

Міністерство охорони здоров'я України
Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського

МЕДСЕСТРИНСТВО

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Ministry of Public Health of Ukraine
Ternopil State Medical University
named after I.Ya. Horbachevsky

NURSING

UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

1/2007

МЕДСЕСТРИНСТВО

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор
Чернишенко Т.І.
Заступник головного редактора
Ковальчук Л.Я.
Заступник головного редактора
Ліщенко Н.О.

Галіяш Н.Б.
Господарський І.Я.
Локай Б.А.
Марценюк В.П.
Мисула І.Р.
Мілевська Л.С. – відповідальний секретар
Олійник О.В.
Островська Л.О.
Пасечко Н.В.
Ревчук Н.В.
Сливка Ю.І.
Усинська О.С. – відповідальний редактор

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Губенко І.Я. (Черкаси)
Жиліна Г.Є. (Київ)
Івашко Г.М. (Київ)
Красножон Л.М. (Київ)
Мамикіна Л.С. (АР Крим)
Пірогова В.І. (Львів)
Сабадишин Р.О. (Рівне)
Угарьова З.С. (Донецьк)
Шатило В.Й. (Житомир)
Шегедин М.Б. (Львів)

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № ІІ751-62Р від 15.09.06 р.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Журнал “Медсестринство”
ТДМУ імені І.Я. Горбачевського
Майдан Волі, 1
м. Тернопіль, 46001
УКРАЇНА

Тел.: (0352) 43-49-56

Факс: (0352) 52-80-09

<http://www.tdmu.edu.te.ua>

© Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського
© Науково-практичний журнал “Медсестринство”

Редагування і коректура	Мельник Л.В.
Технічний редактор	Демчишин С.Т.
Комп'ютерна верстка	Гуменюк Р.О.
Художник	Кушик П.С.

Підписано до друку 21.03.2007. Формат 60x84/8.
Гарнітура Times New Roman Cug. Друк офсетний.
Ум.др. арк. 6,51. Обл.-вид.арк. 5,28.
Наклад 300. Зам. № 50.

Відповідальність за зміст, достовірність і орфографію рекламних матеріалів несе рекламодавець. Редакція не несе відповідальності за достовірність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікаціях. При передруці або відтворенні повністю чи частково матеріалів журналу “Медсестринство” посилання на журнал обов'язкове.

Оригінал-макет підготовлено у відділі комп'ютерної верстки Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського
Надруковано в друкарні Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського
46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

ЗМІСТ

- Т.І. Чернишенко, Н.О. Ліщенко*
Особливості освітніх кредитів в американській системі освіти
- Є.М. Нейко, Л.В. Глушко, І.П. Вакалюк, П.П. Звонар, О.М. Ласитчук*
Оцінка професійної компетентності випускників спеціальності “Сестринська справа” у формі практично орієнтованого іспиту
- Н.Ф. Новосьолова*
Проблема якості медичної освіти у європейському освітньому просторі
- Н.Ф. Новосьолова*
До питання розвитку медсестринської освіти в Україні
- Н.Ф. Новосьолова*
До питання підготовки науково-педагогічних кадрів з медсестринства
- Н.О. Ліщенко, О.М. Прокопів, О.С. Усинська, А.І. Прокопчук*
До питання готовності вищих медичних навчальних закладів, які готують медичних сестер, до участі у міжнародному освітньому проекті з медсестринської освіти
- П.І. Сидоренко, О.В. Варавя*
Проблема якості професійної підготовки у ВМНЗ I-II рівнів акредитації у контексті вимог Болонського процесу
- Б.А. Локай*
Методика надання першої допомоги
- О.С. Усинська*
Ліцензування медсестер у США – перший крок до досконалості у професії
- В.Н. Волкова, Н.О. Ліщенко*
Особливості викладання психології іноземним студентам медсестринства

