестер і вони “вибували з професії”, вступали до вузів.

Міжнародний досвід медсестринської освіти передбачає, що медична сестра хоч і має діяти відповідно до вказівок лікаря, але повинна вміти зробити власну оцінку стану та потреб пацієнта, організувати опіку, підготувати хворих, членів їх сімей до вирішення проблем, пов’язаних зі здоров’ям тощо.

На даний час більшість країн світу вже перейшли на систему навчання, при якій багато часу надається самостійній роботі студентів, оцінюють кожного випускника за його умінням надати реальну медичну допомогу. Згідно з новими програмами, теорія і практика повинні бути нерозривними впродовж усього навчального процесу. В країнах Євросоюзу існує двоступенева сестринська освіта. Після закінчення однорічної форми навчання випускник може працювати по догляду за хворими та людьми похилого віку. Щоб вступити на трирічну форму навчання, треба мати два роки стажу. Викладання в медичній школі здійснюють спеціалісти з трирічною медичною і дворічною педагогічною університетською освітою.

Висновок. Базуючись на досвіді європейських, американських, канадських медичних навчальних закладів, нам вдасться покращити рівень сестринської освіти, а також підготувати викладачів для середніх медичних закладів з медсестер-бакалаврів. Складаючи нові програми з патології внутрішніх органів необхідно максимально наблизити їх до медсестринських функцій, щоб вони не були “копіями” тих програм, за якими вчаться студенти медичного факультету, майбутні лікарі, адже не можна досягнути неосяжне, вивчити терапію за 2 роки.

Сподіваємось, що спільними зусиллями вдасться підвищити рівень професійної освіти середнього медичного працівника, а в результаті – рівень медичного обслуговування нашого населення.

Отже, для покращення професійної підготовки медичних сестер необхідні:

1. Реформа медсестринської освіти.
2. Удосконалення навчальних програм.
3. Підготовка викладачів для медсестер з медсестер-бакалаврів.

Література

1. Лойко В.В. Філософія, суть та зміст сестринської справи. – Полтава, 1999. – 43 с.
 2. Мазепа Х.П. Організація та проведення виховної роботи у вищих навчальних медичних закладах I – II рівнів акредитації: Навчальний посібник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 152 с.

3. Пасечко Н.В., Лемке М.О., Мазур П.Є. Основи сестринської справи: Підручник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 544 с.
 4. Пасечко Н.В. Основи сестринської справи. Курс лекцій: Посібник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 496 с.
 5. Шегедин М. Б. Медсестринство у світі. – Львів: Край, 1999. – 364 с.

УДК 614.253.5(73)

**ГОСПІТАЛЬНЕ МЕДСЕСТРИНСТВО В США ОЧИМА
 УКРАЇНСЬКОГО ВИПУСКНИКА**

О.В. Шевчук

*Пресвітеріанський Госпіталь ім. Анни Кейсман, м. Албукеркі,
 штат Нью-Мексико, США*

**HOSPITAL NURSING IN THE USA BY EYES OF UKRAINIAN
 GRADUATE**

O.V. Shevchuk

Anna Caseman Presbyterian Hospital, Albuquerque, New Mexico, USA

Питання особливостей медсестринської освіти США все більше і більше цікавить академічних працівників і просто студентів вітчизняних медичних вузів та коледжів. Що ж собою являє професія медсестри в західному світі і чи дійсно вона є прототипом вітчизняного медсестринства? Стаття розкриває деякі сторони роботи медичної сестри у США на підставі досвіду випускника Тернопільського медичного університету, що на теперішній час працює медбратом відділення інтенсивної допомоги одного з американських госпіталів.

Issues of the particularities of nursing education in the USA attract more and more attention from the academic workers and students from national medical schools and colleges. What is a “modern nurse” in Western World and is this profession really similar to national profession of a nurse? The article covers some of the features of the hospital nurse specialty in the USA hospital system written by the author, Ternopil State Medical University Graduate, and a REGISTERED NURSE at Intensive Care Unit in one of the USA hospitals.

Вступ. Знання особливостей роботи медичної сестри в Західному світі та в США зокрема, є важливим для підготовки адаптації українських освітніх програм до світового освітнього простору в медсестринській освіті.

Основна частина. Аналог спеціальності „зареєстрованої медичної сестри” або „Registered Nurse (RN)”, у вітчизняній системі охорони здоров'я відсутній. Справа в тому, що RN виконує набагато більше функцій, ніж її східноєвропейська колега. Вона не тільки роздає таблетки, робить ін'єкції і процедури. RN у США є, у

повному розумінні цього слова, куратором хворого. Саме медична сестра проводить з хворими 24 години на добу, у той час, коли лікар часто бачить хворого лише 5 хвилин на день, а деколи навіть може знайти час лише на телефонну консультацію. Саме медсестри проводять моніторинг стану хворих і перші реагують на його зміни. Саме медсестри є основною ланкою у спілкуванні різноманітних служб і сервісів. За даними опитування, проведеного в США, хворі та їхні родичі значно більше довіряють медсестрам, аніж лікарям [1].

Однією з найважливіших функцій медсестри в американському госпіталі є репрезентація інтересів хворого та його родини під час перебування в лікувальному закладі. Це означає, що медсестра виконує не тільки лікувальну роль, а й забезпечує хворому безпеку і необхідні елементи комфорту, фізичного та психологічного, допомагає долати стрес, роз'яснює незрозумілі моменти у плані і системі лікування, проводить освітню роботу і просто є першою людиною, з якою хворий ділиться своїми проблемами чи турботами. Це важлива і відповідальна роль, від якої дуже часто, якщо не завжди, залежить успіх лікування.

У даному аспекті на перший план виступає мистецтво спілкування. Спілкування у повсякденній практиці медсестри займає значний відсоток часу. Щоб бути справжнім професіоналом у медсестринстві ви повинні досконало уміти спілкуватися як з родинами хворих, у яких завжди достатньо запитань і коментарів, так і з різноманітними госпітальними службами, такими як лікарі, служби соціального забезпечення, фізіотерапевти, респіраторні терапевти, дієтологи, фармакологи, капелани та багато інших. Залишатися ввічливим, спокійним і тактовним у будь-якій ситуації, навіть в умовах стресу і недоброзичливого ставлення до вас з боку інших – ключ до професіоналізму у медсестринстві.

Дуже важливим є також зберігання конфіденційної інформації ваших клієнтів (так називають пацієнтів у США) у таємниці. Вас можуть багато розпитувати про хворих і стан їх здоров'я, і ви завжди повинні знати, кому і що можна розкривати, а що ні. Ця інформація також оберігається законом США, що має назву "HIPAA" (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996), а його порушення тягне за собою серйозну відповідальність.

Медична сестра у своїй повсякденній практиці працює з величезною кількістю машин і механізмів. Це і внутрішньовенні "помпи" для рідин і медикаментів, і "помпи" для штучного ентерального харчування, і пристрої для подачі кисню і штучної вентиляції легень, і складні системи моніторингу найрізноманітніших параметрів життєдіяльності починаючи від ЕКГ і закінчуючи внутрішньочерепним тиском та тиском в крупних судинах та камерах серця. Ви повинні не тільки уміти налаштувати роботу цих пристроїв і запустити їх у дію відповідно

до призначень лікаря, а й адекватно реагувати на відхилення у їх роботі, а якщо це монітор, повинні інтерпретувати показники і реагувати на їх зміни, діючи самостійно, якщо це у вашій компетенції, або інформуючи про це лікаря.

У багатьох госпіталях Сполучених Штатів лікарняна документація ведеться повністю на комп'ютері. Тому володіння принаймні базовими навичками роботи з комп'ютером також вкрай необхідне. Автоматизація і комп'ютеризація значно полегшує роботу медсестри, роблячи її набагато безпечнішою (зменшуючи імовірність допущення помилки) і ефективнішою.

Як бачимо, медсестринство є надзвичайно захоплюючою і цікавою спеціальністю. Проте, не зважаючи на всі привабливі моменти медичних професій, у США в даний час має місце значна нестача як лікарів, так і середнього медичного персоналу. Виникає запитання, чому існує нестача спеціалістів – представників однієї з найпрестижніших і найвище оплачуваних професій? Відповідь, напевне, криється в особливостях системи освіти. Наприклад, лікарю, щоб здобути право на практику, треба вчитися понад 12 років. Медична сестра отримує Associate Degree за 4 роки (два роки так званих пререквізитів і два роки коледжу), програма бакалавра займає ще два додаткових роки. Освіта досить дорога, рік навчання може коштувати десятки тисяч доларів. Далеко не кожен американець може собі дозволити освіту в галузі охорони здоров'я. Але якщо ви все ж таки здобули омріяний диплом і ліцензію, які ваші перспективи кар'єрного росту? Величезні! По-перше, ви ніколи не будете мати проблем з працевлаштуванням. Вам щиро позаздрять інші (не медичні) спеціалісти, які беруть участь у конкурсах часом по сотні чоловік на робоче місце. Вас же запрошуватиме на роботу будь-який госпіталь, і вибиратимете ви, а не вас. По друге, ви зможете, вже працюючи і набуваючи практичного досвіду, підвищувати рівень вашої освіти, здобуваючи ступені бакалавра з медсестринства (Bachelor's of Science in Nursing), магістра (Master's of Science in Nursing) чи доктора з медсестринства (PhD in Nursing) і викладати в університеті чи консультувати адвоката з приводу медичних питань, чи вивчитися на практикуючу медичну сестру (Nurse Practitioner) і практикувати незалежно.

Висновок. Професія зареєстрованої медичної сестри в США не тільки престижна і захоплююча, це також надійний шлях побудувати чудову кар'єру і відчувати себе успішною і забезпеченою людиною.

УДК 614.253.52(07.07)(73)

EXAMINING THE NURSING SHORTAGE

Dianne C. Kuhl

Nurses International, USA

ДО ПИТАННЯ НЕСТАЧІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Діана С. Кулл

„Nurses International”, США

Statistically, the United States is facing serious supply and demand challenges for the nursing profession and the healthcare industry. We know that we have a nursing shortage today, several years ahead of initial projections. We know that the situation is going to get worse. We know inter-state resource competition will increase, driving up costs for both providers and consumers. We know that we cannot train enough nurses to meet our growing needs. As demand for healthcare services dramatically increases, nearly every state will face serious supply challenges.

Статистично Сполучені Штати та сфера охорони здоров'я, зокрема, на сьогодні постали перед питанням невідповідності між потребою у медичних сестрах та їх підготовкою у країні. Вже тепер відомо про значну нестачу медичних сестер, яка випереджає навіть прогнозовані показники. Більше того, відомо, що ситуація ускладнюватиметься і надалі багатьма чинниками, серед яких відмінності у ставленні до даної проблеми залежно від штатів, обмеженість освітніх ресурсів країни щодо підготовки нових медичних сестер тощо.

Introduction. Nurses International is a wholly owned subsidiary of CORBIA, a South Carolina based international consulting firm with over thirty years of experience in the corporate and government arenas. We are proponents, advocates and champions of the emerging role of nurses, with particular emphasis on patient safety, patient mortality, and professionalism in nursing. We are not a staffing or employment agency. As our nation faces an impending nursing shortage of crisis proportions, our goal is to build an American workforce of highly trained, motivated, and satisfied nurses, benefiting the healthcare industry, businesses, communities and families.

The Main Part. From healthcare professionals, to government officials, to private citizens, Americans are becoming increasingly aware of the

Література

1. Pozgar G.D. Legal Aspects of Health Care Administration. – 8th ed. AN ASPEN PUBLICATION – 2001. – P. 234.

growing shortage of nurses and the serious implications this deficit holds for our healthcare system. There have been numerous public and private studies on the issue, all returning nearly identical information. According to the Bureau of Labor Statistics, in this decade alone, the United States will need more than one million new and replacement nurses. Unfortunately, demand will rapidly outstrip our nation's capacity to recruit, train and retain members of the nursing profession, resulting in nationwide shortages and adversely affecting the availability and quality of patient care.

The National Picture

These are historic and challenging times for both the healthcare industry and its consumers. For the first time in history, beginning in 2010, we will be facing not just a simple cyclical shortage, but an

actual decline in the number of nurses. Unfortunately, this is the same year that demand will sharply increase as more than 76 million Americans turn 65, joining the largest consumer group of medical services and further straining an already overloaded system. By the year 2020, the national population is projected to increase by 18%, and the 65 and older segment is expected to grow by 54%. The projections only get worse from this point, as the Census Bureau reports that by 2030, the number of 65 and older adults will grow from 36 million to 71.5 million. By 2050, that number is expected to reach 86.7 million. As the population grows, so too will nurse to patient ratios, emergency room overcrowding, discontinued patient care programs, reduced service hours, delayed discharges and cancelled surgeries. Traditional approaches to healthcare staffing have little to no hope of being able to serve the needs of this rapidly increasing consumer base.

The US Dept. of Health and Human Services Center for Workforce Analysis projects a national nursing shortage of crisis proportions by the year 2020, resulting from a 40% increase in demand compared to only a 6% growth in supply. By this time, experts predict that our national nursing deficit will be at least 36%, or over 1,016,900 nurses short of demand. When closely examining the available data, it could be concluded that these numbers may well be underestimated, as current shortages have already exceeded predictions.

Across the country, many states are already taking steps in an effort to reduce the impact of the nursing shortage on their healthcare systems. There are recruiting efforts being spearheaded throughout the nation, which have led to waiting lists of prospective nursing students at colleges, universities and technical schools. Along these same lines, some states are mandating increased numbers of nursing graduates from public universities. The problem with these two approaches is that it takes one nurse educator for every eight students, and there simply are not enough masters and doctoral level nurses available to train the numbers of students needed. Taking a slightly different tactic, several states are attempting to legislate nurse-to-patient ratios, which sounds like a good idea at first glance, but which will, in reality, result in a reduction of the availability of care. This approach raises a serious ethical question: is it better to have higher quality care on a limited basis or to have a lower standard

of care and be able to serve more people? Other states are commissioning studies and creating task forces to further examine the nursing shortage and what it means within their borders. All of these states are slightly ahead of the game in that they have recognized there is a problem, but at this point they are still treating a symptom, rather than curing the disease. Most decision makers are focusing their efforts on conventional approaches. Our nation, however, is teetering on the edge of a healthcare crisis, the magnitude of which demands that we begin to think "outside of the box" as we seek innovative solutions.

The Nursing Shortage

Across the nation, nearly every state will face critical nursing shortages in the coming years with similar factors affecting supply and demand. The current and projected deficits will have serious consequences for healthcare, economic development, and quality of life. Hospitals and nursing homes are major employers in many areas, particularly in rural states, and the inability to maintain an expected level of medical care will adversely impact the economy as well as access to care. The current nursing shortage has substantially affected healthcare employers by increasing the costs for nursing services as a result of the premium prices required to hire temporary staff and fund overtime pay. Hospitals are already reporting bed closures, delays in surgical procedures, and holding patients in overcrowded emergency departments while awaiting beds, all due to nursing shortages.

It has become commonplace to see signing bonuses and incentives offered for nurses relocating or transferring to different medical facilities. There are reports that one hospital in Texas was particularly creative, offering new nurses either free yard care or maid service. As early as the year 2000, Fort Worth area hospitals were offering employee bonuses to nurses who recruited their colleagues to join their ranks, and in December of 2003, anticipating a projected 2006 nursing shortage of approximately 3,300, the Dallas-Fort Worth Hospital Council hired a private firm to recruit 500 foreign nurses by the year 2009. At the end of 2002, new hospitals opening in Colorado were offering bonuses as high as \$15,000. Colorado currently has a shortage of nearly 6,000 nurses, which means that even though a hospital may have available beds, patients must sometimes go to other facilities because there aren't enough nurses to staff the

hospital of their choice. Some Colorado hospitals are recruiting nurses by offering split shifts, nursing school scholarships, hiring foreign nurses and addressing the pool of nurses who no longer practice, seeking ways to encourage their re-entry into the profession. Other hospitals are inviting out-of-state nurses to join their staff.

Many states recruit a significant percentage of their nursing staff from outside their own borders. In 2005, 40 states are facing nursing shortages, ranging from 200 in Alabama to 28,500 nurses short in Texas. As states struggle to meet their staffing needs, nurses will rapidly become objects of bidding wars between hospitals, driving up the cost of healthcare, and essentially solving nothing as Peter is robbed to pay Paul. The problem is quite simply that our nation's medical universities do not have the capacity to train the number of nurses that we need. As an example, there are approximately 41,000 nurses in South Carolina, including 9,000 licensed practical nurses and roughly 32,000 registered nurses. Focusing strictly on RNs, South Carolina nursing education programs currently have the capacity to admit 1854 students each year. Of these students, 1200 will graduate. Only 74% of these graduates will remain in state. Of the state's PhD faculty, 68% are over the age of 50 and 36% of all nursing faculty are over the age of 55. In 2003, South Carolina reported 32 nursing faculty vacancies, and anticipated an additional 62 within the ensuing five years for a total of 94 vacancies by 2008. As each faculty position represents the capacity to train eight nursing students, these faculty departures could be devastating to the enrollment capacity of South Carolina's nursing programs.

As South Carolina cannot produce enough nursing graduates to meet her existing needs, she currently recruits over 50% of her nurses from other states. She is not alone in this situation, as it is mirrored across the country. By the year 2020, 44 states and the District of Columbia will be facing critical nursing shortages, dramatically increasing interstate competition and causing serious workforce problems for healthcare employers and service delivery problems for healthcare consumers.

IMPACT OF THE NURSING SHORTAGE

Hospitals

As our population grows and ages, hospitals struggle to meet the needs of their communities. The nursing shortage directly impacts this endeavor, not

only in patient care issues, but also because regulating authorities cannot approve Certificates of Need unless hospitals can adequately staff their increased capacities. For the first time in history, documented studies directly tie a shortage of nurses to increased patient mortality. According to the *New England Journal of Medicine*, 53% of physicians and 65% of the public cite nursing shortages as the leading cause of medical errors. Assuming a ratio of four patients per nurse, researchers from the University of Pennsylvania have determined that every additional patient in an average nurse's workload increases the risk of death in surgery patients by 7%. Joyce Thompson, professor at the University of Pennsylvania's School of Nursing captured the situation when she said: "Hospitals aren't run by physicians. Hospitals are only successful if nurses are there."

South Carolina's 2001 Critical for Care study notes that over 10,000 of the state's nurses left hospital employment for other settings in the five-year period prior to 2000, creating a negative financial impact to SC hospitals of between 300 and 500 million dollars. There continues to be an annual turn over rate of approximately 20% for nurses working in the state's hospital settings. This percentage varies slightly by state, but the economic effects are easily translated, as is the recruiting, retention and staffing dilemma.

Hospitals across the nation are scrambling to find ways to retain their existing nursing staff and recruit new employees. In the interim, they have two choices: contract with staffing agencies for expensive temporary nurses, who must then be oriented to each facility, or reduce services. Neither option offers an acceptable long-term solution.

Long Term Care

Hospitals, however, are only one victim of the nursing shortage. As demand outstrips supply and competition for nursing resources increases, long-term care is also suffering. A 2001 report prepared at the request of Rep. Henry Waxman, found that one in three nursing homes nationwide had been cited for some form of abuse or violation, and the Alliance for Retired Americans has concluded that much of the neglect and abuse suffered by nursing home residents is a direct result of the severe shortage of trained nursing staff.

There are well over 22,000 nursing homes in the US, and nearly all are understaffed. The National Commission on Nursing Workforce for Long Term

care cites a national vacancy rate of 96,000 for nurses in long-term care facilities, with an average annual turn over rate of 50%. Their report further states: "The shortage is costing long-term care facilities an estimated \$4 billion a year in recruitment and training expenses."

One of the most devastating effects of the nursing shortage in long-term care could be the forced selectivity of resident admission. Without an adequate staff of trained nurses, advocates fear that patients requiring skilled care, such as those on ventilators, patients with serious wounds or injuries, or those with feeding tubes, may be turned away from many nursing homes.

Community Development Impact

There is no question that healthcare plays a vital role in the economy and is an essential component of economic development. Health services, including nursing homes, hospitals, and physician's offices play a vital role in keeping local dollars at home, helping recruit business, and promoting a healthy and productive workforce. In rural areas, the healthcare sector is often second only to the school system as the largest area employer, accounting for 15 to 20% of all community jobs.

The role of the healthcare industry in economic development is both financial and non-financial. Hospitals and other medical facilities are not only service providers, they are major consumers, and the jobs they generate create a trickle down effect that can have a significant impact on local economies. For example, a nurse working at a hospital will shop in her community, utilize the services of local salons, gas stations, and utilities and contribute to the local tax base. As she becomes a consumer, she supports the jobs of her neighbours, who in turn repeat the cycle. To translate one level of financial impact to actual dollar figures, consider the potential contribution to a state's tax base: In 2010, the state of South Carolina is projected to have a shortage of 5,200 nurses. Conservatively assuming that each nurse would make an annual salary of \$40,000, and further assuming that after deductions, only \$30,000 of that amount would be taxable, at the rate of 7%, these vacant jobs could be worth an annual amount of \$10,920,000 in tax revenue if filled. With the 2020 projected shortage of 12,100 nurses in South Carolina, this number rises to a staggering \$25,410,000 of lost revenue. By referring to the attached chart detailing the projected nursing shortfalls from 2005 through 2020

and applying their own tax rates, individual states can calculate the value of this additional revenue to their own economies.

In addition to the obvious financial impact, adequate healthcare is vital to the productivity of the economy, and is often a key factor in recruiting and retaining industry. Surveys show that many companies look at healthcare as an important issue when deciding where to locate facilities. A strong healthcare network means lower costs for businesses, their employees, and ultimately, for their consumers.

At a minimum, every state will want to ensure that its healthcare dollars are kept at home and reinvested in the local and state economies. When consumers are forced to look outside their communities for healthcare, they take their insurance and out of pocket payments with them, which represents a real loss of potential jobs and income at local levels. As the nursing shortage continues to worsen and other states begin to offer serious competition for available resources, states that are already positioned to cope with this crisis will not only protect their own health resources and related revenues, they will find themselves in the role of "exporters," serving consumers from neighboring states who cannot secure adequate health services.

Summary. In a 2004 report to Congress, Dr. Theresa Valiga of the National League for Nursing addressed the nursing shortage with particular emphasis on the inability of existing infrastructure to train the numbers of nurses needed to meet demand. Although it has received little attention to date, she believes that the shortage of nursing school faculty is a critical component of the problem. More than 60% of nursing faculty nationwide are over 50 years of age. 7% of full-time faculty positions are vacant and nearly 20% of all schools indicate that they need additional faculty. The American Association of Colleges of Nursing, which represents baccalaureate and higher degree programs, reports that in 2003, approximately 16,000 qualified applicants were not admitted to nursing schools due to insufficient faculty. In 2004, that number more than doubled, reaching nearly 33,000.

Literally millions of dollars are being invested in efforts to recruit nurses, yet the nursing shortage continues to worsen. As Dr. Valiga noted, "if those individuals are then told that they cannot be admitted to nursing programs because there are not

adequate numbers of qualified faculty to teach them, then we need to question the ethics of all these recruitment efforts.”

The problem is not simply a lack of interested and qualified nursing candidates, but rather a lack of sufficient nursing instructors and training capacity. Recruiting campaigns will serve no purpose if we

cannot train interested students. As Albert Einstein once said, “Insanity is doing the same thing over and over again and expecting different results.” If we are to protect our existing health resources, increase our supply of health professionals, and ensure availability of quality healthcare to our citizens, it is time to look for a new solution.

УДК 614.253.5:37(73)

СИСТЕМА ОСВІТИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У СПОЛУЧЕНИХ ШТАТАХ АМЕРИКИ

Н.В. Ревчук

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

SYSTEM OF NURSING EDUCATIONAL IN USA

N.V. Revchuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті висвітлено питання систем освіти медсестер у Сполучених Штатах Америки, де вона є комплексною і різноступеневою. Програми основного ступеня розраховані на чотирирічне академічне навчання. Протягом цих чотирьох років навчання студенти отримують три дипломи із званнями ліцензійованої практичної медсестри, дипломованої зареєстрованої медсестри (асоціативний диплом у медсестринстві) та бакалавра медсестринства. Звання бакалавра медсестринства — найвище досягнення в клініці, проте не в науці. Для тих, хто вирішив продовжувати своє навчання в галузі медсестринства далі, існує так звана післядипломна освіта: отримання ступеня магістра медсестринства і доктора філософії. Слід відзначити високу професійність медсестринської справи у США, що було досягнуто у цій країні шляхом поступового методичного вдосконалення системи освіти медсестер.

This article is about nursing education in the United States of America where it is very complex, and it has several different levels. The curricula of main course consist of four academic years. During those four years of education students receive three diplomas (LPN, ADN, BSN) becoming a Licensed Practical Nurse, Registered Nurse, and Bachelor in Nursing. Bachelor in Nursing is the highest achievement in the clinical setting, but not in the whole nursing education. There is a so-called post-graduate education for those, who decided to proceed their education in Nursing: Master's Degree in Nursing or Ph.D. Nursing in the USA is very highly professional, which was achieved in this country by gradual methodological improvement of the nursing educational system.

Вступ. Актуальним питанням протягом кількох останніх років залишається проблема реформування системи охорони здоров'я в Україні. Чи не найменш висвітленим питанням є освіта медсестер, що визначається фаховою підготовкою сестринського персоналу, рівнем знань та умінь, який виявляють наші медичні сестри при роботі в клініках.

Найбільшої корекції потребуватиме ставлення до медсестринства в нашій країні не як до проміжного ступеня медичної освіти, а як до самостійної га-

лузі, що значно відрізняється від лікувальної справи: навчальним процесом, наявністю викладачів з медсестринською освітою, градацією, підпорядкованістю та відповідальністю. Спостерігаючи за світовим досвідом медсестринства можна помітити, що зовсім за іншою схемою побудована така спеціальність, як медсестринська справа, наприклад, у країнах Північної Америки: США та Канаді [1]. Можна визначити багато позитивних рис, які слід було б інтегрувати в українську медсестринсь-

ку освіти, використовуючи позитивний досвід фахівців цієї справи з інших країн.

Основна частина. Система освіти медичних сестер у США комплексна. Існують різні рівні підготовки медичних сестер.

Програми основного ступеня розраховані на чотирирічне академічне навчання. Вступ на таку програму можливий після дванадцятирічної загальноосвітньої школи або після декількох років коледжу з загальноосвітніми предметами. Більшість медсестринських програм у вищих навчальних закладах вимагають наявності принаймні одного року стажу роботи у лікарні сертифікованим помічником медсестри. Щоб отримати сертифікат помічника медсестри, необхідно три місяці провчитись, скласти тест, який продемонстрував би рівень знань, а також тест клінічних навичок. Заняття першого року навчання проходять на базі коледжу та лікарень. Медсестер-початківців навчають доглядати за хворими. Результат закінчення першого року навчання — сертифікат ліцензійованої медичної сестри. Проте отримання сертифікату ще не дає права на самостійну роботу в госпіталі. Для цього треба скласти державний іспит на отримання ліцензії, що є обов'язковою умовою роботи в клініці [2]. На другому році навчання предмети вивчаються значно глибше та стають більш спеціалізованими. Наприкінці цього року студент отримує асоціативний диплом у медсестринстві та звання дипломованої зареєстрованої медсестри. Щоб підтвердити їх та отримати право на роботу в клініці, знову треба скласти ліцензійований державний іспит [3].

Також існує програма отримання диплому при госпіталях, що триває 2–3 роки і теж дозволяє отримати звання дипломованої зареєстрованої медсестри. Але після цих двох програм є можливість працювати лише у клініках та відчувається недостатність кваліфікації для виконання усіх маніпуляцій. Ще за два роки здобувається ступінь бакалавра медсестринства, що дозволяє працювати у всіх закладах охорони здоров'я та дає можливість отримати післядипломну освіту. Однією з переваг системи освіти медсестер у Сполучених Штатах є її гнучкість та відсутність ліміту для продовження навчання. Можна призупинити навчання на будь-якому рівні, працюючи у відповідності з тими ліцензією та дипломом, які були отримані раніше, а потім продовжити навчання у більш сприятливий час. Отже, для тих, хто вирішив продовжувати далі своє навчання в галузі медсестринства, існує так звана післядипломна освіта. Мова йде про отримання

ступеня магістра медсестринства і доктора філософії. Навчання до отримання ступеня магістра триває від 18 до 24 місяців. Отримання ступеня магістра за наявності клінічного стажу роботи відкриває цілий ряд нових можливостей для медсестер. І насамперед це педагогічна діяльність. Після отримання звання магістра студенти можуть проходити три місяці інтернатури для того, щоб стати медсестрою-практиком певної спеціальності та складають сертифікаційний екзамен на право роботи в клініці [4]. Метою освітньої програми на здобуття докторського наукового ступеня є підготовка медичних сестер до керівних посад у медичному обслуговуванні, освіті й науково-дослідній роботі. Загальний термін навчання до отримання звання доктора філософії становить від 5 до 7 років.

Висновок. Рівень медсестринства у США дуже високий. Лікарська справа і медсестринство у США — галузі споріднені, але зовсім різні. Вони навіть частково взаємоконкуруючі для страхових компаній стосовно попиту населення. Високий рівень медсестринства дає змогу лікарям набувати дуже високих досягнень у вузьких спеціальностях. Разом з тим, високий рівень знань та майстерності, вміння спілкуватись з хворими, здатність приймати самостійні рішення та компетентність медсестер у наданні невідкладної медичної допомоги майже зовсім відтіснили лікарів у США від ліжка хворого, що може бути сприйнято одночасно як позитивно, так і негативно. Проте такий розподіл вже є завтрашнім днем для багатьох країн і нашої, можливо, також. Попит на таких медичних сестер, звичайно, з кожним роком зростає. А досягти такого високого рівня медсестринства можна саме шляхом поступового методичного вдосконалення системи медсестринської освіти.

Література

1. Роман О. Розвиток освіти та дослідницької роботи медсестринства в Канаді // Підготовка медичних сестер України: Матеріали конференції з міжнародною участю. — Київ-Чернівці, 1995. — С. 64-65.
2. Bridgman Margaret. Collegiate Education for Nursing. — New York: Russell Sage Foundation, 1953. — 204 p.
3. Eileen McQuaid Dvorak, Ray E. Showalter. The National Council Licensure Examination. — Chicago: Review Press, 1985. — 250 p.
4. Eleanor J. Sullivan, Phillip J. Decker. Effective Management in Nursing. — California: The Benjamin Cummings Publishing Company, 1992. — P. 148-164.

УДК 614.253.5(73)

ПРОФЕСІЙНА КЛАСИФІКАЦІЯ МЕДСЕСТЕР У США: ОСОБЛИВОСТІ ОСВІТИ ТА РОБОТИ

О.С. Усинська

*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського
ННІ медсестринства*

PROFESSIONAL CLASSIFICATION OF NURSES IN USA: PECULIARITIES OF EDUCATION AND WORK

O.S. Usynska

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

В статті охарактеризовано професійні типи і рівні медсестер у США, освіта, необхідна для їх отримання, та професійні позиції, які може займати та чи інша медсестра. Подано основні обов'язки медсестер залежно від кваліфікаційного рівня. Стаття має ознайомлювальний характер.

Different professional types and levels of nurses in USA, the necessary education and professional positions are characterized in the article. The work duties for different professional types are described.

Вступ. У системі охорони здоров'я США медсестра посідає одну з ключових позицій. Більшість функцій, пов'язаних з доглядом за пацієнтом та його лікуванням, виконують саме медичні сестри різних рівнів [1]. Професійна градація медсестер у США суттєво відрізняється від такої в Україні, як і їх основні обов'язки, тому у світли інтеграції української медсестринської освіти у світовий простір доцільно ознайомитись з цією системою.

Метою даної статті є ознайомлення з особливостями професійної класифікації медичних сестер у США.

Основна частина. В американській системі охорони здоров'я є три основні кваліфікаційні рівні медичних сестер: ліцензована практична медсестра (licensed practical nurse, LPN), зареєстрована медсестра (registered nurse, RN) і висококваліфікована практикуюча медсестра (advanced practice nurse). Рівень ліцензованої медсестри є найпростішим і вимагає лише дванадцятимісячної освіти, яку можна отримати в професійних школах або технічних коледжах. Для отримання наступного рівня, зареєстрованої медсестри, існує 3 шляхи – завершення дворічної навчальної програми для молодшого (асо-

ційованого) рівня в медсестринстві (Associate's degree in nursing), проходження спеціальної навчальної програми в госпіталях, що триває 2-3 роки, і завершення чотирирічної програми для отримання ступеня бакалавра в медсестринстві (Bachelor of science degree in nursing). Усі ці навчальні програми після складання ліцензійного іспиту дозволяють працювати зареєстрованою медсестрою, проте перевага надається особам, що мають ступінь бакалавра, інші шляхи освіти суттєво обмежують кількість професійних позицій. Окрім того, в даний час Американська асоціація медсестринських закладів освіти визнає рівень бакалавра мінімальним освітнім рівнем для зареєстрованої медсестри [2].

І, безумовно, найвищим рівнем є рівень висококваліфікованої медсестри, стандартною вимогою для якого є наявність ступеня магістра, отримання якого займає 18-24 місяці за наявності попереднього рівня бакалавра.

Основою роботи ліцензованої медсестри є забезпечення догляду за пацієнтами під керівництвом зареєстрованої медсестри або лікаря. До її обов'язків входить реєстрація показників життєдіяльності, виконання ін'єкцій, масажу, годування, проведення гігієнічних процедур, збір

зразків для аналізів, профілактика пролежнів тощо. Посади, які може обіймати така медсестра – переважно асистентські: сертифікований асистент медсестри, ліцензований асистент, зареєстрований асистент, операційний технік, медсестра для догляду удома. Взагалі така робота не є легкою, і серед вимог, що пред'являються роботодавцями, досить багато стосуються фізичної витривалості – наприклад, особа, що бажає працювати, повинна бути здатною провести на ногах близько 95 % дванадцятигодинного робочого дня і переміщувати вагу близько 15 кг.

Зареєстрована медсестра є однією з найпоширеніших професій з понад 2,3 млн робочих місць у США. Саме цей рівень є оптимальним, оскільки забезпечує велику кількість професійних позицій, а за рівнем заробітної плати суттєво перевищує попередній, ліцензованої медсестри. Окрім стандартних процедур догляду за пацієнтами, зареєстрована медсестра може допомагати лікарю при виконанні багатьох терапевтичних та хірургічних маніпуляцій, призначати хворим медикаменти зі списку, складеного лікарем, самостійно обстежувати хворого, встановлюючи медсестринський діагноз, та створювати і виконувати план догляду і лікування. До стандартних професійних обов'язків для зареєстрованої медсестри входять наступні:

1. Госпітальні медсестри – найбільша за чисельністю група. Така медсестра, як правило, працює постійно в якомусь одному відділенні, і, окрім своїх безпосередніх обов'язків, виконує функцію нагляду за помічниками медсестер та практичними медсестрами.

2. Офісні медсестри працюють в офісах приватних лікарів, амбулаторних хірургічних відділеннях та центрах негайної допомоги. До їх обов'язків входить асистування лікарю, в тому числі при амбулаторних хірургічних втручаннях, проведення ін'єкцій і ведення документації пацієнта.

3. Медсестри будинків догляду працюють з пацієнтами, що там перебувають, з різними патологічними станами – від переломів до хвороби Альц-

геймера. Вони проводять оцінку стану здоров'я і створюють план лікування, проводячи самостійно більшість медичних маніпуляцій і керуючи молодшими медсестрами та їх помічниками.

4. Медсестра для домашнього догляду забезпечує догляд та лікування пацієнтів різних категорій удома. До її обов'язків входить також оцінка умов проживання та навчання пацієнта і членів його сім'ї, часто – керівництво медсестрами нижчого рангу.

5. Громадська медсестра працює в різноманітних громадських установах охорони здоров'я і забезпечує переважно проведення скринінгових досліджень та періодичних медичних оглядів, а також навчання пацієнтів та їх сімей здорового способу життя, раціонального харчування та профілактики захворювань.

6. Медсестра на виробництві працює, як правило, на великих підприємствах, забезпечуючи профілактику, своєчасне виявлення і лікування професійних захворювань.

7. Головна медсестра госпіталю виконує керівну функцію щодо всього медсестринського штату установи, складає графіки роботи, приймає на роботу нових працівників і контролює якість роботи наявних медсестер.

Високкокваліфікована практикуюча медсестра у 18 штатах США має право працювати незалежно від лікаря, у власному офісі, проводячи обстеження та лікування пацієнтів, у тому числі виписуючи медикаменти. Іншими професійними позиціями для таких медсестер є анестезист, клінічний спеціаліст та сертифікована акушерка, обов'язки яких надзвичайно широкі і часто нагадують лікарські.

Висновок. У США існує складна система класифікації медсестер за кваліфікаційними та освітніми рівнями, що допомагає точно встановлювати їх обов'язки та повноваження.

Література

1. Potter P.A., Perry A.G. Fundamentals of Nursing. – 6th ed., 2005. – Mosby. – 1727 p.
2. Haynes L., Butcher H., Boese T. Nursing in contemporary society. – 2004. – Pearson. – 591 p.

УДК 614.253.5(73)

АЛЬТЕРНАТИВНІ ШЛЯХИ ПРОФЕСІЙНОГО СПРЯМУВАННЯ ВИПУСКНИКІВ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ШКІЛ США

А.А. Лепявко

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

THE ALTERNATIVE WAYS OF PROFESSIONAL ORIENTATION OF AMERICAN NURSING SCHOOLS GRADUATES

A.A. Lepyavko

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

В статті описано можливі варіанти професійної діяльності медсестер у США, а також подано основні стратегії американських студентів при виборі певного професійного спрямування у медсестринстві.

The article describes the possible practice areas of American nurses. The main strategies of American nursing students used for choosing the professional orientation in nursing are also shown.

Вступ. Ми живемо в період стрімкого розвитку медицини. Питання глобалізації медичної освіти та вдосконалення можливостей і якості медичних послуг є надзвичайно актуальним в країнах світу.

Ефективність та професійність роботи середнього медичного персоналу є фактором, який у значній мірі зумовлює якісне функціонування національної системи охорони здоров'я практично кожної країни.

Основна частина. Як відомо, на сьогоднішній день однією з найбільш розвинутих та прогресивних систем охорони здоров'я є система охорони здоров'я у США [1, 2]. З огляду на це цікавим є досвід американських колег в питаннях впровадження широкого діапазону професійних можливостей при виборі роботи дипломованою медичною сестрою-бакалавром (таблиця 1).