CONTENTS

- T.I. Tchernyshenko, N.O. Lishchenko*
Particularities of credits in American educational system **9**
- Ye.M. Neyko, L.V. Hlushko, I.P. Vakalyuk, P.P. Zvonar, O.M. Lasytchuk*
Evaluation of professional competency of graduates in speciality “Nursing” in the form of practically-oriented exam **12**
- N.F. Novosyolova*
The problem of medical education quality in the european educational area **16**
- N.F. Novosyolova*
The issues of nursing education development in ukraine **21**
- N.F. Novosyolova*
The issues of training of scientific and educational personnel on nursing **26**
- N.O. Lishchenko, O.M. Prokopiv, O.S. Usynska, A.I. Prokopchuk*
On the question of readiness of the Ukrainian higher medical educational establishments for training specialists in nursing for the participation in the international educational project in nursing education **31**
- P.I. Sydorenko, O.V. Varava*
On the problem of professional education quality in the high medical educational establishments of the I-II accreditation levels in the context of Bologna process requirements **36**
- B.A. Lokay*
The principles of the first aid providing **39**
- O.S. Usynska*
The nursing licensing in USA as the first step to the professional perfection **43**
- N.V. Volkova, N.O. Lishchenko*
The peculiarity of teaching of psychology to foreign nursing students **48**

Л.С. Мілевська-Вовчук
У світі альтернативної медицини

L.S. Milevska-Vovchuk
51 In the world of alternative medicine

О.В. Олійник
Критичне мислення в практиці медичної
сестри

Oliynyk O.V.
54 Critical thinking in nursing practice



ШАНОВНІ КОЛЕГИ!

Сьогодні в Україні налічується більше 430 тисяч молодших медичних спеціалістів і бакалаврів, які працюють в системі охорони здоров'я.

Ще за часів Кримської війни у середині XIX століття англійська сестра милосердя Флоренс Найтінгейл зі своїми помічницями довела важливу роль медсестринства у наданні допомоги пораненим на полі бою. Саме 12 травня, день народження Флоренс Найтінгейл, і став Міжнародним днем медичної сестри, який щорічно святкує світова спільнота.

Медична сестра, фельдшер, акушерка – це, по суті, ті професії медиків, які супроводжують людину протягом всього її життя: від народження до останнього подиху. Саме Ви, не жаліючи зусиль і часу на боротьбу з хворобами, приймаєте на себе важкий тягар людського болю і страждань.

Безумовно, важливими для країни та збереження здоров'я нації є якісна підготовка кваліфікованих молодших медичних спеціалістів і бакалаврів медицини та їх ефективне використання в закладах охорони здоров'я.

Задля цього в Україні запроваджена Державна програма розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр., яка спрямована на підняття авторитету медичної сестри в суспільстві, підготовку медичних сестер-магістрів з вищою освітою із забезпеченням розвитку ступеневої медсестринської освіти. В системі вищої медичної освіти понад 60 навчальних закладів вже отримали статус медичних і фармацевтичних коледжів, що наближає нас до Європейського освітнього простору.

Досвід успішної міжнародної співпраці з навчальними закладами США та Європи подає нам хороші надії на перспективи вдосконалення медсестринської освіти, професійного розвитку української медичної сестри як фахівця світового рівня.

Чимало уже здійснено сьогодні, проте ще більше чекає на усіх нас попереду. Необхідно зробити все, аби звання медичної сестри України стало не лише почесним, але й престижним у нашій країні та поза її межами.

Бажаю усім Вам у день професійного свята міцного здоров'я, щастя та довголіття. Нехай Ваш оптимізм та бажання зцілювати не затьмарюються буденними негараздами та невдачами, а надія, віра та любов завжди будуть поряд.

З щирою повагою і вдячністю за Вашу подвижницьку працю,

Міністр охорони здоров'я України

Ю.О. Гайдаєв



ШАНОВНІ ДРУЗИ!

Журнал “Медсестринство” приурочений професійному святу – Міжнародному дню медичної сестри. Цьогоріч ми святкуємо цю дату з новими досягненнями та новими сподіваннями. Соціально-економічні перетворення в нашій країні потребують реформування всієї медичної галузі, зокрема медсестринства. Програма розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр., яка була прийнята відповідно до “Концепції розвитку охорони здоров’я населення України”, поставила за найближчу мету формування умов для підвищення ефективності і значимості середнього медичного персоналу в наданні медичної допомоги усім верствам населення, які її потребують. Чільними напрямками у виконанні цієї програми сьогодні стали заходи щодо вдоскона-

лення системи підготовки і післядипломної освіти медичних сестер, здійснення основних напрямків кадрової політики у розвитку медсестринства, розвиток професійних сестринських об’єднань, міжнародного співробітництва у медсестринстві.

З іншої сторони, сьогодні важлива роль у системі охорони здоров’я відводиться профілактиці захворювань, доступності стаціонарної та амбулаторної допомоги, відкриваються широкі можливості розвитку сімейної медицини.