Таблиця 1

Тип роботи	Роботодавці	Стратегії студентів для досягнення успіху
Медсестринство у шпиталях	Шпиталі, клініки та медичні центри; лікарські офіси та медичні об'єднання, амбулаторні хірургічні центри; центри, де хворі потребують тривалого догляду (реабілітаційні центри, хоспіси); психіатричні клініки; освітні заклади; великі корпорації	Набуття досвіду через програми екстернатури та інтернатури. Робота або добровільна участь в діяльності закладів охорони здоров'я влітку та під час канікул. Вибір елективних курсів з валеології, холістики, медичної етики з особливостями догляду за вмираючими пацієнтами. Розвиток хороших організаційних навичок та вміння долати стресові ситуації. Розвиток терпіння, вміння працювати з пацієнтами і їх родичами протягом тривалого часу, вміння вислухати скарги. Бути готовим працювати в госпіталі вночі, під час вихідних, цілодобово. Отримання звання магістра з метою роботи практикуючою медичною

© А.А. Лепявко

		сестрою чи клінічною медичною сестрою-спеціалістом. Вдосконалення навичок медичної сестри-менеджера і адміністратора
Медична сестра, яка працює в соціальній сфері та в громадській охороні здоров'я	Державні і приватні школи; консультаційні центри; центри для перестарілих; релігійні організації; агенції із соціального сервісу; центри валеології державного і місцевого значення	Розвиток знань і навичок з менеджменту, вміння приймати рішення, проводити навчання і консультації пацієнтів, навичок мовлення і письма. Набуття досвіду роботи при невідкладних ситуаціях. Вміння працювати незалежно і гнучко, оцінювати якість надання першої допомоги. Вміння пов'язати стан здоров'я із віком, культурою, релігією, етичними особливостями пацієнта та урядовою політикою. Отримання звання магістра для роботи медичною сестрою-практиком
Медична сестра, яка має свою власну практику	Агенції з набору медсестринського персоналу; туристичні компанії; підприємства; організації з потребами в тимчасовому медичному обслуговуванні; приватні особи	Мати хороший досвід практичної роботи. Навчитися працювати автономно та приймати незалежні рішення. Бути готовим часто переїжджати у різні місця. Вміти добре адаптуватися і пристосовуватися до несприятливих умов
Медична сестра, яка перебуває на державній службі	Робота в системі охорони здоров'я; будинки для ветеранів; корпус миру; збройні сили; в'язниці	Визначити найбільш цікаву для себе галузь. Запланувати післядипломну освіту з викладацької роботи, наукової діяльності чи адміністрування. Бути знайомим з іншими культурами, мовами, уявленнями про здоровий спосіб життя
Медсестра-викладач	Клініки, коледжі і університети; школи, медсестринства; центри здоров'я; загальноосвітні школи; програми громадської освіти	Розвивати у себе толерантність, розуміння потреб своїх студентів та пацієнтів, вміння брати на себе відповідальність за вчинки інших. Пройти курси з основ викладання. Отримати ступінь з метою викладання в коледжі чи університеті. Мати досвід публічних виступів
Наукова і дослідницька діяльність медичної сестри	Великі клініки і медичні центри; коледжі і університети; центри для медсестринської науково-дослідницької діяльності; Національний інститут медсестринства; фармацевтичні	Здобути досвід в науковій діяльності шляхом самостійного виконання навчальних проєктів під наглядом викладача. Розвивати допитливість, аналітичне мислення, вміння приділяти увагу деталям, наполегливість,

	компанії	навички письма, розуміння і застосування законів статистики. Отримати науковий ступінь
Телемедицина	Спеціалізовані центри; приватні офіси; клініки; шпиталі	Мати досвід роботи в інших галузях медсестринства не менше 5-10 років. Розвинути хороші комунікативні навички і вміння швидко приймати важливі рішення
Охорона здоров'я за кордоном	Посольства; військові бази; національні та міжнародні урядові проекти; приватні волонтерські організації; релігійні місії; ВООЗ	Враховувати, що перевага в даній роботі надається медсестрі-клінічному спеціалісту чи медсестрі-практику. Вивчити іноземну мову, шанувати інші культури. Знати про можливу потребу проходження додаткових курсів з вивчення окремих питань, наприклад, релігійних. Знати вимоги до діяльності медсестри в інших країнах
Інші можливі галузі діяльності медсестри	Робота в страхових компаніях; робота в бізнесі та промислових компаніях (фармацевтика, медичне обладнання і устаткування, медичні торгівельні компанії); юридичні фірми; медичні видавництва; медичні веб-сайти; рекламні агенції, що рекламують медичні товари чи послуги; відділи громадських зв'язків; професійні асоціації	Поєднати знання з медсестринства зі знаннями в якійсь іншій галузі, здобувши додаткову освіту або отримавши відповідний досвід роботи. Приділяти увагу питанням бізнесу та засобів комунікації ще під час навчання. Мати хороші навички роботи на комп'ютері та мати здібності до ведення підприємницької діяльності

Медсестринська освіта в Україні вдосконалюється, стає все більше практично орієнтованою та подібною до прогресивних західних зразків. При цьому досвід американських колег може бути корисним при визначенні пріоритетних напрямків в освіті та подальшій професійній діяльності українських медичних сестер. Звичайно, при цьому також доцільно зберегти і найкращі надбаня вітчизняної медсестринської освіти [3]. Лише за такої умови можна раціонально вдосконалювати кваліфікацію медичних сестер у нашій країні, а також підвищити їхню конкурентноспроможність у світовій медицині.

Висновок: З метою вдосконалення медсестринської освіти та підвищення кваліфікації медичних сестер в Україні доцільно враховувати досвід зарубіжних колег, у тому числі й фахівців із США.

Література

1. What can you do with a Nursing degree?// American Nursing Student. – 2006. – Vol. 7, № 3. – P. 8-9.
2. Needleman J. et al. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals // N. Eng. J. Med. – 2002. – Vol. 346 (22). – P. 1715-1722.
3. Яромич И.В. Сестринское дело.– М.: Оникс XXI век, 2005. – 463 с.

УДК 614.253.5(73)

ПРОБЛЕМА НЕСТАЧІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У США

О.В. Шманько

*Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського*THE PROBLEM OF NURSING SHORTAGE
IN THE UNITED STATE OF AMERICA

O.V. Shmanko

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Проблема нестачі медичних сестер у США спричинена багатьма факторами. Згідно з прогнозованими даними, ситуація має тенденцію до погіршення, тому зараз необхідно вжити відповідних заходів, які допоможуть ефективно вирішити всі існуючі причини нестачі медсестринського персоналу.

There are multiple factors contributing to the nursing shortage in the US. According to the projected literature data, the situation tends to get worse. It is crucial to utilize the appropriate measures in order to solve effectively all existing causes of the nursing shortage.

Вступ. Нестача медичних сестер є критичною проблемою системи медичної допомоги США. Ця проблема не минула й інші країни світу, а саме Канаду, Австралію, Філіппіни, країни Західної Європи, Африки та Південної Америки. Зменшення кількості медичних сестер негативно впливає на якість надання медичної допомоги та прогноз для здоров'я пацієнтів. За даними Dr. Peter Vuerhaus та колег (2000), систему охорони здоров'я США очікує зменшення кількості медичних сестер на 20% до 2020 р., що відповідає нестачі 400 тис. реєстрованих медичних сестер (RN). За даними Американської Асоціації Шпиталів (2001), на сьогоднішній день потрібно 126 тис. медичних сестер, щоб заповнити вакансії у шпиталях. Бюро Статистики Праці США спрогнозувало (2004), що до 2012 р. буде потрібно 1 мільйон нових медичних сестер та тих, які повинні прийти на зміну старим кадрам. Національна Рада штатних рад з медсестринства повідомляє, що кількість випускників американських коледжів медсестринства, які вперше складають державний ліцензійний іспит для реєстрованих медичних сестер NCLEX-RN, зменшилась з 1995 по 2003 рр. на 20% [1].

Основна частина. Основними причинами нестачі медичних сестер у США є: недостатнє зарахування студентів на навчання до коледжів медсестринства порівняно з передбачуваними

потребами у медичних сестрах; нестача викладачів у коледжах медсестринства; зростання середнього віку працюючих реєстрованих медичних сестер через недостатнє поповнення новими кадрами; старіння нації ("baby boomers" – покоління людей, які народилися між 1946 – 1964 рр., коли відбулося значне зростання народжуваності у США після Другої Світової війни) та зростання потреби у медичних сестрах для догляду за перестарілими; звільнення медичних сестер з роботи через перевтому на робочому місці та невдоволення роботою [1, 2].

Проблема нестачі медсестринського персоналу спонукала США шукати нових шляхів вирішення цієї ситуації. 1 серпня 2002 р. Президент США Джордж Буш підписав новий закон Nurse Reinvestment Act, який забезпечував стипендію для нових студентів при поступленні на медсестринську програму, надання позик майбутнім викладачам медсестринських коледжів та скасування їх повернення при умові подальшого викладання у навчальному закладі тощо [1]. Протягом останніх п'ятдесяти років США запрошує на роботу іноземних медсестер, щоб вирішити проблему їх нестачі. Основними постачальниками є Філіппіни, Канада, Сполучене Королівство Великобританії, Індія, Корея та Нігерія. На даний момент рекрутингові компанії спрямовують свій інтерес на нові джерела постачання медсес-

тер, а саме Субсахарну Африку, Південно-Східну Азію та Карибські острови.

Вирішення проблеми нестачі медичних сестер у США вимагає багатостороннього підходу, врахування численних причин, що призвели до зменшення кількості медсестер. Потрібно поступово збудувати та поповнити власну базу медсестринського персоналу за рахунок забезпечення доступу до навчання більшої кількості студентів - медсестер та їх наступне залучення до викладацької роботи. Продовжити запрошувати на роботу медсестер лише з країн, які готують надлишкову кількість медсестер, що дозволить не створювати дефіцит у країнах - донорах, що вже почали відчувати наслідки втрати цих спеціалістів. Разом з тим, потрібно покращити умови праці медичних сестер щодо навантаження та кількості робочих годин.

Висновок. Проблема нестачі медсестер у США пов'язана з об'єктивними та суб'єктивними причинами, вирішення яких, на нашу думку, може реалізуватись шляхом реорганізації програм підготовки медичних сестер, їх заохочення до навчання і праці, та розширення географії залучення висококваліфікованих медсестер з країн пострадянського простору.

Література

1. American Association of Colleges of Nursing. "Nursing Shortage Fact Sheet." 8 March 2004. <<http://www.aacn.nche.edu/Media/Backgrounders/shortagefacts.htm>>.
2. Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing. "Facts on the Nursing Shortage in North America." <http://www.nursingsociety.org/media/facts_nursingshortage.html>.

УДК 377:61 (477.83) (07.07)

КРЕДИТНО-МОДУЛЬНО-РЕЙТИНГОВА СИСТЕМА ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ЛЬВІВСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ ІМ. АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО (З ДОСВІДУ ВПРОВАДЖЕННЯ)

М.Б. Шегедин, І.С. Смачило

Львівський державний медичний коледж ім. Андрея Крупинського

CREDIT-MODULE-RATING SYSTEM OF EDUCATIONAL PROCESS ORGANIZATION IN LVIV STATE MEDICAL COLLEGE BY ANDREY KRUPYNSKY (FROM EXPERIENCE OF INTRODUCTION)

M.B. Shehedyn, I.S. Smachylo

Lviv State Medical College by Andrey Krupynsky

У статті розповідається про особливості впровадження кредитно-модульно-рейтингової системи організації навчального процесу у Львівському державному медичному коледжі ім. Андрея Крупинського.

The article deals with features of introduction of credit-module-rating system of educational process organization in Lviv State Medical College by Andrey Krupynsky.

Вступ. Львівський державний медичний коледж ім. Андрея Крупинського працює за мо-

дульно-рейтинговою системою навчання ще з 1993 р., а з 2005 р., враховуючи входження Ук-

© М.Б. Шегедин, І.С. Смачило

раїни в Болонський процес, за кредитно-модульно-рейтинговою – відповідно до наказів МОН України від 23.01.2004 р. №48 «Про проведення педагогічного експерименту з запровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу» та МОЗ України від 22.03.04 р. № 148 «Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої медичної та фармацевтичної освіти».

У зв'язку з цим насамперед нами було:

- доповнено «Положення про модульно-рейтингову систему навчання», введені основні терміни, поняття та їх визначення: кредитно-модульна система організації навчального процесу (КМСОНП), заліковий кредит, кредит;
- поділено програмний матеріал з дисциплін на окремі модулі, змістові модулі;
- складено для кожного модуля тестові завдання трьох рівнів складності (не менше трьох варіантів і 25 завдань в кожному).

Оцінювання знань та практичних навичок проводиться шляхом:

- модульного контролю. Модульний контроль (МК) – це підсумковий контроль засвоєння студентами навчального матеріалу модулів (теорії і практики), самостійної позааудиторної роботи, винесених на цей контроль. МК є обов'язковим видом контролю на навчальному занятті та проводиться у визначений наперед термін, теоретична і практична частина якого оцінюється за 100-бальною шкалою (критерії оцінювання розробляються викладачами-предметниками, розглядаються на засіданні циклової комісії і затверджуються головою комісії). Оцінка за МК – це середня арифметична кількості балів з теоретичної та практичної частин. Максимальна кількість балів, яку студент може отримати за МК, становить 100 балів;

– виведення середньоарифметичного показника (САП). При оцінюванні (поточної успішності) засвоєння кожної теми модуля студентіві виставляються оцінки за 4-бальною (традиційною) шкалою, яка передбачена у ВНЗ I-IV рівнів акредитації – «5», «4», «3», «2». Щоб стандартизувати оцінювання поточної навчальної діяльності студента, введено САП – це середньоарифметичне з усіх позитивних поточних оцінок за практичні або семінарські заняття з переведенням їх в 100-бальну шкалу та виставленням перед кожним МК. Якщо студент отримав «2», він допускається до МК лише після відпрацювання цієї теми;

– модульної оцінки (МО) – це середньоарифметичне МК і САП, виставляється після кожного МК;

– підсумкової модульної оцінки (ПМО) з навчальної дисципліни – середньоарифметичної всіх МО, якщо дисципліна вивчається один семестр, а якщо два і більше – це середньоарифметичне ПМО за всі семестри;

– підсумкового модульного контролю (ПМК) – здійснюється після завершення семестру для студентів, які хочуть підвищити свій рейтинг з дисциплін (не більше двох дисциплін за освітньо-кваліфікаційним рівнем молодший спеціаліст та трьох – за освітньо-кваліфікаційним рівнем бакалавр за весь період навчання і лише з дозволу директора). Форми проведення ПМК включають контроль теоретичної і практичної підготовки з дисципліни.

Академічні успіхи студента визначаються за допомогою системи оцінювання, яка використовується та реєструється прийнятим у коледжі чином з обов'язковим переведенням оцінок у національну шкалу та шкалу ECTS (відповідно до наказу МОН України від 23.01.04 р., №48):

За 100-бальною шкалою ЛДМК ім. А. Крупинського	За національною шкалою	За шкалою ECTS
90-100	відмінно	A
80-89	добре	B
70-79	добре	C
60-69	задовільно	D
51-59	задовільно	E
25-50	незадовільно з можливістю повторного складання ПМК з навчальної дисципліни	FX
1-24	незадовільно з обов'язковим повторним курсом вивчення навчальної дисципліни	F

Оцінка з навчальної дисципліни не виставляється студентові, якому не зараховано хоча б один модуль після завершення її вивчення. Ця категорія студентів має право на складання їх за затвердженим графіком після завершення семестру або під час зимових чи літніх канікул до початку наступного навчального семестру. Повторне складання незадовільних МК і ПМК дозволяється не більше двох разів (перший раз викладачеві, другий – при комісії).

Семестрова рейтингова оцінка – це середня арифметична ПМО.

Рейтинг студента – це порядкова позиція студента в групі та на курсі за окремою спеціальністю, який визначається в кінці семестру. Дає право на іменні стипендії, є підставою для зменшення оплати за навчання студентам, які навчаються на контрактній основі, переходу з контрактної форми навчання на вакантні місця державного замовлення, отримання скерування на навчання студентів з I рівня підготовки на II і з II – у ВМНЗ III-IV рівнів акредитації, першочергового скерування на роботу.

Висновок: Контроль навчального процесу за КМСОНП є систематичним, оцінюючим, виховним, розвиваючим, всебічним та об'єктивним. Він має значення не тільки для студента, а й для викладача. Для студента контроль – це об'єктивна оцінка своїх знань, для викладача – оцінка його педагогічної майстерності, творчого підходу до викладання певної навчальної дисципліни.

Література

1. Богданович М.А. Організація системи перевірки знань для поточного та підсумкового контролю // Матер. II Міжнар. конф. «Internet Education Science-2000». – Вінниця, 2000. – 11 – 12 жовт.
2. Бондар В. Теорія і практика модульного навчання у вищих закладах освіти // Освіта і управління. – 1999. – № 1. – С. 19-70.
3. Журавель Г.П. Про особливості впровадження і використання модульно-рейтингової системи контролю знань студентів: Наук.-метод. зб. – К., 2003. – С. 48-54.
4. Кейс С.М., Свенсон Д.Б. Создание письменных тестовых вопросов по базовым и клиническим дисциплинам // Национальный Совет медицинских экзаменаторов. – 1996. – С. 11-119.
5. Міністерство освіти і науки України // Національна доповідь щодо вступу України в Болонський процес. ТОВ «Освіта України», 2004 р.
6. Наказ Міністерства освіти і науки України від 23 січня 2004 р. № 48 «Про проведення педагогічного експерименту з кредитно-модульної системи організації навчального процесу».
7. Наказ Міністерства освіти і науки України від 23 січня 2004 р. № 49 «Про затвердження Програми дій щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої освіти і науки України на 2004-2005 роки».
8. Наказ Міністерства освіти і науки України від 20 жовтня 2004 р. № 812 «Про особливості впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу».
9. Про основні завдання вищим навчальним закладам на 2005/2006 навчальний рік: [Лист Міністерства освіти і науки України]. – К.: Знання, 2005. – 15 с.

№ п/п	Назва дисципліни	Кількість годин	Середня оцінка
1	Анатомія людини	100	2,0
2	Гістологія	50	2,0
3	Фізіологія	100	2,0
4	Біохімія	50	2,0
5	Мікроскопія	20	2,0
6	Імунологія	50	2,0
7	Патологія	100	2,0
8	Патологія клінічна	100	2,0
9	Патологія лабораторна	50	2,0
10	Патологія клінічна	50	2,0
11	Патологія лабораторна	50	2,0
12	Патологія клінічна	50	2,0
13	Патологія лабораторна	50	2,0
14	Патологія клінічна	50	2,0
15	Патологія лабораторна	50	2,0
16	Патологія клінічна	50	2,0
17	Патологія лабораторна	50	2,0
18	Патологія клінічна	50	2,0
19	Патологія лабораторна	50	2,0
20	Патологія клінічна	50	2,0
21	Патологія лабораторна	50	2,0
22	Патологія клінічна	50	2,0
23	Патологія лабораторна	50	2,0
24	Патологія клінічна	50	2,0
25	Патологія лабораторна	50	2,0
26	Патологія клінічна	50	2,0
27	Патологія лабораторна	50	2,0
28	Патологія клінічна	50	2,0
29	Патологія лабораторна	50	2,0
30	Патологія клінічна	50	2,0
31	Патологія лабораторна	50	2,0
32	Патологія клінічна	50	2,0
33	Патологія лабораторна	50	2,0
34	Патологія клінічна	50	2,0
35	Патологія лабораторна	50	2,0
36	Патологія клінічна	50	2,0
37	Патологія лабораторна	50	2,0
38	Патологія клінічна	50	2,0
39	Патологія лабораторна	50	2,0
40	Патологія клінічна	50	2,0
41	Патологія лабораторна	50	2,0
42	Патологія клінічна	50	2,0
43	Патологія лабораторна	50	2,0
44	Патологія клінічна	50	2,0
45	Патологія лабораторна	50	2,0
46	Патологія клінічна	50	2,0
47	Патологія лабораторна	50	2,0
48	Патологія клінічна	50	2,0
49	Патологія лабораторна	50	2,0
50	Патологія клінічна	50	2,0

УДК 614.253.5:37(477)

ДО ПИТАННЯ РЕФОРМУВАННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

А.І. Прокопчук

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ON THE PROBLEM OF NURSING EDUCATION REFORMING IN UKRAINE

A.I. Prokopchuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті пропонуються першочергові напрямки реформування системи підготовки медичних сестер в Україні, які базуються на західноєвропейській і американській концепціях професійного медсестринства. Обговорюється доцільність реформування медсестринської освіти у сучасних умовах. Реформування медсестринської освіти – тривалий процес, який розглядається у контексті реформування усієї системи охорони здоров'я України.

The main principles of nursing education reforming in Ukraine have been proposed in the article. These principles are based on the West European and American conception of professional nursing. The expediency of today's reforming has been discussed as well. Reforming of the nursing education is considered to be a long process and also should be viewed in a context of the health care reforms in Ukraine.

Вступ. Необхідність кардинальних реформ української системи охорони здоров'я є пріоритетним питанням для нової української влади [1]. Медсестринська професія і медсестринська освіта в цілому потребують змін як складові частини системи охорони здоров'я.

Основна частина. Теперішній підхід до медсестринства в Україні багато в чому обумовлений домінуючою радянською концепцією ролі і місця медсестри в системі надання медичних послуг [2, 3]. Як результат, рівень і якість цих послуг сьогодні не задовольняють потреб українського населення. Реформування медсестринства неможливе без докорінного реформування всієї системи охорони здоров'я України з різким збільшенням бюджетного фінансування і запровадженням обов'язкового медичного страхування. Тому слід зауважити, що навіть найуспішніше реформування української медсестринської освіти на рівні найвищих світових стандартів сьогодні буде мати дуже обмежений вплив на систему медичних послуг в цілому. Проте розпочати реформування медсестринської освіти доцільно вже зараз.

Серед першочергових завдань з покращення медсестринської підготовки в країні видається необхідним:

© А.І. Прокопчук

1. Вимагати встановлення мінімального посадового окладу медсестрам і лаборантам у закладах державної власності на рівні, який би давав мотивацію молодим людям до здобуття медсестринської освіти і до кар'єрного росту.

2. До проекту реформування медсестринської освіти залучати медпрацівників і менеджерів із кожного регіону України.

3. Розпочинати медсестринську освіту лише на базі повної середньої освіти.

4. Провести аналіз ефективності діючого бюджетного фінансування медсестринської освіти. Підвищити вартість навчання медсестри у закладах, що отримують бюджетні кошти.

5. Визнати загальнодержавні стандарти кваліфікації у закладах усіх форм власності і розпочати підготовку наступних спеціалістів:

а) помічників медсестер (шестимісячна освіта);

б) медсестер (дворічна і чотирирічна освіта);

в) клінічних лаборантів (дворічна і чотирирічна освіта);

г) магістрів медсестринства і магістрів-лаборантів (шестирічна освіта).

6. Помічників медсестер, медсестер із дворічною освітою і лаборантів із дворічною освітою готувати у медичних коледжах. Медсестер-ба-

калаврив (чотирирічна освіта), бакалаврів-лаборантів і магістрів готувати в інститутах медсестринства медичних університетів.

7. Запровадити обов'язкові загальнодержавні комп'ютеризовані екзамени для отримання медсестринської ліцензії після отримання диплома медсестри і диплома лаборанта. Адмініструвати такий екзамен повинна незалежна від системи навчання структура [4].

8. Запровадити обов'язкові загальнодержавні комп'ютеризовані екзамени для отримання ліцензії помічника медсестри після отримання сертифіката. Адмініструвати такий екзамен повинна незалежна від системи навчання структура [4].

9. Розробити нові навчальні програми медсестер і лаборантів (дво- і чотирирічні), а також програми медсестринської магістратури на основі типових західноєвропейських і північноамериканських навчальних програм, керуючись загальноприйнятою концепцією медсестринства у розвинутих країнах.

Як видно, запропоновані кроки вимагатимуть немалих коштів. Тому на даному етапі реформування медсестринської освіти обмежується обговоренням і внесенням змін в навчальні програми. Створення і затвердження вже сьогодні

сучасної концепції радикальних змін у медсестринській освіті – це те, на наш погляд, з чого можна розпочинати зміни в галузі і планувати фінансування.

Висновок. Сьогодні в розвинутих країнах світу важко не помітити загальної тенденції перерозподілу великої кількості медичних послуг від сфери лікарської до сфери медсестринської. Дипломовані медсестри, наприклад, у США – це високопрофесійні медичні працівники [4]. Як результат, у більшості розвинутих країн відчувається нестача кваліфікованих медичних сестер. Це ще одне підтвердження необхідності розпочати реформування медсестринської освіти вже зараз.

Література

1. Радіозвернення Президента України В.А. Ющенка до нації від 5 листопада 2005 р.
2. Шегедин М.Б. Медсестринство в Україні. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003.
3. Шегедин М.Б. Основні напрямки реформування медсестринської освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 35-43.
4. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров'я та обґрунтування перспектив розвитку вищої медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 6-11.

3. Розробити нові навчальні програми медсестер і лаборантів (дво- і чотирирічні), а також програми медсестринської магістратури на основі типових західноєвропейських і північноамериканських навчальних програм, керуючись загальноприйнятою концепцією медсестринства у розвинутих країнах.

4. Запровадити обов'язкові загальнодержавні комп'ютеризовані екзамени для отримання ліцензії помічника медсестри після отримання сертифіката. Адмініструвати такий екзамен повинна незалежна від системи навчання структура [4].

5. Запровадити обов'язкові загальнодержавні комп'ютеризовані екзамени для отримання медсестринської ліцензії після отримання диплома медсестри і диплома лаборанта. Адмініструвати такий екзамен повинна незалежна від системи навчання структура [4].

6. Розробити нові навчальні програми медсестер і лаборантів (дво- і чотирирічні), а також програми медсестринської магістратури на основі типових західноєвропейських і північноамериканських навчальних програм, керуючись загальноприйнятою концепцією медсестринства у розвинутих країнах.

Як видно, запропоновані кроки вимагатимуть немалих коштів. Тому на даному етапі реформування медсестринської освіти обмежується обговоренням і внесенням змін в навчальні програми. Створення і затвердження вже сьогодні сучасної концепції радикальних змін у медсестринській освіті – це те, на наш погляд, з чого можна розпочинати зміни в галузі і планувати фінансування.

УДК 614.253.5:378.2

СТАНДАРТИЗОВАНИЙ ІСПИТ NCLEX-RN ТА ДОСВІД ЙОГО СКЛАДАННЯ МЕДСЕСТРАМИ, ЩО ОДЕРЖАЛИ СПЕЦІАЛЬНУ ОСВІТУ В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ СНД

М.В. Тарчинець, М.В. Воронцов, Д.Р. Ставничий, Т.В. Висоцька
Компанія «Джетстрім Персонал Україна» (м. Львів)

THE STANDARDIZED EXAMINATION NCLEX-RN AND THE EXPERIENCE OF PASSING IT BY NURSES WHO OBTAINED PROFESSIONAL EDUCATION IN UKRAINE AND THE COUNTRIES OF CIS

M.V. Tarchynets, M.V. Vorontsov, D.R. Stavhychi, T.V. Vysotska
Company "Jetstream Personnel Ukraine" (Lviv)

В даній роботі представлено досвід підготовки до американського ліцензійного екзамену NCLEX-RN медичних сестер, що отримали професійну освіту в Україні та в країнах СНД. Успішність складання з першої спроби становить 90,9%, причому рівень підготовки учасників програми компанії, що склали цей екзамен у 54,5% можна оцінити як відмінний.

This paper presents the experience of preparation to the American standardized examination NCLEX-RN of nurses who were trained in Ukraine and the countries of CIS. The first-time passing rate is 90,9 %, the level of training being "excellent" in 54,5 % of test-takers trained in the program of the company.

Вступ. Нестача медсестринського персоналу в США призвела до того, що чимало медсестер із-за кордону отримують дозвіл на працевлаштування в американських лікарнях. Нещодавно така перспектива відкрилась і для українських медсестер. Дана робота представляє наш досвід підготовки медсестер, що отримали освіту в Україні та в країнах СНД, до складання стандартизованого іспиту NCLEX-RN.

Основна частина. Необхідною умовою для видачі ліцензії на право працевлаштування в США в якості реєстрованої медичної сестри (Registered Nurse) є іспит NCLEX-RN (National Council of Licensing Examinations – Registered Nurse). Це стандартизований комп'ютерний тест, що складається з 75 – 265 питань. Кількість питань, які одержує той чи інший кандидат, залежить від його (її) кваліфікації. Як тільки програмне забезпечення зможе із 95% ймовірністю визначити результат, тестування припиняється. На цьому іспиті не існує поняття «прохідного бала». Результатів може бути лише два – «склав» або «не склав». Тест має виражений

адаптивний характер – складність наступних питань визначається тим, як кандидат відповів на попередні. Крім того, якщо було неправильно дано відповідь на питання з певної галузі медсестринства (напр. – медсестринство в педіатрії чи фармакології), програма часто дає серію питань з цієї галузі, щоб пересвідчитись, чи кандидат не знав саме цього моменту, чи у нього є серйозні прогалини у знаннях зі всього розділу знань.

Питання розподілені не по системах організму та нозологіях, а за принципом категорій потреб пацієнта. Таки чином, розподіл питань виглядає наступним чином:

- 1) Медсестринський менеджмент та адміністративно-юридичні питання – 13-19%.
- 2) Виробнича безпека та протиепідемічний режим – 8-14%.
- 3) Профілактика захворювань та підтримка здоров'я – 6-12%.
- 4) Психосоціальне здоров'я – 6-12%.
- 5) Основи медсестринського догляду – 6-12%.
- 6) Фармакологія та інфузійна терапія – 13-19%.

© М.В. Тарчинець, М.В. Воронцов, Д.Р. Ставничий, Т.В. Висоцька

© Л.С. Мілевська

Вступ. Психіатрія як наука сформувалася до-
сить недовго, наприкладі XVIII ст. До того часу
психічно хворих практично не лікували, а лише

ізолювали від суспільства. Переломним момен-
том стала реформа видатного французького
психіатра Пінеля у 1792 р., в результаті якої з

The article contains information about the methods of psychiatry teaching at medical educational establishments of the USA, its differential features from Ukrainian and European ones. Attention is paid to its advantages and disadvantages. Advantages of usage some of them is proved in order to change and improve nursing education in Ukraine.

У статті йдеться про підхід до викладання курсу психіатрії у навчальних медичних закладах США, його відмінності від українського та європейського. Висвітлюються переваги та недоліки, обґрунтовується доцільність перенесення окремих методик на український ґрунт з метою реформування та вдосконалення медсестринської освіти в Україні.

Scientific and Educational Nursing Institute of Temopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

L.S. Milevska

THE MAIN PECULIARITIES OF PSYCHIATRY TEACHING IN NURSING SCHOOL OF SOUTH CAROLINA UNIVERSITY (USA)

Імени І.Я. Горбачевського

*Науково – навчальний інститут медсестринства
Тернопільського державного медичного університету*

Л.С. Мілевська

ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ ВИКЛАДАННЯ КУРСУ ПСИХІАТРІЇ В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ШКОЛІ УНІВЕРСИТЕТУ ПІВДЕННОЇ КАРОЛІНИ (США)

УДК 616.89(07.07)(757)

7) Безпека пацієнтів – 13-19%.
8) Фізіологічна адаптація (медсестринська допомога в різні періоди життя) – 11-17%.
Останній розділ вкочує в себе медсестринство в акушерстві та педіатрії, теорії розвитку особистості (за Еріксоном, Пейке, Фрейдом та ін.) і репродуктивне медсестринство. Як було вказано вище, мінімальна кількість питань – 75, максимум – 265. Якщо кандидат складає тест після 75 питань, то рівень його підготовки можна оцінити як відмінний, якщо після 75-150 питань, рівень підготовки можна оцінити як добрий, якщо після 150-265 питань – як достатній. За час існування компанії «Джестрیم Персонал Україна» екзамен NCLEX-RN склали 11 студентів. З них 10 склали цей іспит з першої

спроби. Таким чином, успішність підготовки можна оцінити як 90,9%. Серед усіх протестованих кандидатів більшість – 6 (54,5%) склали цей тест після 75 питань, 2 (18,2%) – в межах 75-150 питань та 2 (18,2%) – в межах 150-265 питань. Характерно, що лише один учасник протесту складав цей тест повну його тривалість – 265 питань.
Висновок. Результати нашої роботи показують, що медсестринська освіта в Україні забезпечує достатню базу для успішного складання стандартізованого тесту NCLEX-RN. Ефективність програм підготовки до складання протесту, яку використовує компанія «Джестрیم Персонал Україна», є високою та складає 90,9%.

душевно хворих були скинуті кайдани і до них стали застосовувати окремі терапевтичні заходи. А з початку XIX ст. курс психіатрії було офіційно введено у навчальні медичні заклади Росії та Європи.

З того часу величезних змін зазнала як сама психіатрична наука, так і методи її викладання в навчальних медичних закладах. Так, тематика даного предмета розподілялася між різними медичними дисциплінами, об'єднувалася з внутрішніми хворобами та неврологією, викладалась окремим циклом [1]. Та незалежно від способу викладання, студенти після закінчення навчання повинні отримати необхідний об'єм знань та навиків.

У цій статті ми поставили собі за мету поділитися досвідом викладання курсу психіатрії для студентів медсестринської школи Університету Південної Кароліни (США) на основі досвіду стажування групи викладачів ТДМУ у вищезазначеному навчальному закладі.

Основна частина. До педагогічного процесу при вивченні курсу психіатрії у медсестринській школі Університету Південної Кароліни (США) ставляться з особливою увагою та вимогами. Головний акцент зроблено на активну пізнавальну діяльність студентів. Досвід викладачів даного навчального закладу показав, що існує дві основні моделі навчання студентів – поверхнева та глибока [2]. Мета поверхневого навчання – механічне запам'ятовування та відтворення даного матеріалу у певний момент, а глибокого – осмислення, пошук інтеграції окремих компонентів і задач та генерація ідей. При поверхневому навчанні студент прагне механічно засвоїти якомога більший обсяг матеріалу, а при глибокому – осмислити зміст даного предмета. Завдання викладача полягає у вихованні в студента глибокого підходу до навчання.

Викладачами курсу психіатрії медсестринської школи Університету Південної Кароліни було досліджено, що непосильне навчальне навантаження, недостатня кількість годин практичних занять, надмірний об'єм навчального матеріалу курсу, відсутність можливості глибоко розкрити тему, неможливість самостійного вибору тем та методів викладання предмета, а також система оцінювання, що викликає у студента стан тривоги, сприяють поверхневому підходу до навчання [2]. У той час як розвиток мотивації, активне залучення студентів

у навчальний процес, заохочення співпраці один з одним та забезпечення добре організованою системою знань сприяють розвитку глибокого підходу до навчання. До уваги слід також брати особистісні (можливості та здібності студента, рівень попередньої бази знань, мотивація та погляд на навчання тощо) та ситуаційні фактори (матеріал предмета, характер завдань, рівень викладання, навчальне навантаження студента, методи оцінювання вихідного рівня знань). Так, наприклад, якщо для оцінки заключного рівня знань достатньо лише механічно відтворити інформацію, студент не буде зацікавлений у глибокому підході до вивчення даного курсу.

Викладачі психіатрії Університету Південної Кароліни ділять студентів на такі категорії, як холісти та серіалісти [2]. Холісти дивляться на предмет глобально і прагнуть спершу отримати цілісну картину проблеми, а потім пізнати зв'язки між окремими її елементами. Серіалісти віддають перевагу поступовому процесу навчання. Вони спершу пізнають усі елементи зокрема, а тоді на їх основі складають для себе цілісну картину проблеми. На жаль, в групі студентів, як правило, є особи різних типів. Крім того, існує ще третя категорія студентів – це стратеги, тобто ті, що зацікавлені в отриманні найвищого бала і саме на це спрямовують усі свої зусилля.

Ось чому викладач, враховуючи усі наведені фактори, повинен чітко спланувати та узгодити спосіб викладання з метою, завданням та змістом даного предмета. Підтримка інтересу та мотивації студента забезпечується рядом заходів – аудіовізуальних методик (запис реальних хворих та ситуаційних прикладів), проведення дискусій, контакт з пацієнтами різного профілю, навикі спілкування з родичами пацієнтів психіатричного профілю, залучення фахівців різного рівня (патронажні сестри, лікуючі лікарі), навикі роботи в команді та колективі, проведення заняття в різноманітних умовах (навчальна кімната, психіатричне відділення, інтернат, в колі різних соціальних груп).

Основна методика викладання у великих групах (близько 100 – 150 осіб) – лекції. Серед найпоширеніших недоліків, що допускаються лекторами, викладачі Університету Південної Кароліни виділяють надто швидку манеру читання, перенасичення інформацією, відсутність резюме наприкінці лекції, невідповідність часовим рамкам,

невиділення ключових моментів в ході лекції, невпевненість лектора, відсутність зв'язку між окремими елементами лекції, неорганізованість.

Викладання в малих групах (до 8 осіб) в Університеті Південної Кароліни спрямоване на розвиток навиків та вмінь вирішення проблем, аргументування, критичної оцінки інформації, обміну думками та спостереженнями. Для досягнення цього треба вміти розпитати, вислухати студента, адекватно оцінити його репліку та спонукати його до роздумів. Не слід забувати про похвалу, як фактор заохочення та підвищення самооцінки студента і його ваги в колі одногрупників. Важливим компонентом процесу навчання є офіційна та неофіційна перевірка знань. Неофіційна проводиться в ході заняття і

дає студенту можливість отримати зворотну реакцію. Офіційна проводиться під час екзаменів і повинна відповідати меті, завданням курсу та заохочувати глибоке ставлення студента до предмета.

Висновок. Застосування окремих складових описаної методики викладання курсу психіатрії у навчальних медичних закладах України сприятиме реформуванню та вдосконаленню медсестринської освіти в Україні.

Література

1. Стюарт Дж., Ларайа М. (2005) Принципи та практика медсестринства у психіатрії. (8 – ме видання).
2. Кодел С., Клері П. (2006). Посібник з медсестринства у психіатрії. – Спартанбург, Південна Кароліна.

УДК 614.253.5(076.5)

**ДО ПИТАННЯ ВИКОРИСТАННЯ МАНЕКЕНІВ
У МЕДСЕСТРИНСЬКОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ**

А.І. Прокопчук

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

**ON THE PROBLEM OF MANIKIN USE IN THE NURSING
EDUCATIONAL PROCESS**

A.I. Prokopchuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті обговорюються переваги використання манекенів у підготовці медичних сестер. Стаття підготовлена за результатами короткого стажування групи викладачів Тернопільського державного медичного університету у медсестринській школі Mary Black (Південна Кароліна, США). У роботі коротко пояснено, чому манекени широко не використовуються в українській медичній освіті і зроблено висновок про доцільність такого використання.

The article discusses advantages of manikin use in nursing educational processes. The article was prepared after the short-term training of the teachers from Ternopil State Medical University in Mary Black School of nursing (SC, USA). The short explanation has been given about why manikin use is not so usual for the Ukrainian medical education. The conclusion has been made about expediency of such manikin use.

Вступ. Реформування української медсестринської освіти є одним з найважливіших питань при реформуванні системи охорони здоров'я країни. Яких медсестер нам сьогодні готувати?

Як покращити якість підготовки медсестри? Одним з факторів, що полегшують засвоєння теоретичного матеріалу і практичних навиків, є широке використання манекенів.

© А.І. Прокопчук

Основна частина. У лютому 2006 року група викладачів Тернопільського державного медичного університету побували на стажуванні в медсестринській школі університету м. Спартанбург, Південна Кароліна, США. Там ми побачили дуже багато різноманітних манекенів, які використовувались в процесі навчання. Більшість з них були у зріст дорослої людини чи дитини. Крім цих манекенів ми побачили велику кількість муляжів, які імітували частини людського тіла. Всі муляжі, як і всі манекени, були дуже наочними, відмінної якості, виглядали новими. Кожен манекен лежав у реальному лікарняному ліжку із реальним комп'ютером і монітором, реальним дозатором внутрішньовенних вливань.

Студенти часто займалися із викладачем біля манекена або муляжу. Робили вони це дуже серйозно і відповідально, без зайвої трати часу. Заняття проходили жваво, студенти відповідали, запитували, демонструючи все на муляжах і манекенах.

Однак найбільше уваги у школі приділяється використанню симуляторів. Симулятори - це манекени, які приходять на зміну сучасним. Це великі, у зріст людини, багатофункціональні комп'ютеризовані манекени із частинами, що взаємозамінюються, можуть використовуватись для моделювання практично будь-якої клінічної ситуації. Комп'ютерна програма звичайно додається. Такий манекен знаходиться у приміщенні, що нагадує типову палату. Працюючий компресор в іншій кімнаті забезпечує манекену дихальну функцію з природною екскурсією грудної клітки, інший механізм забезпечує серцебиття. Основні життєві параметри симулятора виводяться на дисплей і манекен імітує дихання і серцеву діяльність. Інструктор, що знаходиться за демонстраційним вікном, спілкується від імені пацієнта-манекена і створює конкретну клінічну ситуацію. Студенти виконують стандартні медсестринські дії: діагностують стан "пацієнта", вносять необхідні записи, консультуються з лікарем по телефону, розводять у розчинах і вводять лікарські препарати, пояснюють ситуацію "родичам пацієнта" (у ролі яких виступають інші студенти), виконують інші дії.

У всьому світі манекени завжди використовувались і використовуються для навчання медсестер і лікарів. У нас же викладачі застосовують манекени відносно рідко. Головною причиною тут, на наш погляд, є вартість. Манекени

низької якості і вартості вітчизняного виробництва не можуть задовольнити теперішніх навчальних потреб і підходів. Манекени ж високої якості дуже часто нам недоступні. Звичайний високоякісний манекен у зріст людини сьогодні коштує близько двох тисяч доларів США, тому обладнання навчально-лікарняної палати з манекенами і лікарняними ліжками коштує дуже дорого. Один сучасний манекен-симулятор зі всім програмним забезпеченням у США коштує сьогодні більше ста тисяч доларів.