Професія медичної сестри майбутньої України повинна й надалі залишатися однією з найгуманніших, несучи спокій, милосердя та надію у серця пацієнтів. Тому хочеться сьогодні побажати усім Вам, шановні медичні сестри усіх ланок охорони здоров’я, добра для Ваших сердець, наснаги у Вашій нелегкій, але вкрай необхідній праці, любові та тепла для Ваших родин та процвітання для нашої неньки України!

З повагою,

**директор Департаменту кадрової
політики, освіти та науки
МОЗ України**

М.В. Банчук



ШАНОВНІ МЕДИЧНІ СЕСТРИ, ФЕЛЬДШЕРИ, АКУШЕРКИ!

Щиро вітаю усіх Вас із професійним святом – Міжнародним днем медичної сестри! Ваша професія є життєдайною для тисяч пацієнтів закладів охорони здоров'я та й для усього населення нашої країни.

Адже медична сестра, фельдшер, акушерка – це професіонали, які готові у будь-яку мить своєю чуйністю, добротою, сердечністю підтримати хворого, бути завжди поряд у найважчі хвилини, коли людину спіткає біда.

Сьогодні в Україні успішно розвивається ступенева медсестринська освіта. Ми започаткували успішну міжнародну співпрацю з нашими іноземними колегами. Я дуже сподіваюся, що невдовзі Ви матимете можливість поділитися своїми професійними досягненнями з медичними сестрами зі Сполучених Штатів Америки, Канади та європейських країн. У майбутньому – можливості стажування викладачів у медсестринських навчальних закладах США. Разом із нідерландськими колегами ми працюватимемо над створенням нової національної програми з підготовки медичної сестри зі спеціалізацією по сімейній медицині.

Дуже хочеться, щоб усі, хто вболіває за медсестринство України, своєю клопіткою працею та оптимізмом сприяли успішному здійсненню усіх планів щодо цієї вкрай необхідної та важливої для нашої медицини галузі.

Бажаю усім Вам міцного здоров'я та довголіття! Нехай Ваші будні будуть особливими, насиченими позитивними та приємними змінами, а Ваші родини будуть гордими з того, що Ви є представниками найблагородніших професій – медичної сестри, акушерки чи фельдшера.

З повагою та найщирішими побажаннями,

**заступник директора Департаменту
кадрової політики, освіти та науки,
начальник відділу освіти
та науки МОЗ України**

О.П. Волосовець



ШАНОВНІ КОЛЕГИ!

Ви тримаєте у руках черговий випуск науково-практичного журналу "Медсестринство". Приємно, що серед наших читачів та дописувачів є практичні медсестри, організатори медсестринської допомоги в Україні, викладачі навчальних закладів, що готують медсестер, студенти медичних коледжів, інститутів медсестринства та медичних училищ, адже саме Ви 12 травня відзначатимете своє професійне свято – Міжнародний день медичної сестри!

Від щирого серця хочу привітати Вас!

Щодня, сміливо та впевнено, Ви несете велику відповідальність за кожного, довіреного Вам, пацієнта, допомагаєте повернути не лише здоров'я, але й життєві сили, впевненість у собі. Низький уклін, дорогі наші колеги, за Вашу непросту і самовіддану працю!

Кажуть, що шляхетна мета визначає долю людини. Тож нехай доля Ваша буде світлою, сповненою добробуту, стабільності і процвітання! Нехай ніколи не забракне Вам наснаги, життєвої сили, натхнення та того, чим Ви так щедро обдаровуєте інших – здоров'я!

Миру, добра і злагоди Вам і Вашим родинам!

З повагою,

**головний редактор,
головний спеціаліст відділу освіти
та науки Департаменту кадрової
політики, освіти і науки МОЗ України**

Т.І. Чернишенко

УДК: 377:61 (477.83)(07.07)

ОСОБЛИВОСТІ ОСВІТНІХ КРЕДИТІВ В АМЕРИКАНСЬКІЙ СИСТЕМІ ОСВІТИ

Т.І. Чернишенко, Н.О. Ліщенко

*Міністерство охорони здоров'я України,
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

Стаття аналізує особливості вираховування кредит-годин у системі американської освіти. Кількість їх вказує на кількість контактних годин роботи студента на тиждень та спрямування предмета. Кредити розраховуються по-різному у додипломній та дипломній школах.

PARTICULARITIES OF CREDITS IN AMERICAN EDUCATIONAL SYSTEM

T.I. Tchernyshenko, N.O. Lishchenko

*Ministry of Health Care of Ukraine,
Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky*

The article contains the information and brief analyses of particularities of credit-hours calculation for different courses in American educational system. Credits are calculated as the number of contact hours per week and particularities of the discipline.