Іншою, на наш погляд, причиною низького використання манекенів в Україні є прийнята тенденція необхідності постійного навчання "на хворих", навіть при навчанні студентів перших років. Ефективність такого навчання низька, студенти не готові до контактування з хворими, а хворі уникають студентів. Як результат, рівень володіння основними навиками і маніпуляціями серед студентів є низьким.

Крім всього іншого, дуже обмежує використання манекенів давно встановлене твердження, що ми лікуємо не хворобу, а хворого. Ми не можемо, наприклад, консультувати хворих по телефону; не прийнято, як правило, робити якісь висновки, не бачачи хворого. Це також обмежує використання манекенів.

Між тим використання манекенів, тренажерів, симуляторів значно полегшує процес навчання медсестер. Студенти більш охоче працюють біля манекенів. І навпаки, студенти-початківці в медсестринській школі дуже часто розгублюються біля ліжка хворого і вся взаємодія з хворим часто обмежується лише збиранням анамнезу. Американські студенти-медики почувають себе значно вільніше при роботі з хворими напевно і тому, що вони спочатку вчать на манекенах [1].

З іншого боку, у США однією з причин широкого застосування манекенів є відсутність достатньої кількості хворих, яких можна було б використовуватися у навчальному процесі. У звичайному госпіталі у США ми не бачили легких хворих, а тяжких хворих значно важче активно використовувати у навчальному процесі. У кількох госпіталах, в яких ми побували, нам не вдалось побачити пацієнтів, які б, наприклад, ходили коридорами без сторонньої допомоги. Іншою причиною є і те, що не завжди пацієнти погоджуються брати участь у навчальному процесі, навіть якщо це і навчальна клініка.

Висновок. Використання манекенів, муляжів і симуляторів у процесі навчання медичних сестер є необхідним та корисним.

УДК 61(07.07)(436)

ОСОБЛИВОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В АВСТРІЇ

О.М. Олещук, Г.Б. Паласюк

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

THE PECULIARITIES OF AUSTRIAN NURSING EDUCATIONAL SYSTEM

O.M. Oleshchuk, H.B. Palasyuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті обговорюються особливості навчання медсестер у Австрії, проводиться аналіз навчальних програм з медсестринства.

The peculiarities of Austrian nursing educational system are discussed in the article. The nursing curriculum in Austria is analyzed.

Вступ. З розвитком нашого суспільства зростає роль медичної сестри в системі охорони здоров'я. Функції медичної сестри стають значно ширшими, ніж просте виконання вказівок та призначень лікаря. На неї покладено обов'язки з догляду за пацієнтами, профілактики захворювань, збереження здоров'я, реабілітації і полегшення страждань. Вона повинна бути добрим керівником, який має задатки лідера, менеджера, педагога і психолога. Це все вимагає удосконалення навчального процесу у системі освіти медичних сестер. Важливе значення у реформуванні медсестринської освіти в країні має ознайомлення із особливостями навчального процесу в середніх медичних навчальних закладах інших країн, які мають значний досвід у здійсненні медсестринської освіти та медсестринської діяльності. Група викладачів Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського знайомила з особливостями навчального процесу в медичній школі Alfons Marie Akademie, яка функціонує при лікарні Божого спасіння (Krankenhaus des Gutttlichen Heilandes) у Відні.

Література

1. Ярема Н.П. Система підготовки медичних сестер у Сполучених Штатах Америки // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 76-79.

Основна частина. У столиці Австрії функціонує 12 середніх медичних навчальних закладів - 6 державних і 6 приватних. Навчаються в цих медичних навчальних закладах студенти за єдиним навчальним планом. Середня медична освіта у Австрії є двоступеневою. Перший рівень (1-річне навчання) передбачає отримання випускниками кваліфікації „молодша медсестра”, другий (3-річна програма) – „дипломована медсестра”. Випускники медичних шкіл з однорічною програмою навчання під керівництвом дипломованих медсестер і лікарів надають допомогу пацієнтам всіх вікових груп, особливо людям похилого віку. Вони можуть працювати в лікарнях, амбулаторіях, будинках для людей похилого віку, хоспісах, реабілітаційних центрах, а також надавати медичні послуги вдома у пацієнтів після виписування їх з лікарні. Для отримання кваліфікації “дипломована медсестра загального профілю”, необхідно мати вищу сестринську трирічну освіту. Після закінчення однорічної медсестринської школи для вступу до вищої сестринської школи обов'язковим є дворічний стаж роботи.

У вищій медичній трирічній школі навчання здійснюється за трьома спеціальностями: “дипломована медсестра загального профілю”, “дипломована дитяча медсестра” і „дипломована медсестра в психіатрії” [1].

Програма медсестринства дітей та немовлят включає: терапію та харчування хворої дитини, медсестринство дитячих хвороб, дитячу хірургію, медсестринство в дитячій хірургічній палаті, неврологічні хвороби в дитинстві та медсестринство, психічні хвороби в дитинстві та медсестринство, психологію розвитку дитини-інваліда. Трирічна програма підготовки психіатричних медсестер включає суспільні, біологічні та базові дисципліни, що викладаються на курсі із загального медсестринства. Щодо спеціальних дисциплін, то тут робиться акцент на специфіці психології та поведінки психічних хворих, психічно недієздатних осіб, хворих різного віку з розумовими розладами, на особливостях вирішення проблем таких пацієнтів, їх реабілітації та соціальному захисті [2].

Теоретичне навчання і клінічна практика тісно пов'язані між собою. Теоретичне навчання здійснюється відповідно до навчального плану на фантомах, а практичне – лише на хворих під керівництвом викладача. На першому і другому курсі практичні заняття ідентичні для всіх трьох спеціальностей. Третій рік навчання із загального медсестринства включає практику в таких палатах лікарні: внутрішніх хвороб, хірургії, включаючи операційний блок, дитячих, гінекологічних і акушерських, що передбачає прийом пологів та неонатальне медсестринство. Програма з медсестринства дітей та немовлят передбачає практику в палаті захворювань внутрішніх органів дітей, палатах новонароджених та недоношених дітей, хірургічній, гінекологічній та акушерській палатах, включаючи пологи та неонатальне медсестринство. Клінічна практика психіатричних медсестер проходить у відповідних лікувальних та виправних установах.

Після закінчення кожного курсу студенти складають іспити в письмово-усній формі та

виконують курсову роботу. Дипломна робота складається з письмової роботи з фаху, складання практичних навичок і усного екзамену.

Дипломована медсестра організовує догляд за пацієнтом, планує і проводить необхідні маніпуляції, оцінює їх ефективність, вносить корективи до лікування, здійснює керівництво молодшим медсестринським персоналом. До її професійних обов'язків належить введення підшкірних, внутрішньом'язових і внутрішньовенних ін'єкцій, забір крові з вени і капілярів, введення шлункового зонду, встановлення крапельниць. Вона несе повну відповідальність за проведення всіх процедур, які входять у сферу її професійної діяльності.

Спеціалісти з вищою сестринською освітою мають змогу постійно підвищувати свою кваліфікацію. Одним з видів підвищення кваліфікаційного рівня медсестринського персоналу є післядипломна освіта. Спеціалізоване післядипломне навчання впродовж одного року дає можливість підвищити кваліфікацію і здобути одну з таких спеціальностей: медсестринське адміністрування, медсестра з догляду за тяжкохворими пацієнтами, операційна медсестра, медсестра-анестезист, викладач медсестринства, керівник практики в медсестринстві тощо [2]. Післядипломне навчання дає можливість поглибити свої знання і вдосконалити навички в певній галузі медицини.

Висновок. Вивчення моделей підготовки спеціаліста в інших країнах оптимізує реформування системи медсестринської освіти в Україні, що сприятиме успішному входженню її в європейський та американський освітній та медичний простори.

Література

1. Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. – Wien: Geschäftsbereich Strategische Planung und Qualitätsmanagement, 2003.
2. Berger R. Strukturwandel in der Pflegeausbildung // Österreichische Krankenhaus-Zeitung. – 1984. – V. 25, № 2. – P. 167-172.

УДК 614.253.5(436.1)

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР-АНЕСТЕЗИСТОК В КЛІНІЦІ ВІДЕНСЬКОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

О.В. Олійник

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

THE PECULIAR PROPERTIES OF NURSES-ANAESTHESIST'S WORK IN VIENNA MEDICAL UNIVERSITY CLINICS

O.V. Oliynyk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

В статті проаналізовано особливості роботи медичної сестри-анестезистки в клініці Віденського медичного університету.

The analysis of the peculiar properties of work of nurse-anaesthetist's work in Vienna Medical University clinics was done in the article.

Вступ. В роботі медичної сестри-анестезистки у Віденському медичному університеті існує ряд особливостей, порівняно з роботою анестезисток в Україні. Це обумовлено наступними причинами. По-перше, це різниця між якістю медичної апаратури в клініці Віденського університету та відповідним обладнанням в Україні. Хоча анестезистки самі не дають наркоз, проте вони повинні добре знати будову апаратури для наркозу.

Основна частина. В Україні в більшості клінік під час наркозу використовують апарати не для наркозу, а для штучної вентиляції легень, зокрема, апарати типів "РО", "Фаза", "Бриз". Сучасних апаратів для наркозу в нашій країні немає. В Австрії ж використовуються найсучасніші апарати для наркозу, зокрема, наркозні апарати німецької фірми "Drager". Австрійська анестезистка повинна бути добре знайома з будовою цієї апаратури, оскільки такий наркозний апарат являє собою великий комп'ютер. В ньому вмонтовано газоаналізатор, який показує парціальний тиск кисню, вуглекислого газу та засобу для наркозу в повітрі, яке входить та виходить від хворого. Австрійські анестезіологи працюють найчастіше по напівзакритому контуру, українські – по напіввідкритому. Відповідно, австрійська медична

© О.В. Олійник

сестра-анестезистка повинна знати особливості роботи з використанням напіввідкритого, напівзакритого та закритого контурів, вміти слідувати за станом адсорбера в апараті для наркозу, контролювати перебіг наркозу. Інша відмінність – це використання комп'ютерів для ведення документації, зокрема, наркозних карт. Всі засоби для наркозу, дози, час їх введення, гемодинамічні параметри – все вводиться в комп'ютер. Відповідно австрійська анестезистка має навички роботи з комп'ютером. Ще одна відмінність – катетеризація більшої кількості судин, порівняно з такою практикою в Україні. В клініці Віденського медичного університету виконують багато великих оперативних втручань, зокрема до 500 трансплантацій внутрішніх органів за рік. Часто під час наркозу у таких хворих використовують керовану гіпотензію. Це вимагає дуже точного контролю артеріального тиску. Тому часто використовується інвазивний метод контролю тиску. При цьому катетеризують артерію, найчастіше променеву. У анестезистки мають бути навички догляду за артеріальним катетером.

Також в клініці Віденського університету дещо інша, ніж в Україні, система виконання поточних призначень. Зокрема, в більшості випадків для післяопераційних хворих використо-

вують введення ліків за допомогою інфузоматів. Зранку заряжають інфузомати відповідно до кількості медикаментів, які вводять. Тому біля багатьох хворих стоїть до десятка, а часом і більше інфузоматів. При цьому від кожного інфузомату йде система для внутрішньовенного вливання. Додайте ще електроди для неінвазивного моніторингу. Як результат – до кожного хворого під'єднано велику кількість трубок і різноманітних кабелів. Медична сестра повинна знати призначення кожного з цих елементів.

Проте робота анестезистки в клініці Віденського університету полегшується певною мірою тим, що це клініка університету. Як наслідок – значна кількість студентів та лікарів-резидентів, які працюють там, виконують більшу частину медсестринської роботи. Студенти та резиденти найчастіше роблять ін'єкції, беруть кров для досліджень. Таке становище значно полегшує роботу медичної сестри, це навіть закладено в плани та передбачуване навантаження кожної медичної сестри. Як наслідок – одна анестезистка в клініці Віденського університету обслуговує одночасно чотири операційних столи. Це дуже відрізняється від ситуації не тільки в українських лікарнях, але і від становища в інших розвинутих країнах, зокрема в США.

Висновок. Робота медичної сестри-анестезистки у клініці Віденського медичного університету відрізняється від відповідної практики медичної сестри-анестезистки в Україні насамперед більшою складністю медичної апаратури, з якою їй доводиться мати справу.

УДК 61(07.07)(436)

ЗА ПІДСУМКАМИ 10-Ї ГРАЦЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

І.Є. Сахарова, Н.Є. Лісничук, О.М. Олещук

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

THE RESULTS OF THE 10TH GRAZER CONFERENCE "CURRICULUM DEVELOPMENT AS AN ONGOING PROCESS"

I.Ye. Sakharova, N.Ye. Lisnychuk, O.M. Oleshchuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті представлені результати роботи 10-ї Грацької конференції з питань розвитку медичної освіти у Європі "Реформування як неперервний процес" (11-13 травня 2006 року, Австрія). Особливу увагу приділено питанням створення нового розкладу згідно з кредитно-модульною системою навчання за досвідом Нідерландів, проблемно-орієнтованим заняттям, наведено спіральну модель навчання Манчестерського медичного університету.

In the article results of work of the 10th Grazer conference "Curriculum development as an ongoing process" are submitted. Especial attention is paid to the new ECTS curriculum creation according to the Netherlands experience, to the problem-oriented learning. The spiral model of the Manchester Medical University curriculum is giving as an example.

Вступ. З 11 по 13 травня 2006 року у Відні (Австрія) проходила 10-та Грацька конференція з питань розвитку медичної освіти у Європі "Реформування як неперервний процес". Започаткували проведення таких конференцій науковці з австрійського

міста Грац, і ось вже десятий рік поспіль викладачі з провідних європейських медичних навчальних закладів збираються разом, щоб обговорити теперішнє та окреслити майбутнє у реформуванні освітнього процесу. Це є особливо актуальним на

© І.Є. Сахарова, Н.Є. Лісничук, О.М. Олещук

даний час, коли у Європі створюється єдиний освітній простір, обумовлений Болонською декларацією [1, 2]. Остання конференція повністю була присвячена запровадженню кредитно-модульної системи навчання, проблемам створення принципово нових інтердисциплінарних розкладів та найсучаснішим формам викладання у вищих навчальних закладах. У конференції брали участь представники Австрії, Германії, Великої Британії, Нідерландів, Чехії, Хорватії, Словенії, Румунії і особливо цікаво, що вперше, як повноцінний учасник, до них приєдналась Україна. Завдяки люб'язному запрошенню керівництва Віденського медичного університету та сприянню ректора Тернопільського медичного університету група викладачів нашого ВНЗ мала змогу взяти безпосередню участь у цьому науковому зібранні.

Основна частина. Структурно конференція складалась із лекцій (або тренінгів) та майстер-класів (workshops), крім цього у перший день зібрання відбулось представлення стендових

доповідей (постерів) у вигляді дружнього невимушеного спілкування учасників (poster-party). Серед лекцій особливо запам'яталась доповідь професора Gijsselaers з університету м. Маастріхт (Нідерланди), у якій він детально пояснив, які питання необхідно врахувати при проведенні змін у навчальній системі. Зокрема він запропонував на розсуд слухачів "магічну формулу успіху" для керівників (менеджерів) будь-якого процесу реорганізації:

$$C_{\text{change}} = 3L$$

1. Очолити процес змін (Lead).
2. Жити цими змінами (Live).
3. Любити та розуміти відмінність між реальністю та перспективами в результаті змін (Love).

Основною перешкодою на шляху змін є резистентність людей та неспроможність їхньої швидкої адаптації до нових ідей. Так нам видалась цікавою наочна жартівлива, але досить показова інформація з різних соціологічних центрів:

Більшість з нас думає, що ми:	Але насправді більшість з нас:
– Маємо гнучке мислення та полюбляємо експериментувати	– Консерватори та ретрогради
– Сильні лідери та особистості	– Не здатні керувати людьми
– Відкриті до діалогу та лаконічні	– Багатослівні та суперечливі
– Швидко вчимося та адаптуємося	– Повільно-о-о-о все робимо
– Творчі особистості	– Полюбляємо "старі шляхи"

Крім того, лектор досить переконливо на реальних прикладах довів необхідність періодичного оновлення складу будь-якої команди, що виконує важливе завдання. Так статистично було доведено, що хірурги та операційні медсестри, які тривалий час працюють разом, роблять більше помилок у своїй роботі, ніж "свіжа" бригада. По-перше, це пояснюється тим, що рано чи пізно виникає психологічна напруженість між людьми у одному колективі, по-друге, постійна команда починає діяти швидше за інерцією (автоматично), ніж за певними інструкціями, що взагалі неприпустимо при виконанні серйозних завдань. Цікаво, що за даними статистики, колектив, який очолює авторитарний лідер, робить менше помилок ніж той, що має толерантного і демократичного керівника.

Також досить насиченою новою інформацією була лекція професора O'Neill з Манчестерського медичного університету (Велика Британія). Ми вже ознайомлені з H- та Z- моделями нової системи навчання, натомість англійці запропонували свою спіральну модель кредитно-модульної системи освіти (рис. 1).

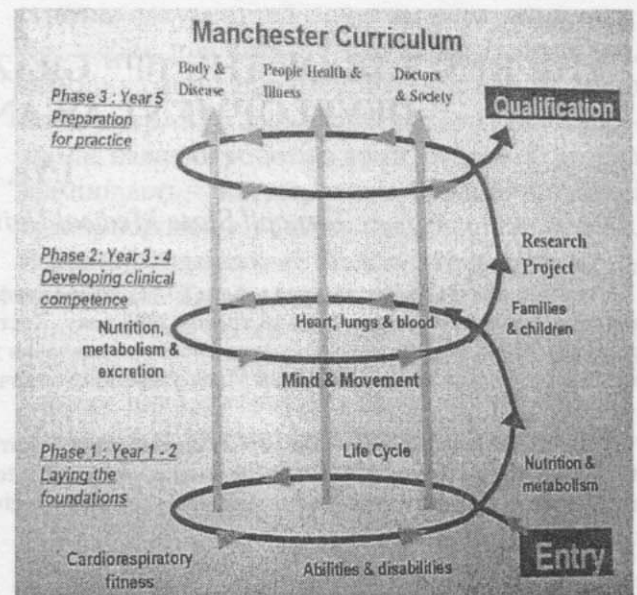


Рис.1. Манчестерська спіральна модель навчання.

Як бачимо, навчальний процес умовно розділений на 3 фази за роками навчання. При вході

у спіраль (початок навчання) закладаються базові знання: фізіологія та життєві цикли, метаболізм, психомоторний розвиток людини. Далі студенти отримують знання про органи та системи, залучаються до дослідницьких проєктів. На останньому році навчання усі знання підсумовуються і глобалізуються і тоді, на виході із спіралі (закінчення навчання) знаходиться кваліфікований спеціаліст. У англійців основною формою навчання студентів за цією системою є саме проблемно орієнтовані заняття (на рисунку вказані у вигляді вертикальних трьох стрілок, які проходять крізь усю спіраль), під час яких студенти отримують не тільки знання, але і вчать основ спілкування між собою, мистецтва знаходити компроміс та приймати оптимальне правильне рішення.

Під час проблемно орієнтованого заняття група студентів (на перших курсах це 8-10 осіб, на старших - 4-5), серед яких викладач призначає модератора (керівника) отримує клінічну ситуацію та спільними зусиллями вирішує її з самостійним визначенням головних та другорядних питань. При цьому для студентів 1-го року навчання пропонується цілком штучно змодельоване теоретичне завдання з метою закладення основ предметних знань, на 2-3 році - усі дані цієї задачі взяті з реального життя (розвиток клінічної компетенції), на старших 4-5 курсах (у Манчестерському медичному університеті термін навчання складає 5 років) - усі проблемно орієнтовані заняття проводяться безпосередньо біля ліжка хворого як підготовка до практичної діяльності. Саме проблемно орієнтовані заняття, на думку англійців, найбільш вдало створюють інтердисциплінарних зв'язок у кредитно-модульній системі. Ще одним цікавим моментом у лекції професора O'Neill була розповідь те, як у Манчестерському медичному університеті відзначають кращих викладачів. Щороку проводиться опитування студентів за допомогою анкетування і визначають декілька педагогів, які найбільш майстерно читають лекції та проводять практичні заняття. Ці викладачі отримують гранти (матеріальні винагороди) на проведення наукових досліджень та подальше удосконалення своєї роботи - участь у конференціях, підвищення кваліфікації тощо. Щороку на такі гранти витрачається приблизно 5 % бюджету університету.

Австрійськими колегами були представлені так звані дискусійні лекції або командне навчання (Team Learning), з якими читачі нашого журналу мали змогу ознайомитись раніше [3]. Також ми прослухали декілька лекцій (проф. Magusic із Загребської університетської медичної школи, Хорватія; проф. Krall із Віденського медичного університету, Австрія), у яких автори окреслювали перспективи медичної освіти в майбутньому, зважаючи на зміну системи навчання. Цікаво, що майже у всіх доповідях представники різних країн говорили про те, як багато говорить їхній уряд про зміни, насамперед в освіті, і як мало насправді робить щось реальне для їх здійснення.

Абсолютно новим видом роботи на конференції нам видались майстер-класи (workshops), які в принципі є аналогами наших секційних засідань (фото 1). Ведучий цього майстер-класу пропонує учасникам тему для обговорення (проблему). На даній конференції усі вони були присвячені принципам створення нового розкладу згідно з кредитно-модульною системою навчання. Саме під час спільної роботи на одному з майстер-класів ми виділили 10 факторів, які необхідні для успішного переходу вищого навчального закладу на нову систему навчання. Слід зазначити,



Фото 1. Учасники конференції під час майстер-класу.

що ця інформація увійшла у висновки конференції як один з результатів її роботи. Наводимо ці фактори у порядку їхньої значимості:

1. Створення ініціативного комітету.
2. Успішна співпраця у комітеті (сприятливий психологічний мікроклімат).

3. Підтримка з боку адміністрації університету.
4. Компетентність та професійний ріст викладачів університету.
5. Співпраця з іншими ВНЗ, які мають досвід у реформуванні навчання.
6. Достатнє базове забезпечення.
7. Достатня інформованість усіх причетних осіб - студентів, батьків, викладачів (прозорість системи).
8. Створення макету нового розкладу та його загальна оцінка із залученням експертів.
9. Активна участь у процесі студентського комітету.
10. Комплексний аналіз можливих перспектив та перешкод.

Висновок. На 10-ій Грацькій конференції з питань розвитку медичної освіти у Європі "Реформування як невідпинний процес" обговорювалось безліч цікавих та корисних питань як для вищих навчальних закладів, які тільки стали на шлях змін, так і для університетів, що вже мають пев-



ний досвід у цьому напрямку. Особливо приємним було те, що участь Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського, як першого представника нашої країни у форумі такого рангу не залишилась непоміченою. За словами організаторів конференції, повноцінна участь України у обговоренні питань реформування європейської освіти свідчить про її швидку інтеграцію у міжнародний освітній простір та високий потенціал майбутнього розвитку.

Література

1. Statement of the Bologna process and medical education/ World Federation for Medical Education Association in Europe. Copenhagen, 2005.
2. Пидаев А.В., Передерий В.Г. Болонский процесс в Европе. - Одесса: Одес.гос.мед.ун-т, 2004.-192 с.
3. Сахарова І.Є. Дискусійні лекції як найновіший спосіб викладання у Віденському медичному університеті // Мед. освіта. - 2006. - № 2. - С.82-84.

ра – ще 2 роки; радіологія (термін навчання бакалавра 3 роки); невідкладна медична допомога (термін навчання бакалавра 3 роки).

У процесі зближення правових норм в країнах ЄС, в кінці 80-х років XX століття у Брюсселі в рамках програми ERASMUS прийнята так звана система ECTS (European Credit Transfer System), яка дозволяє об'єднання освітніх програм в межах Європейського Союзу [5, 6], обмін студентами між університетами різних країн і гарантує визнання навчання за кордоном. ECTS-кредит включає в себе всі форми навчання – лекції, практичні і семінарські заняття, підготовку дипломних робіт, екзамени, опрацювання літератури, самопідготовку вдома і у бібліотеці, пошук інформації в інтернеті, підготовку презентацій тощо. Головне – ECTS-система передбачає співвідношення прямого навчання і самопідготовки як 40:60 % або 50:50 %.

Висновок. Запозичений досвід видається надзвичайно корисним і може бути використаний в роботі ННІ медсестринства ТДМУ.

Доцільно розширити перелік спеціальностей, за якими ведеться навчання медсестер, адаптувати програми до вимог Європейського союзу.

Потрібно забезпечити умови для оволодіння практичними навичками – самостійна робота студента з фантомами, приладами, додаткові чергування в клініці, надання невідкладної допомоги хворим з критичними станами. Сутте-

ве значення має прищеплення навичок з організації проведення протиепідемічних заходів і контролю за їх виконанням при роботі з інфекційними хворими для запобігання виникненню нозокоміальних інфекцій та їх поширенню. Студенти повинні оволодіти знаннями про захист медичних працівників від зараження. Необхідно також ознайомити їх з правовими основами діяльності медичних працівників.

Література

1. Болонський процес у фактах і документах / Упор. М.Ф. Степко, Я.Я. Боллобаш, В.Д. Шинкарук та ін. – Тернопіль: Вид-во ТДПУ ім. В. Гнатюка, 2003. – 52 с.
2. Ковальчук Л.Я., Мисула І.Р., Пашко К.О. Запровадження положень Болонського процесу у Тернопільському медуніверситеті // Медична освіта. – 2004. – № 3-4. – С. 4-6.
3. Підасєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. Що це таке і чи потрібний він Україні? Чи можлива інтеграція медичної освіти України в Європейський освітній простір? – Одеса: ОДМУ, 2004. – 190 с.
4. Information on study lines at Slovak Medical University in Bratislava. – Bratislava: Issued by SMU, 2005. – 10 p.
5. Кремень В.Г. Болонський процес: зближення, а не уніфікація // Дзеркало тижня (13-19 грудня 2003 р.). – №48 (473).
6. Товажнянський Л.Л., Сокол С.І., Клименко Б.В. Болонський процес: цикли, ступені, кредити. – Харків: НТУ “ХПІ”, 2004. – 144 с.

УДК 614.253.5:37(437.6)

THE SYSTEM OF EDUCATION OF NURSES IN THE SLOVAK REPUBLIC AFTER THE YEAR 1990

Dana Farkašova

Slovak Medical University

СИСТЕМА МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ У СЛОВАЦЬКІЙ РЕСПУБЛІЦІ ПІСЛЯ 1990 РОКУ

Дана Фаркашова

Словацький медичний університет

The article describes the peculiarities of changes in nursing education in Slovak Republic after 1990.

В статті описано особливості змін в медсестринській освіті, які відбулися в Словацькій Республіці після 1990 року.

The changes in nursing education after 1990 were affected mainly by:

- New trends in social, political, economic, social health care and educational system in the Slovak Republic

- Opening of new possibilities to acquiring information through WHO, International Council of Nurses, international projects HOPE, PHARE, TEMPUS, LEMON – impulses for changes in the education of nurses, international conferences particularly the Munich Conference in 2000.

- New nursing trends aim at:
 - creating nursing as scientific field,
 - changing the role of a nurse and her position in the society,

- modifying the system and contents of the education of nurses,

- changing nursing practice,
- activating research in nursing.

- The EU Directives for the education of nurses automatically incorporate the nursing occupation into full recognition. The education of nurses is regulated by the Directive 77 and the Amendment 89.

- The WHO programmes and resolutions focused on nursing and education of nurses:

- Health for all in the year 2000
- Resolution on intensification of nurses' share in the promotion of health strategy for all

- Health for all in 21st century

- WHO strategy on education of nurses that should be oriented to such a competence so that the graduates could respond to the directives concerning the needs of the population both today and in the future.

The purpose of the transformation of nursing education after the year 1990 was to:

- contribute to upgrading the level of nursing care and improvement quality of health of citizens

- provide compatibility of the education of nurses with the criteria of the EU Directives

- increase the educational degree of nurses

- clear away with discrimination in nursing education

- consider the already acquired education and practice in increasing the degree of education

The changes in the education of nurses were initiated at the beginning of the 90-ies when the nursing education was activated as:

- university master and bachelor study in the field of nursing,

- higher vocational study in the fields of diploma general nurse, diploma pediatric nurse, diploma psychiatric nurse, diploma surgical nurse, diploma dental hygienist. The study was completed by final examination and obtaining the diploma. The study activated at selected schools of nursing.

· complete secondary vocational study in the field of general nurse, completed by school-leaving examination and designed for elementary school graduates. The study was repealed on 1 September 2001 as it has not met the criteria of the EU Directives.

Current state of nursing education and nursing practice in the Slovak Republic:

· professional competence to perform health services can be achieved by :

· the nurse in full-time university bachelor study lasting minimally 3 years and comprising 4 600 hours of professional education equally divided into theoretical and practical part. The study programme has to fulfil the specifically defined minimal requirements,

· the nurse who achieved the competence to perform health services at school of nursing can further achieve university bachelor education in part-time study form.

· Post-qualification study activates as:

· University master study in the study programme nursing. On completing doctorate examination, the graduates of master study are awarded the academic title PhDr. and on completing postgraduate PhD study course and defence of their dissertation, they are awarded the scientific-academic title PhD by the University,

· Specialization study and certification training – nurses can specialize in the accredited specialized study programme and pass certification training in the accredited certification study programme that are appointed by the Government's Ordinance on postgraduate education of health care workers and

on the system of specialized fields and certified working activities.

· Continuing education of nurses follow from the duties and obligations of health care workers to extend their professional knowledge and skills.

· Nursing practice has been undergoing numerous changes that are the result of health care reform and professional training. The legislation adjusts not only the system of nursing education but nursing practice, as well.

The Law on health care and services associated with health care delivery defines:

· nursing care as health care provided by the nurse with professional competence through the method of nursing process,

· nursing process as systematic, rational and individualized method of nurses work,

· ambulatory, home and institutional nursing care provided by a nurse,

· documentation kept by a nurse during her caring and discharging the patient she cared for,

· the Ministry of Health legislatively modifies the competencies of nurses by its Decree that specifies the scope of nursing practice provided by the nurse independently, on doctor's indication independently and in cooperation with the doctor,

· the registration of nurses that is defined by the Law on health care providers.

Conclusion: A number of changes in nursing education in Slovak Republic after 1990, enabled its development according to the European Union directives.

УДК 614.253.5(07.07)(474.5)

DEVELOPMENT OF NURSING STUDIES IN LITHUANIA

Arvydas Seskevicius

Kaunas University of Medicine, Lithuania

РОЗВИТОК МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В ЛИТВІ

Арвідас Сескевічюс

Медицинский университет Каунаса, Литва

The article describes the peculiarities of establishment, present functioning and future prospects of nursing education in Lithuania.

У статті описано особливості впровадження, теперішнього функціонування та майбутніх перспектив медсестринської освіти в Литві.

Introduction. In the literature of Western Europe and in nursing conferences there are more often discussing about crisis of nurses and lack of them in Western Europe. Researchers point out many reasons: troublesome and responsible work, low pay, limited possibility to make career, not prestigious specialty. There are offered some ways to change juncture. One way – to establish several levels of academic studies for nurses: bachelor, master and doctor level (PhD). That will satisfy declarations of Bologna and Lisbon. That's why Kaunas University of Medicine in 1990 established studies of nursing.

The main part. In 1990, first time in the history of Lithuania, in Kaunas University of Medicine were established academic studies of nursing (bachelor). Term of study 4 years, 160 credits. Mission of studies – to organize and improve specialist of nursing giving them theoretical and practical knowledge in clinical work, promoting humanistic thinking, forming human values. Studies are organized by modular principle. When module is finished than evaluation is prosecuting accumulative mark (in ten mark system) or project writing. 50% of studies time is for practice, 25% are for optional studies, students can choose studies in other faculties of university or in other universities. Studies are

finishing by practical examination and bachelor thesis, which students must defend in committee. 50% of academics – nurses.

In 1999 were established master studies of nursing. Term of study 2 years 80 credits. Masters of nursing are working as clinical coordinators, administrators and tutors.

Also in 1999 was established nursing doctor level. Term of study 4 years. After finishing doctor level they are working as academics in universities.

Before independence in 1990 there was in Lithuania 6 medical schools, term of nursing studies was 2 or 2.5 years. At present time these schools are colleges and does not have academic studies of nursing (they don't have rights to give bachelor degree). Discussions are in process about integration of these schools in universities because they satisfy European standards.

Conclusions: 1. University graduates having wide caliber and mastership based on science, intellectual abilities to generate not-standard ideas, become important member of society and health care institutions improving and expanding nursing knowledge in work places.

2. It is easier for nurses who have wide university caliber to adjust society requirements, nursing changes, also it is easier to compete in work market.

УДК 616-053.2-071-08:378

СЕСТРИНСЬКИЙ ПРОЦЕС В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Н.В. Банадига, Н.Я. Ходорчук, І.О. Рогальський

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

NURSING PROCESS IN CONDITIONS OF REFORMING OF MEDICAL EDUCATION

N.V. Banadyha, N.Ya. Khodorchuk, I.O. Rohalsky

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Узагальнено досвід підготовки медичних працівників із середньою та вищою сестринською освітою, обґрунтована необхідність адаптації сестринської освіти до міжнародних стандартів, потреба застосування нової моделі освітньо-кваліфікаційної характеристики медичної сестри і бакалавра медицини.

The experience of training the medical workers with secondary and higher education has been summarized, the necessity of adaptation of nursing education to the international standards, need of new model of the educational and qualifying characteristics of nurse and bachelor of medicine has been substantiated.

Вступ. Інтеграція України в Європейський освітній простір передбачає суттєву перебудову системи навчання не тільки у вищих медичних закладах, але і в інститутах медсестринства та медичних коледжах. На даний час у нашій країні медичний працівник із середньою та вищою сестринською освітою не відповідає вимогам міжнародної конкурентноспроможності, що зумовлено рядом причин: недосконалістю навчальних програм і низьким рівнем підготовки, обмеженим професійним та соціальним статусом медичної сестри, хибною орієнтацією на медичну сестру лише як на виконавця вказівок і призначень лікаря, нехтуванням зарубіжного досвіду з підготовки та професійної зайнятості медичної сестри тощо. У світовій медичній практиці професійні обов'язки і функції медичної сестри значно ширші, ніж ті, які передбачені вітчизняним законодавством. За визначенням експертів ВООЗ, сестринська справа «це практика людських взаємовідносин», а медична сестра «повинна вміти розпізнати потреби пацієнта і надати кожній людині, хворій чи здоровій, допомогу в усьому, що сприяє її здоров'ю» [1]. На неї покладено обов'язки з догляду за пацієнтами, профілактики захворювань, реабілітації, надання психосоціальної допомоги, її робота скерована

більшою мірою на людину, ніж на хворобу [2]. Такий об'єм функціональних обов'язків вимагає широкого кола теоретичних знань і конкретних практичних навичок. Тому очевидна потреба вдосконалення підготовки медичних сестер та бакалаврів відповідно до світового досвіду. Ці зміни необхідні ще і з позиції впровадження в практику принципів доказової медицини, де професіоналізм середніх медичних працівників і їх знання на рівні світових стандартів у великій мірі визначають кінцевий результат профілактичних і лікувальних заходів [3].

Основна частина. Труднощі в засвоєнні педіатрії, як однієї із найскладніших клінічних дисциплін, визначаються специфікою самого об'єкта пізнання - здорова і хвора дитина різного віку. Кафедра накопичила деякий досвід підготовки медсестер і бакалаврів, проте сьогоднішня вимагає запровадження нових технологій та вдосконалення методик викладання. На наш погляд, першочергових змін вимагають типові навчальні програми і тематичні плани, які на даний час орієнтують викладача (і, відповідно, студента) у більшій мірі на діагностику і лікування захворювань у дітей, ніж на організацію догляду і профілактику. Така тенденція прослідковується і в тестових завданнях «Крок М»,

© Н.В. Банадига, Н.Я. Ходорчук, І.О. Рогальський

де близько 70,0 % питань стосуються визначення симптомів хвороби, вибору препарату для лікування, визначення його дози. У типовій програмі «Медсестринство в педіатрії» (Київ, 1998 р.) перелік теоретичних питань і практичних навичок для медсестер до семестрового і державного іспитів суттєво не відрізняється від тих, що містить програма для інтернів-педіатрів (при різних термінах навчання). Тобто, навчальні програми за своїм змістом повинні відповідати майбутній фаховій зайнятості. З цим питанням пов'язана також проблема кадрового складу тих, хто повинен займатися підготовкою середніх медичних працівників – лікар чи медсестра-бакалавр. Ми переконані, що існуючі програми з педіатрії (як і з інших клінічних дисциплін) здатні реалізувати лише лікар. Заміна викладача-лікаря на бакалавра стане можливою після випуску якісно нових фахівців-бакалаврів, підготовлених на адаптованих до міжнародних вимог навчальних програмах.

Навчальний процес медсестри-бакалавра, на наш погляд, можна окреслити схемою: знаю → бачив → робив → умію. Для студента основним джерелом знань є викладач. Особистість викладача, його компетентність, поведінка сприяє формуванню ставлення студента до предмета, його засвоєнню, бажанню виробити в собі професійні якості, характерні для наставника. Біля ліжка пацієнта студент вчиться у викладача як контактувати з дітьми різного віку, вирішення деонтологічних проблем та освоєння практичних навичок. Тому в процесі навчання медсестри і бакалавра ми базуємося на виробленні в студента цільного погляду на пацієнта з урахуванням віку, психологічних особливостей дитини і матері. На практичних заняттях викладач особливу увагу приділяє засвоєнню навичок спілкування студента з дітьми і батьками, визначення умов життя, харчування, виховання, їх впливу на ріст і розвиток дитини. Це дозволяє в кожній конкретній ситуації скласти оптимальну програму заходів щодо покращення здоров'я пацієнта. Враховуючи, що об'єм сестринських втручань у дитячих стаціонарах найбільш інтенсивний в ранкові години, з метою більш активного оволодіння студентами практичними навичками, ми частково змінили алгоритм практичних занять. Зранку, не залежно від теми заняття, група ділиться на малі підгрупи, які розподіляються по підрозділах

лікарні (маніпуляційна, сестринський пост, приймальне відділення, кабінет функціональної діагностики тощо), де студенти упродовж години під контролем викладача беруть участь у діагностичних і лікувальних маніпуляціях. Надалі заняття продовжується за методичними вказівками. Практика показала, що студенти з цікавістю і задоволенням сприймають такий підхід до навчання. Проте відпрацювання навичок до рівня «умію» передбачає наявність різноманітних унаочнень (манекени, муляжі, симулятори), які, на жаль, на даний час відсутні. Доцільно було б організувати загальний тренажерний клас унаочнень, який би працював не тільки в денний, але і в вечірній час.

Навчання – це копітка щоденна праця, яка дає результати тоді, коли студент хоче знати, а викладач уміє передати свої знання і заохотити студента до активності та творчості. З цією метою ми пропонуємо студентам опанування різних інформаційно-методичних матеріалів: набір тестових завдань, ситуаційні задачі, тексти лекцій, посібники. Зокрема для підготовки бакалаврів широко використовуємо виданий колективом кафедри посібник «Клініка та синдромна терапія невідкладних станів у дітей», який містить конкретні практичні рекомендації щодо невідкладної допомоги дітям на догоспітальному етапі. Ці знання є необхідними для майбутньої практичної роботи бакалавра. В університеті створені всі умови для поповнення професійних знань також із мережі Інтернет, проте наші бакалаври цим джерелом знань користуються обмежено.

Однією із форм активного здобуття знань є наукова робота студента. На кафедрі працює науковий гурток для медсестер і бакалаврів, де студенти здобувають навички роботи з літературою, медичною документацією, навчаються аналізувати і робити перші висновки. Щорічно бакалаври беруть участь у міжнародному конгресі студентів і молодих учених, де друкують не менше двох-трьох наукових тез з різних питань педіатрії.

Знання, отримані у навчальному закладі, швидко оновлюються за змістом та підходами, що потребує якісного післядипломного вдосконалення. З часу випуску перших бакалаврів у нашому вузі пройшло більше 5 років, проте питання підвищення їх кваліфікації не вирішено. Крім того, національна концепція «Сімейна медицина» пе-

редбачає підготовку не тільки сімейного лікаря, але і сімейного середнього медичного працівника. Враховуючи відкриття ННІ медсестринства, вважаємо за можливе вирішення цих питань.