Вступ. Поняття освітнього кредиту є відмінним у європейській та американській системах освіти. Для української системи освіти терміни "кредит-година" чи "кредит" є відносно новою та неоднозначною у трактуванні. Разом з тим, сьогоднішні перспективи співпраці між різноманітними українськими вищими медичними навчальними закладами (ВМНЗ) та закладами Європи і країн Північної Америки вимагає чіткого уявлення цих фундаментальних понять. Метою даної статті є інформування освітян українських ВМНЗ про особливості роботи американської освітньої кредит-системи. Матеріал, викладений у статті, є результатом тривалої співпраці МОЗ України та Тернопільського державного медичного університету з американськими освітніми структурами – університетом Південної Кароліни Апстейт, державним Каліфорнійським університетом та консалтинговою компанією "Nurses International".

Основна частина. Згідно з додатком 1 Конвенції Ради Європи і ЮНЕСКО про визнання кваліфікації з вищою освітою кредит – це "точно документо-

вана мінімальна умовна одиниця вимірювання "вартості" будь-якої складової навчальної програми, яку виконав студент під час навчання" [1]. Для більшості університетів США це визначення кредиту є абсолютно аналогічним та дієвим. Адже кожна сходинка у освіті США оцінюється саме у кредитах або кредит-годинах. Скажімо, медсестринська школа імені Мері Блек, де проходили стажування викладачі ТДМУ, у своїй програмі бакалаврату з медсестринства пропонує до засвоєння 128 кредитів або кредит-годин. Навчальний рік розподілено на два семестри. Це означає, що кожного семестру студент повинен засвоїти щонайменше 16 кредитних годин ($128:4=32$ – кількість кредит-годин на кожен рік; $32:2=16$ – кількість годин на кожен семестр).

Академічна робота в університетах США зазвичай розподілена на блоки дисциплін, які залежать від професійного спрямування навчального процесу. Для програми з медсестринства такими блоками є "загальні дисципліни" та "медсестринські". "Загальні дисципліни" студент може засвоювати у інших коледжах чи університетах, після чого він подає свої документи ("транскрип-

ти", де вказується які предмети та з якими оцінками засвоїв студент) до медсестринської школи (аналогу українського медичного коледжу чи медсестринського факультету університету). Окремі дисципліни в американській системі вищої освіти можуть у своїй структурі мати підрозділи, що, на нашу думку, можна порівняти до модулів згідно з новою Болонською системою. Кожна дисципліна може мати або ж "вартувати" від 2 до 6 кредит-годин. Ці значення залежатимуть від кількості так званих "контактних" годин роботи студента на тиждень, складності дисципліни, що, передусім, визначається освітнім рівнем (додипломна чи дипломна школа), категорії дисципліни (теоретична чи практична), а також рішення кожного конкретного університету чи коледжу.

Скажімо, в програмі бакалаврату з медсестринства один кредит складатиметься з однієї контактної години на тиждень занять з викладачем у класі (наприклад, одній годині лекції, семінару чи практичного заняття) та двох годин самостійної роботи студента на тиждень. Якщо курс несе три кредит-години, то це відповідно означатиме, що студент працює три години у класі з викладачем та ще має дванадцять годин самостійної роботи на кожен тиждень. З іншого боку, якщо середнє навантаження студента на кожен семестр становить 16 кредитів, то це означає, що він має "очних" занять 16 годин (які у США вираховуються "академічними" годинами по 45 хвилин, а 60-хвилинними годинами, з урахуванням 10-хвилинної перерви на кожную годину навчання) і крім цього, його самостійна робота включатиме 32 години. Таким чином, загальне навантаження на студента складатиме 48 годин на тиждень, що відповідає навантаженню українського студента за умови, що самостійна робота значно зростає до 60 %. Особливістю американської системи вищої освіти є її лабільність, коли студент може сам у міру своїх особистих можливостей запланувати те навантаження, яке він здатен засвоїти. Хоча, з іншого боку, обмеження існують – деякі університети мають ліміт можливих кредитів до 20 на семестр. Обґрунтуванням таких меж у навантаження є ефективність засвоєння навчального матеріалу студентом.