Висновки: 1. Підготовка конкурентноспроможного медичного працівника з сестринською освітою потребує адаптації навчальних програм до міжнародних стандартів. 2. Необхідно започаткувати в університеті підвищення кваліфікації для бакалаврів і підготовку сімейних середніх медичних працівників.

УДК 378.147.88

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПРОХОДЖЕННЯ ПЕРЕДДИПЛОМНОЇ ПРАКТИКИ МЕДИЧНИМИ СЕСТРАМИ-БАКАЛАВРАМИ

В.А. Гайдуков, І.А. Плеш, Л.Д. Борейко, О.В. Макарова

Буковинський державний медичний університет

CONTEMPORARY ASPECTS OF PRE-DIPLOMA PRACTISING OF NURSES-BACHELORS

V.A. Haydukov, I.A. Plesh, L.D. Boreyko, O.V. Makarova

Bucovynian State Medical University

Для підготовки медичної сестри-бакалавра, яка буде працювати в умовах завтрашнього дня при проходженні переддипломної практики необхідно передбачити, крім роботи в спеціалізованих відділеннях, проходження практики з медсестринства в сімейній медицині і геронтології та гериатрії, з педагогіки, менеджменту в медсестринстві, науково-дослідної роботи.

For training the nurse-bachelor who will work under conditions of the future, it is necessary to foresee during the pre-diploma practising, besides the work in specialized departments, nursing practising in family medicine, gerontology and geriatrics, pedagogics, management in nursing, scientific and research work.

Вступ. Виробнича практика відіграє чи не найважливішу роль у формуванні професійної самостійності медичної сестри-бакалавра [1, 2, 3, 4]. Саме виробнича практика дає можливість молодому фахівцю безпосередньо вникати в реалії життя. Під керівництвом досвідчених медичних сестер студенти опановують глибинні таємниці своєї професії. З однієї сторони, вони відмічають необхідність багаторазового систематичного повторення практичних навичок, що переконує їх в бездоганному виконанні алгоритмів сестринських маніпуляцій в догляді за

Література

1. Пасечко Н.В., Лемке М.О., Мазур П.Є. Основи сестринської справи: Підручник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 544 с.
2. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. – М.: Медицина, 2000. – 368 с.
3. Добровольський Л.О., Степаненко А.В., Грузова Л.М. Інформаційне забезпечення та організаційно-методичні аспекти доказової медицини // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 50-54.

пацієнтами, а з іншої сторони, виникають нестандартні ситуації, що вимагають невідкладних дій в наданні допомоги пацієнту. З цих міркувань роль переддипломної практики впродовж 6 тижнів у формуванні майбутнього фахівця важко переоцінити.

Основна частина. Ми вважаємо, що переддипломну практику потрібно проводити за місцем майбутньої роботи. Перед проведенням практики необхідно визначити початковий рівень знань студентів шляхом проведення тестового контролю та контролю практичних навичок. Цей

© В.А. Гайдуков, І.А. Плеш, Л.Д. Борейко, О.В. Макарова

аналіз дає можливість звернути увагу студента на відпрацювання окремих практичних навичок під час проходження практики. Працюючи в спеціалізованих відділеннях, студенти широко використовують медсестринський процес: визначають проблеми пацієнта, встановлюють медсестринський діагноз, планують і виконують догляд за хворими, аналізують результати своїх дій. Разом з тим, ми вважаємо за необхідне зменшити час роботи студентів на посту, у маніпуляційних кабінетах, де вони відпрацьовують практичні навички, адже вони їх засвоїли, отримуючи середню медичну освіту. А натомість, у вивільнений час, майбутні сестри з вищою освітою повинні пройти практику з медсестринства в сімейній медицині та впродовж одного тижня в офісі сімейного лікаря ознайомитися з об'ємом роботи на дільниці. Обов'язковим є проходження триденної практики з громадського медсестринства, коли студенти відвідують ФАП-и, пункти надання медико-санітарної допомоги, які розташовані на підприємствах, у громадських закладах.

Окремо необхідно сказати про проходження практики з медсестринства в геронтології та геріатрії (один тиждень). Адже сьогодні ми відмічаємо тенденцію зростання кількості людей похилого та старечого віку. Якщо врахувати, що об'єм медичних послуг зводиться до вирішення проблем пацієнта виключно медичними сестрами, то робота в геріатричних центрах, хоспісах є важливою ланкою у формуванні сучасної медичної сестри.

Не менш важливим для медичної сестри-бакалавра є проходження дводенної практики з педагогіки, адже після отримання диплому вона може викладати такі дисципліни, як основи сестринської справи, медсестринство в терапії, хірургії, педіатрії. З цією метою кожен студент повинен провести 2-3 практичних заняття з вказаних дисциплін з молодшими медсестрами. До

педагогічної практики потрібно віднести організацію та проведення сестринських конференцій та навчання медсестер у відділеннях.

Доцільно виділити два дні на знайомство медичної сестри-бакалавра з роботою заступника головного лікаря по роботі з медсестрами та роботою старшої медичної сестри, менеджменту в сестринській діяльності.

Під час проходження переддипломної практики студенти продовжують науково-дослідницьку роботу, розпочату під час навчання. Для цього також потрібно виділити три дні для роботи в бібліотеці з джерелами інформації, отримання інформації з інтернету, оформлення результатів наукових досліджень (практика з НДР). Результати проведених досліджень заслуховують на студентській конференції, яка передує захисту практики.

Висновок. Для успішної професійної діяльності медсестер-бакалаврів вищеописані розділи доцільно передбачити в програмі переддипломної практики.

Література

1. Програма виробничої та переддипломної практики. Спеціальність – “Сестринська справа”. МОЗ України. – Київ, 1997. – 33 с.
2. Методичні вказівки з організації та проведення переддипломної практики студентів 2 курсу факультету бакалаврів з відділенням молодших медичних і фармацевтичних фахівців. Спеціальність “Сестринська справа” кваліфікація “Медична сестра-бакалавр”. МОЗ України. Буковинська державна медична академія. – Чернівці, 2002. – 15 с.
3. Методичні вказівки з організації та проведення переддипломної практики студентів. Факультет – медичний №4 з відділенням молодших медичних і фармацевтичних фахівців. Спеціальність “Сестринська справа”, кваліфікація “Медична сестра-бакалавр”. МОЗ України. Буковинський державний медичний університет. – Чернівці, 2005. – 19 с.
4. М.Б. Шегедин. Медсестринство в Україні: Навчальний посібник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – С. 179-251.

УДК 614.253.5: 378.2 (477.63)

ДОСВІД НАВЧАННЯ МЕДСЕСТЕР-БАКАЛАВРІВ В ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ДЕРЖАВНІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ

К.Д. Дука, Т.В. Ярошевська, І.Е. Шарун

Дніпропетровська державна медична академія

EXPERIENCE OF TRAINING NURSES-BACHELORS IN DNIPROPETROVSK STATE MEDICAL ACADEMY

K.D. Duka, T.V. Yaroshevska, I.E. Sharun

Dnipropetrovsk State Medical Academy

У статті розкриті основні проблемні питання медсестринської освіти, подана характеристика предметної підготовки медичних сестер з вищою базовою медичною освітою. Особлива увага звернена на досвід підготовки медсестер-бакалаврів в Дніпропетровській державній медичній академії.

The basic problem questions of nurse education are reviewed, description of subject preparation of nurses with higher basic medical education is given. The special attention is paid to experience of preparation of the trained nurses-bachelors in Dnipropetrovsk State Medical Academy.

Вступ. Сестринський персонал складає на сьогодні найчисленнішу категорію медичних працівників, і послуги, що надаються ними, розглядаються як цінний ресурс галузі для задоволення потреб населення в доступній і економічно ефективній медичній допомозі [4]. Але з ряду причин продовжується відтік сестринських кадрів, зростає навантаження на сестринський персонал, що залишається, збільшується його незадоволеність і соціальна напруженість. Медичні сестри перебувають у вкрай важкому становищі [1, 4]. Протягом багатьох років значення сестринської справи в нашій країні недооцінювалося. Медична сестра розглядалася тільки як технічний помічник лікаря, а не як самостійний фахівець, здатний оцінити стан пацієнта і надати кваліфіковану допомогу в рамках своєї компетенції [2]. Це стало причиною падіння престижу даної професії, сюди додається і низька оплата праці.

Ряд установ вищої медичної освіти України здійснюють підготовку менеджерів – керівників сестринського персоналу, проте, в даний час залишається не вирішеною проблема з їх працевлаштуванням. У переважній більшості випадків старшими і головними медичними сестрами лікувально-профілактичних установ працюють фахівці, що проявили певні організаторські

здібності, але не володіють необхідними навичками та вміннями в галузях менеджменту, психології, педагогіки, економіки, і мають лише загальні поняття про організацію сестринського процесу – основного предмета, який вивчають медсестри-бакалаври [1, 3].

Основна частина. Підготовка медсестер з професійного напрямку «медицина», спеціальності «сестринська справа», кваліфікаційного рівня підготовки «бакалавр медицини» з вечірньою формою навчання у нас в академії розпочата з 2000 року. Всього за цей період підготовлено 191 фахівця.

Сьогодні фахівці такого класу необхідні кожній лікувальній установі, і не випадково конкурс на цю спеціальність в нашому навчальному закладі в 2005 році склав 5 чоловік на місце. Проте медсестри-бакалаври до цього часу не введені в штатний розклад лікувальних закладів, немає механізму нарахування їм заробітної платні, і поки що законодавчо ніде не обумовлено, що головні та старші сестри лікарень повинні обов'язково мати базову вищу медичну освіту. Таким чином, юридичного статусу медсестри-бакалаври досі не мають.

Серед медсестер, що навчаються на нашому факультеті, є головні, старші медичні сестри,

медичні сестри спеціалізованих відділень, які часто мають великий стаж роботи, і свідомо дійшли до думки про необхідність отримання вищої освіти. Ми навчаємо студентів не тільки з Дніпропетровська, але й із Запоріжжя та області, з міст Синельникове та Дніпродзержинськ.

Головні питання, які турбують медсестер-бакалаврів, що навчаються у Дніпропетровській медичній академії (за даними анкетування):

1. Юридичний статус медсестри-бакалавра.
2. Можливість після отримання диплома про базову вищу медичну освіту пройти вузьку спеціалізацію за місцем теперішнього навчання.
3. Можливість продовження навчання у вищому навчальному закладі III-IV рівнів акредитації для отримання спеціальної вищої медичної освіти, починаючи з 2 або 3 курсу.

Основні тенденції сучасної охорони здоров'я (розвиток високих технологій, ринкові відносини, відхід від патерналістського ставлення до здоров'я) мають на меті високу якість надання медичних послуг. Основним інструментом оцінки такої якості є стандарти лікування. В даний час стандарти мають ряд обмежень, але зараз їх перевага не заперечується. Хай вони не завжди забезпечують належний рівень якості, але запобігають основним помилкам в лікуванні, а також дозволяють оцінювати об'єми витрат і створюють базу для подальших наукових досліджень і відповідного перегляду стандартів.

Офіційних стандартів сестринських послуг на сьогодні в країні немає.

Дуже важливо, що за цією технологією контролю підлягає саме якість догляду за пацієнтом. Подібний контроль на постійній основі може здійснюватися старшими медсестрами відділень

і головними медсестрами ЛПУ, що отримали вищу медсестринську освіту, та в ході періодичних перевірок, наприклад ліцензування.

Висновок. Результати оцінки сестринської діяльності дозволяють управляти її якістю. Цей принцип може бути застосованим відносно всіх рівнів організації роботи медичних сестер.

На нашій кафедрі з цією метою проведена розробка уніфікованих карт медичного догляду за пацієнтом. Медсестри-бакалаври активно працюють з цим видом документації, як під час вивчення дисциплін "Медсестринський процес", "Клінічне медсестринство" так і під час виробничої практики.

Найважливішим елементом управління якістю сестринської діяльності є розробка механізмів взаємодії медичних училищ, коледжів, вузів, центрів підвищення кваліфікації і ЛПУ.

Слід підкреслити, що кафедра тісно співпрацює з основними лікувальними закладами міста, а також з Дніпропетровським базовим медичним училищем.

Таким чином, підготовка медичних сестер-бакалаврів є складним процесом, але на певні успіхи в його розвитку ми сподіваємося.

Література

1. Володин Н.Н. Пути совершенствования сестринского образования // Медицинская помощь. – 1996. – №9. – С. 4-5.
2. Роль консультанта в обеспечении качества сестринского обслуживания // Отчет о втором совещании. — Гаага-Нидерланды, 1989. — Документ EUR/ICP/HSR 336.
3. Сестринское дело / Под ред. А. Ф. Краснова. – С.: ГП «Перспектива», 1998. – 368с.
4. Шегедин Б. "Основні напрями реформування медсестринської освіти в Україні" www.medicusamicus.com

УДК 61:37(477)(0828)

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

І. Ф. Костенко

Одеський державний медичний університет

WAYS OF NURSING EDUCATION IMPROVEMENT IN UKRAINE

I.F. Kostenko

Odessa State Medical University

Робота присвячена питанням подальшого розвитку медсестринської освіти в Україні, зокрема, запровадженню навчальних планів підготовки медичних сестер-бакалаврів з розділів "Медсестринство в сімейній медицині" та "Клінічне медсестринство", адаптованих до навчальних планів підготовки фахівців зі спеціальності "Лікувальна справа" у ВМ(Ф)НЗ III-IV рівнів акредитації.

The paper covers the problem of further development of nursing education in Ukraine, in particular, introduction of curricula for preparing nurses with a bachelor degree in such sections as "Nursing in Family Medicine" and "Clinical Nursing" adjusted to the curricula for training specialists in speciality "General Medicine" in Higher Medical Schools of the III-IV accreditation level.

Вступ. Підвищення якості медичної допомоги населенню – одне з найважливіших завдань, яке стоїть перед охороною здоров'я України. Для його успішного вирішення необхідно поліпшити підготовку кваліфікованих кадрів [1]. В свою чергу, успішне реформування системи охорони здоров'я нашої держави неможливе без розвитку медсестринської справи.

Основна частина. Потреба в реформуванні підготовки молодших медичних спеціалістів і бакалаврів зумовлена реальними соціально-економічними процесами, демократизацією суспільства, інтеграцією України у світове співтовариство. В наш час спостерігається недостатній рівень медичного обслуговування та порівняно низькі темпи розвитку сімейної медицини, недостатнє впровадження сучасних ефективних систем підготовки фахівців на додипломному та післядипломному етапах [2].

Моніторинг стану пацієнта, робота на сучасній медичній апаратурі, прийняття професійних рішень і здійснення висококваліфікованого догляду вимагають від сучасної медичної сестри відповідного рівня знань. Запровадження нових форм медсестринської діяльності вимагає подальшого розвитку мед-

сестринської ланки в практичній охороні здоров'я та всій системі медичної освіти [3].

З метою оптимізації підготовки медичних сестер, зокрема, з розділу загальної практики – сімейної медицини, в Одеському державному медичному університеті особлива увага приділяється навчанню методів об'єктивного обстеження пацієнта, медсестринської діагностики та надання невідкладної допомоги. Тому навчальні плани підготовки медсестер – бакалаврів з розділів "Обстеження та визначення стану здоров'я пацієнта", "Клінічне медсестринство" і "Медсестринство в сімейній медицині" адаптуються до планів підготовки фахівців зі спеціальності "Лікувальна справа" у ВМ(Ф)НЗ III-IV рівнів акредитації. З 2004 – 2005 н.р. на профільній кафедрі ОДМУ апробується новий навчальний посібник з методів клінічного обстеження та визначення стану здоров'я для медичних сестер – бакалаврів, матеріали якого використовуються при викладанні лекційного матеріалу, самостійній підготовці студентів та проведенні контролю вихідного й кінцевого рівнів знань. Того ж року було затверджено наказом ректора ОДМУ, академіком АМН України, професором В.М.Запорожаном Положення про проведення комплексного державно-

го іспиту з медсестринства для випускників медичного університету з спеціальності 6.110.100 "Сестринська справа", кваліфікації медичної сестри-бакалавра. Згідно з Положенням, перелік теоретичних екзаменаційних питань був розширений за рахунок таких предметів, як "Медсестринство в сімейній медицині", "Медсестринство при інфекційних хворобах", а також надання невідкладної допомоги пацієнтам різного віку. Крім теоретичних питань до екзаменаційних білетів були введені ситуаційні задачі та практичні навички з основних клінічних дисциплін, виконання яких було б неможливе без наявності певного рівня знань і навичок з обстеження та визначення стану здоров'я. На нашу думку, впровадження у 2006-2007 н.р. інтегрованого ліцензійного іспиту з спеціальності "Сестринська справа" для медсестер-бакалаврів дозволить розширити обсяг практичної частини державного випускного іспиту за рахунок практичних навичок з певних напрямків

клінічного медсестринства і надасть можливість здійснити необхідні заходи щодо удосконалення навчального процесу.

Висновок. Запровадження навчальних планів підготовки медичних сестер-бакалаврів, адаптованих до навчальних планів підготовки фахівців зі спеціальності "Лікувальна справа" у ВМ(Ф)НЗ III-IV рівнів акредитації сприяє удосконаленню медсестринської освіти.

Література

1. Воронова Л.И., Попова Л.П. Реформа медсестринського образования. Медсестринский процесс. Основные этапы // Головна медична сестра. – 2005. – № 5. – С. 46-49.
2. Програма розвитку медсестринства України (2005 – 2010 рр.) // Головна медична сестра. – 2006. – № 1. – С. 14-25.
3. Шегедин М.Б. Медсестринство в Україні: Навчальний посібник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – С. 74-76.

УДК 378.147:614.253.52

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР З ВИЩОЮ ОСВІТОЮ

В.І. Кривенко, О.П. Федорова, С.П. Пахомова, В.Г. Єремєєв

Запорізький державний медичний університет

ORGANIZATION OF EDUCATIONAL PROCESS OF NURSES WITH HIGHER EDUCATION

V.I. Kryvenko, O.P. Fedorova, S.P. Pakhomova, V.H. Yeremeev

Zaporizhzhian State Medical University

У Запорізькому державному медичному університеті вже кілька років проводиться підготовка медичних сестер з базовою медсестринською освітою за програмою бакалаврату. Як показує досвід, майбутні бакалаври досить впевнено засвоюють передбачені навчальною програмою практичні навички. Цьому сприяє набутий у медичному училищі та під час самостійної роботи після його закінчення досвід медсестринських маніпуляцій. Проте певні проблеми виникають з формуванням клінічного мислення.

Для розвитку навичок діагностики захворювань та призначення патогенетичного лікування хвороб на кафедрі сімейної медицини університету використовуються різноманітні форми проведення практичних та семінарських занять. Як показала практика, найефективнішими з них є клінічні розбори-семінари, робота в малих групах, рольові ігри, мозкова атака, перегляд тематичних відеофільмів з подальшою дискусією та обговоренням. Для розвитку клінічного мислення майбутні фахівці залучаються до складання за темами занять кросвордів, сканвордів. Семінарські заняття доцільно проводити у формі бесіди, групової дискусії або колоквиуму. Не менш важлива увага приділяється і організації самостійної роботи.

In Zaporizhzhian State Medical University for a few years nurses with basic nursing education receive higher education according to the bachelor program. As experience shows, future bachelors confidently enough master the practical skills foreseen by curriculum. It is promoted by acquired in medical school and during independent work after its ending experience of nursing manipulations. However, many problems arise up with forming of clinical thought.

For development of skills of diseases diagnostics and prescribing pathogenic treatment of illnesses at the department of family medicine of university the various forms of conducting practical and seminar studies are used. As practice showed, among them clinical analyses-seminars, work in small groups, role games, brainstorming, revision of thematic videofilms with a subsequent discussion are the most effective. For development of clinical thought future specialists are engaged to make up thematic cross-words, scanwords. It is expedient to conduct seminar studies in the form of conversation, group discussion or colloquium. Great attention is paid to organization of independent work.

Вступ. ВООЗ розглядає сестринський персонал як основний потенціал для забезпечення потреб населення, які постійно зростають, у якісній медичній допомозі. Запровадження вищої сестринської освіти та відкриття факультетів у медичних вузах є одним з напрямків розв'язання проблеми розвитку та удосконалення викладання сестринської справи [1]. З відкриттям спеціальності медична сестра з вищою освітою виникла необхідність наукових підходів до розробки змісту та організаційних технологій підготовки спеціалістів. Одним з перспективних напрямків їх розвитку є не тільки підготовка спеціалістів, здатних забезпечити організацію і

управління сестринською справою, але і здійснити педагогічний процес, пов'язаний з підготовкою та перепідготовкою сестринського персоналу.

Основна частина. У теперішній час майже повсюди відбувається процес перегляду системи навчання медичних сестер та сестринського обслуговування. Система медсестринського обслуговування є найбільш економічною з огляду на подання послуг у сфері охорони здоров'я, зокрема, у системі первинної медико-санітарної допомоги [2]. У Запорізькому державному медичному університеті вже кілька років проводиться підготовка медичних сестер з ба-

© В.І. Кривенко, О.П. Федорова, С.П. Пахомова, В.Г. Єремєєв

зовою медсестринською освітою за програмою бакалаврату. Заняття з майбутніми бакалаврами проводять висококваліфіковані спеціалісти, які мають науковий ступінь.

Підготовка медсестер з вищою освітою передбачає не тільки якісне підвищення рівня діагностично-лікувальних навичок та умінь, але і оволодіння теоретичним матеріалом, який дозволяє проводити диференційну діагностику провідних симптомів, синдромів та деяких нозологічних форм, які найчастіше зустрічаються у практиці загального (сімейного) лікаря. Як показує досвід, майбутні бакалаври досить впевнено засвоюють передбачені навчальною програмою практичні навички. Цьому сприяє набутий у медичному училищі та під час самостійної роботи після його закінчення досвід медсестринських маніпуляцій. Проте, певні проблеми виникають з формуванням клінічного мислення.

З огляду на це, для розвитку навичок діагностики захворювань та призначення патогенетичного лікування хвороб на кафедрі сімейної медицини та терапії університету використовуються різноманітні форми проведення практичних та семінарських занять. Як показала практика, найефективнішими з них є клінічні розбори-семінари, робота в малих групах, рольові ігри, мозкова атака, перегляд тематичних відеофільмів з подальшим обговоренням.

На клінічних розборах-семінарах проводиться розбирання історій конкретних хворих з виявленням основних симптомів та синдромів захворювання, приділяється пильна увага первинній діагностиці захворювання, будуються алгоритми обстеження, диференційної діагностики та принципів медикаментозної терапії. Робота у малих групах передбачає розв'язання певних діагностичних та лікувальних задач двома-трьома студентами з наступним обговоренням різних варіантів, запропонованих ними. У ході цього з'ясовуються можливі допущені помилки та проводиться їх корекція.

Під час рольових ігор імітується робота медичних сестер з пацієнтом. У ролі медичної сестри та пацієнта виступають самі студенти. Наприкінці гри проводиться аналіз з виявленням недоліків спілкування медсестри з хворим, вказується на правильність побудови ходу співбесіди. Мета мозкової атаки – вирішення нестандартних ситуацій у екстремальних умовах. Студентам даються запитання, до яких

вони не готувалися заздалегідь, щоб з'ясувати можливості самостійного розв'язання певних задач.

Окрім цього, для розвитку клінічного мислення майбутні фахівці залучаються до складання кросвордів, сканвордів за темами занять.

Оволодіння комп'ютерними технологіями нині є невід'ємною складовою частиною підготовки медичних кадрів, в тому числі і медичних сестер з вищою освітою. На кафедрі сімейної медицини та терапії освоєння комп'ютерних технологій проводиться у двох напрямках. По-перше, майбутні бакалаври опановують навички пошуку нових даних щодо діагностики, надання невідкладної допомоги та лікування хвороб у системі Internet, постійно працюють із контролюючими комп'ютерними програмами з терапії, сімейної медицини, невідкладної допомоги. По-друге, окрім огляду хворих, опановують сучасні комп'ютерні методи дослідження ЕКГ, функції зовнішнього дихання, добового моніторингу електрокардіограми, артеріального тиску. На кафедрі широко використовуються електронні варіанти тестових завдань, ситуаційних задач, навчальних програм за темами занять. Семінарські заняття проводяться у формі індивідуальної бесіди, групової дискусії або колоквіуму.

Не менш важлива увага приділяється і організації самостійної роботи. Кожного дня майбутні бакалаври протягом 2-3 годин проводять первинний огляд хворих, оформляють медичну документацію, розробляють програму реабілітації хворих, лікувального харчування, проводять профілактичний огляд населення у закладах первинної медичної допомоги.

Висновки: 1. На сучасному етапі підготовки бакалаврів оригінальні та нестандартні підходи до проведення практичних і семінарських занять дозволяють не тільки вдосконалити практичні навички, але й розвинути клінічне мислення майбутніх фахівців, адаптувати їх до нестандартних ситуацій, відпрацювати різні підходи до спілкування з пацієнтами.

2. Завдяки новим методологічним підходам майбутні фахівці набувають практичного досвіду з організації первинної медико-санітарної допомоги населенню, найбільш успішні з них можуть бути резервом викладачів для медичних коледжів.

Література

1. Павленко Т.Н. Сестринское образование в России: подготовка и роль преподавательских кадров // М., 2003. – С. 471.

2. Светличная Т.Г., Лисишникова Л.П. Новые роли медицинских сестер в общественном секторе здравоохранения // Мед. помощь. – 2005. – №1. – С. 48-51.

УДК 614.253.5(07.07)

РОЛЬ КАБІНЕТУ ДОКЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ СЕРЕДНЬОЇ ЛАНКИ

В.Г. Кузнецов

Перший Київський медичний коледж

ROLE OF PRE-CLINICAL PRACTICE CABINET IN THE PROCESS OF TRAINING OF MEDICAL WORKERS OF MEDIUM LINK

V.H. Kuznetsov

The First Kyiv Medical College

У статті описано досвід Першого Київського медичного коледжу в питаннях організації доклінічної підготовки медсестер.

The article describes the experience of the First Kyiv Medical College concerning the questions of organization of pre-clinical training of nurses.

Вступ. На сучасному етапі розвитку суспільства перед нами, працівниками сфери освіти, постає досить важливе завдання – підготовка нової генерації молодих спеціалістів, здатних виконувати свої професійні обов'язки на рівні світових стандартів, оскільки вже зараз багато наших випускників інтегрується у професійний медичний простір країн Європи та Північної Америки. Тому навчальний процес повинен всебічно сприяти високій ефективності засвоєння студентами як теоретичних знань, так і практичних навичок та вмінь. Досить тривалий час медичні навчальні заклади України, які проводять навчання за спеціальністю “Сестринська справа”, використовують навчальні плани та програми, які певною мірою наближені до загальноприйнятих у світовій практиці підготовки медичних сестер.

Основна частина. Практичне навчання має дуже велике значення в процесі підготовки медичних працівників, а особливо – медичних працівників середньої ланки. Як би добре не був

підготовлений спеціаліст теоретично, у разі недостатнього рівня практичної підготовки він не зможе на достатньому рівні виконувати свої функціональні обов'язки.

Практична підготовка в процесі вивчення клінічних дисциплін починається з роботи в кабінетах доклінічної практики. У зв'язку з цим підвищується роль кабінету доклінічної практики в процесі викладання цих предметів. Враховуючи факт, що це переважно кабінетні заняття, важливе значення має удосконалення матеріально-технічної бази кабінетів доклінічної практики, оснащення їх сучасними фантомами, муляжами, тренажерами. З цією метою протягом останніх років коледжем закуплено достатню кількість високотехнологічного обладнання, яке дає можливість не лише імітувати, а фактично повноцінно виконувати ті чи інші маніпуляції, які входять до компетенції медичної сестри, наприклад, виконання внутрішньовенних ін'єкцій; постановка очисних, сифонних та лікувальних клізм; виконання зондових маніпу-

© В.Г. Кузнецов

ляцій, фракційне та дуоденальне зондування, промивання шлунка; проведення первинних заходів серцево-легеневої реанімації. Фантоми достатньо точно імітують тіло людини або його елементи і дозволяють за допомогою спеціальних пристроїв виявляти помилки, які були допущені студентом під час виконання маніпуляції. Особлива увага звертається на відпрацювання практичних навичок з дисциплін педіатричного напрямку, оскільки в умовах клінічної бази студенти не завжди мають можливість здійснювати догляд за новонародженою дитиною. Враховуючи це, педіатричні кабінети доклінічної практики оснащені повнорозмірними фантомами новонародженої дитини і дитини грудного віку та засобами догляду за ними.

Головним завданням на даному етапі щодо матеріального забезпечення навчального процесу є надходження у кабінети доклінічної практики медичного інструментарію, засобів догляду за хворими та обладнання сучасного рівня, яке використовується у країнах Європи, що дозволить підготувати медичного працівника середньої ланки до роботи на рівні світових стандартів.

З метою максимального наближення умов навчання до реальних умов діяльності у лікувальному закладі, на теперішньому етапі здійснюється створення на базі кабінетів доклінічної практики моделі функціональних підрозділів того чи іншого відділення лікарні. Особливо це показано на базі кабінету доклінічної практики з хірургії, де функціонує передопераційна, операційна, палата післяопераційного догляду.

Важлива не лише наявність необхідного обладнання, а також його відповідна кількість, яка забезпечує одночасне відпрацювання практичних навичок всіма студентами бригади.

Важливо також забезпечити кожного студента відповідною методичною документацією (інструкціями, алгоритмами виконання маніпу-

ляцій тощо). В цьому напрямку теж здійснено певні кроки – у коледжі, враховуючи положення чинних документів, створений збірник алгоритмів виконання маніпуляцій, які відпрацьовуються на всіх без винятку клінічних дисциплінах, який є у наявності у кожному кабінеті доклінічної практики. Це зроблено з метою унеможливлення розбіжностей при демонстрації цих спільних практичних навичок викладачами різних клінічних дисциплін та для поліпшення засвоєння їх студентами.

На сучасному етапі приділяється багато уваги такому аспекту діяльності медичної сестри або фельдшера, як мистецтво спілкування з пацієнтом. Необхідно спочатку в умовах кабінету навчити студентів спілкуватися з пацієнтами, застосовуючи рольові ігри під керівництвом викладача, і лише потім допускати їх до реального контакту з пацієнтами. Викладачами циклових комісій клінічних дисциплін спільно з викладачами психології розроблені схеми спілкування медичного працівника з пацієнтами залежно від характерологічних якостей останніх та профілю їхньої патології.

Враховуючи світовий досвід організації навчального процесу, великого значення надають організації самостійної підготовки студентів. Викладачами розроблені комплекси для самостійної підготовки, які містять тексти лекцій, графологічні схеми, тестові завдання, ситуаційні задачі, алгоритми виконання практичних навичок тощо. Матеріали для самостійної підготовки знаходяться в читальному залі бібліотеки коледжу, кабінетах доклінічної практики, що дає можливість студентам використовувати їх в процесі підготовки до занять. З метою оптимізації засвоєння студентами теоретичних знань та практичних навичок під час самостійної підготовки, у коледжі за відповідним графіком організовані чергування викладачів.

УДК 614.25/174.56

ОПТИМІЗАЦІЯ РОБОТИ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

В.І. Литвиненко

Кременчуцький медичний коледж

ARTICLE "OPTIMIZATION OF WORK CONCERNING THE SYSTEM OF NURSES' TRAINING AND POST-GRADUATE STUDY"

V.I. Lytvynenko

Kremenchuh Medical College

Наведена інформація про систему роботи з питань розвитку та зміцнення практичної спрямованості освітньо-професійної підготовки та післядипломної освіти медичних сестер. Висвітлена роль взаємодіючого інтегрованого навчання, роботи студентського науково-дослідного товариства (за умови залучення провідних спеціалістів), базами діяльності якого є навчально-практичні комплекси при лікувально-профілактичних закладах.

The information concerning the system of development and improvement of quality and practical direction of nurses' educational and professional training and post-graduate study is adduced in the article. Importance of integration education, work of student scientific and research study society (providing the involving of key specialists of post-graduate study faculty), the base of which are educational and practice complexes attached to medical and prophylactic institutions is shown.

Вступ. З метою розвитку системи підготовки і післядипломної освіти медичних сестер, що визначає "Програма розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр.", колектив Кременчуцького медичного коледжу продовжує впроваджувати методику взаємодіючого інтегрованого навчання. Завдання – на принципах природоцільності, педагогіки співробітництва поглибити практичну спрямованість освітньо-професійної підготовки медичних сестер; сформувати творчу особистість інтелектуала з клінічним мисленням і прогресивним науковим світоглядом, організатора, лідера сестринської справи.

Основна частина. Узгодження, взаємоінтеграція актуальних питань роботи відділень "Сестринська справа" і післядипломної освіти зумовлені перспективами входження ВНЗ I рівня акредитації в систему ступеневої освіти та основними принципами Болонської декларації. Вищі навчальні заклади I-го рівня акредитації особливо уважно вивчають це питання, один із аспектів якого визначає завдання щодо оптимізації роботи в системі освітньо-професійної

підготовки й підвищення кваліфікації, спеціалізації медичних сестер, щоб обґрунтовано знайти своє місце в процесі багатоступеневої неперервної освіти, у т.ч. на шляхах реформування медичних коледжів в інститути медсестринства. Тому наше завдання сьогодні – не просто підготувати сучасну медичну сестру, а забезпечити професійну кваліфікацію молодшого спеціаліста за медсестринською моделлю, з урахуванням державних стандартів вищої освіти. На даному етапі вдосконалюємо механізм взаємодії вищих медичних навчальних закладів і лікувально-профілактичних установ щодо науково-методичної, організаційної основи проведення практичної підготовки медичних сестер у нових умовах реформування, з метою дієво забезпечити участь медичних сестер у реалізації програм охорони здоров'я МОЗ України. Тобто прагнемо забезпечити рівень освітньо-фахової підготовки, сформувати всебічно розвинену особистість із професійно орієнтованими моральними принципами, що стовідсотково гарантує адаптацію випускників на робочих місцях. Залучаємо до цієї справи кращих спеціалістів

© В.І. Литвиненко

практичної охорони здоров'я. Універсальні потреби людини, за класичною моделлю Вірджинії Хендерсон, стануть для майбутніх медсестер нормою, прагнення до саморозвитку й професійного росту – аксіомою. Такі складні завдання ставить час, тому з усією відповідальністю маємо знайти своє місце в освітньо-професійному процесі багатоступеневої освіти. Одним із шляхів реалізації даного завдання є науково-методологічна співпраця зі спеціалістами ЛПЗ з питань медсестринства, спеціалізації майбутніх молодших медичних спеціалістів, зокрема підготовки медсестер загальної практики – сімейних медичних сестер. Співпраця багатопланова, має свої форми в процесах проведення науково-пошукової роботи студентського науково-дослідного товариства, у виробничих клінічних практиках, підготовці до державного ліцензійного іспиту, виховній роботі, у післядипломній освіті. Основне – це взаємозумовлена інтеграційна робота, спрямування якої класичне: зміцнення науково-кадрового потенціалу коледжу шляхом залучення до роботи провідних спеціалістів ЛПЗ; поглиблення освітньо-професійної та практичної підготовки майбутніх молодших медичних спеціалістів на базі навчально-практичних комплексів коледжу, що діють при ЛПЗ, у клінічних гуртках.

На сьогодні відділення післядипломної освіти коледжу, відкрите в 2000 р., забезпечило підвищення кваліфікації 1817 молодших медичних спеціалістів різних циклів, у т.ч. пройшли спеціалізацію 75 сімейних медичних сестер. Навчальний план спеціалізації з сімейної медицини передбачає 432 години роботи, включені актуальні курси, наприклад, – охорона материнства і дитинства; планування сім'ї; біомедична та християнська етика; міжособові відносини, соціально-психологічні аспекти спілкування; валеологія; основи медичної інформатики. Узагальнення досвіду роботи з питань ведення сестринського процесу та координація роботи коледжу і ЛПЗ щодо забезпечення державних стандартів вищої освіти згідно з ОПП й ОКХ розроблені на науково-практичних конференціях, проведених спільно з головними лікарями міста та районів області. І знову теорія та практика нерозривно пов'язані в нашій співпраці з практичною охороною здоров'я. На циклах підвищення кваліфікації впроваджені авторські програми з предметів планування родини, з ос-

нов соціально-психологічних аспектів спілкування, після вивчення яких медичні сестри лікувальних закладів залучені до роботи зі студентами в науково-дослідному товаристві студентів. Підготовлено ряд дослідних і пошукових робіт, у процесі укладання яких розроблені пам'ятки, інструкції тощо – конкретні робочі матеріали, наприклад, для санітарно-освітньої роботи медичних сестер, у т.ч. загальної практики. Уваги заслуговують дослідні роботи з тем: “Раціональне вигодовування дітей раннього віку як основа профілактики захворювань”, “Психологічні аспекти формування особистості майбутнього медичного спеціаліста”, “Психологія спілкування молодшого медичного спеціаліста з пацієнтами”. Застосовуються в якості тренінгових клінічних завдань матеріали робіт гуртків з медицини катастроф, медсестер сімейної амбулаторії, з питань поглибленого вивчення проблем пацієнтів кардіологічного, урологічного відділень, зокрема відділення гемодіалізу. Названі роботи та ряд інших представлені до громадського захисту знань на Всеукраїнських наукових конференціях з питань медсестринства в м. Полтава. Роботи “Корекція стилю життя пацієнтів в просвітницькій діяльності медсестри сімейної амбулаторії”, “Захист медичних працівників від СНІДу. Безпека праці”, “Крилаті латинські вислови в формуванні іміджевих засад особистості медпрацівників” відзначені грамотами. Цінним для нас став цей досвід захисту робіт, що відбувся на базі медсестринського факультету Української медичної стоматологічної академії (В.В.Лойко, професор, декан медсестринського факультету Української медичної стоматологічної академії м. Полтави). Завдяки обміну досвідом роботи маємо базу напрацювань з питань, які важливі для відділення післядипломної освіти, ЛПЗ.

На відділенні післядипломної освіти допомагає коригувати рівень знань і підвищених кваліфікаційних умінь робота з тестами. Банк тестів розроблений викладачами-методистами коледжу за участі головних лікарів, головних і старших медичних сестер, Асоціації медичних сестер міста спеціально для слухачів циклів підвищення кваліфікації, для спеціалізації “медична сестра загальної практики – сімейна медсестра”. Схвальні відгуки надійшли від медичних сестер, котрі по отриманні спеціалізації працюють у 3-ій міській лікарні.

У перспективі думаємо про очно-заочну форму навчання для практичних медичних сестер – підвищення кваліфікації за рівнем “бакалавр”. Розуміємо, що підготовка за бакалаврською програмою вимагає зміцнення кадрового, науково-методичного потенціалу коледжу. Вважаємо, що стартові можливості на сьогодні маємо.

Висновок. Тісна взаємодія з провідними спеціалістами лікувально-профілактичних закладів у навчальному процесі дає можливість підготувати високопрофесійних фахівців і, одночасно,

підвищити науково-педагогічний рівень викладання та зміцнити кадровий потенціал коледжу.

Література

1. Програма розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр. (МОЗ України. Наказ № 585 від 08.11.2005р.).
2. Чернишенко Т.І. Підготовка молодших медичних спеціалістів і медичних сестер-бакалаврів із сімейної медицини // Вибрані матеріали І з'їзду сімейних лікарів України, 7-9 листопада 2001 р., Львів. – К.; Л. – 2001. – С. 119-125.

УДК 614.253.5:378.22(477)

ОСВІТНЬО-КВАЛІФІКАЦІЙНИЙ РІВЕНЬ “МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА” – КРОК ВПЕРЕД В РЕФОРМУВАННІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

Б.А. Локай, Д.В. Козак

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

EDUCATIONAL AND PROFESSIONAL LEVEL “MASTER OF NURSING” IS A STEP TOWARDS REFORMATION OF NURSING EDUCATION IN UKRAINE

B.A. Lokay, D.V. Kozak

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті наведено аналіз забезпечення середньої ланки охорони здоров'я України фахівцями-практиками, викладачами та науковцями в галузі сестринської справи. Зроблено висновок про необхідність реформування системи охорони здоров'я та введення освітньо-кваліфікаційного рівня “магістр” зі спеціальності “сестринська справа”.

The article present the analysis of providing the middle link of health care in Ukraine with specialists-practitioners, teachers and scientists in nursing. The conclusion on the necessity of health care system reforming and introduction of educational and professional level “Master” in speciality “Nursing” is made.

Вступ. В останній час у світі існує тенденція до зростання ролі медичної сестри як фахівця, який першим контактує як із самим пацієнтом, так і з його оточенням, бере участь в лікуванні та опіці як у стаціонарі, так і вдома. Тому дуже гостро постає питання про забезпечення високого професійного рівня медпрацівників середньої ланки, про що говорить і визначення поняття “медична сестра”: “Медична сестра – це особа © Б.А. Локай, Д.В. Козак

ба, яка пройшла підготовку за основною програмою, одержала достатню кваліфікацію і має право виконувати у своїй країні відповідальну роботу з медсестринського обслуговування, маючи на меті зміцнення здоров'я, попередження хвороб та здійснення догляду за хворими”. Проте, охорона здоров'я України взяла у спадок від колишнього СРСР ставлення до середніх медичних працівників як до другорядного, до-

поміжного технічного персоналу. Це призвело як до суттєвого відставання України від інших країн у цій сфері, так і до зниження престижності професії медичної сестри [1].

Відомо, що на даний час в Україні існує дуже складна ситуація із забезпеченням медсестринськими кадрами усіх ланок практичної охорони здоров'я та навчального процесу з підготовки середнього медичного персоналу. Крім того, практично повністю відсутня науково-дослідницька робота з питань різних напрямків сестринської справи. Все це призвело до необхідності перегляду та реформування системи охорони здоров'я та освіти середніх медичних працівників в Україні з урахуванням сучасних потреб.

Основна частина. На сьогодні в Україні підготовка середнього медичного персоналу в основному проводиться тільки до освітньо-кваліфікаційного рівня "бакалавр" включно, тоді як практично всі інші (і немедичні в тому числі) спеціальності, які також викладаються за ступеневим принципом, мають і інші рівні післядипломної освіти, такі як "спеціаліст", "магістр". Здобувши ступінь спеціаліста або магістра фахівець має змогу займати посади відповідно до рівня своєї кваліфікації на виробництві, займатися викладанням у вищих навчальних закладах і проводити наукову роботу із можливістю наступного захисту кандидатської або докторської дисертації. Поки що медичні сестри позбавлені такої можливості. Крім того, навіть отримавши ступінь бакалавра, після працевлаштування випускник вищого навчального закладу впритул стикається з проблемою невідповідності рівня своєї освіти з тією роботою, яку він виконує у лікувально-профілактичному закладі. ВООЗ наголошує, що "небажання визнати, що медична сестра є самостійним рівноправним працівником охорони здоров'я і посідає незалежне від лікаря положення, призвело до того, що медсестринський догляд не отримав такого розвитку, як лікарська допомога, і це позбавило як хворих, так і здорових можливості користуватися найрізноманітнішими медсестринськими послугами" [1, 2]. Проте слід визнати, що серед середніх медичних працівників існує також таке явище, як криза самооцінки. Воно характеризується тим, що самі медичні сестри не готові і не бажають брати на себе відповідальність, яка виникає з набуттям само-

стійності і незалежності, їх влаштовує статус виконавця волі лікаря, вони самі не можуть чітко визначити свої функції та можливості [1, 3, 4]. Вихід з цієї кризи полягає в інтенсифікації наукових досліджень, підвищенні якості освіти і створенні умов, які б забезпечили зростання соціального статусу медичної сестри. Для цього багато країн вважають за доцільне ввести вищу освіту для медичних сестер та надати можливість займати керівні посади в практичній охороні здоров'я, працювати викладачами медсестринських шкіл, коледжів, університетів, займатися науково-дослідницькою діяльністю з проблем медсестринства лише медсестрам з вищою освітою [1].

В Україні магістр – це освітньо-професійна кваліфікація на рівні спеціаліста, яка передбачає, крім професійної підготовки, викладацьку і науково-дослідницьку діяльність. Це викладач вищих навчальних закладів різних рівнів, науковий співробітник ВНЗ та НДІ та відповідних підрозділів виробничих підприємств, установ і фірм, висококваліфікований керівник. Підготовка магістрів сестринської справи підніме престижність спеціальності, економічність і професійність надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги населенню, закладе основу для проведення наукових досліджень в галузі сестринської справи, особливо за умови введення наукових ступенів кандидата та доктора сестринських наук [1, 6].

Висновок. Введення в Україні освітньо-кваліфікаційного рівня "магістр" для спеціальності "сестринська справа" дасть можливість зробити значний крок вперед в реформуванні охорони здоров'я через появу професіоналів-практиків, викладачів, науковців, управлінців середньої ланки, дозволить надавати медичну допомогу в необхідному обсязі більшій кількості людей, активно проводити санітарно-просвітницьку та профілактичну роботу, здешевити медичні послуги.

Література

1. Шегедин М.Б. Медсестринство в Україні. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 279 с.
2. Hall D.S. Nursing-Starting points for reasoning // The Danish Nurses' Organization. – 1990. – 46 p.
3. Кривошеєв Г.Г., Мучинская С.П. Состояние и перспективы подготовки специалистов со средним медицинским образованием в СССР // Фельдшер и акушерка. – 1991. – № 6. – С. 5-9.

4. Перфильева Г.М. Сестринское дело в России: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – М., 1995. – 46 с.

5. Таран Ю., Величко О. Підготовка магістрів у Державній металургійній академії України // Освіта і управління. – 1998. – № 2. – С. 163-165.

УДК 614.253.5:378.12(477.84)

**СТАН ТА ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ
КАДРІВ ДЛЯ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ “СЕСТРИНСЬКА СПРАВА” ТА
“ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА” У ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ
ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО**

Б.А. Локай

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

**CONDITION AND PROBLEMS OF TRAINING SCIENTIFIC AND
PEDAGOGICAL PERSONNEL IN SPECIALITY “NURSING” AND
“LABORATORY DIAGNOSTICS” AT TERNOPIL STATE MEDICAL
UNIVERSITY BY I.YA. HORBACHEVSKY**

B.A. Lokay

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті проаналізовано стан підготовки викладацьких кадрів для спеціальностей “сестринська справа” та “лабораторна діагностика” з урахуванням сучасних вимог до відповідних фахів та зроблено висновок про необхідність цілеспрямованої підготовки викладачів для вказаних спеціальностей.

The article analyzes the condition of teaching staff preparation in specialities “Nursing” and “Laboratory Diagnostics” taking into account contemporary requirements to these specialities. The conclusion on the necessity of purposeful preparation of teachers for mentioned specialities is made.

Вступ. На етапі реформування середньої ланки медичної допомоги в Україні дуже гостро постає питання підготовки високопрофесійних фахівців – медичних сестер. Це зумовлено рядом причин: тенденцією до скорочення термінів перебування хворих у стаціонарі, що потребує розширення та удосконалення патронажу за хворими в домашніх умовах, забезпечення реабілітації або долікування пацієнтів в спеціальних відділеннях стаціонарів; необхідністю підготовки менеджерів сестринських служб для успішного управління персоналом; потребою в проведенні наукових досліджень з метою удосконалення надання сестринської допомоги. Про-

© Б.А. Локай

те, на даний час, на відміну від більшості країн світу, в Україні підготовка фахівців середньої ланки здійснюється викладачами – лікарями, які, за невеликим винятком, не мають ні освіти за спеціальністю, яку викладають, ні досвіду роботи медичною сестрою.

Основна частина. Аналізуючи освітньо-кваліфікаційні характеристики середнього медичного персоналу, посади та професійну діяльність медсестер відповідно до рівня освіти згідно з Класифікатором професій та посад [1], можна відмітити, що викладачами вищих навчальних закладів можуть працювати медсестри освітньо-кваліфікаційного рівня “бакалавр” та

“магістр”. Однак досвід залучення медичних сестер до навчального процесу показав, що якість занять була невисока і програвала, порівняно з рівнем викладання лікарями, через відсутність у них відповідної педагогічної та психологічної підготовки [2]. Згідно зі статистичними даними, у вищих навчальних закладах I-II рівнів акредитації частка викладачів – медичних сестер не перевищує 6 % протягом вже багатьох років, приблизно таке ж співвідношення і у навчальних закладах Росії (9 %) [3]. Ще складніша ситуація у навчальних закладах III-IV рівнів. Не є винятком і Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського. Підготовка медичних сестер – молодших спеціалістів та бакалаврів у ТДМУ здійснюється викладачами кафедр медичного, фармацевтичного та стоматологічного факультетів, серед яких досить невеликий відсоток таких, які мають сестринську освіту та досвід роботи медичною сестрою в практичній охороні здоров'я. Однак вирішити цю проблему простим залученням до навчального процесу медичних сестер практичної охорони здоров'я на засадах сумісництва також неможливо, як через викладені вище фактори, так і через нестачу часу для проведення навчальної роботи у працюючих медсестер, що не може не позначитись на якості навчання студентів.

Тому керівництво ТДМУ вирішило обрати інший шлях. По-перше, у викладанні беруть участь працівники, які багато років поспіль навчають медичних сестер і вже адаптовані до специфіки їх роботи. По-друге, розпочата програма зі здобуття другої вищої освіти зі спеці-

альності “сестринська справа” працівниками університету та лікарями-інтернами, які в майбутньому зможуть працювати в університеті викладачами. На даний момент за цією програмою проходять підготовку 54 особи, які після закінчення отримають освітньо-кваліфікаційний рівень бакалавра сестринської справи.

Дещо інша ситуація в навчанні студентів зі спеціальності “лабораторна діагностика”. Основні професійні маніпуляції, які виконують бакалаври – лаборанти, мало чим або нічим не відрізняються від таких, що виконуються лікарями. Методики лабораторних досліджень не міняються залежно від рівня тих, хто їх виконує. Тому викладання таким студентам клінічних лабораторних методів обстеження, на мою думку, цілком можуть здійснювати викладачі вищих навчальних закладів незалежно від їх освітньо-кваліфікаційного рівня.

Висновок. Для підвищення якості професійної підготовки сучасних медичних сестер необхідно цілеспрямовано готувати викладацькі кадри зі спеціальності “сестринська справа” шляхом введення магістратури та докторантури, частково через здобуття другої вищої освіти з сестринської справи викладачами-лікарями.

Література

1. Державний класифікатор України. Класифікатор професій. ДК 003-95 // Держстандарт України. – Київ. – 1995. – С. 10.
2. Шегедин М.Б. Медсестринство в Україні. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 279 с.
3. Павленко Т.Н. Сестринское образование в России: подготовка и роль преподавательских кадров // Медицинская помощь. – 2005. – № 1. – С. 46-48.

УДК 614.253.5:378.12 (477.54)

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПІДГОТОВКИ ПЕДАГОГІЧНИХ КАДРІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ “СЕСТРИНСЬКА СПРАВА” З ДОСВІДУ РОБОТИ ХАРКІВСЬКОГО БАЗОВОГО МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ № 1

М.С. Панченко, Т.О. Кудрявцева, Л.П. Ольховська

Харківський базовий медичний коледж № 1

PROBLEMS AND OUTLOOKS ON PREPARATION OF PEDAGOGICAL PERSONNEL ON SPECIALITY “NURSING” FROM THE WORK EXPERIENCE OF KHARKIV MEDICAL COLLEGE № 1

M.S. Panchenko, T.O. Kudriavtseva, L.P. Olhovska

Kharkiv Basic Medical College № 1

В статті висвітлено питання проблем та перспектив підготовки педагогічних кадрів зі спеціальності “Сестринська справа” в ХБМК № 1. Представлена модель використання медсестринських кадрів в підготовці студентів зі спеціальності “Сестринська справа”, розкрито роль відділень сестринського догляду в педагогічному процесі.

This article concerns the problems and outlooks on the preparation of pedagogical personnel on speciality “Nursing”. The model of using of medical personnel in the preparation of students on speciality “Nursing” is represented in this article. The role of nursing departments in pedagogical process is explained in this work.

Вступ. В умовах економічних перетворень в Україні стратегія розвитку сестринської справи повинна відповідати потребам охорони здоров'я, бути соціально прийнятною, гарантувати високу якість надання медичної допомоги населенню.

Роль, функції і організаційні форми діяльності сестринського персоналу змінюються відповідно до нових задач, які стоять перед охороною здоров'я:

- розвиток первинної медико-санітарної допомоги, яка спрямована на профілактику захворювань та зміцнення здоров'я, гігієнічне навчання і виховання населення;
- реструктуризація лікувально-профілактичних закладів, спрямована на скорочення терміну перебування в стаціонарі;
- розширення обсягів допомоги удома;
- збільшення реабілітаційних заходів;
- формування лікарень (відділень з різною інтенсивністю лікування і догляду);
- впровадження хоспісів і надання паліативної допомоги.

Це потребує удосконалення освітньої системи підготовки і підвищення кваліфікації спеці-

алістів сестринської справи з урахуванням потреб системи охорони здоров'я і складу сестринських кадрів.

На наш погляд, перешкодами для здійснення необхідних перетворень в кадровій політиці і сестринській освіті є слабка матеріально-технічна база закладів освіти, нестача спеціально підготовлених педагогічних кадрів.

Основна частина. “Програмою розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр.” передбачено підвищення кваліфікації викладачів медичних коледжів та медсестринських факультетів, що можливо за умов:

- забезпечення якісною навчально-методичною літературою з підготовки сестринських кадрів ВМНЗ I-II рівнів акредитації;
- розробки програми взаємодії ВМНЗ I-II рівнів акредитації і лікувально-профілактичних закладів для забезпечення практичної підготовки спеціалістів сестринської справи;
- формування цільового замовлення на підготовку спеціалістів у ВМНЗ III-IV рівнів акредитації для забезпечення педагогічними кадрами ВМНЗ I-II рівнів;

© М.С. Панченко, Т.О. Кудрявцева, Л.П. Ольховська

- розробки програм з організації підвищення кваліфікації і перепідготовки керівників і викладачів ВМНЗ;

- забезпечення регулярного проведення науково-практичних конференцій щодо актуальних проблем медсестринства.

Протягом 5 років наш навчальний заклад працює над вирішенням цих проблем. Викладачами Харківського базового медичного коледжу № 1 за період з 2000 р. до 2005 р. підготовлені і видані підручники та навчально-методичні посібники.

В рамках співпраці з лікувально-профілактичними закладами постійно проводились семінари та конференції, для факультету підвищення кваліфікації головних і старших медичних сестер складена навчальна програма, яка розрахована на 72 години теоретичних і практичних занять.

Соціологічна група ХБМК № 1 постійно проводить дослідження в ЛПЗ м. Харкова та області, в результаті яких з'ясовано, що сьогодні випускники медичних училищ, коледжів мають труднощі при переносі знань, отриманих в аудиторіях, на клінічну практику лікувально-профілактичних закладів. Частково це результат стратегії викладання, яка не пояснює, що застосування знань необхідне і передбачене. В такій ситуації робота медичної сестри-викладача є незамінною для успішної адаптації молодих спеціалістів сестринської справи в ЛПЗ.

Анкетування головних і старших медичних сестер ЛПЗ Харкова підтверджує цей висновок. На думку більшості респондентів, близько половини випускників ВМНЗ I-II рівнів акредитації повністю відповідають вимогам ОКХ та готові до самостійної роботи. З чинників, які заважають підвищенню кваліфікації медсестер в ЛПЗ, називають недостатню забезпеченість спеціальною методичною літературою, дефіцит робочого часу, недостатню методичну підготовку головних і старших медичних сестер щодо навчання в ЛПЗ. Окремі респонденти відзначили небажання медичних сестер навчатись і підвищувати свій професійний рівень. Більше 70 % головних і старших медичних сестер ЛПЗ м. Харкова вважають за доцільне введення посади медсестри-викладача, обов'язком якої було б навчання молодих медичних сестер, молодшо-

го персоналу, пацієнтів щодо догляду, профілактики, реабілітації.

Оновлення змісту викладання в ВМНЗ I-II рівнів акредитації вимагає високої професійної компетентності викладачів медичних коледжів та викладачів системи підвищення кваліфікації сестринських кадрів.

В традиційній медичній школі вважали, що здатність навчати еквівалентна професійним вмінням і досвіду. Сьогодні актуальна концепція спеціального формування навичок мистецтва викладання. К.У. Ушинський зазначав: "Одна педагогическая практика без педагогической теории – то же, что знахарство в медицине". Рада Європи рекомендує викладачам сестринської справи мати "глибокі знання з дисциплін, на яких базується сестринська справа".

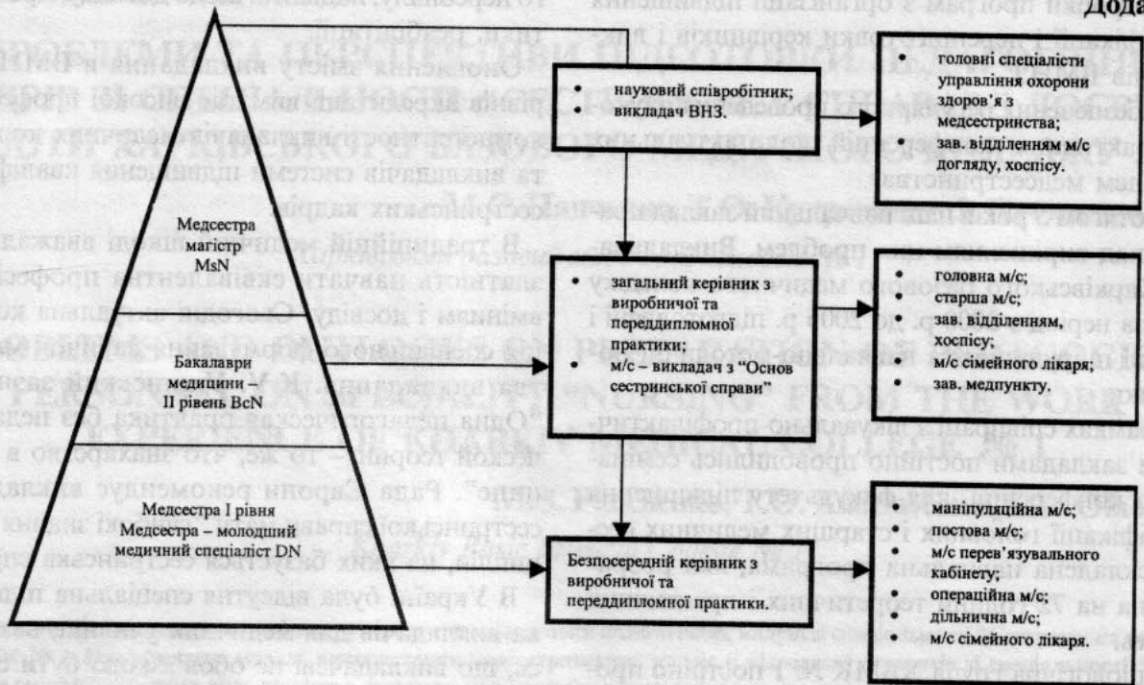
В Україні була відсутня спеціальна підготовка викладачів для медичних училищ, вважалося, що викладачеві не обов'язково бути спеціалістом сестринської справи, знати основи педагогіки, володіти методиками викладання дисциплін.

Змінити ситуацію покликані медичні коледжі і медсестринські факультети ВМНЗ III-IV рівнів акредитації. Ми пропонуємо модель залучення медсестринських кадрів до підготовки студентів зі спеціальності "Сестринська справа" (Додаток А).

В даний час формується система багаторівневої підготовки викладачів для сестринської освіти. Подальше успішне здійснення цього процесу потребує нормативно-правового забезпечення, чіткого визначення організаційних аспектів, функціональних обов'язків суб'єктів освітнього процесу, умов фінансування.

Зміни в суспільстві викликали необхідність оптимізації навчального процесу, перегляду структури взаємовідносин між навчальними закладами і лікувально-профілактичними установами.

Ми вважаємо, що відповідальність за якість підготовки медичних сестер повинні брати на себе не тільки навчальні заклади, а й практична охорона здоров'я. До процесу навчання необхідно залучати випускників медичних училищ та коледжів, вести спільну роботу спеціалістів практичної охорони здоров'я і викладачів ВМНЗ з метою впровадження стандартів медсестринської практики.



Модель використання медсестринських кадрів в педагогічному процесі.

Висновки. 1. Харківський базовий медичний коледж № 1 є методичним центром підготовки педагогічних кадрів зі спеціальностей "Сестринська справа" та "Лабораторна діагностика".

2. Оновлення змісту викладання в ВМНЗ I-II рівнів акредитації вимагає високої професійної компетентності викладачів медичних коледжів та викладачів системи підвищення кваліфікації сестринських кадрів.

3. Спеціальна підготовка викладачів для медичних училищ наразі відсутня.

4. В ХБМК № 1 створена модель використання медсестринських кадрів в підготовці студентів зі спеціальності "Сестринська справа".

5. Необхідне створення навчально-методичного забезпечення підготовки бакалаврів медицини до педагогічної діяльності у ВМНЗ I-II рівнів акредитації.

6. Існує потреба в організації центрів післядипломної освіти молодших медичних спеціалістів на базах ВМНЗ II рівня акредитації.

7. Для набуття студентами практичних навичок з педагогіки, психології та методики викладання спеціальних дисциплін доцільно організувати навчально-педагогічну практику на базах ВМНЗ I-II рівнів акредитації.

8. Для студентів, які обрали педагогічну спрямованість майбутньої професійної діяльності, на

базі медичних коледжів організувати переддипломну педагогічну практику за спеціальною програмою.

9. Переорієнтація навчального процесу на основі медсестринської моделі можлива на базі відділень сестринського догляду ЛПУ, в яких доцільне введення посади медичної сестри-викладача, обов'язком якої було б навчання медсестринського персоналу та студентів в період проходження різних видів практики.

Таким чином, сьогодні формується система багаторівневої підготовки викладачів в системі медсестринської освіти. Подальше ефективне здійснення цього процесу потребує нормативно-правового забезпечення діяльності медичних сестер, чіткого визначення організаційних аспектів, функціональних обов'язків суб'єктів освітнього процесу, відповідних умов фінансування.

Література

1. Глотова И.Г. Проблемы управления сестринской службой и последипломное образование // Сестринское дело. – 2000. – № 6.
2. Архипов В.В., Кулакова М.Е., Демцова Л.Ю. Опыт работы по реформированию сестринского дела // Сестринское дело. – 2001. – № 6.

УДК 614.252:373.9

НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИКЛАДАЧІВ-БАКАЛАВРІВ ТА СТУДЕНТІВ-БАКАЛАВРІВ МЕДИЧНИХ КОЛЕДЖІВ ЯК ОДИН ІЗ МЕХАНІЗМІВ РЕФОРМУВАННЯ У ІНСТИТУТИ МЕДСЕСТРИНСТВА ТА ЗАПОРУКА ЯКІСНОЇ СТУПЕНЕВОЇ ВИЩОЇ СЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

Р.О. Сабадишин, В.О. Рижковський

Рівненський державний базовий медичний коледж

SCIENTIFIC RESEARCHES OF TEACHERS-BACHELORS AND STUDENTS-BACHELORS OF THE MEDICAL COLLEGES AS ONE OF THE MECHANISMS OF REFORMATION INTO INSTITUTES FOR NURSES AND GUARANTEE OF QUALITATIVE STAGE HIGHER EDUCATION FOR NURSES

R.O. Sabadyshyn, V.O. Ryzhkovsky

Rivne State Basic Medical College

У статті висвітлено шлях реформування медичних коледжів у інститути медсестринства через науково-дослідні роботи викладачів та студентів-бакалаврів.

A way of reformation of medical colleges into institutes for nurses through scientific and research work of teachers and students-bachelors is shown in the article.

Вступ. Потреба населення України в медичній допомозі росте, а сестринська справа – одна з небагатьох професій, на яку завжди є попит, у всі часи поки існує людство. Власний досвід і проведений нами аналіз літератури з сестринської справи дозволяє зробити висновок, що система підготовки медичних сестер в Україні не відповідає сучасним світовим стандартам, потребує кардинальних змін, вимагає нового концептуального підходу до вирішення проблем сестринської освіти [1, 2, 3].

Проблема кардинальних реформ у сестринській освіті назріла давно, майже з часу народження нашої держави. Реформи були покликані насамперед підготувати медичну сестру світового рівня, яка вихована на філософії сестринства, орієнтована на збереження здоров'я, профілактику захворювань, якісну та ефективну медичну допомогу хворим. Медсестра нової градації має забезпечити сучасний високо-

кваліфікований догляд, володіти методами реабілітаційних заходів та паліативної допомоги, приймати професійні рішення, проводити первинну медико-санітарну роботу, організувати якісний сестринський процес та управління-менеджмент, володіти певними навичками навчання та комп'ютерними технологіями тощо. Все це вимагає відповідного наукового обґрунтування реорганізації сестринської освіти.

Основна частина. Указом Президента України від 7 грудня 2000р. № 1313/2000 затверджена "Концепція розвитку охорони здоров'я населення України", в якій передбачено "удосконалення системи підготовки медичних сестер, розроблення та реалізація програми розвитку сестринства, розширення функцій медичних сестер відповідно до світового досвіду, що знизить потребу в лікарях у державі".

Для досягнення такої мети назріла проблема підготовки медичної сестри-бакалавра (медсест-

ра з початковою вищою освітою) на засадах ступеневої освіти (постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Положення про освітньо-кваліфікаційні рівні (ступеневу освіту)” від 20 січня 1998 р., № 65). На базі потужних медичних училищ з відповідним навчально-методичним, матеріально-технічним забезпеченням та науково-педагогічним потенціалом були створені навчальні заклади II рівня акредитації – коледжі, яких нині є 32. Разом з тим, проводилась кропітка робота зі заснування при університетах та академіях медсестринських факультетів, яких на даний час є 8 та 5 медичних коледжів в структурі університетів та академій. Всі вони покликані забезпечити медсестринство новими кадрами – бакалаврами, які в змозі вирішувати завдання сестринської справи на сьогоднішній день.

Згідно з “Концепцією розвитку охорони здоров’я населення України” МОЗ України видав наказ № 585 від 08.11.2005 р. “Програма розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр.”.

У I розділі Програми “Удосконалення підготовки молодших медичних (фармацевтичних) спеціалістів і бакалаврів медицини та необхідність приведення її у відповідність до основних принципів Болонської декларації” передбачено “розробити стандарт освіти з магістратури зі спеціальності “сестринська справа”, що забезпечить подальший розвиток ступеневої медсестринської освіти в Україні та дозволить залучати медичних сестер-магістрів викладачами вищих медичних навчальних закладів”. Отже, нині в нашій країні створені всі умови для впровадження вищої сестринської освіти за III-IV освітньо-кваліфікаційним рівнем (спеціаліст, магістр).

Варто зазначити, що у всіх країнах світу практикуючи медсестра-бакалавр (BcN) може займатися науковими дослідженнями в галузі медсестринства [1, 5, 6], продовжити навчання в магістратурі та навіть у докторантурі з метою отримати відповідний науковий ступінь (MsN, DrN), про що в Україні довгий час навіть не говорилося. На жаль, у нашій державі практикуючи медсестери-бакалаври досі не зайняли належного місця в системі охорони здоров’я, не говорячи вже про наукові дослідження в сестринській справі. Інша ситуація складається в медичних коледжах та медсестринських факультетах університетів та академій, де така робота почала розвиватися [7].

В сестринській справі назріла ситуація, коли інтеграція (реформування) ВНЗ в рамках ступеневої освіти стала необхідністю, оскільки від цього суттєво залежить рівень підготовки спеціалістів до світових стандартів, розвиток науки та становлення сестринства як самодостатнього фаху, а значить і престиж професії медичної сестри в суспільстві зростає. До речі, при порівняльному аналізі наших навчальних програм з бакалаврату з аналогічними в США та Канаді як за годинами, так і за темами, виявляється, що викладання патологічної анатомії, патологічної фізіології, пропедевтики внутрішніх захворювань, клінічної фармакології з рецептурою (і це ще неповний перелік) здійснюється у них на дуже високому рівні. А тому не дивно, що після такої підготовки медсестра-бакалавр в США та Канаді первинно оглядає пацієнта, ставить сестринський діагноз, знімає та читає електрокардіограму, виконує ряд серйозних діагностичних маніпуляцій (катетеризація магістральних артеріальних та венозних стовбурів, визначення тиску в порожнинах серця та легеневої артерії та ін.).

Ми вважаємо, що об’єднання усіх рівнів підготовки спеціалістів сестринської справи в рамках комплексу “медучилище-коледж-інститут” в одному навчальному закладі, педагогічний колектив якого знає, що і як викладати, залежно від освітньо-кваліфікаційного рівня, є виваженим і правильним. Згідно з цим, ми пропонуємо один із механізмів розв’язання проблеми ступеневої освіти “коледж – інститут”, при якому можливо законодавчо та юридично поступово створити вищий навчальний заклад III рівня акредитації – інститут медсестринства на базі коледжу, узгоджуючи цю проблему з відповідними завданнями “Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр.”. Звичайно, цей шлях непростий, але, незважаючи на об’єктивні труднощі, цілком реальний. Він стосується перш за все кадрової політики через наукові роботи як викладачів-бакалаврів коледжу, так і кращих студентів. Тут ми умовно розрізняємо II періоди.

У I період (період накопичення кадрових ресурсів) необхідно кадровий потенціал коледжу з числа викладачів-бакалаврів (стандарт освіти передбачає можливість проведення науково-дослідної роботи в галузі сестринської справи, але механізму не розроблено) та кращих сту-

дентів залучити до магістратури, про що може бути укладена відповідна угода з університетом або академією, на взірць тієї, яка укладена в рамках ступеневої безперервної освіти зі спеціальності “Фармація” між Рівненським державним базовим медичним коледжем та Тернопільським державним медичним університетом ім. І.Я. Горбачевського. У даному випадку бажана очно-заочна (заочна) форма навчання. Завершальним етапом стане затвердження тем кандидатських дисертацій з сестринської справи кращими випускниками після закінчення магістратури. Цей період, згідно з Програмою, узгоджується з відкриттям у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації магістратури зі спеціальності “Сестринська справа”, планується з розробкою стандарту освіти з магістратури та реєстрацією у МОН та ВАК України спеціальності “Сестринська справа” як спеціальності, за якою буде проводитись захист дисертацій на здобуття наукових ступенів кандидата і доктора наук, присуджуватись наукові ступені та присвоюватись вчені звання. Разом з тим, буде розроблено порядок і план написання дипломних (випускних) бакалаврських науково-пошукових робіт студентів з проблем сестринської справи (клінічне медсестринство, адміністрування та менеджмент, підготовка медсестринських кадрів) [8], методологія яких відповідатиме кандидатській дисертації з наступним її захистом перед комісією у складі викладачів коледжу, які мають ступінь кандидата (доктора) наук. Консультативну допомогу в цьому питанні та по базі даних наукових досліджень у сестринській справі можуть надати закордонні експерти [9].

Навчальним планом необхідно виділити дисципліну “Методологія наукової роботи”, яка стане підґрунтям у виконанні студентських науково-пошукових робіт. На нашу думку, вона повинна бути однією з основних форм навчання, оскільки багато з них, працюючи у лікувально-профілактичних закладах на посадах дипломованої, старшої медсестри безпосередньо стикаються з найбільшими проблемами медсестринства та сестринської освіти, розв’язання яких дозволило би покращити сестринську справу в цілому. Також це допоможе виховати творче мислення, відповідальність, вміння аналізувати та узагальнювати відоме, тобто вирішувати проблеми – всі ті риси, які необхідні сучасній медсестрі-бакалавру.

У II період (період становлення), внаслідок кадрової політики, яка буде проведена на I етапі, природничо-науковий та професійні цикли сестринської освіти, згідно з нормативними вимогами, будуть викладатись медичними сестрами з вищою освітою – магістрами, які витіснять з цих посад лікарів, оскільки у всьому світі вважається, що кваліфіковано та якісно сестринської справи може навчити тільки медсестра з вищою освітою, а не лікар. При належному науково-педагогічному складі (магістри сестринської справи), матеріально-технічній базі та фінансовому забезпеченні стане можливим створити структуру інституту сестринської освіти з призначенням на керівні посади підрозділів (кафедр природничо-наукових та професійних дисциплін, деканату) магістрів сестринської справи, розробити відповідне навчально-методичне забезпечення, план наукових досліджень тощо.

Кінцевою метою безперервної ступеневої сестринської освіти є організація належних умов для всебічного розвитку сестринської справи через вдосконалення набутих знань, становлення та розвиток науки, виховання філософії успіху та самоповаги, що при підтримці держави відкриє нові перспективи та можливості для професійного росту та ділової кар’єри 303-тисячної когорти медичних сестер України, що становить 46 % всіх зайнятих спеціалістів у галузі охорони здоров’я.

Висновки: 1. Процес реформування коледжів в інституту сестринської освіти має бути поступовий та узгоджений з положеннями “Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр.”

2. Одним із шляхів реформування може бути вирішення кадрового питання через захист кандидатських дисертацій як викладачів-бакалаврів коледжу, так і кращих студентів, які закінчать магістратуру з сестринської справи та повернуться (приступлять) до викладацької роботи.

3. Запровадити написання та захист дипломних (випускних) бакалаврських науково-пошукових робіт студентів з проблем сестринської справи, що узагальнить набуті під час навчання знання та суттєво позначиться на якості бакалаврської освіти.

4. За результатами захисту бакалаврських робіт кращим випускникам радити продовжи-

ти навчання в магістратурі з сестринської справи в рамках безперервної ступеневої освіти з подальшим захистом кандидатських дисертацій та працевлаштуванням на викладацьку роботу в інститут сестринської освіти.

Література

1. Дайджест-огляд. Проблеми та перспективи сестринської освіти – досвід Росії щодо освіти медичних сестер // Головна медична сестра. – 2005. – №4. – С.49-54.
2. Чернишенко Т.І. Медсестринська освіта в Україні і Болонський процес // Медсестринство України. – 2005. – №1. – С.5.
3. Шегедин М.Б. Медсестринство в Україні. Тернопіль.: Укрмедкнига, 2003. – 279с.

4. Сусан Женnero. Для чего нужны научные исследования в сестринском деле? // Медицинская помощь. – 1997. – №1. – С.21-24.

5. Kee C.C., Rice M. Nursing research and nursing practice – teaching the inseparable duo // West-journal Nursing Research. – 1995. – V.17, № 2 – P. 227-231.

6. Lowry L.M., Echevarria K.H. Innovative teaching of developmental themes of the elderly and the young // Nursing Education. – 1995. – V. 20, № 4. – P. 35-39.

7. Губенко І.Я., Бразалій Л.П. Наукові дослідження в медсестринстві // Здоров'я України. – 2002. – №3.

8. Перфильева Г.М. Высшее сестринское образование в России // Медицинская сестра. – 2003. – №1. – С.35.

9. Сабадишин Р.О., Трофимчук Л. Українські сестри-бакалаври в освітній програмі США: взаємовигідне співробітництво // Медсестринство України. – 2005. – №1. – С.26.

УДК 61: 378.14 (477.85)

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ЛАБОРАНТІВ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ

Т.І. Сук, О.Й. Хомко, І.Р. Пержул, П.М. Молдован

Буковинський державний медичний університет

WAYS OF TRAINING OPTIMIZATION OF MEDICAL LABORATORY ASSISTANTS IN HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS OF UKRAINE

T.I. Suk, O.Y. Khomko, I.R. Perzhul, P.M. Moldovan

Bucovynian State Medical University

У статті наведені бачення реорганізації освіти згідно з світовими стандартами за ступінчастою системою з освітньо-кваліфікаційним рівнем “бакалавр”, “магістр”.

The article adduces the ways of reorganization in education according to world standards based on academic degree system of study with educational qualification “bachelor” and “master”.

Вступ. Рівень здоров'я населення України супроводжується зростанням смертності, особливо серед осіб працездатного віку, його значною інвалідизацією, що викликає все більше занепокоєння. Тому проблема здоров'я народу повинна бути пріоритетною в державі [1] і може бути вирішена, насамперед, за рахунок покращання

підготовки висококваліфікованих медичних фахівців у вищих навчальних закладах. Діагностика захворювань, оцінка їх перебігу, прогноз, вибір правильної тактики лікування з подальшим поліпшенням якості життя пацієнта не може обходитися без використання лабораторних методів дослідження. Лікар повинен бути

© Т.І. Сук, О.Й. Хомко, І.Р. Пержул, П.М. Молдован

абсолютно впевненим у результаті проведеного аналізу, тому особливу роль відіграє якість виконаних досліджень, яка може бути забезпечена тільки фахівцями високого рівня.

Основна частина. Перші кроки реформування вищої медичної освіти в Україні зроблені у 1993 році, коли за наказом Міністерства охорони здоров'я була розпочата підготовка медичних лаборантів за освітньо-кваліфікаційним рівнем "лаборант-бакалавр медичний" у Львівському державному медичному коледжі та Буковинській державній медичній академії з терміном навчання 4 роки. При цьому перші два роки навчального плану повністю відповідали такому на медичному факультеті навчальних закладів III-IV рівнів акредитації, але з 1995 року цей план зазнав певних змін, що полягали у збільшенні годин з фундаментальних і професійно-орієнтованих дисциплін. Згідно з вимогами стандартів вищої освіти, колегами із Львівського медичного коледжу ім. А. Крупинського у 2000 році зроблена спроба створення нової моделі підготовки фахівців за освітньо-кваліфікаційним рівнем "лаборант-бакалавр" і висунута пропозиція звернутися з клопотанням до Кабінету Міністрів України щодо відновлення спеціальності "Лабораторна діагностика" за освітньо-кваліфікаційним рівнем "спеціаліст, магістр", оскільки існуючий підхід до підготовки лікаря-лаборанта з лікаря загальної практики не забезпечує ґрунтовної професійної підготовки [2]. Було запропоновано впровадити підготовку таких спеціалістів із числа фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня "бакалавр" впродовж одного року.

Сьогодні в усіх регіонах держави гостро постає питання нестачі фахівців з лабораторної діагностики. З погляду на майбутнє, з урахуванням швидкого розвитку науки і техніки, необхідності впровадження нових технологій та методів діагностики, сучасного обладнання і комп'ютерної техніки, для якісної підготовки лікарів-лаборантів, науковців, котрі б могли ґрунтовно інтерпретувати отримані результати, у вищих навчальних медичних закладах необхідно впровадити ступеневу схему освіти "3+2+1": три роки навчання за програмою підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня "лаборант-бакалавр медичний", додатково – 2 роки – лікар-лаборант медичний (освітньо-кваліфікаційний рівень "магістр, спеці-

аліст") з обов'язковим проходженням інтернатури (1 рік) із спрямуванням на підготовку спеціалістів практичної охорони здоров'я, наукових і педагогічних кадрів.

Враховуючи перспективи розвитку лабораторної діагностики доцільно: 1) при підготовці спеціалістів за освітньо-кваліфікаційним рівнем "лаборант-бакалавр медичний" збільшити кількість годин (кредитів) на вивчення "Пропедевтики внутрішніх хвороб", "Пропедевтики дитячих хвороб", "Загальної хірургії" за рахунок "Основ медсестринства та маніпуляційної техніки"; 2) такі дисципліни, як "Лабораторні основи клінічного діагнозу", "Організація та дизайн науково-дослідної роботи", що передбачені програмою, викладати на 1-2 курсі магістратури; 3) при підготовці спеціалістів освітньо-кваліфікаційного рівня "магістр, спеціаліст" впровадити професійно-орієнтовані дисципліни: "Гематологія", "Клінічна гематологія", "Сучасні лабораторні методи дослідження", "Клінічна імунологія", "Імунопатологія", "Клінічна мікробіологія", "Клінічна мікологія", "Клінічна біохімія", "Токсикологія", "Анатомічна патологія", "Прикладна гістохімія в діагностиці захворювань" тощо; 4) у весняному семестрі останнього року навчання передбачити виконання магістерської роботи з наступним її захистом.

Висновок. Для забезпечення високоякісних, сучасних методів дослідження щодо діагностики захворювань, особливо на ранніх стадіях, контролю за їх перебігом та ефективністю лікування, першочерговим сьогодні є впровадження у вищих навчальних закладах підготовки спеціалістів "лаборантів медичних" за освітньо-кваліфікаційним рівнем "магістр, спеціаліст", що, в подальшому, приведе до покращання ситуації в практичній охороні здоров'я нашої держави і, як наслідок, поліпшення стану здоров'я населення України.

Література

1. Сучасний стан здоров'я народу та напрямки його покращання в Україні. Аналітично-статистичний посібник / За ред. чл.-кор. АМН України, проф., д.мед.н. В.М. Коваленка. – К., 2005. – 140 с.
2. Шегедин М.Б., Смачило І.С. Перспективи розвитку спеціальності "Лабораторна діагностика" // Клінічна фармація. – 2002. – Т. 6, № 1. – С. 20-22.

УДК 371.147

КРЕДИТНО-MОДУЛЬНА СИСТЕМА ЯК СКЛАДОВА ОРІЄНТОВНО-ОСОБИСТІСНОГО НАВЧАННЯ

О.В. Швидкий, К.М. Тарасенко

Донецький базовий медичний коледж

CREDIT-MODULE SYSTEM AS THE COMPONENT PART OF ORIENTED PERSONAL APPROACH OF TEACHING

O.V. Shvydky, K.M. Tarasenko

Donetsk Basic Medical College

В статті аналізуються підсумки впровадження в навчальний процес кредитно-модульної системи навчання, яка сприяє становленню особистості, створенню умов для її активної пізнавальної діяльності.

The results of introduction of credit-module teaching system into educational process are being analyzed in the article. Credit-module system encourages personality formation and creation of conditions of its active and cognitive activity.

Вступ. Модернізація і інтегрування національної освіти у світовий освітній простір відповідає завданням нашого суспільства.

Освіта в Україні має відповідати сучасним вимогам щодо якості, потрібен перехід від теперішньої моделі концентрованого навчання протягом обмеженого часу до системи неперервної освіти, достатньо гнучкої, яка б відповідала швидкозмінному попиту на ринку праці [1, 2].

Реформування сучасного професійного навчання в медичних училищах і коледжах пов'язане з необхідністю засвоєння великого обсягу інформації і формування широкого спектра професійних навичок і умінь. Це вимагає переглянути організацію навчального процесу з метою раціонального використання дефіциту навчальних годин щоб покращити якість підготовки молодших медичних спеціалістів, досягти конкурентоспроможності на європейському та світовому рівнях.

Основна частина. Якість освіти пов'язана з ефективними сучасними навчальними технологіями. До таких технологій належить кредитно-модульна система навчання.

Впровадження в навчальний процес кредитно-модульної технології навчання пильно досліджується вченими та педагогами. Основні напрямки досліджень: принципи, поняття, проблеми впровадження тощо.

© О.В. Швидкий, К.М. Тарасенко

Ми розглядаємо кредитно-модульну систему як складову орієнтовно-особистісного навчання, яке передбачає систематичне формування індивідуальності.

Перед викладачем стоять проблеми: як навчити кожного студента; як краще організувати засвоєння заданої навчальної дисципліни з урахуванням розумових можливостей особистості? Нові технології навчання, а саме модульно-рейтингова система, на наш погляд, дає можливість вирішити розглянуті проблеми.

Згідно із дослідженням сучасних психологів, учні запам'ятовують таку кількість інформації:

- 10% - читаючи очима;
- 26% - слухаючи;
- 30% - розглядаючи;
- 50% - слухаючи і розглядаючи;
- 70% - під час обговорювання;
- 80% - шляхом набуття особистого досвіду;
- 90% - якщо обговорення поєднується з діяльністю;
- 95% - під час навчання інших [3].

З вищенаведеного зрозуміло, що якість навчання можна покращити за умови розвитку активної позиції студентів у навчальному процесі, коли він (студент) виступає не як об'єкт навчання, а як рівний учасник навчального процесу.

Саме впровадження в навчальний процес у коледжі кредитно-модульної системи створило

умови для пізнавальної активності студента, для саморозвитку, самоуправління, самореалізації особистості.

Кредитно-модульна система навчання – це не тільки виконання цілей Болонської декларації, а і пошук нових навчальних технологій, які повинні забезпечити якісну підготовку спеціалістів.

Перехід до цієї системи вимагав від нас розробки нових організаційних, методичних засад щодо проведення навчального процесу, перегляду методики викладання.

Аналізуючи традиційні підходи до проведення теоретичних і практичних занять, стало зрозуміло, що студентам не вистачає відкритості, прозорості з питань організації навчання. Сама організація діяльності студента була покладена тільки на викладача. Інтереси студента, якого ми навчаємо, його прагнення та запити ніхто не враховував. Вони байдуже ставилися до результатів своєї навчальної діяльності.

Це примусило нас змінити систему організації навчання, а саме:

- розширити участь студента у процесі управління освітою;
- розвивати самостійну діяльність студента;
- викликати у студентів мотивацію до самовдосконалення;
- формувати самоповагу студентів до своєї особистості;
- впроваджувати в навчальний процес принцип педагогіки співробітництва “викладач-студент”.

Таким чином, модернізація навчального процесу у Донецькому базовому медичному коледжі дає можливість застосувати навчальні технології, при яких центром стає студент, який активно вибудовує свій навчальний процес, бере участь у самокеруванні навчальною діяльністю.

Пропонуємо Вашій увазі одну із таких інформаційних технологій: кейс-технологія, яка впроваджується у коледжі. На початку вивчення модуля з предмета, студент обов'язково одержує комплект навчально-методичних матеріалів на паперових або електронних носіях інформації.

- Кейс студента містить:
- модульно-календарний план;
 - зміст програми навчальної дисципліни (за модулями, змістовими модулями);

- загальну мету вивчення модуля, змістового модуля;

- перелік головних, базових, допоміжних навичок;

- перелік запитань та завдань для контролю з кожного модуля, підсумкового модуля;

- критерії оцінювання та обліку навчальних результатів.

Для контролю з модуля рекомендуємо наступні завдання:

- мікроконтрольні роботи;

- тести;

- роботу за картками-завданнями;

- диктанти понять;

- роботу з німіми графологічними структурами;

- ситуаційні задачі;

- графічні диктанти тощо.

Завдання складаються за рівнями засвоєння знань. Студент має право обрати свій рівень, підрахувати бали і на підставі критеріїв оцінки навчання, спрогнозувати результати своєї успішності. Оцінка, яку він спрогнозував, заноситься до журналу оцінювання і обліку знань з предмета у графу “самооцінка”. Вона необхідна студенту для того, щоб встановити для себе рівень об'єктивності своєї діяльності, для чого він порівнює виставлену разом з викладачем на заняттях оцінку з оцінкою, що він спрогнозував.

Практика показала, що на перших етапах введення самооцінки, різниця між оцінками, що спрогнозували і виставили, була велика. Самооцінка була завищеною. Копітка щоденна робота викладача і студента призвела до того, що сьогодні оцінки стали однаковими, а в деяких випадках студенти їх занижують. Це свідчить про те, що вони навчаються об'єктивно оцінювати, прогнозувати свої знання.

Студенту надається право покращити результати своєї діяльності. Для цього необхідно виконати завдання вищого рівня, збільшити кількість балів, одержати кращу оцінку. Число студентів, що бажають поліпшити свої результати, у коледжі постійно збільшується. Корекція навчальної діяльності студентів свідчить про прагнення особистості до самореалізації.

Звертаємо увагу на те, що до переліку запитань модуля, змістового модуля обов'язково входять питання з позааудиторної самостійної роботи. Це дає можливість зробити самостійну

роботу обов'язковою для кожного студента, своєчасно оцінити її, занести результати до рейтингу студента.

Отже, використання в навчальному процесі модульних кейсів дає можливість студентам:

- керувати навчальною діяльністю;
- своєчасно підготуватися до опитування;
- прогнозувати результати успішності;
- враховувати свої здібності;
- формувати певну систему знань;
- психологічно бути готовим до роботи.

Більшість студентів відмічають, що робота за модульними кейсами створює "психологічний комфорт", який сприяє успішній роботі під час проведення теоретичних і практичних занять. Основу цього "психологічного комфорту" складають внутрішні потреби діяльності студента, які він здобув сам під час підготовки до занять.

УДК 61:001:614.24

МЕДСЕСТРИНСТВО ЯК НАУКОВА ДИСЦИПЛІНА

М.Б. Шегедін

Львівський державний медичний коледж ім. Андрея Крупинського

NURSING AS A SCIENTIFIC DISCIPLINE

M.B. Shehedyn

Lviv State Medical College by Andrey Krupynsky

У статті наведено визначення та завдання медсестринства як наукової дисципліни, висвітлено окремі перспективи розвитку медсестринської науки в Україні.

The article adduces the definition and tasks of nursing as a scientific discipline. It describes some perspectives of nursing development in Ukraine.

Вступ. Неухильно зростає престижність професії медичної сестри. Якщо ще донедавна медичну сестру сприймали лише як виконавця призначень лікаря, без права та арсеналу власних засобів та дій, які скеровані на поліпшення самопочуття та об'єктивного стану пацієнта, то тепер медсестринство розглядається як наукова дисципліна, а медична сестра – як професі-

Висновок. Впровадження кредитно-модульної системи в навчальний процес привело до зростання зацікавленості студентів у навчанні, збільшення їх відповідальності, бажання до самовдосконалення, об'єктивізації самооцінки.

Література

1. Гуманітаризація загальної середньої освіти. – С.У. Гончаренко, Ю.І. Мальований. – К., 1994. – 36 с.
2. Якименко Ю. Кредитно-модульна система як важлива складова інтеграції вищої освіти України до загальноєвропейського простору // Вища школа. – 2004. – № 1. – С. 50-65.
3. Сікорський П.І. Кредитно-модульна технологія навчання: Навч. посіб. – К.: Вид-во Європейського університету, 2004. – 127с.

онал, що володіє науковими знаннями та практичними навичками.

Основна частина. Використовуючи міжнародний досвід та вітчизняні традиції в охороні здоров'я, суть національного медсестринства як наукової дисципліни можна сформулювати наступним чином: медсестринство – це галузь медичної науки про потенційні та існуючі пробле-

© М.Б. Шегедін

ми в індивідуальному та громадському здоров'ї, які формуються під впливом зовнішніх та внутрішніх чинників, та про шляхи їх вирішення медичними сестрами в межах своєї компетенції в системі охорони здоров'я (соціальних служб) з метою підтримання здоров'я або поетапного надання медичної (соціальної) допомоги.

Узагальнена мета національного медсестринства полягає в реалізації науково обґрунтованих профілактичних, діагностично-лікувальних та реабілітаційних заходів, які належать до медсестринської компетенції, для забезпечення збереження та зміцнення здоров'я окремих людей і населення в цілому, оптимального рівня догляду та опіки над пацієнтами, відновлення працездатності або використання залишкової працездатності хворих.

Завданнями медсестринства в Україні, виконання яких дасть можливість досягти мети, є:

- розробка теоретичних (філософських) та організаційних основ українського медсестринства;

- аналіз діяльності медсестринських служб;
- вивчення ієрархічної структури потреб людини (мешканця України);

- визначення проблем і потреб пацієнта та розробка адекватних медико-соціальних заходів для їх вирішення і задоволення;

- забезпечення всьому населенню оптимального рівня кваліфікованої, загальнодоступної медсестринської допомоги у здійсненні профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів;

- розкриття впливу умов і чинників, які призводять до негативних відхилень у стані індивідуального та громадського здоров'я;

- санітарна освіта громадян України як складова комплексного підходу до випереджувально-профілактичних, медичних і екологічних заходів, орієнтованих на збереження та зміцнення здоров'я сучасних і майбутніх поколінь;

- науково-дослідницька діяльність з проблем вітчизняного медсестринства;

- наукова розробка національних стандартів медсестринського процесу, медсестринських послуг, діагностично-лікувальної та профілактичної допомоги;

- наукове обґрунтування найдоцільніших форм медсестринської діяльності, медсестринських втручань та визначення функцій, проведення їх реформування, реструктуризації та апробації залежно від напрямків (етапів) надання медичної допомоги, суті та стадії захворювання;

- наближення національного медсестринства до міжнародних стандартів, поєднання вітчизняних традицій у медсестринстві зі світовим досвідом;

- створення різнострокових прогнозів та планів розвитку медсестринства з метою проведення цілеспрямованих заходів щодо підтримки належного рівня здоров'я населення.

За інструменти реалізації медсестринства прийняті загальновідомі медичні технології.

Якщо донедавна наукових досліджень в медсестринстві не проводилось, то сьогодні заплановані і вже реалізуються науково-дослідницькі дисертаційні роботи з низки актуальних питань медсестринської діяльності, зокрема кадрового забезпечення, реалізації сімейної медицини тощо, що в діяльності медичних сестер країн світу здійснюється ще з 50-х років ХХ століття. Захист дисертаційних (магістерських та докторських) робіт з медсестринства в країнах Європи та світу є звичним і поширеним.

Ми ж у цьому напрямку робимо перші кроки. Але запровадження магістерського рівня в медсестринстві – це реальний наступний крок, запланований МОЗ України і близький до запровадження.

Література

1. Вороненко Ю.В., Литвинова О.Н. Менеджмент та лідерство в медсестринстві. – Тернопіль: Укрмедкнига. – 2001. – 368 с.
2. Медсестринська освіта // Медична сестра. – 2006. – № 1. – С. 17-28.
3. Шегедин М.Б., Шуляр І.А., Подносова Л.М., Дацко Л.П., Шавала О.Т. Медсестринство в терапії. – Видавнича фірма «Відродження». – 2006. – 188 с.
4. Яромич И.В. Сестринское дело. – М.: Оникс XXI век – 2005. – 463 с.

УДК 614.253.5-084:614.1/9

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПРОФІЛАКТИЦІ НАЙВАЖЛИВІШИХ ХВОРОБ, В ТОМУ ЧИСЛІ ІНФЕКЦІЙНИХ, І ПІДТРИМЦІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

I.M. Шкільна

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

ROLE OF THE NURSE IN PROPHYLACTICS OF THE MOST IMPORTANT DISEASES, INCLUDING INFECTIOUS DISEASES AND SUPPORT OF HEALTHY WAY OF LIFE

I.M. Shkilna

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

В статті йдеться про те, що сестринська справа є складовою частиною системи охорони здоров'я. Одночасно загострено увагу на профілактичних та діагностично-лікувальних аспектах діяльності медичних сестер в процесі надання медичної допомоги. На сучасному етапі слід поглибити підготовку медсестер у сфері санітарно-освітньої роботи, що сприятиме поліпшенню профілактики найважливіших захворювань, в тому числі інфекційних.

В таких умовах зростає актуальність професійної підготовки медичних сестер.

The article deals with the fact that the nursing is the component of the system of health care. Attention is simultaneously paid to prophylactics and diagnostical and medical aspects of nurses activity in the process of medical care. On a modern stage it is necessary to deepen preparation of the trained nurses on sanitary-educational work that will improve prevention of the most important diseases, including infectious diseases.

Actuality of professional preparation of nurses grows in such conditions.

Вступ. Формування в Україні ринкових відносин і реформування системи охорони здоров'я відповідно до концепції розвитку охорони здоров'я населення України (2000), вимагає, поряд з іншим, якісного перегляду змісту медсестринської освіти у напрямку її інтеграції в міжнародну систему, диференціації діяльності медичних сестер залежно від нових функцій, зумовлених новими соціально-економічними умовами, що свідчить про актуальність перетворень у медсестринстві, як складовій системі охорони здоров'я України [1].

Медсестринська освіта повинна супроводжуватись поглибленим вивченням фундаментальних медичних та нових фахових дисциплін (обстеження та оцінка стану здоров'я пацієнта, громадське здоров'я та громадське медсестринство тощо інші).

Слід поглибити підготовку медсестер у справі формування навичок санітарно-освітньої роботи, що сприятиме поліпшенню профілакти-

ки найважливіших захворювань, в тому числі і інфекційних.

Основна частина. Відомо, що проникнення досягнень науково-технічного прогресу в усі суспільні сфери значною мірою змінило спосіб життя і вплинуло на характер медичної патології. Починаючи з 60-х років ХХ ст. це стало однією з причин погіршення показників здоров'я населення України.

Проблема формування здорового способу життя значною мірою пов'язана з необхідністю підвищення рівня гігієнічної культури населення. Сучасні умови вимагають перегляду та зміни пріоритетів у справі вирішення проблем здоров'я. Досвід економічно розвинутих країн свідчить, що більш перспективний та економічно вигідніший шлях розвитку охорони здоров'я пов'язаний з широким впровадженням профілактичних технологій. Це підтверджують і результати епідеміологічних досліджень: визначальними (більш ніж на 50%) чинниками формування

© I.M. Шкільна

та зміцнення здоров'я, попередження захворювань є умови та спосіб життя.

Сьогодні з впевненістю можна сказати, що ситуація з інфекційною захворюваністю є надзвичайно складною. Щоденно в світі від інфекційних захворювань вмирає 50 тис. осіб. Із числа щорічно помираючих 12 млн. дітей в віці до 14 років, 9 млн. вмирають від інфекційних хвороб [2].

Від інфекційних хвороб щорічно страждає майже чверть населення України і наслідки цих хвороб формують ще понад третину інших захворювань. Найбільше впливають на стан здоров'я населення грип та гострі інфекції верхніх дихальних шляхів, вірусні гепатити, гострі кишкові інфекції, туберкульоз, СНІД (ВІЛ-інфекція), інші інфекції, що передаються статевим шляхом.

Серед дорослих, хворих на СНІД, особи віком від 20 до 50 років становлять 90% – «роки потенційної небезпеки» [3]. Саме з ними необхідно вести розмову про небезпеку позашлюбних статевих стосунків, пропагувати сексуальну порядність. Майбутніх матерів необхідно інформувати про високу ймовірність зараження ВІЛ-інфекцією від серопозитивних партнерів та народження хворої дитини [4]. В останні роки в Україні різко загострилась ситуація із захворюваністю на туберкульоз. Статистика свідчить, що в 3,1-36,7% туберкульоз супроводжує ВІЛ-інфекцію. Його питома вага серед хворих на СНІД за останні роки збільшилась в Україні в 3,5 рази. Основним джерелом ВІЛ-інфекції при туберкульозі є ін'єкційні наркомани. В Києві їх питома вага становить 63%, в Одесі – 50%. Особливо небезпечна ситуація в місцях позбавлення волі, де на туберкульоз хворіють 42,9% осіб з комбінованою патологією [5].

Саме ці верстви населення потребують допомоги компетентних фахівців і в першу чергу відповідно підготовлених медичних сестер з глибокими знаннями, технічною підготовкою, відповідним характером, з наявністю таких якостей, як спостережливість, терпимість, невтомність, любов до порядку, пунктуальність тощо. Тому на сучасному етапі слід поглибити підготовку медсестер у справі формування навичок санітарно-освітньої роботи в формуванні громадського здоров'я.

Однією з найважливіших ланок на шляху до здоров'я має стати науково обгрунтована система валеологічного виховання населення, на-

самперед підростаючого покоління та молоді. В зв'язку з цим пріоритетного значення набуває цілеспрямована освітня та виховна робота в дошкільних дитячих закладах, школах та інших освітньо-виховних закладах, яку мають проводити компетентні фахівці, в тому числі відповідно підготовлені медичні сестри.

В Україні до сьогодні валеологічна освіта не мала і не має характеру неперервної. Вона обмежується переважно викладом окремих розділів валеології, не скоординованих між собою, у рамках національної валеологічної освіти [1]. Складність проблеми здорового способу життя полягає в тому, що засоби її вирішення виходять далеко за межі медичної галузі. Розв'язанню цієї проблеми має сприяти прийняття, як це має місце в розвинутих країнах, національної державної науково обгрунтованої програми профілактики захворювань і підтримки здорового способу життя.

Одне з провідних місць в цій програмі повинно зайняти кадрове забезпечення спеціалістами з відповідною підготовкою з питань формування здорового способу життя. Ними можуть стати представники первинної ланки охорони здоров'я – медичні сестри, що потребує переорієнтації їх знань та вмій на профілактичні стратегії.

Висновки: 1. Сучасне реформування вітчизняної охорони здоров'я та інтеграція вітчизняної медсестринської освіти в міжнародну систему підготовки медичних сестер вимагає системного підходу до розвитку сестринської справи.

2. Процес підготовки медичних сестер вимагає не лише поглибленого вивчення фундаментальних медичних, але й нових фахових дисциплін (громадське здоров'я, громадське медсестринство тощо).

3. Медична сестра повинна займати одне з провідних місць в національній державній науково обгрунтованій програмі профілактики захворювань і підтримки здорового способу життя.

4. Необхідна відповідна підготовка медичних сестер з питань формування здорового способу життя та переорієнтація їх знань та вмій на профілактичні стратегії.

Література

1. М.Б. Шегедин. Медсестринство в Україні. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2003р. – 279 с.
2. Богдельников И.В. Умереть от инфекции – фантазии или реальная опасность? // Medicus Amicus. – 2002. – № 3. – С. 8.

3. Инфекционные болезни в поликлинической практике / Под ред. С.Н.Соринсона. – С.Пб.: Гиппократ, 1993. – 319 с.

4. М.А. Андрейчин, В.П. Борак, Н.А. Васильева, О.С. Луцук та ін. Діагностика, терапія і профілактики

інфекційних хвороб в умовах поліклініки. – Львів, 1996 р. – 255 с.

5. Мельник В.П., Леоненко О.М. ВІСІ-інфекція і СПІД при туберкульозі // Doctor. – 2003. – № 6. – С. 43-45.

УДК 317.213.8:371.671(075.8)-057.87

МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

І.П. Кайдашев, М.С. Расін, В.М. Васильєв, Н.І. Дігтяр, Л.Г. Савченко

Українська медична стоматологічна академія

METHODICAL PROVIDING OF EDUCATIONAL PROCESS IN CONDITIONS OF CREDIT-MODULE SYSTEM INTRODUCTION

I.P. Kaydashev, M.C. Rasin, V.M. Vasylyev, N.I. Digtyar, L.G. Savchenko

Ukrainian Academy of Medicine and Dentistry

Кредитно-модульна система організації навчального процесу вимагає суттєвої перебудови сучасних навчальних планів як теоретичних дисциплін, які треба поділити на дві частини: базову і клінічну, за зразком сучасного викладання фармакології та впровадження стратегії проблемноорієнтованого навчання.

Organization of educational process at credit-module system requires substantial alteration of modern curricula as theoretical disciplines, which it is necessary to divide into two parts: basic and clinical, according to the sample of modern teaching pharmacology, and introduction of the problem-oriented learning strategy.

Вступ. Головною передумовою входження України до єдиного європейського освітнього простору є впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу (КМСОНП), яка передбачає посилення ролі самостійної роботи студентів [1].

Метою впровадження КМСОНП, згідно з наказами МО та МОЗ України є підвищення якості вищої освіти і забезпечення конкурентноспроможності випускників. Адаптація ідей ECTS до системи вищої освіти України буде сприяти мобільності студентів у процесі навчання та гнучкості підготовки фахівців, враховуючи швидкозмінні вимоги національного та міжнародного ринків праці, забезпеченню можливості навчання студентів за варіативною частиною освітньо-професійної програми, що сформована за вимогами майбутнього місця

праці та сприяти його розвитку; стимулювання учасників [2].

Основна частина. Для організації навчання студентів за КМСОНП не достатньо перевести семестрові або річні плани у відповідні кредити, оскільки такий підхід можна вважати спотворенням самої ідеї цієї системи [3].

Студенти стоматологічного факультету зараз вивчають внутрішні хвороби протягом 5 семестрів 2-4 курсів за традиційною "стрічковою" схемою, яка є дуже недосконалою. Так, на 2 курсі студенти вивчають пропедевтику внутрішніх хвороб, ледве вивчивши 2 розділи фізіології: серцево-судинну систему та кров, та не маючи жодного уявлення про загальну патологію та патологічну анатомію. Майже повністю скорочений лекційний курс не дає змоги виправити ці дефекти за рахунок лекцій. Тому

© І.П. Кайдашев, М.С. Расін, В.М. Васильєв, Н.І. Дігтяр, Л.Г. Савченко

рівень засвоєння загальної та синдромної діагностики залишається дуже низьким, що заважає надалі повністю засвоїти нозологічні одиниці та невідкладну допомогу.

Вивчаючи закордонний досвід та матеріали МОЗ України, ми зробили висновок, що для справжнього переходу до КМСОНП необхідно докорінно змінити принцип викладання базових дисциплін, поєднавши їх у єдиний комплекс з вивченням терапії. При цьому вимоги терапії, як "кінцевої ланки" цього ланцюга, повинні диктувати зміст навчання на базових кафедрах [4].

Виходити треба з освітньо-кваліфікаційної характеристики (ОКХ) та освітньо-професійної програми (ОПП) лікарів-стоматологів.

Пояснити це можна на прикладі вивчення розділу гематології, який за ОКХ та ОПП вимагає від випускника вміння визначити у хворого провідні симптоми і синдроми гематологічних хвороб: анемію, геморагічні синдроми, жовтяницю, зміни кольору шкіри та слизових оболонок, лімфаденопатію, аналізувати аналіз крові, сечі та коагулограму, встановлювати попередній діагноз різних форм анемій, лейкемій, гемофілій та тромбоцитопенічної пурпури, визначати тактику ведення стоматологічного хворого при цих внутрішніх хворобах та надавати невідкладну допомогу при кровотечах.

Якщо вивчати цей розділ за модульним принципом, то необхідно протягом одного модуля повторити із курсів анатомії та гістології морфологію органів кровотворення: червоного кісткового мозку, тимусу, лімфатичної системи, селезінки та клітин крові. Із курсу фізіології – кровотворення, систему гемостазу та імунну систему. Із курсу біохімії – обмін заліза, обмін та функції вітаміну В₁₂ та фолієвої кислоти, обмін білірубину та, із курсів патанатомії та патофізіології морфологію та патофізіологію системи крові. Тоді, після вивчення загальних питань пропедевтики внутрішніх хвороб, студенти опанують всіма необхідними вимогами ОКХ та ОПП. Як організувати такий модуль та поєднати його з усіма іншими – питання не просте, але не вирішивши його ми не підвищимо якості навчання. Ми пропонуємо поділити години, відведені на вивчення базових дисциплін, на дві частини: базову, яка вивчає загальні принципи дисципліни, та спеціальну, яка викладається у конкретному клінічному модулі. Це фактично відбувається, наприклад, при

вивченні фармакології, яка на 3 курсі є загальною, а на 4-6 – клінічною. Ми пропонуємо створити курси клінічної анатомії, фізіології, біохімії тощо, які б органічно входили у модулі вивчення внутрішніх хвороб.

Другим резервом покращення підготовки студентів є використання проблемноорієнтованого навчання (ПОН). Нова стратегія передбачає дуже суттєві зміни управління навчальним процесом, психології викладачів і студентів та матеріально-технічного забезпечення.

ПОН є методом, який використовують у навчальному процесі більшість університетів Європи та США. Він був розроблений у Канаді та удосконалений у США. Сутність цього методу полягає в тому, що основною постаттю навчального процесу є не викладач, а студент. Викладач більше не є лише носієм знань, які він доносить до студентів на лекціях та семінарах. Студенти змушені самостійно активно шукати джерела знань, а роль викладача полягає в тому, щоб створити таку ситуацію, поставити перед студентами таку проблему, яка б змусила їх це робити.

ПОН виключає лекційний метод з навчального процесу. За висловом російських авторів: "Лекція – це смерть для ПОН" [3]. Це збігається з відомою статистикою, згідно з якою із найкращої лекції засвоюється від 5 до 15% інформації.

Лекційний метод та більшість практичних занять, на яких проводиться усне опитування та пояснення – це пасивні методи навчання, які не відповідають основному завданню вищої школи – навчити вирішувати проблеми, використовуючи всі доступні джерела інформації. При цьому основним джерелом в наш час повинен стати Інтернет.

Висновки: 1. ПОН стимулює роботу в групі. Оптимальною вважається група з 5-7 студентів. Вони разом вирішують поставлені викладачем проблеми.

2. ПОН привчає студента працювати в групі, розвиває навички міжособових стосунків і спільної роботи в мікросоціумі, що сприяє надалі кращій адаптації випускників до роботи в колективі.

3. Студенти вчаться з великим задоволенням, підвищується їх інтерес до предмета, що вивчається, збільшується число студентів, які займаються за даною програмою, зменшується число відрахованих студентів, встановлюються хороші стосунки з викладачем.

Література

1. Болонський процес. Перспективи впровадження в Україні // Здоров'я України. – 2005. – № 1-2. – С. 31.
2. Грубінко В.В., Бабин І.І. Нова програма вищої освіти в контексті Болонського процесу // Медична освіта. – 2004. – № 3-4. – С. 7-14.

3. Косарев І.І. Болонський процес: перспективи і предостереження // Медичинська кафедра. – 2005. – № 3 (15). – С. 167-173.

4. Медична освіта в Україні та Болонський процес: реальність і шляхи переходу до Європейського освітнього простору / Ковальчук Л.Я., Мисула І.Р., Пашко К.О. // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 21-23.

УДК 378.147.096:615.15:615.2/3] – 071

ДЕЯКІ МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ СТУДЕНТАМ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ: КУРАЦІЯ ХВОРИХ ТА НАПИСАННЯ ПРОТОКОЛУ З БЕЗПЕЧНОГО ТА ЕФЕКТИВНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

І.М. Білай, Б.А. Самура, Б.Б. Самура

Запорізький державний медичний університет, Національний фармацевтичний університет

SOME METHODOLOGICAL APPROACHES TO TEACHING PHARMACOTHERAPY FOR STUDENTS OF PHARMACEUTICAL DEPARTMENT: PATIENTS' MANAGEMENT AND MAKING-UP HISTORY CASES CONCERNING SAFE AND EFFECTIVE USAGE OF DRUGS

I.M. Bilay, B.A. Samura, B.B. Samura

Zaporizhzhian State Medical University, National Pharmaceutical University

У праці показано значення курації хворих студентами фармацевтичного факультету і написання ними протоколу фармакотерапії для поліпшення засвоєння розділів фармакотерапії та відпрацювання практичних навичок з ефективною та безпечною лікарською терапією.

The significance of patients' management by the students of pharmaceutical department and making-up the history case on pharmacotherapy for improvement of studying such science as pharmacotherapy and mastering practical skills for effective and safe therapy is shown in this article.

Вступ. Сучасна фармакологія є напрямком клінічної медицини, що постійно розвивається, розробляючи науково обґрунтовані принципи лікування хворих за допомогою лікарських препаратів [1].

Головною метою у вивченні дисципліни є ознайомлення майбутніх провізорів із принципами медикаментозної терапії окремих нозологічних груп, що сприяє підвищенню професійної

підготовки фахівців, відіграє велику роль в забезпеченні ефективного і безпечного використання лікарських препаратів.

З метою поліпшення засвоєння розділів курсу фармакотерапії і відпрацювання практичних навичок з раціонального вибору препаратів, режиму дозування, складання комбінацій лікарських засобів, забезпечення контролю ефективності медикаментозної терапії і безпеч-

© І.М. Білай, Б.А. Самура, Б.Б. Самура

ності лікування на заняттях триває робота з хворими та оформлення, що вже стало традиційним, протоколу вивчення ефективності і безпечності лікарських засобів [2].

Викладач визначає кожному студенту хворого, яким він займається на практичних заняттях. Цю роботу узагальнюють у вигляді так званого протоколу фармакотерапії за схемою, представлену в окремих методичних рекомендаціях [3].

Основна частина. Мета праці – показати значення курації хворих студентами фармацевтичного факультету і написання ними протоколу ведення хворого та проведення раціональної і безпечної фармакотерапії в клінічній лікарні.

За родом своєї діяльності провізор безпосередньо контактує з хворими, допомагає їм у виборі лікарських засобів (безрецептурна група препаратів); при необхідності надає першу медичну допомогу, бере участь в контролі ефективності та безпечності фармакотерапії окремого хворого. Наразі високі вимоги до рівня підготовки провізорів в галузі фармакотерапії диктують постійну необхідність у розвитку навичок деонтологічного спілкування з хворими, вмінні зібрати анамнез хворого з метою складання раціональної схеми проведення безпечної фармакотерапії.

На заняттях викладач підкреслює, що головним обов'язком провізора є турбота про здоров'я хворого. Хворий шукає допомоги, співчуття, тактовності. Більшість хворих відчують жах, тривогу. Їх проблеми дуже часто виражаються в скаргах.

Іноді провізор стикається з пацієнтом, який викликає у нього сильну негативну емоційну реакцію. Необхідно контролювати свою поведінку, оскільки інтереси хворого є пріоритетними в будь-яких випадках.

Викладач особливо підкреслює необхідність дотримання медичної таємниці щодо інформації про стан здоров'я хворого.

При написанні протоколу необхідно враховувати всі факти життя хворого, які мають медичне значення. Бажано, щоб перелік скарг вівся на підставі власних слів хворого. Ставити навідні питання слід обережно, не зумовлюючи відповіді на них. У спілкуванні з хворим не допускають грубість, зневажливе ставлення.

Серйозною деонтологічною помилкою провізора є обговорення при хворому призначень лікаря. Дуже часто такі зауваження є непрофе-

сійними і істотно порушують взаємини пацієнта з медичними працівниками взагалі. Це може стати причиною відмови від необхідного лікування і вплинути на захворювання. У разі виявлення дійсних помилок в призначенні слід інформувати про це адміністрацію відповідної лікувальної установи, а пацієнту м'яко відмовити у відпусканні даних ліків, пославшись на необхідність деяких уточнень. Провізор завжди повинен пам'ятати про свою високу відповідальність перед пацієнтом і наслідки необдуманих висловів.

Пристаюючи до курації хворих, студентам слід дотримуватись таких правил поведінки в клінічній лікарні:

- не використовувати косметичні засоби з різким запахом, парфумерію, оскільки у хворих, схильних до алергічних реакцій, це може спричинити появу симптомів;
- у разі наявності у куратора “простудного захворювання” обов'язкове носіння маски;
- одягатися охайно і скромно, халат повинен бути застебнутий;
- не палити в приміщеннях лікарні, не сміяти, не поводитися зухвало, не розмовляти голосно;
- неприпустиме обговорення медичної інформації, одержаної від пацієнтів, із сторонніми, в транспорті тощо.

План написання протоколу

I. Загальні відомості про хворого (паспортні дані).

Прізвище, ім'я, по батькові. Дата і рік народження. Стать. Професійний шлях. Дата прийняття в клініку. Дата виписки з клініки.

II. Скарги.

Доладний опис скарг пацієнта під час курації та прийняття в стаціонар.

III. Опитування по системах.

1. Загальний стан: слабкість, підвищення температури, озноби, набряки, свербіння, жовтяниця, зміни з боку органів руху тощо.
2. Органи дихання: носові кровотечі, стан нюхової функції, кашель, задишка, болі в грудях тощо.
3. Серцево-судинна система: серцебиття, болі в ділянці серця тощо.
4. Органи травлення: диспептичні явища, тяжкість і болі в животі тощо.
5. Печінка: болі в правому підребер'ї, їх характер тощо.

6. Сечостатева система: болі в ділянці нирок. Сечовий міхур – відчуття тяжкості в надлобковій ділянці, сечовипускання – безболісне, вільне тощо.

7. Нервова система: настрої спокійний або дратівливий, апатія, пам'ять, сон, головні болі тощо.

8. Органи чуття: зір, слух тощо.

IV. Анамнез хвороби.

Студент уточнює, коли пацієнт відчув нездужання. Захворювання почалося гостро або поступово. Що, на думку хворого, стало причиною захворювання. Чи звертався до лікаря і коли або лікувався самостійно. З'ясувати, які лікарські препарати приймав хворий для лікування. Якщо лікувався в стаціонарі, то виписався з погіршенням чи ні. Коли і з яких скарг почалося останнє погіршення самопочуття і у зв'язку з чим (причина) і т.д.

V. Анамнез життя.

У цьому розділі відображається життєвий шлях хворого, трудова діяльність, наявність професійних шкідливостей, режим праці. Наголошуються перенесені у минулому захворювання, залишкові явища після них. Особливу увагу звертають на туберкульоз, часті ангіни, "простудні захворювання", вірусний гепатит, шкідливі звички, спадкові захворювання у батьків і найближчих родичів.

VI. Алергологічний та лікарський анамнез.

Ретельно збирається і алергологічний анамнез: алергічні реакції на лікарські засоби (вказати які), харчові і природні речовини, форма появи алергічних реакцій (анафілактичний шок, алергічний висип, її характер, набряк Квінке і т.д.), вказується, яке лікування проводилося у зв'язку з алергічною реакцією, його ефективність.

З'ясовують і описують алергічні реакції на ліки, харчові продукти та інші речовини, що мали місце в анамнезі.

VII. Дані об'єктивного дослідження.

Об'єктивні дані, отримані лікуючим лікарем і записані в історію хвороби, детально описуються студентом в протоколі. В кінці цього розділу дається докладний опис суті, механізму виникнення, клінічного значення виявлених лікарем фізикальних характеристик й симптомів.

VIII. Додаткові дані методів дослідження з інтерпретацією результатів.

Наводяться результати лабораторних та інструментальних методів дослідження з обо-

в'язковою їх оцінкою (норма, патологічні зміни – в чому вони полягають).

Особлива увага приділяється оцінці органів, що визначають фармакокінетику: печінки (печінкові проби – білірубін, тимолова проба, АЛТ, АСТ, альбумін), нирок (рН сечі, клубочкова фільтрація і канальцева реабсорбція, креатинін, сечовина крові, проба за Зимницьким). При виявленні патологічних змін висловлюється думка про можливий їх вплив на фармакокінетичні процеси і фармакодинаміку ліків.

IX. Клінічний діагноз з описом етіології, патогенезу, клінічних проявів, принципів лікування виявлених лікарем захворювань.

(Діагноз переноситься з історії хвороби)

Якщо лікар-куратор діагностував, наприклад, ревматизм, то студент повинен описати в протоколі наступне:

1. Визначення: ревматизм – це системне запальне захворювання сполучної тканини з переважними розладами серцево-судинної системи.

2. Етіологія: β-гемолітичний стрептокок групи А. Атака ревматизму часто розвивається після гострої носоглоткової стрептококової інфекції. У крові хворих підвищується титр протистрептококових антитіл.

3. Патогенез: у механізмі розвитку захворювання провідну роль відіграють імунні порушення. Результатом дії імунологічних механізмів є розвиток запалення, опосередкованого лімфомонокінінами, хемотаксису.

4. Клінічна картина: після перенесеної стрептококової ангіни (іноді через 2-3 тижні) виникає поліартрит, ознаки міокардиту, ревматична хорея. Далі слід описати клінічні синдроми ревматизму.

5. Принципи лікування і профілактики: антистрептококові антибіотики (бензилпеніцилін, еритроміцин і т.д.), нестероїдні протизапальні препарати (індометацин, бруфен і т.д.), базисні засоби (делагіл, плаквеніл).

Первинна профілактика: загартування організму. Своєчасне лікування стрептококової інфекції.

Вторинна профілактика: біцилін-5 по 1 500 000 ОД щомісячно протягом 3-5 років.

X. Фармакотерапія.

Студенти описують напрямки лікарської терапії (етіотропна, патогенетична, симптоматична). Аналізуються призначені хворому препарати, виділяються базисні. Описуються їх ос-

новні фармакодинамічні ефекти і фармакокінетичні особливості.

XI. Побічна дія препаратів.

Перераховуються небажані ефекти, властиві призначеним лікам. Якщо фармакотерапія супроводжувалася появою небажаних ефектів, то з'ясовується можлива причина їх виникнення і механізм розвитку ефектів в конкретній ситуації.

XII. Оцінка характеру можливих взаємодій препаратів.

Шляхом попарного зіставлення препаратів, які призначені хворому, оцінюється можливість та вірогідність їх взаємодії. Уточнюється характер взаємодії (синергізм, антагонізм, індиферентність) і механізм: фізико-хімічні (у шприці, інфузаті), фармакокінетичні (при всмоктуванні, зв'язок з білками плазми, в процесі біотрансформації, елімінації), фармакодинамічні (конкуренція за рецептори, вплив на медіатори, зміну чутливості рецепторів), фізіологічні (дія на різні органи і тканини, тотожні частині однієї і тієї ж фізіологічної системи).

Пропонуються заходи профілактики можливих небажаних ефектів взаємодії лікарських засобів.

Можливі взаємодії препаратів представляють у вигляді таблиці:

№ за/п	Лікарські засоби, які вступають у взаємодію	Тип та механізм взаємодії	Результат взаємодії

XIII. Вибір параметрів оцінки ефективності і безпечності фармакотерапії.

На основі знання індикаторів, що надійно характеризують перебіг патологічного процесу, і ясно розуміння мети лікування визначаються достовірні параметри оцінки ефективності фармакотерапії хворих в конкретній клінічній ситуації.

Параметри безпечності призначеної фармакотерапії формулюються на підставі даних про

можливі небажані ефекти лікарських засобів, що приймаються.

XIV. Щоденники динамічного контролю ефективності і безпечності фармакотерапії.

На основі щоденної реєстрації вибраних параметрів ефективності у вигляді графіка або таблиці відображається динаміка змін цих показників в ході медикаментозної терапії.

Звертається увага на: адекватність добової дози; адекватність разової дози і кратність прийому; вираженість і достатність ефекту на день обстеження; наявність небажаних ефектів препаратів, які використовують.

XV. Виписати призначені хворому препарати у вигляді рецептів.

Оформлені протоколи фармакотерапії захищаються студентами на заняттях.

Висновок. Робота студентів фармацевтичного факультету із хворими і написання ними протоколу фармакотерапії значно поліпшує засвоєння розділів курсу фармакотерапії і сприяє поліпшенню практичних навичок з раціонального вибору препаратів, режиму дозування, складання схеми лікування, забезпечення контролю ефективності медикаментозної терапії і безпеки лікування.

Література

1. Фармакотерапія / Самура Б.А., Мала Л.Т., Дунаєв В.В. та ін. – Х.: Вид-во НФАУ: Золоті сторінки, 2003. – 264 с.
2. Методичний посібник для практичних занять з фармакотерапії для студентів фармацевтичного факультету / Дунаєв В.В., Крайдашенко О.В., Білай І.М. та ін. – Запоріжжя, 2004. – 104 с.
3. Методичні рекомендації щодо складання протоколу ведення хворого, проведення раціональної і безпечної фармакотерапії в клінічній лікарні (для студентів фармацевтичних вузів і факультетів) / Дунаєв В.В., Крайдашенко О.В., Білай І.М. та ін. – Запоріжжя, 1999. – 10 с.

УДК 613.(07.07)(430)

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ГІГІЄНИ У НІМЕЧЧИНІ

О. Деміховська

Берлін, Росток (Німеччина)

FEATURES OF TEACHING OF HYGIENE IN GERMANY

O. Demikhovska

Berlin, Sprout (Germany)

Розкрито суть викладання предмета в Інституті гігієни та медицини довкілля при Берлінському медичному Університеті «Charite» (Німеччина). Відзначено, що лікар-гігієніст у Німеччині одержує більш тривалу освіту і має не тільки формальне, але й моральне право контролювати дії практикуючих лікарів. Він надає кваліфіковані консультації, що впливають не тільки з інструктивних вказівок, а й з реальної ситуації у конкретній лікарні, базуючись на власному досвіді і додаткових знаннях щодо профілактики інфекційних хвороб та хвороб, пов'язаних із забрудненням довкілля.

Essence of teaching of object is exposed in Institute of hygiene and medicine of environment at Berlin medical University «Charite» (Germany). It is noted, that a doctor-hygienist in Germany gets more protracted education and has a right to control actions of practicing doctors not only formal, but also moral. He gives skilled consultations, that follow from the instructional pointing not only, and from the real situation in a concrete hospital, being based on own experience additional knowledges in relation to the prophylaxis of infectious diseases and illnesses related to contamination of environment.

Вступ. У курсі медичної освіти майбутніх лікарів гігієна завжди займала почесне місце. Йдеться не тільки про лікарів санітарно-гігієнічного профілю, що їх готували для діяльності в системі санітарно-гігієнічної служби, для яких гігієна та її розгалуження були профілюючими предметами, але й про лікарів загального профілю. Проте у системі медичної освіти України, як і усіх пострадянських держав, гігієна була й залишається дещо відокремленою від клінічних предметів. Це обумовлено насамперед тим, що в наших медичних вузах, навіть після реформи медичної освіти, що майже скасувала надмірну спеціалізацію переддипломної підготовки лікарів, викладається, насамперед, гігієна довкілля та соціальна гігієна. Лікарняна гігієна, гігієна інвазивних втручань, профілактика внутрішньолікарняних інфекцій, на жаль, розчинилися у загальноклінічних предметах, насамперед, у хірургії. Під назвою асептики та антисептики студенти знайомляться з гігієною інвазивних втручань у циклі пропедевтики, тобто на етапі першого знайомства з хірургією (1-2-й клінічний семестр). Закладене зі студентської лави уявлення про гігієну, як дещо зовнішнє, обтяжливе, що не стосується повсякденної

клінічної практики, на жаль, залишається в розумінні наших лікарів й надалі. Звісно, практика функціонування системи медичного забезпечення, включаючи відокремлену санітарно-епідеміологічну службу, що склалася в Україні з радянських часів, визначає й певну структуру та зміст медичної освіти.

Основна частина. Підготовка лікарів у Німеччині, про яку йдеться, здійснюється медичними факультетами університетів або вищими медичними школами і триває протягом 10 семестрів. За умови успішного складання першої частини лікарського екзамену після 4-го семестру (доклінічні, теоретичні предмети), студент продовжує навчання ще 3 роки (5-10-й семестр). Потім розпочинається багатопрофільна практика протягом року, після чого студент має право на складання другої частини лікарського іспиту або державного екзамену (Approbation) в Лікарській колегії (Arztelkammer) відповідної федеральної землі. Термін складання цього іспиту претендент на звання лікаря визначає самостійно. Між закінченням вузу і складанням іспиту може пройти чимало часу. Для тих, хто закінчив навчання, але не склав іспит, є можливість працевлаштування асистентом лікаря. Проте складан-

ня лікарського екзамену – головна мета людини, яка обрала собі цей фах. За бажанням лікар може пройти подальшу спеціалізацію, яка передбачає відповідну теоретичну підготовку і зазвичай декілька років практики за обраним фахом. Після ще одного екзамену в Лікарській колегії він одержує звання лікаря-фахівця (Facharzt).

Таким чином, теоретична підготовка у вузі та власне державні іспити з метою отримання звання лікаря можуть бути значно розірвані між собою у часі. З одного боку це змушує майбутнього лікаря постійно самостійно навчатися після закінчення університету. З другого, призводить до того, що якихось загальних, уніфікованих для усіх вузів програм або правил у Німеччині не існує. Звісно, є провідні науково-педагогічні колективи, авторитет яких підтримується завдяки активності у науковій діяльності, виданні підручників, або методичних рекомендацій. Проте остаточно кожний університет самостійно вирішує питання змісту і розкладу навчання своїх студентів.

Провідним, найбільш авторитетним закладом, де визначається зміст викладання гігієни у німецьких вузах, без сумніву, є Інститут гігієни та медицини доккілля при Берлінському медичному Університеті “Charite”, очолюваний професором Геннігом Рюденом (H. Rueden). Він же очолює й Національний референсний центр контролю за нозокоміальними інфекціями. Перебуваючи на стажуванні в цьому вельми авторитетному закладі, автор змогла особисто познайомитися з чіткою організацією багатопланової роботи і титанічною працездатністю колективу Інституту гігієни. Мету і зміст викладання гігієни, як навчального предмета у медичному вузі, колектив, очолюваний професором Рюденом, сформулював наступним чином [1]:

Мета – впровадити принципи доказової медицини у галузі профілактики інфекційних хвороб з метою обґрунтування та класифікації різноманітних профілактичних рекомендацій та послідовного впровадження цих рекомендацій у практику.

Після закінчення курсу гігієни студент

- повинен знати:

1) методи розпізнавання інфекцій та боротьби з ними;

2) найважливіші шляхи передачі нозокоміальних інфекцій та методи її запобігання (дистанціювання, дезінфекція, стерилізація);

3) особливості проведення профілактичних заходів серед різних груп пацієнтів і при різних умовах.

- повинен вміти:

1) свідомо і грамотно застосовувати миття та дезінфекцію рук, виконання усіх інвазивних медичних процедур у медичних рукавичках, масках, захисному медичному одязі;

2) мати гігієнічні навички стерильного проведення таких частих і профілактично важливих процедур, як зміна пов'язки, інтубація трахеї, встановлення катетера сечового міхура та центральних венозних катетерів.

Практичні навички студенти засвоюють на муляжах, використовуючи при цьому одноразовий стерильний одяг, інструменти, перев'язувальний матеріал (фото 1). У Німеччині переддипломна підготовка лікарів здійснюється у 37 закладах освіти (університетах і вищих медичних школах). У 18 університетах гігієну викладають фахівці класичних Інститутів з гігієни та медицини доккілля¹.

16 університетів мають спеціалізований підрозділ з гігієни в Інститутах медичної мікробіології та гігієни. У двох вищих медичних школах є кафедри при Інститутах виробничої (соціальної) медицини та гігієни. Далі наводяться дані опитування 35 вищих медичних навчальних закладів щодо викладання гігієни [2].

У Берліні гігієну викладають на 5 клінічному семестрі, як і у ще 15 медичних вузах із 35 опитаних (46 %). В інших університетах студенти знайомляться з гігієною не раніше 3-го клінічного семестру (9, 26 %), але не пізніше 6-го семестру (3, 8 %). Викладання гігієни в різних медичних вузах Німеччини відрізняється також за змістом і формою. Більшість вузів (29, 83 %) головну увагу приділяють лікарняній гігієні, у ракурсі, що пропонує колектив професора Рюдена. Проте майже у половині з опитаних вузів (46 %) досить ґрунтовно викладають майбутнім лікарям гігієну доккілля. У 10 університетах в курсі гігієни приділяють особливу увагу теорії та практиці щеплень, а ще в чотирьох – медицині доккілля. Лекційна форма подачі навчального матеріалу використовується у всіх 35 опитаних медичних вузах. Практичні заняття з гігієни

¹ Інститут німецького університету за розміром і функціями нагадує кафедру українського вузу: навчає студентів за відповідним фахом, виконує наукові розробки, хіба що має більше самостійності у фінансовій сфері.

пропонують студентам тільки 26 університетів. 14 вузів проводять семінари, а ще 10 – екскурсії. Останні роки деякі університети у викладанні гігієни застосовують таку форму семінарських занять, як проблемно-орієнтоване навчання (POL). Студенти, поділені на групи по 4-5 осіб, заздалегідь одержують за темою заняття детальний опис клінічних випадків, включаючи анамнез, результати об'єктивного, лабораторного та інструментального обстежень одного або групи пацієнтів. Користуючись підручниками, рекомендованими сайтами Інтернету, лекційними матеріалами студенти готують доповідь стосовно заданого випадку. Під час семінару під керівництвом викладача йде розбір 4-5 клінічних випадків. Особлива увага приділяється диференційному діагнозу, плануванню подальшого обстеження пацієнта, а також організації профілактичних заходів з метою запобігання інфекційному захворюванню, або хворобі, що пов'язана із забрудненням довкілля токсичними або шкідливими речовинами.

Особливого значення лікарняній гігієні надав новий закон про профілактику інфекційних хвороб (Infektionsschutzgesetz), прийнятий німецьким урядом і введений до дії у січні 2001 року [3]. Зокрема, параграф № 23 цього закону уповноважив лікувальні заклади організувати нагляд за нозокоміальними інфекціями, передусім у місцях з підвищеним ризиком їх виникнення (наприклад, палати інтенсивної терапії), а також ресструвати небезпечні мультирезистентні шпитальні мікроорганізми. Не в останню чергу завдяки цьому закону у переліку лікарських спеціальностей Німеччини відносно нещодавно

з'явився фах лікаря-гігієніста, проте йдеться виключно про лікарняну гігієну. Функції лікаря-гігієніста полягають у кваліфікованих консультаціях стосовно лікарняних інфекцій. Власне, він є радником головного лікаря (медичного директора) із спеціальних питань. Для цього він після 4-5 років вивчення загальної медицини в університеті або вищій школі має одержати 4-річну освіту з гігієни та медицини доквілля, з подальшим стажуванням протягом року як помічник анестезіолога, хірурга, гінеколога, інтерніста або педіатра, лікаря загальної практики, лікаря гігієни доквілля, токсикології та фармакології, або півтора року стажування з мікробіології та шпитальної епідеміології.

Висновок. Лікар-гігієніст у Німеччині одержує більш тривалу освіту і має не тільки формальне, але й моральне право контролювати дії практикуючих лікарів. Він надає кваліфіковані консультації, що впливають не тільки з інструктивних вказівок, а з реальної ситуації у конкретній лікарні, базуючись на власному досвіді і додаткових знаннях щодо профілактики інфекційних хвороб та хвороб, пов'язаних із забрудненням довкілля.

Література

1. Gastmeier P., Rueden H. Die Lehre in der Krankenhaushygiene: Mehr als nur Wissensvermittlung? // Hyg. Mikrobiol. – 2000. – № 2. – P. 24-26.
2. Chaberny I., Gastmeier P. Eine Bestandsaufnahme zur Lehre im Fach Hygiene // Hyg. Mikrobiol. – 2002. – V. 6, № 2. – P. 61-63.
3. Gastmeier P., Geffer C., Hansen S. and an. Surveillance von Krankenhausinfektionen und das neue Infektionsschutzgesetz // Klinikarzt. – 2001. – V. 30, № 7-8. – P. 200-204.

УДК 378.1

ДОСВІД ОСВОЄННЯ АЛГОРИТМІВ ПРИ ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ ДО ПРАКТИЧНООРІЄНТОВАНОГО ІСПИТУ З ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Л.Д. Чулак, М.В. Кушнір, В.Г. Шутурмінський

Одеський державний медичний університет

EXPERIENCE OF MASTERING ALGORITHMS IN STUDENTS' TRAINING FOR PRACTICE-ALIGNED FINAL STATE EXAMINATION IN ORTHODONTICS

L.D. Chulak, M.V. Kushnir, V.H. Shuturminskiy

Odessa State Medical University

Черговим етапом реформи вищої медичної освіти в Україні стали професійноорієнтовані іспити. Першими досвід практичноорієнтованих державних іспитів отримали стоматологічні факультети вищих медичних закладів. В статті описано досвід підготовки до такого іспиту на кафедрі ортопедичної стоматології Одеського державного медичного університету.

Regular step of reform of higher medical education in Ukraine is practice-aligned final state examinations. The students of dental faculties of Higher Medical School were the first to gain the experience of such exams. The experience of training for this exam at the orthodontics department of Odessa State Medical University is represented in the article.

Вступ. Медична освіта в Україні реформується з метою інтеграції у загальноєвропейську структуру медичної освіти [1, 2]. Реформа вітчизняної медичної освіти на перших етапах торкнулося випускних державних іспитів, які у минулі роки не відповідали критеріям прозорості, практичного орієнтування.

Саме тому в 2003, 2004 роках відбулися перші практичноорієнтовані іспити зі стоматологічних дисциплін [3].

Однією із складових проведення подібних іспитів є виконання студентами-випускниками певних фантомних та клінічних маніпуляцій, що включені до мінімального об'єму навичок, яких вимагає освітньо-кваліфікаційна характеристика студента-стоматолога зі спеціальності 7.110106 – стоматологія [4].

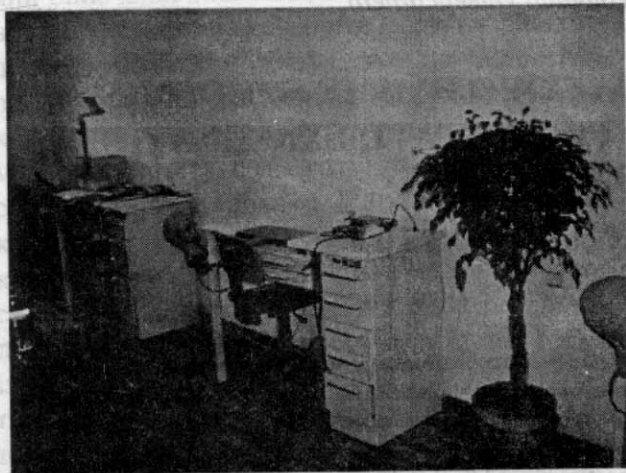
Основна частина. Для спрощення та уніфікації, а також для збільшення прозорості і контролю оцінки знань та умінь випускника всі фантомні навички (а це 90% навичок освітньо-професійної програми) викладені у вигляді алгоритмів [5], де чітко, у вигляді протоколів дій, сформульовані основні маніпуляції, які має виконати студент під час проведення іспиту.

При формуванні збірника алгоритмів кафедрою Одеського державного медичного університету ми базувалися на певних міркуваннях:

- Оптимальне групування найбільш значимих мануальних навичок освітньо-професійної програми;
- Виділення мінімуму вирішальних етапів з урахуванням хронометрії виконання навички;
- Чіткість мотивації та конкретність фантомного та інструментального забезпечення виконання алгоритму;
- Протокольність виконання практичної навички;
- Сучасність матеріалів та методик, що виносяться на іспит.

Алгоритми розподілені за основними нозологічними одиницями. Так, алгоритми розділу бюгельного протезування побудовані за принципом виділення задач паралелометрії при роботі з діагностичними моделями. У розділі повного знімного протезування алгоритми побудовані за принципом виділення основних етапів за визначенням центральної оклюзії. Це дозволяє поділити всі ознаки на три основні групи.

Підготовка студентів проводиться в стоматологічній клініці Одеського державного медичного університету в окремому приміщенні фантомного Центру, спеціально створеного для курсу клінічної фантомної підготовки, загальною площею 57,6 м², що дозволяє одночасно працювати до 25-30 студентів (академічна група) (рис.1).



В цьому Центрі обладнано робочі фантомні місця, оснащені досить практичним обладнанням – мікромотори, наконечники, набори борів та стоматологічного інструментарію. Також навчальні кімнати оснащено фантомами власного виробництва, що імітують щелепи людини. Робочі місця студентів компактні та максимально наближені до клінічних умов.

Для вдосконалення педагогічного процесу ми рекомендуємо використовувати відеокамеру, приєднану до комп'ютера чи просто до телевізора. Це дозволяє контролювати та фіксувати на плівку чи електронний носій точність, акуратність та правильність виконання навичок кожним студентом, що значно підвищує прозорість та об'єктивність проведення випускного іспиту.

Висновок. Досвід підготовки та проведення такого типу іспиту довів, що ця робота студентів не тільки вносить певний творчий момент до підготовки до занять але й сприяє більш успішному засвоєнню теоретичного матеріалу.

Література

1. Nattestad A. Secretary General's Report of 31st ADEE Annual Meeting // Newsletter of ADE in Europe. – June 2005. – V. 1.
2. М.З. Згуровський. Болонський процес – структурна реформа вищої освіти на європейському просторі // <http://ntu-kpi.kiev.ua/education/charta.html>.
3. Бабанін А.А., Дудар Л.В. Сучасний стан впровадження реформи медичної освіти в Кримському державному медичному університеті ім. С.І. Георгієвського // Медична освіта – № 2 – 2001
4. Освітньо-професійна програма підготовки спеціаліста з напрямку Медицина, спеціальність – 7.110109 – “Стоматологія”.
5. Збірник алгоритмів практичних навичок і вмінь до практично орієнтованого державного іспиту за спеціальністю 7.110106 “Стоматологія”. Навч. посібник/ Л.Д. Чулак, К.М. Косенко, А.Г. Гулюк та ін.; За заг.ред. Л.Д. Чулака. – Одеса: Одес.держ.мед.ун-т, 2004 – 2004.

УДК 616.126.421

РИТМ ПЕРЕПІЛКИ ПРИ МІТРАЛЬНОМУ СТЕНОЗІ: КОМПОНЕНТ, ЯКОГО НЕ ВИСТАЧАЄ

Б.Г. Бугай, С.М. Андрейчин, Т.Ю. Чернець

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

“COERNICI” RHYTHM AT MITRAL STENOSIS: COMPONENT TO BE INSUFFICIENT

B.H. Buhay, S.M. Andreychyn, T.Yu. Chernets

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Як ми знаємо, головним аускультативним симптомом мітрального стенозу є діастолічний шум на верхівці серця. Але, відповідно до наявних стереотипів, він не належить до компонентів ритму перепілки, хоча при аускультатії серця таких пацієнтів його не можна відлифференціювати від аускультативних феноменів, властивих цій ваді серця. Саме тому ми спробували запобігти виникненню непорозумінь в процесі вивчення цього розділу семіотики.

As we know, cardinal auscultative symptome of mitral stenosis is diastolic murmur of heart apex. But, according to available stereotypes it does not belong to certain components of “coernici” rhythm, although at heart auscultation of such patients it can't be separated from auscultative heart phenomena to be typical for this heart defect. That's why we tried to prevent misunderstanding in learning process of this section of semiotics.

Вступ. Якість вищої освіти має виняткове значення для успішного розвитку будь-якої держави. Рівень інтелектуального потенціалу кожної держави повністю залежить від якості вищої освіти, котра є найважливішим чинником її економічної і політичної самостійності [1].

Водночас відбуваються процеси європейської інтеграції, котрі охоплюють щораз більше сфер життєдіяльності людини. Не стала винятком й освіта, особливо вища. Україна чітко визначилася з входженням в Європейський освітній простір і здійснює модернізацію навчальних програм та методологічних підходів до їх реалізації в контексті інтеграції з врахуванням кращих особливостей національної науки і педагогіки [2, 3]. Це особливо стосується медицини, зокрема однієї з її провідних ланок – кардіології, оскільки захворювання серцево-судинної системи належать до найпоширеніших майже в усіх країнах світу, в тому числі й в Україні, де щороку 75 000 осіб стають новими пацієнтами з приводу кардіоваскулярної патології. А загалом від серцево-судинних захворювань в Україні щороку помирають понад сорок тисяч хворих, що складає більше ніж 60 % від загальної смертності населення нашої держави. Таким чином,
© Б.Г. Бугай, С.М. Андрейчин, Т.Ю. Чернець

проблема захворювань серцево-судинної системи є не тільки медичною, але й соціальною. Із широкого спектра завдань, спрямованих на подолання цих недуг, постає також необхідність підготовки висококваліфікованих лікарів, які добре обізнані з сучасними методами діагностики, лікування та профілактики цієї патології. У цьому контексті вміння на основі аускультативних даних верифікувати вади серця має важливе значення у наступних лікувально-профілактичних заходах, що визначаються для того чи іншого пацієнта [4].

Основна частина. У здорових людей до кінця діастолі ліве передсердя повністю звільняється від крові, а лівий шлуночок наповнюється належним їй об'ємом. З першими проявами систоли шлуночка мітральний клапан “спливає” і його стулки м'яко і повністю змикаються.

При мітральному стенозі внаслідок дуже високого градієнта тиску між дуже переповненим лівим передсердям та шлуночком з початку діастолі мітральний клапан швидко розкривається під тиском сильного струменя крові, що спричиняє в зазначеній послідовності появу тону відкриття (кляцання) мітрального клапа-

на. Як нам гадається, під впливом підвищеного тиску прогинається, ніби пластикова пляшка, і та частина клапана, де стулки “зрослися” між собою, що є ще одним компонентом виникнення даного аускультативного феномена. Крім того, внаслідок звуження лівого атріовентрикулярного отвору (замість нормальних 6-7 см² до 2 см² і менше) рух крові набуває турбулентного характеру з завихреннями в підклапанному просторі, що зумовлює появу діастолічного шуму, особливо в кінці діастолі (пресистолічний діастолічний шум). Оскільки до кінця діастолі шлуночка в передсерді ще залишається багато крові і вона продовжує вливатися в ще не повністю наповнений шлуночок, стулки клапана, як ми вважаємо, в місцях незрощення залишаються відкритими. Коли починається систола, ці стулки закриваються під дещо більшим тиском, ніж в нормі. Крім того, створюється ефект резонації за рахунок сильнішого, як для такої (зменшеної) кількості крові, скорочення міокарда лівого шлуночка. Таким чином виникає посилення першого тону. І все це вислуховується на верхівці серця. Другий тон, що має два компоненти: клапанний (за рахунок закриття клапанів аорти та легеневого стовбура) та судинний (за рахунок коливання стінок цих провідних судин), згідно з канонами пропедевтики, інтерпретується на основі серця. В другому міжребер’ї справа біля груднини (над аортою) при прогресуванні хвороби він буде поступово ослаблюватися внаслідок зменшення систолічного викиду, а з ним – і тиск в аорті, що спричинить зниження амплітуди її коливань. В цьому ж міжребер’ї, але зліва біля груднини, другий тон буде посилюватися у зв’язку з невинним прогресуванням легеневої гіпертензії. Коли ж розшириться легеневий стовбур і виникне відносна неспроможність клапана легеневого стовбура, другий тон почне поступово послаблюватися (в напрямку до норми чи ще нижче) і з’явиться функціональний діастолічний шум регургітації (діастолічний шум Грехема-Стілла).

Однак відомо [5-17], що ритм перепілки чи перепела – це тричленний ритм, що вислуховується над верхівкою серця у хворих з мітральним стенозом, і складається з таких компонентів: голосний перший тон, тон відкриття мітрального клапана і підсилений другий тон.

В цьому контексті виникає декілька запитань. Зокрема, як можна, вислуховуючи серце

такого хворого, віддиференціювати діастолічний шум. Якщо ж його нема, то й нема турбулентного руху крові при переході з лівого передсердя в лівий шлуночок, що само по собі заперечує наявність мітрального стенозу. І ще: згідно з канонами пропедевтики другий тон оцінюється на основі серця і має незначне відношення до верифікації звуження лівого передсердно-шлуночкового отвору. Якщо навіть цим знехтувати, то все одно в тричленному ритмі перепілки присутній діастолічний шум – компонент, якого вже стільки років не вистачає, бо без нього немає мітрального стенозу, а з ним – і ритму перепілки.

Висновок. У хворих з мітральним стенозом над верхівкою серця вислуховується ритм перепілки, що послідовно складається з таких компонентів: тону відкриття мітрального клапана, діастолічного шуму, посиленого (резонансного) першого тону та другого тону, що проводиться з основи серця.

Література

1. Деякі аспекти підвищення якості викладання в педіатрії / Ю.М. Нерянов, Л.М. Боярська, І.В. Солодова М. Недільська, Ю.В. Котлова // Медична освіта. – 2005. – № 1. – С. 16-18.
2. Журавський В.С., Згуровський М.З. Болонський процес: головні принципи входження в Європейський простір вищої освіти. – К.: Політехніка, НТУУ “КП”, 2003. – 195 с.
3. Селіхова Л.Г. Два істотні кроки України до Болонської співдружності // Медична освіта. – 2005. – № 1. – С. 13-15.
4. Бугай Б.Г., Андрейчин С.М., Чернець Т.Ю. Компоненти I тону серця: зміна погляду на стереотипи пропедевтики // Медична освіта. – 2004. – № 3-4. – С. 37-39.
5. Шелагуров А.А. Пропедевтика внутрішніх болезней. – М.: Медицина, 1975. – 480 с.
6. Карапата А.П. Диагностический справочник терапевта. – К.: Здоров’я, 1975. – 224 с.
7. Пропедевтика внутрішніх болезней / Под ред. В.Х. Василенко, А.Л. Гребенева. – М.: Медицина, 1983. – 640 с.
8. Руководство к практическим занятиям по пропедевтике внутрішніх болезней / О.Г. Довгялло, Л.С. Сипарова, Н.М. Федоренко и др. – Минск: Вышэйшая школа, 1986. – 190 с.
9. Шапов И.А. Пропедевтика внутрішніх болезней. – М.: Изд-во УДН, 1986. – 279 с.
10. Василюк В.М. Семіотика і діагностика внутрішніх хвороб (фізичні методи обстеження). – Тернопіль, 1997. – 236 с.

11. Пропедевтика внутрішніх хвороб / За ред. Ю.І. Децика. – К.: Здоров'я, 1998. – 504 с.
12. Пропедевтика внутрішніх хвороб з доглядом за терапевтичними хворими / За ред. А.В. Єпішина. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 768 с.
13. Спутник кардіолога / Под ред. К.Ю. Юлдашева. – Медицина: Ташкент, 1979. – 344 с.
14. Шкляр Б.С. Диагностика внутренних болезней. – К.: Вища школа, 1972. – 516 с.
15. Пропедевтика внутренних болезней: Учебн. для студ. мед. вузов / Под ред. акад. РАМН В.Т. Ивашки-

на и проф. А.А. Шептулина. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 240 с.

16. Пропедевтика внутренних болезней. – 2-е изд. доп. и перераб. / В.А. Жмуров, М.В. Малишевский. – М.: Из-дво "Медицинская книга", 2001. – 288 с.

17. Комп'ютерні тести з пропедевтики внутрішніх хвороб / В.В. Короткий, А.Б. Новосад. – К.: Здоров'я, 2001. – 147 с.

18. Пропедевтика внутренних болезней у запитаннях і відповідях / О.Г. Яворський, Л.В. Ющик. – К.: Здоров'я, 2003. – 280 с.

УДК 371.382:61(075):42(071.1)=73.

ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ ГРИ ПРИ ВИВЧЕННІ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ НА ЗАНЯТТЯХ З ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ

Т.В. Саварин, В.Я. Рахлецька

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

THE USAGE OF GAME ELEMENTS DURING MEDICAL TERMINOLOGY TEACHING AT THE LATIN LANGUAGE CLASSES

T.V. Savaryn, V.Ya. Rakhletska

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті проаналізовано можливість використання ігрових моментів при вивченні медичної термінології на заняттях з латинської мови. На прикладах проілюстровано різні види навчальних ігор-вправ. Враховано такі вимоги до вправ, як новизна, культурологічна та професійна спрямованість, забезпечення студентів у процесі виконання вправ-ігор необхідними невербальними опорами.

The possibilities of usage the game elements during medical terminology teaching at the Latin language classes have been analysed in the article. Different types of teaching game-exercises have been illustrated taking into consideration such exercise requirements as novelty, cultural and professional orientation, students' providing with non-verbal material in the process of teaching.

Вступ. Впровадження принципів Болонської декларації передбачає застосування активних методів та прийомів навчання. Найбільший інтерес викликають ті з них, які не потребують особливих умов або надзвичайних зусиль з боку викладача. Такими нескладними, але досить ефективними засобами навчання є навчальні ігри.

Мета нашої статті – проаналізувати можливість використання елементів гри на заняттях з латинської мови при вивченні медичної термінології, що є новим кроком в педагогічній науці.

© Т.В. Саварин, В.Я. Рахлецька

Гра – один із найефективніших видів роботи зі студентами. Деякі з таких ігор не потребують особливої підготовки і їх можна проводити на заняттях для закріплення лексико-граматичного матеріалу або на заключному етапі роботи над певним лексичним розділом.

Про навчальну функцію гри відомо вже давно. Використовуючи її як засіб навчання, відомі педагоги (Близнюк О.І., Панова Л.С., Стронін М.Ф.) стверджували, що в ній закладені великі потенційні можливості. Ігрові форми роботи на занятті мають ряд переваг: дають змогу вияви-

ти розумові та творчі здібності студентів; допомагають засвоювати і систематизувати знання; формувати граматичні, лексичні та фонетичні навички; розвивати всі види мовленнєвої діяльності (говоріння, аудіювання, читання й письмо); стимулюють мимовільне запам'ятовування мовного матеріалу; забезпечують комунікативну спрямованість навчального процесу; створюють сприятливий мікроклімат у групі; розвивають уяву, фантазію, уважність студентів; формують почуття товарищескості; допомагають подолати сором'язливість; усунути мовні бар'єри тощо [1].

Основна частина. У методиці навчальні ігри класифікують за такими критеріями:

За походженням: готові ігри (доміно, лото) і розроблені спеціально для заняття з іноземної мови (ігри з використанням карток тощо);

За призначенням: ігри для систематизації знань і формування граматичних, лексичних та фонетичних навичок, а також ігри для розвитку говоріння, аудіювання, читання й письма;

За характером основних дій учнів: ігри з числами, ігри з картками, ігри на відгадування, ігри на запам'ятовування та деякі інші;

За кількістю гравців: індивідуальні, парні (грають одночасно всі студенти в парах), групові (грає кілька команд), колективні (грає вся група під керівництвом ведучого);

За наявністю реквізиту: ігри з використанням реквізиту (доміно) або дидактичного роздаткового матеріалу та суто вербальні ігри [1].

Для того, щоб ігри забезпечували реалізацію практичних цілей та дійсно навчали, необхідно враховувати під час їх підготовки та проведення такі фактори:

Доцільність та функціональність гри. Викладач повинен усвідомлювати, для чого він проводить її, яка функція цієї гри на конкретному занятті.

Мовленнєва спрямованість. Усі ігри, метою яких є формування навичок і вмінь, повинні передбачити кінцевий мовленнєвий продукт – слово, фразу, міні-текст або текст (в говорінні й письмі), їх сприймання та розуміння (в аудіюванні та читанні). І тільки ігри, спрямовані на аналіз мовних явищ, засвоєння та систематизацію мовних знань, не мають безпосередньої мовленнєвої спрямованості. Вона тут опосередкована, оскільки аналіз і систематизація того чи іншого мовного явища потрібні студентів не

самі по собі, а для реалізації мовленнєвої діяльності.

Посильність та запобігання помилкам. Кожна гра (особливо з групи формування навичок) повинна мати тільки одну трудність і бути посиленою для виконання в конкретних умовах. Щоб уникнути помилок вводяться різноманітні опори: зорові, слухові, вербальні, образотворчі або предметні. Саме тому перевага надається іграм з картками. Картки є досить ефективною опорою, до того ж вони заощаджують час.

Одноманітність. Гру проводять тільки іноземною мовою. Правила гри теж краще формулювати іноземною мовою.

Зайнятість усіх студентів ігровою діяльністю. У навчальному процесі слід віддати перевагу іграм, що забезпечують зайнятість усіх студентів. Це парні, групові та колективні ігри. Якщо ж гра індивідуальна (грають ведучий і студенти по черзі), то для всіх інших студентів необхідно передбачити інші види роботи: стежити за ходом гри, підраховувати очки, не допускати повторювань тощо.

Логічне включення в контекст заняття. Гру можна включити в контекст навчального процесу для розрядки (“Сьогодні ви добре попрацювали, а зараз пограємо”), несподівано по ходу заняття (“До речі, хто більше знає слів з теми і може записати їх?”).

Елемент змагання “Хто більше...?” Хто правильніше...? Хто швидше? [1].

У запронованому нами комплексі вправ-ігор увага акцентована на закріпленні медичної термінології. Враховано такі вимоги, як новизна, культурологічна та професійна спрямованість, забезпечення студентів у процесі виконання вправ-ігор необхідними невербальними опорами [2].

Як відомо, навички, в тому числі лексичні, формуються поетапно:

I етап – етап первинного закріплення лексичних одиниць;

II етап – етап формування лексичних навичок;

III етап – етап удосконалення лексичних навичок.

Метою вправ-ігор *першого етапу* навчання лексики є ознайомлення студентів із звуковим та графічним образом лексичних одиниць, з їх семантичними особливостями та сполучуваністю. На цьому етапі виконуються рецептивно-

репродуктивні вправи на номінацію та ідентифікацію.

Вправа 1

9 анатомічних термінів, які означають частини тіла, розташовані горизонтально та вертикально у таблиці. Знайдіть та перекладіть терміни.

P	A	Q	E	O	S	M	E	F	G	C	G
A	C	Y	P	M	C	A	R	G	E	H	I
R	E	I	A	X	I	S	I	A	N	O	R
S	I	E	R	H	N	D	Z	Z	U	M	A
R	I	S	C	L	M	I	Y	Q	V	S	Y
C	A	P	U	T	L	E	I	D	E	N	S
O	G	D	S	X	X	S	Z	V	B	O	P
T	T	I	D	D	O	R	S	U	M	K	L

Відповіді: pars, os, arcus, genu, dens, dies, dorsum, caput, axis.

Вправа 2

Знайдіть та перекладіть слово, яке відрізняється за вимовою від інших:

- Lac – Cavitas - Cito – Collum – Costa;
- Sapiens – Unus – Systema – Dosis – Secundus;
- Алг – Paediater – Gangraena – Aether – Costae;
- Unguentum – Lingua – Sanguis – Inguinalis – Angulus.

Вправа 3

Вставте пропущені літери в слова:

		R									
A	C	I	D	2	M						
		M		R							
		A		3	N	C	I	6	U	R	A
				N							
	H	Y	P	4	L	G	E	5	I	A	
	U					A					
	M					S					
	E					7	A	L	C	U	M
	9	H	A	8	H	E					
	U			A		R					
	S			R							

Відповіді: 1. I; 2. U; 3. I; 4. A; 5. S; 6. S; 7. T; 8. P; 9. R.

Вправа 4

Утворіть нові слова, використовуючи останню літеру попереднього слова.

- a) Crambe - Ephedra – Alnus – Strychnos – Schizandra – Anisum - Mentha;
- b) retina – arbor – rima – acidum – musculus – scapula – angulus – officina – alveolus.

Вправи-ігри *другого етапу* навчання лексики спрямовані на відпрацювання нових лексичних одиниць. Ці вправи полягають у виборі лексичної одиниці відповідно до задуму у семантично обумовленому комбінуванні лексичних одиниць.

Вправа 1

Визначте в поданій таблиці, яке з хімічних значень має той чи інший частотний відрізок. Випишіть з правої колонки відповідні цифри:

Частотний відрізок	Хімічне значення
I -phen- ?	1. Ферментний препарат
II. -sulfa- ?	2. Наявність атома сірки
III. -thio- ?	3. Наявність гетерогенного азоту
IV. -az- ?	4. Наявність етилової групи
V. -io- ?	5. Наявність фенолової групи
VI. -as- ?	6. Вітамінний препарат
VII. -aeth- ?	7. Антимікробний сульфаніламід
VIII. -oestr- ?	8. Гормональний препарат
IX. -vit- ?	9. Рентгеноконтрастний йодовмісний препарат

Відповіді: I – 5; II – 7; III – 2; IV – 3; V – 9; VI – 1; VII – 4; VIII – 8; IX – 6.

Вправа 2

Студентам пропонується гра “Ланцюжок”. Студент називає будь-яке слово з лексичного мінімуму певної теми, інший студент повторює попередній термін та додає свій і.т.д. Виграє той студент, який зможе повторити всі терміни.

- Наприклад: - amyllum;
- amyllum, oleum;
- amyllum, oleum, venenum;
- amyllum, oleum, venenum, vitrum etc.

На *третьому етапі* – етапі вдосконалення лексичних навичок – виконуються вправи на включення лексичної одиниці у просте та складне словосполучення та “ініціативні вправи” [3].

Вправа 1

Виберіть слово, яке граматично відповідає змісту словосполучення:

- Suppositoria cum (extractum/extracto) Opii;
- Decoctum (baccae/baccarum) Myrtilli;
- Divide (massam/massa) pilularum;
- Recipe (saccharum/sacchari) 0,2;
- Vitamonum P e (foliis/folia) Theae.

Вправа 2

Студентам пропонується гра-лотерея. Кожен студент витягає картку – лотерею з завданням. Наприклад, назвіть 5 латинських крилатих висловів; запитайте будь-якого студента 4 назви рослин; поясніть значення наступних терміноелементів; поставте слово в родовий відмінок множини; вам щастить, передайте своє завдання іншому тощо.

Вправа 3

Під час вивчення теми "Відміни іменників" студентів можна розділити на команди. Викладач називає медичний термін, а студенти, хто швидше, називають його відміну та родову закінчення.

Висновки: 1. Підготовка до заняття з латинської мови, яке включає елементи гри, активізує діяльність студентів. Вони підбирають і самостійно опрацьовують необхідну інформацію, повторюють лексичний матеріал.

2. Продумуючи план майбутньої гри, викладач повинен підібрати такі питання, які зацікавлять студентів, і стануть підґрунтям для самостійного опрацювання додаткового матеріалу та підготовки до активної участі в грі. Межі між

описаними етапами є умовними, оскільки в процесі навчання медичної термінології навички формуються комплексно.

3. Проблема застосування елементів гри при вивченні медичної термінології на заняттях з латинської мови вивчена недостатньо і потребує подальших наукових студій.

Література

1. Близнюк О.І., Панова Л.С. Ігри у навчанні іноземних мов. – К.: Освіта, 1997. – С. 64
2. Склярєнко Н.К. Сучасні вимоги до вправ для формування іншомовних мовленнєвих навичок і вмінь // Іноземні мови. – 1999. – №3. – С. 3-7
3. Берман І.М. Методика обучения английскому языку. – М., 1970. – 162 с.

УДК 616 – 092

РОЛЬ НОВОГО МЕТОДУ ЕЛЕКТРОАКУПНКТУРНОЇ ДІАГНОСТИКИ І КОНТРОЛЮ ЗА ЛІКУВАННЯМ “ИМЕДИС-ТЕСТ+” У ПОЛПШЕННІ ВИКЛАДАННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ

Ю.Є. Роговий, Л.Г. Архіпова

*Буковинська державна медична академія,
Обласний медичний діагностичний центр, м. Чернівці*

ROLE OF NEW METHOD OF ELECTROACUPUNCTURE DIAGNOSTICS AND CONTROL FOR TREATMENT BY “IMEDIS-TEST+” IN IMPROVEMENT OF PATHOLOGIC PHYSIOLOGY TEACHING

Yu.Ye. Rohovy, L.H. Arkhipova

*Bucovynian State Medical Academy
Regional Medical Diagnostic Center (Chernivtsi)*

У представленій публікації пропонується використання нового методу електроакупунктурної діагностики і контролю за лікуванням “ИМЕДИС-ТЕСТ+” для істотного поліпшення навчально-методичної роботи на кафедрі патологічної фізіології, що може мати важливе значення у створенні кафедри клінічної патологічної фізіології, яка буде відігравати провідну роль у формуванні в студентів основ клінічного мислення.

The publication presents the new methods of the electroacupuncture diagnostics and control for treatment by “IMEDIS-TEST+” for significant improvement of education at the department of pathologic physiology. It can be of considerable importance in founding the department of clinical pathologic physiology which would play a leading role in the formation of fundamentals of students' clinical thinking and would carry out the function of methodology of clinical subjects.

Вступ. Провідна мета навчально-методичної роботи медичної академії полягає у підготовці спеціалістів, здатних в умовах практичної охорони здоров'я клінічно мислити, оперативно приймати рішення як у типових, так і в нестандартних ситуаціях, при цьому рівень підготовки фахівців у галузі медицини повинен характеризуватися динамікою переходу з першого (“знаю”) та другого (“знаю як”) рівнів піраміди Джорджа Міллера до третього (“демонструю”) та четвертого (“роблю”) рівнів [1, 2]. У забезпеченні такої динаміки істотну роль може відіграти провідна теоретична кафедра патологічної фізіології, зокрема шляхом впровадження для використання в навчальному процесі нового методу електроакупунктурної діагностики і контролю за лікуванням “ИМЕДИС-ТЕСТ+” [3, 4].

Мета даної публікації полягає в аналізі ролі нового методу електроакупунктурної діагностики і контролю за лікуванням “ИМЕДИС-

ТЕСТ+” у поліпшенні навчально-методичної роботи на кафедрі патологічної фізіології.

Основна частина. Теоретичний фундамент клінічного мислення майбутнього лікаря формується в основному при вивченні патологічної фізіології, що потребує в студентів з перших кроків освоєння цього предмета інтенсивної роботи таких сфер людської свідомості, як мислення (поняття, судження, умовивід) та інтелект (аналіз, синтез, абстракція, конкретизація, узагальнення) [5, 6]. У вирішенні цієї проблеми істотну роль може відігравати новий метод електроакупунктурної діагностики і контролю за лікуванням “ИМЕДИС-ТЕСТ+”. Його суть полягає у застосуванні нових технологій, які використовуються в приладі “МИНИ-ЭКС-ПЕРТ-Д”: дуже низького регульованого вимірювального струму (300-1000 нА), індивідуально оптимізованого для кожного пацієнта; можливості зміни полярності напруги на

© Ю.Є. Роговий, Л.Г. Архіпова

вимірювальному електроді; фотонного резонансу за рахунок застосування модульованого джерела світла, що підводиться до акупунктурної точки; вбудованого поглинача фонових сигналів електромагнітних випромінювань, фонових шумів; регульованого від 1 до 50 разів підсилення сигналів тест-вказівок і тестованих медикаментів; тестування і лікування на чотирьох резонансних рівнях, оскільки причинні патогенетичні програми записані в глибоких шарах (III і IV рівні – клітина і ядро ДНК) і зовнішніх (I і II рівні – кров, лімфа, органи, системи органів). Використання нового методу електроакупунктурної діагностики і контролю за лікуванням “ИМЕДИС-ТЕСТ+” дає можливість проводити діагностику і терапію на чотирьох рівнях:

Рівень I. Діагностика та лікування змін у крові, лімфі, органах, системах органів, які відповідають відомим електроакупунктурним методам, таким як: діагностика за Р. Фоллем, біофункціональна діагностика, вегетативний резонансний тест з меншим регульованим вимірювальним струмом і з можливістю розширення шкали.

Рівень II (із світлом). Порушення на рівні клітини з клітинною мембраною, протоплазмою, клітинними органелами і мітохондріальною ДНК. Рівень II відповідає рівню I плюс світло. Через “фотонний” місток запускаються резонанси в більш глибоких шарах, тобто в клітинах, де міститься інформація про токсини, віруси, грибки, бактерії.

Рівень III (із світлом та поглиначем перешкод). Діагностика в ядрі клітини із зовнішньою частиною ДНК. Рівень III відповідає рівню I плюс світло плюс поглинач перешкод. За рахунок цього відкривається резонансне “вікно” до поверхневих ділянок клітинного ядра ДНК. На цьому рівні діагностується, в першу чергу набута токсино-мікробна інформація, пухлинні процеси, гепатії.

Рівень IV (із світлом, поглиначем перешкод і 50-разовим регульованим підсиленням сигналу). Діагностика на рівні ядра клітини з зовнішньою частиною подвійної спіралі ДНК. Рівень IV відповідає рівню III плюс 50-разове підсилення тестованого сигналу, завдяки чому відкривається резонансне “вікно” для зв'язку з внутрішніми частинами клітинного ядра, ДНК всередині подвійної спіралі. Тут діагностуєть-

ся, в першу чергу, спадкова токсино-мікробна інформація [3, 4].

Впровадження нового методу електроакупунктурної діагностики і контролю за лікуванням “ИМЕДИС-ТЕСТ+” на кафедрі патологічної фізіології дасть можливість застосовувати загальні закони патогенезу (розвитку хвороби як єдності реакцій захисту та пошкодження; взаємозв'язку головної та вторинної ланок патогенезу; хибних кіл; єдності специфічних та неспецифічних реакцій; взаємозв'язку реакцій, що перебігають на молекулярному, субклітинному, клітинному, тканинному та органному рівнях; єдності патогенезу та саногенезу), дані щодо механізмів розвитку типових патологічних процесів (запалення, гарячки, шоку, гіпоксії, пухлинного росту, алергії та ін.) при роботі з конкретним хворим. При цьому є можливість прослідкувати патогенетичний ланцюг розвитку хвороби, передхвороби, виявити ступінь напруження нормальних адаптаційних реакцій, оцінити стан анаболізму чи катаболізму, рівень кислотності чи лужності, ступінь деградації сполучної тканини в тому чи іншому органі і провести їх корекцію у конкретного пацієнта. Цікавою є можливість щодо застосування даного методу для діагностики хронічних захворювань, причина яких локалізована, як правило, на III рівні і в основному зумовлена вірусно-мікробними чинниками [3]. Слід зауважити, що в основі роботи приладу немає якихось стандартних чітко визначених алгоритмів, наприклад, як це використовується при записі ЕКГ, проведенні спірографії, діагностики за методом Р. Фолля, а закладено практично весь програмний матеріал з патологічної фізіології. Тому повноцінно використовувати даний метод під силу в основному фахівцям-патофізіологам. Крім того, для патологічної фізіології даний метод відкриває реалії щодо створення кафедри клінічної патологічної фізіології [7], дає можливість істотно покращити якість навчального процесу з провідної теоретичної дисципліни. Така організація навчального процесу можлива за умов створення центру “ИМЕДИС” на базі провідної теоретичної кафедри патологічної фізіології.

Висновки. В представленій публікації пропонується використання нового методу електроакупунктурної діагностики і контролю за лікуванням “ИМЕДИС-ТЕСТ+” для істотного поліпшення навчально-методичної роботи на

кафедрі патологічної фізіології, що може мати важливе значення у створенні кафедри клінічної патологічної фізіології, яка буде відігравати провідну роль у формуванні в студентів основ клінічного мислення та виконувати функцію методології клінічних дисциплін.

Література

1. Милерян В.Е. Методические основы подготовки и проведения учебных занятий в медицинских вузах (методическое пособие). – К., 1997. – 64 с.
2. Мруга М.Р., Булах І.Є. Оцінка клінічної компетентності студентів медичних навчальних закладів за допомогою стандартизованих пацієнтів // Медична освіта. – 2000. – № 4. – С. 14-19.
3. Архипова Л.Г., Муравьева И.Л. Иллюзии и действительность или опыт работы на аппарате “МИНИ-ЭКСПЕРТ-Д” // I Міжнародний конгрес-круз “Меди-

цина третього тисячоліття” 10-14 жовтня 2003 р, борт теплоходу “Принцеса Дніпра”, круз Одеса-Київ, 2003. – С. 216-220.

4. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б. “ИМЕДИС-ТЕСТ+” новый метод электропунктурной диагностики и контроля за проводимой терапией // I Міжнародний конгрес-круз “Медицина третього тисячоліття” 10-14 жовтня 2003 р, борт теплоходу “Принцеса Дніпра”, круз Одеса-Київ, 2003. – С. 72-74.

5. Роговий Ю.Є., Бочаров А.В., Кобилянська Р.М. Роль альтернативних методів навчання при викладанні теоретичних та клінічних медичних дисциплін // Медична освіта. – 2003. – № 1. – С. 22-24.

6. Роговий Ю.Є., Мислицький В.Ф., Філіпова Л.О. та ін. Досвід навчально-методичної роботи кафедри патологічної фізіології // Медична освіта. – 2001. – № 3. – С. 38-40.

7. Запорожан В.М., Гоженко А.І. Клінічна патофізіологія: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку // Фізіол. журнал. – 2000. – Т. 46, № 6. – С. 123-126.

УДК 378.147

ІНТЕНСИФІКАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ СТУДЕНТА ЗА ДОПОМОГОЮ АКТИВІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Н.І. Корильчук, Т.Б. Корильчук

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

INTENSIFICATION OF STUDENT'S STUDYING PROCESS WITH THE HELP OF ACTIVIZATION OF INDEPENDENT WORK

N.I. Korylchuk, T.B. Korylchuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті узагальнено досвід організації самостійної роботи студентів на кафедрі.

The article summarizes the experience in organization of students' self-dependent work at the department.

Вступ. У системі навчання все ширше й повніше впроваджується самостійна робота студентів [1], за допомогою якої збільшується запас знань студента-медика, що приводить, з одного боку, до удосконалення його особистості, бо знання є одним з компонентів структури особистості, а з другого боку, сам процес оволодіння знаннями може впливати й на розвиток інших компонентів

– переборювання труднощів на шляху пізнання, загартує волю, формує характер та виробляє наполегливість. Проте спостерігаються випадки, коли розвиток одних позитивних якостей особистості здійснюється за рахунок інших і навіть може призвести до появи негативних якостей. Так, розвиток волі, наприклад, може стимулювати індивідуалізм, оволодіння великою кількістю

© Н.І. Корильчук, Т.Б. Корильчук

знань – снобізм, непрактичність або замкнутість, втрату комунікативних здібностей [2]. Тому одним з основних напрямків роботи викладача зі студентами має бути цілеспрямоване та гармонійне зосередження особистості студента-медика на саморозвитку та самовдосконаленні, які б позитивно впливали на майбутню професійну діяльність. Адже які б не були досконалі лекції, як би майстерно не проводилися практичні заняття, вони не дадуть міцних знань, якщо студенти не будуть працювати самостійно [3].

Враховуючи те, що навички самостійної роботи до шостого курсу вже є сформованими, викладачеві потрібно шляхом активізації самостійної роботи інтенсифікувати навчальний процес.

Основна частина. Самостійна робота студентів поділяється на таку, що організована викладачами під час практичних занять, і самостійну роботу в позааудиторний час [4]. Лише ці взаємопов'язані види роботи дають плідні знання для студентів. Щоденна робота зі студентами-медиками показує, що заучування напам'ять (латинь, анатомія, фармакологія тощо) позитивно впливає на розвиток пам'яті, проте при цьому у студентів частково згасають здібності до самостійного й творчого мислення. Тому викладачі вже на сформованій і розвинутій пам'яті, що розвинулась на перших курсах, піднімають рівень широкомасштабного та різнопрофільного мислення, уміло керують та контролюють самостійне оволодіння матеріалом.

Кафедра постійно плідно працює над удосконаленням методики викладання субординаторам. У навчальних планах виділений час для самостійної роботи студентів, що є аргументованим в умовах зростаючої наукової інформації, адже самостійна робота допомагає студенту досягти кращих результатів у пізнанні. Практикуються щоденні розв'язання тематичних задач й пошуки шляхів їх вирішення, колективні обговорення проблемних питань, які стимулюють мислення студента та потребують досконалої самопідготовки до заняття. Робота у кабінетах дільничних терапевтів дає змогу диференційно самостійно мислити у різних ситуаціях при спілкуванні дільничного терапевта з пацієнтом. Самостійне відвідування викликів додому стимулює не лише теоретичну самопідготовку, а й деонтологічну та практичну. А обслуговування викликів з бригадами швидкої допомоги встановлює рівень реальних знань

щодо швидкого реагування на ситуацію, правильності дій, від яких залежить подальша доля пацієнта.

Інтерес до самостійної роботи підвищує рівень пізнавальної активності студентів та забезпечує провідну роль продуктивної пізнавальної діяльності у навчанні. Пізнавальна задача “зрозуміти” витісняє “запам'ятати”. У субординатора з'являється відчуття впевненості у своїх силах, що є важливим для студента-медика.

Викладачами використовується ще один вид самостійної роботи студентів – написання рефератів, які заслуховуються на заняттях. Теми рефератів визначаються спільно студентами та викладачем, в основному вони стосуються невідкладних станів, через малу кількість годин занять з швидкої допомоги. Висвітлення додаткового матеріалу у реферативній формі дає поштовх до розвитку наукового мислення студента.

Для вдосконалення самостійної роботи студентів викладачами проводиться пошук нових форм самостійної роботи, оновлення змісту роботи й обґрунтування значимості даної роботи для майбутньої професії. Самостійна робота передбачає використання студентами при підготовці до занять різних видів літератури (згідно з методичними рекомендаціями вони вивчають матеріал за підручниками, монографіями, статтями тощо). Проте основна кількість студентів, готуючись до занять, користується лише підручниками. Враховуючи завантаженість та обмеження їх часу, пропонуються вибіркові питання і реферування найбільш важливих статей з медичних журналів та газет, даних Інтернету. Адже основним показником зрілості кожного спеціаліста є його вміння працювати з науковою літературою, без повсякденної праці над статтями у медичних журналах та газетах, де висвітлюється новизна наукових та практичних медичних тонкощів, неможливо стати повноцінним фахівцем. Тому залучаючи студентів до самостійної роботи як на занятті, так і в позааудиторний час, рекомендуються й беруться до уваги всі види науково-практичної літератури.

Як нову форму самостійної роботи пропонують підготовку до заняття, що переростає в конференцію у вигляді суду, де один зі студентів виступає у ролі судді, інші – прокурора, адвоката, свідків тощо. Такого роду задум дає можливість субординаторам, враховуючи вже їхні знання, додаткового пошуку в наукових джерелах найтонших

нюансів захворювання, що є позитивним у роботі з літературою, дає широту мислення та скрупульозність вивчення захворювання. Така рольова гра має як контролюючий, так і навчальний аспекти. Ще одним прикладом інтенсифікації навчального процесу можуть слугувати спільні консилиуми, де в імітуючій формі поділу студентів на пацієнтів та лікарів різних спеціальностей на занятті проводиться розбір того чи іншого захворювання. При самостійній підготовці до заняття студенти повинні оволодіти матеріалом настільки досконало, щоб один міг симулювати захворювання, а інші, – тактовно працювати в ролі спеціалістів вузького профілю (окуліст, невропатолог, ендокринолог, хірург тощо). Для вдосконалення тематичного заняття частина студентів імітує дільничних лікарів та лікарів швидкої допомоги. В такій ігровій формі навчання стимулюється не лише “запам’ятовування”, але й “розуміння”.

Висновки: 1. Студент, “приміряючи” на себе роль лікаря, відчуває потребу в постійному удосконаленні своїх знань шляхом щоденної самостійної роботи з метою професійного зростання.

2. Набутий досвід вказує, що багатогранна самостійна робота стимулює самоосвіту студента-медика та його саморозвиток, тобто активізація самостійної роботи є інтенсифікатором навчального процесу.

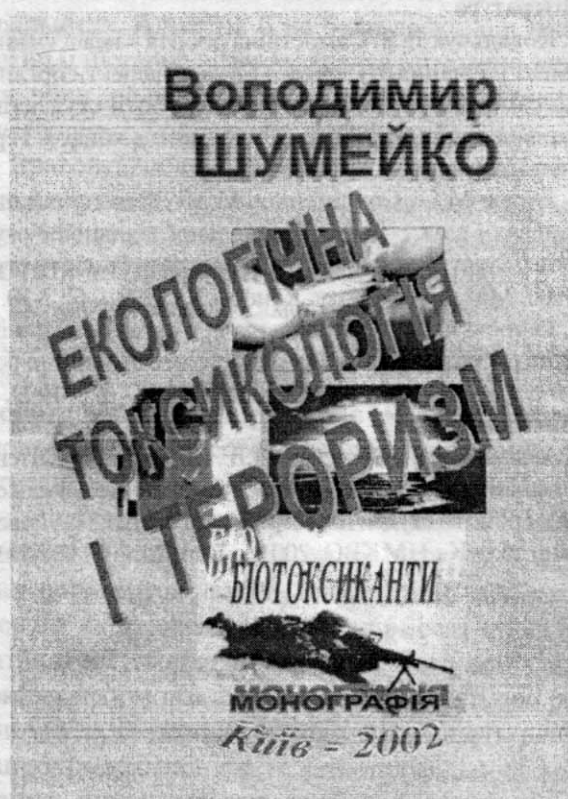
Література

1. Ковальчук Л.Я. Самостійна робота – невід’ємний елемент навчання студентів // Сучасні аспекти організації самостійної позааудиторної роботи студентів, лікарів-інтернів, курсантів. Навч.-метод. конф. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – С. 35.
2. Бургін М.С., Солдатенков М.М. Деякі принципи організації самостійної пізнавальної діяльності студентів // Зміст, форми і методи самостійної роботи студентів. Мат. наук.-практ. конф. – Т., 1999. – С. 7-10.
3. Габрель О.М. Роль викладача в організації самостійної роботи // Зміст, форми і методи самостійної роботи студентів. Мат. наук.-практ. конф. – Т., –1999. – С. 61-62.
4. Авдєєнко А.П., Дементій Л.В., Поляков О.Є. Інтенсифікація навчального процесу та організація самостійної роботи студентів // Проблеми освіти: Науково-метод. зб. – К.: НМКВО, 2001. – Вип. 24. – С. 108-111.

БИОТОКСИКАНТИ, БІОТЕХНОЛОГІЇ, БІОТЕРОРИЗМ

Шумейко В. Екологічна токсикологія і тероризм. – Київ, 2002. – 218 с.

Андрейчин М., Копча В. Біотероризм. Медична протидія. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 300 с.



У публікації на сторінках журналу «Безпека життєдіяльності» (№ 6, 2005) київський психіатр професор А.М. Морозов представив на суд читача сучасне визначення таких понять як терор, теракт, тероризм, терорист. Уявлення про зміст цих понять, які, на жаль, все частіше розбурхують громадськість, поза сумнівом, цікавлять читача. У чому витoki? Які реалії і прогнози? Нарешті, найголовніше: як запобігти дії на організм людини екзогенних біологічних чинників? Не торкаючись детально самих визначень вказаних вище понять, відзначу, що, звичайно ж згадана вище стаття відноситься до категорії дискусійних. Пропоновані визначення і терміни у результаті обговорення повинні бути вдосконалені й уточнені. Тим більше, як підкреслює сам автор, визначити явище – це означає чітко визначити предмет і об'єкт дослідження. Слід також погодитися, що «визначення – це коротке й одночасно ємне словесне формулювання суті та головних характерних ознак цілісного явища

або предмета» і що найбільша кількість проблем, які виникають в наукових дискусіях, стається через нечітке використання термінів і визначень.

Дійсно, слід нагадати популярний в середовищі учених вираз: «Узгоджуйте терміни й у вас зникне половина проблем». Сказане вище повною мірою стосується й проблеми тероризму, який пропонується визначити таким чином: «тероризм – це цілеспрямована діяльність, пов'язана із здійсненням системи спланованих акцій залякування». Далі пропонуються такі визначення як «види тероризму», «фізичний тероризм», «психологічний тероризм», «диверсійний акт терористичного змісту» та інші. Не коментуючи їх зміст, повторюся, що це предмет окремого обговорення – хотів би вказати на те, що з поля зору автора випали такі поняття і визначення, як біотоксиканти, біологічні забруднювачі довкілля, біотехнології, генетично модифіковані організми, а також біологічна зброя, біологічна атака, біотероризм. Адже саме таке коло питань слід віднести сьогодні до числа пріоритетних.

Чи безпечні біотехнології?

Питання зовсім не риторичне. Очевидно, що безпека громадян – глобальне завдання. Показове твердження професора кафедри державного управління лондонської школи економіки Патріка Данліві про те, що в Європейському Союзі сьогодні повинні більше уваги відводити питанням безпеки населення.

Українські дослідники, які працюють в галузі загальної токсикології, санітарно-хімічного захисту, профілактичної токсикології, епідеміології, бактеріології, інфекційних хвороб, медичної екології в останні роки активізували свою увагу до ролі біологічних чинників як таких, що суттєво впливають на здоров'я людини навіть на рівні дії малої інтенсивності. Спільно з колегами з Росії і Латвії нами була видана монографія «Методи вивчення хронічної дії на організм хімічних і біологічних забруднювачів», в якій біотоксикантам була приділена особлива увага. А на сторінках одного з номерів згаданого вище журналу «Безпека життєдіяльності» був проведений «крутий стіл», де безпека дії біологічних забруднювачів середовища обговорювалася у зв'язку з впровадженням біотехнологій, використанням трансгенних (генетично модифікованих) продуктів. Не торкаючись у цій статті різних аспектів проведеного обговорення – тим більше питання про такі продукти знайшло раніше своє відображення на сторінках газети «Дзеркало тижня» – хотів би звернути увагу читача на наступне. Досягнення останніх десятиліть у впровадженні у різні галузі сучасного виробництва (промислового й аграрного) біотехнологій сприймаються неоднозначно – з одного боку, як такі, що безперечно сприяють подальшому науково-технічному прогресу, з другого – як такі, що породжують вторинні (несприятливі) наслідки досягнень науки і техніки. У результаті впровадження біотехнологій докільля разом з хімічними речовинами все більше насичується біологічними забруднювачами. Зараз хіміко-фармацевтичне виробництво і мікробіологічна промисловість – галузі національної економіки, які бурхливо розвиваються. Повсюдно застосовуються ферменти й амінокислоти. Відомо більше 1,5 тис. антибіотиків, які одержують за допомогою біосинтезу і використовують у медицині, ветеринарії, сільському господарстві. Широко застосовуються кормові дріжджі та білково-вітамінні кон-

центрати. Упроваджуються в сільське господарство біологічні засоби захисту рослин, оскільки повсюдне використання пестицидів, разом зі значним позитивним ефектом, спричиняє і ряд негативних наслідків, пов'язаних з потенційною небезпекою виникнення гострих і хронічних інтоксикацій. Перспективи розвитку мікробіологічної промисловості значною мірою визначаються подальшим розширенням досліджень у галузі біотехнології. Про результати цих та інших досліджень була зроблена детальна доповідь на науковій конференції «Біологічний чинник – виробниче і оточуюче середовище – здоров'я людини», на якій розглядалося широке коло загальних і спеціальних питань, пов'язаних з гігієнічними, токсикологічними і клінічними аспектами дії на організм біологічних забруднювачів. Особливу настороженість і навіть рішуче неприйняття нерідко зустрічають сьогодні згадані вище генетично модифіковані організми, тобто рослинні й тваринні «композиції», що містять штучно створені або перенесені з інших організмів гени. Саме відкриття наукою такої можливості забезпечує небувалі перспективи, пов'язані з вирішенням проблеми запобігання бідності та голоду, які ще типові для ряду країн, перспективи не тільки збільшити врожай, але й зробити його екологічно чистим. Такій реальній можливості, яка успішно реалізується в окремих високорозвинених країнах, протистоять заперечення корисності генетично модифікованих продуктів, недовіра і навіть страх перед генною інженерією. Висувається думка, що мовляв, досягнення науки в цій галузі можуть призвести до створення нового типу біологічної зброї, яка вибірково уражає людей і при цьому не спричиняє руйнації території, характерної для термоядерної зброї. Але зі сказаного випливає зовсім інше. Передбачаючи можливість отримання варіантів генетично модифікованих організмів, здатних зашкодити людям, необхідно запобігти такій небезпеці. Адресуючи своє звернення до колег-учених, академік Д.М. Гродзинський справедливо відзначив, що «на нас лежатиме страшний гріх, якщо ми цього не зробимо». І він, і його однодумці, які брали участь в обговоренні за «круглим столом» – А.А. Созінов, Ю.І. Кундієв, В.А. Кордюм, Я.Б. Блюм, Н.В. Кучук – прийшли до спільного висновку про те, що немає ніяких підстав відмовлятися від використання можливостей

генної інженерії і в той же час для відвернення небезпеки завдати шкоди здоров'ю людини: «потрібно ретельно досліджувати всі процеси, пов'язані з отриманням і використанням трансгенних організмів, точно все вивчити, щоб знати, як протистояти негативним явищам». Саме з такою метою, як це було відзначено академіком Ю.І. Кундієвим, три медичні наукові установи – Інститут медицини праці АМН, Інститут екогигієни і токсикології МОЗ, Національний медичний університет – розробили критерії оцінки безпечного для здоров'я використання трансгенних продуктів. Є ще одна суттєва обставина на користь пропонованої альтернативи. Абсолютна більшість трансгенних рослин стійка до шкідників і хвороб, а тому вони практично не потребують хімічного захисту, тобто використання пестицидів. Чи зменшить це хімічне навантаження на людину та її довкілля? Відповідь очевидна.

Біотоксиканти у довкіллі

Тут доречно зачепити ще й такий аспект проблеми. Якщо говорити з позицій медичної екології, то безліч захворювань, які ми спостерігаємо, – це виробнича та екологічно обумовлена патологія. А вона залежить від трьох основних факторів довкілля: хімічних, фізичних, біологічних. За великим рахунком, всі ці чинники взаємодіють із соціальними: невпевненістю в завтрашньому дні, невизначеністю економічного майбутнього, політичними негараздами. А ще з нерациональним способом життя, нервово-емоційним напруженням. За даними ВООЗ, недоліки медичного обслуговування серед інших чинників займають тільки 10-12 %, решта причин названа. Тому упровадження у виробництво біотехнології – справа хороша і потрібна. Але проводиться воно повинне при суворому дотриманні принципів профілактичної медицини. Нагадаю: коли в Україні вперше з'явився білково-вітамінний концентрат, то в Кременчуку, де почалося його виробництво, виникли напади бронхіальної астми у дітей, інші алергічні захворювання. Ніхто не розумів, у чому справа. Виявилось, що причина – в промислових викидах заводу, що виготовляє концентрат. Потім аналогічна ситуація повторилася і в інших місцях з тієї ж причини. Тому не треба спрощувати ситуацію. Вона досить складна у всьому світі, а у нас ще складніша. Як же виходити з положення, що склалося? Передусім, ще більш активно, цілеспрямовано і твор-

чо проводити токсиколого-гігієнічну оцінку упроваджуваних у промислове виробництво, сільське господарство і сферу побуту нових продуктів, матеріалів, сучасних технологічних процесів, у тому числі біотехнологій. А це вимагає вдосконалення гігієнічного нормування. Встановлення допустимих і нешкідливих для здоров'я рівнів вмісту у довкіллі людини екзогенних факторів виробничого походження, включаючи не тільки хімічні й фізичні, що набуло найбільшого поширення, але і біологічні, – одна з пріоритетних проблем гігієнічної науки та медичної екології. У чому ж полягає сьогодні основне завдання при постановці такого роду експериментальних і виробничих (натурних) досліджень? Якщо дуже коротко, то головна трудність, з якою продовжують стикатися дослідники і в ході експерименту, і під час аналізу та узагальнення отриманих даних, – це оцінка зсувів в організмі, спричинених дією чинників, що вивчаються. До якої категорії їх відносити – до фізіологічної норми або до патології? Однозначно чіткого уявлення про те, що вважати нормою, поки не вироблено. Більшість дослідників включає в це поняття «серію відхилень в організмі вказаної величини у відомому діапазоні». Але парадокс у тому, що точно визначити «відомий діапазон» – межі природних коливань досліджуваних показників – ми ще не можемо. Кількісні характеристики фізіологічних, біохімічних, гематологічних, імунологічних та інших показників, вирізняються великою варіабельністю. До того ж межі коливань, що характеризують норму, встановлюються для показників, різних за своєю біологічною значущістю. Все це ускладнює розробку науково обґрунтованих критеріїв оцінки норми та її змін. У своїх публікаціях ми вже посилалися на концепцію двох життєво важливих констант організму, запропоновану свого часу академіком П. Анохіним, – жорстких і пластичних. До першої категорії ним були віднесені константи, при яких навіть мікрозміна є початковим стимулом для катастрофічних реакцій організму, до другої – ті, які допускають значні відхилення від середнього рівня. Класифікація може бути застосована не тільки для фізіологічних, але й для багатьох інших показників. Зрозуміло, оцінювати їх уможливлено сьогодні вже не можна.

Повнота обґрунтування гігієнічних нормативів для різних чинників довкілля, у тому числі біологічних, багато в чому зумовлена характе-

ром і чутливістю досліджуваних показників. Залежно від того, які спостереження узяті за основу – дані виражених порушень, тонкі рефлекторні реакції або пристосувально-компенсаторні зрушення, – рекомендовані безпечні (нормативні) величини будуть різними. Щоб всебічно їх обґрунтувати, необхідно знати «природні ресурси» захисної функції організму при дії факторів довкілля і той рубіж, за яким починається патологія. Саме межа можливого напруження захисної функції і повинна стати одним з основних критеріїв у гігієнічному нормуванні. При цьому слід мати на увазі, що адаптаційні можливості організму можуть виявитися недостатніми, коли сила дії екзогенних факторів швидко і різко зростає. Така несприятлива ситуація може виникнути при їх поєднаній дії з іншими зовнішніми агентами, а також з ендогенними чинниками, як це буває при вірусних інфекціях, сенсibiliзації, коронарній недостатності, атеросклерозних змінах. Тому в ряді випадків експериментатору слід на фоні зовнішніх дій моделювати передпатологічний і патологічний процеси. Особливо це стосується серцево-судинних порушень.

Хотілося б підкреслити ще одну суттєву обставину – далеко не всяка зміна реакції організму на дію середовища є шкідливою. Значення має тільки той поріг реагування, який можна розглядати як ознаку несприятливого ефекту. Це очевидно. І все-таки багато дослідників при оцінці стану організму такого диференційованого підходу не притримуються. Більше того, при виборі математичних критеріїв оцінки, наприклад рівня значущості, часто не враховуються не тільки вказана обставина, але й такі принципово важливі моменти, як сфера розповсюдження даного фактора довкілля, ступінь жорсткості або пластичності досліджуваних показників, їх специфічність стосовно даної дії, ступінь важливості задачі, яка розв'язується у кожному конкретному випадку. Тим часом, чим небезпечніший ефект або відповідальніша сфера використання досліджуваного агента і вищий ступінь контакту з ним різних контингентів працюючих і населення, тим менш значущі зрушення слід приймати як критичні.

Чи реальна загроза біотероризму, і як їй протидіяти?

До честі українських дослідників не можна не визнати, що саме вони одними з перших спро-

бували відповісти на це питання. Токсиколог Володимир Шумейко з Інституту фармакології і токсикології АМН, інфекціоністи Михайло Андрейчин і Василь Копча з Тернопільського медичного університету представили на суд читача монографії, в яких узагальнили дані з цієї проблеми і на основі їх аналізу запропонували своє бачення принципів і конкретних заходів безпеки. У першій з них, що вийшла три роки тому під назвою «Екологічна токсикологія і тероризм», В. Шумейко детально розглянув особливості дії на людину основних біотоксикантів, симптоматику і методи діагностики інтоксикацій, що виникають унаслідок проникнення їх в організм, лікувальні і превентивні заходи. Особлива увага відведена токсикантам рослинного походження, серед яких токсальбуміни – речовини першого класу небезпеки, алкалоїди, віднесені до високонебезпечних сполук, глюкозида, ефірні масла, лактони, органічні кислоти й інші речовини, що спричиняють виражений токсичний ефект. Найнебезпечніші в найтоксичнішій групі токсальбумінів – відомі читачу з літератури рицина, кротон, робін, абрин, цикутотоксин, токсин Т-2 – усі сполуки білкової природи, які, хоча й містяться у складі отруєних речовин в невеликих кількостях, проте ступінь їх токсичності такий, що зумовив віднесення перерахованих сполук до таких, що прирівнюються до хімічної і біологічної зброї. Кажучи про небезпеку цих підступних біотоксикантів і їх дію на центральну нервову систему, травний канал, функції серця й судин, обмінні процеси, слід особливо підкреслити, що, незважаючи на білкову природу, вони мають надзвичайну стійкість у довкіллі. Так само детально в монографії розглянута дія на організм грибів, для яких притаманна властивість токсиноутворення. Дуже детально висвітлені більш загальні питання, до яких можуть бути віднесені основні механізми дії біологічних токсикантів і принципи антидотології. Що стосується власне біотероризму, то цій проблемі присвячені розділи, в яких був викладений зміст міжнародних угод про протидію такій загрозі, конкретні способи запобігання наслідкам терористичних актів. Тут, правда, можна нарікати на невиправдану лаконічність викладу рекомендацій, що стосуються комплексу спеціальних антитерористичних заходів. Певною прогалиною є відсутність необхідної диференціації в

підходах до конкретних заходів, продиктованих завданнями екологічної токсикології, а також відсутність інформації про перспективи подальшої розробки заходів запобігання самій загрози біотероризму.

Цю прогалину значною мірою компенсує монографія згаданих вище М. Андрейчина і В. Копчі, що вийшла у світ 2005 року, цілком присвячена вказаній проблемі. Її назва «Біотероризм. Медична протидія» цілком відображає зміст, який представлений широким колом питань, що розглядаються у двох розділах – «Загальна інформація» і «Основні хвороби, пов'язані з біотероризмом». Відомості про ці хвороби висвітлюються відповідно до їх походження: вірусні, бактерійні, грибові та інші. У кожному випадку детально розглядаються конкретні передумови біотерористичної загрози, причини виникнення захворювання, джерела збудника, клінічні прояви ураження, методи діагностики, способи лікування, профілактика. Особливу увагу відведено натуральній віспі, вірусній геморагічній гарячці, вірусному енцефаліту, гострому респіраторному синдрому, а також таким інфекціям, як сибірка, чума, туляремія, бруцельоз, ботулізм. Особливо розглядається отруєння рициною. Повідомляється про випадок вбивства болгарського дисидента Георгія Маркова в Лондоні на знаменитому мості Ватерлоо. Тут у натовпі акція була реалізована через укол жертви накопиченою парасолькою, змазаною отрутою. До речі, можна б було послатися і на інший випадок подібного терористичного акту, вчиненого в Парижі на Єлісейських Полях також з використанням рицини. Почерк зловмисника виявився дуже схожим на описаний вище. В останньому розділі монографії, де викладені «деякі підсумки і пропозиції», міститься класифікація, згідно з якою всі потенційні біологічні агенти масового ураження умовно діляться на наступні групи: А – патогени найвищого пріоритету (збудники натуральної віспи, геморагічної гарячки, сибірки, чуми, туляремії та ін.); Б – агенти, які мають помірне значення (наприклад, збудники бруцельозу, сапу, гарячки Ку); С – біологічні агенти, значення яких встановити складно (серед них збудники кліщового енцефаліту, жовтої гарячки, стафілококовий ентеротоксин, мікобактерії туберкульозу). Нині для виявлення згаданих вище та інших біоагентів встановлені певні рівні захисту персоналу, лабораторного обладнання і дов-

кілля. Проте, на жаль, забір і дослідження матеріалу з метою ідентифікації біотоксикантів проводиться за допомогою не завжди надійних фізичних та імунологічних методів. У цілому, треба визнати, що заходи протидії біотероризму ще недосконалі та малоефективні. Найефективнішою є система протидії, налагоджена в США. Після страшної терористичної атаки 11 вересня 2001 року там був прийнятий Закон про захист здоров'я населення і реагування на біотероризм, який значно посилив спроможність влади виявляти біологічні теракти і запобігати їм. Певних успіхів у захисті населення від загрози біотероризму досягли у ряді західних країн, наприклад в Італії й Польщі. Що стосується України, то автори прямо вказують на те, що в цій зовнішній проблемі країна явно відстає, хоча сьогодні задокументовані певні організаційні заходи щодо захисту населення від особливо небезпечних інфекцій. У монографії аргументується зміст основних заходів, покликаних покращити систему медичної протидії біотероризму. Наведемо основні з запропонованих невідкладних заходів: прийняти закон, який би регулював оптимальні дії і співпрацю різних служб у разі біотерористичної атаки; запровадити періодичне навчання епідеміологів, інфекціоністів, працівників профільних лабораторій та інших медичних закладів на випадок нападу; забезпечити спеціальні автомобілі для групи біологічної розвідки і лабораторії типу BSL-1, 2, 3 і 4; забезпечити працівників сучасним спецодягом й іншими засобами індивідуального захисту; запровадити комп'ютерні інформаційно-аналітичні системи для моніторингу стану довкілля і колективного імунітету мешканців; розпочати генетичний моніторинг патогенних вірусів тварин для оцінки можливості «переключення» цих збудників на людину і налагодити стеження за еволюцією патогенних для людини РНК-вірусів; запровадити медичні аспекти боротьби з біотероризмом у навчальні програми вищих медичних закладів усіх рівнів акредитації; скласти державну наукову програму з проблеми запобігання і протидії біотероризму, в якій виділити медичні аспекти боротьби, залучити до її розробки висококваліфікованих фахівців; розширити вітчизняне виробництво антибактерійних, противірусних й імунобіологічних препаратів, а також патогенетичних засобів інтенсивної терапії; налагодити виробництво нових ефективних засобів імуноферментної, іму-

нофлюоресцентної та молекулярно-біологічної діагностики інфекційних хвороб; поліпшити співпрацю України з міжнародними організаціями, які виступають проти біотероризму і використання біологічної зброї у будь-якій формі.

До наведених у книзі рекомендацій слід додати ще й наступні, які мають принципову значущість. Це передусім організація оперативних медико-біологічних підрозділів у спецзагонах Міністерства з надзвичайних ситуацій, які сьогодні створюються у всіх областях України. В їх складі слід передбачити фахівців у галузі токсикології, вірусології, бактеріології, інфекційних хвороб, професійної патології, медичної екології. Такі ж професіонали повинні входити у структури медицини катастроф і взаємодіяти з вказаними підрозділами. І ті й інші повинні бути детально обізнані з природою ксенобіотиків, що забруднюють довкілля, загрозою негативної дії токсикантів, у тому числі біологічних, яка може виникнути унаслідок терористичних актів у населених пунктах, на промислових

підприємствах і транспорті. Сьогодні на прикладі інших країн необхідно також сформувати у військових частинах групи швидкого реагування на біологічні дії, що забезпечують забір відповідних проб, наступний їх аналіз, використання фізичних, хімічних, медико-біологічних методів і показників.

На закінчення слід зазначити, що розглянуті вище дані українських дослідників – вагомий внесок в усвідомлення значущості проблеми біотерористичної загрози. Зараз слово за владними структурами, законодавцями, спеціалістами і громадськістю. Нагадаємо давній заклик, виправданий і сьогодні: «люди, будьте пильними!». Заклик зовсім не риторичний, він вимагає як усвідомлення реальності загрози, так – і це головне – невідкладних і дієвих заходів.

Доктор медичних наук, професор, академік АМН України, член-кореспондент Національної академії наук України, заслужений діяч науки і техніки І.М. Трахтенберг (Київ)