Дипломна школа (магістратура, докторантура) має "свої" розрахунки. Звичайно, академічна робота у цій школі вважається складнішою, порівняно з додипломною освітою, тому кожен кредит у цій школі порівнюється до однієї години лекції (практичного заняття чи семінару) та 5 го-

дин самостійної роботи студента. Таким чином, якщо студент магістратури зареєстрований на трьох дисциплінах, кожен з яких має по 4 кредити (звичайно дисципліни дипломної школи мають більшу кількість кредитів порівняно з додипломною школою), це означає, що він має тижневе навантаження у 72 години ($3 \times 4 = 12$ лекційних чи практичних годин з викладачем плюс $5 \times 12 = 60$ годин самостійної роботи).

У деяких випадках дисципліни мають уточнену назву, наприклад, "лекційний курс", "лабораторний курс", "студійний курс", "практичний або клінічний курс", "курс-семінар" або ж "незалежний дослідницький курс". Звичайно, таке уточнення чітко вказує, що саме вимагається від студента під час навчання на цьому курсі, який вид робіт він буде виконувати та що саме буде оцінюватися по закінченні курсу. Такі уточнення також впливають на "кредитову оцінку" дисципліни.

Бакалавратура, магістратура та докторантура досить часто використовує ще один термін "юніт" (одиниця, "unit"). У додипломній і дипломній школі поняття "юніту" відрізняється. У додипломній школі це фактично є та ж кредит-година. У дипломній школі ж призначення "юніту" є полегшення визначення того, як навчається студент – повний день чи частково. "Дипломні юніти" – це не те ж саме, що й "кредит-години". Число "дипломних юнітів" на кожную кредит-годину буде різним залежно від року навчання та складності предметів. Для прикладу, в одній з "дипломних шкіл" Південної Кароліни цей розрахунок проводили так.

- Усі дисципліни, що нумерувалися у каталозі дисциплін університету від 000 до 399, оцінювалися у 2 юніти (units) за кожную кредит-годину.
- Дисципліни від 400 до 499, які були уже складнішими, мали 4 юніти (units) за кожную кредит-годину.
- Дисципліни від 500 до 599 мали 5 юнітів за кожную кредит-годину.
- Дисципліни від 600 до 897 мали 6 юнітів за кожную кредит-годину.
- Дослідницький курс на виконання магістерської роботи мали 12 юнітів за кредит-годину.
- Дисципліни в межах докторантури нумерувалися ще вищим рівнем – 898 і мали в своїй структурі 18 юнітів за кожную кредит-годину.
- Робота над докторською дисертацією оцінювалася найвище з номером 899 і мала 18 юнітів за кожную кредит-годину.

Таким чином, відповідна нумерація відразу відображає складність засвоєння чи роботи студента над певним курсом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вища освіта України і Болонський процес / За ред. В.Г. Кременя. – Тернопіль: Навчальна книга–Богдан, 2004. – 382 с.

2. Кремень В.Г. Болонський процес: зближення, а не уніфікація // Дзеркало тижня. – № 48 (473). – 13-19 грудня, 2003.

Висновок. Знання особливостей кредитної системи освіти США є важливим у розумінні функціонування цієї системи у Європі та у світі.

3. Основні засади розвитку вищої освіти України в контексті Болонського процесу (документи і матеріали 2003–2004 рр.) / За ред. В.Г. Кременя. – Київ–Тернопіль: Вид-во ТДПУ, 2004. – 147 с.

УДК 378.27:614.253.52

ОЦІНКА ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ВИПУСКНИКІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ “СЕСТРИНСЬКА СПРАВА” У ФОРМІ ПРАКТИЧНООРІЄНТОВАНОГО ІСПИТУ

Є.М. Нейко, Л.В. Глушко, І.П. Вакалюк, П.П. Звонар, О.М. Ласитчук

Івано-Франківський державний медичний університет

З метою оцінки клінічної компетентності випускників розроблено систему стандартизованого клінічного іспиту, яка дає можливість оцінити практичні вміння студента та рівень теоретичної підготовки відповідно до вимог освітньо-кваліфікаційної характеристики.

EVALUATION OF PROFESSIONAL COMPETENCY OF GRADUATES IN SPECIALITY “NURSING” IN THE FORM OF PRACTICALLY-ORIENTED EXAM

Ye.M. Neyko, L.V. Hlushko, I.P. Vakalyuk, P.P. Zvonar, O.M. Lasytchuk

Ivano-Frankivsk State Medical University

In order to assess the clinical competency of graduates it has been developed the system of standardized clinical exam, that give a possibility to evaluate student's practical skills and theoretical background according to requirements of educational-qualification characteristic.

Вступ. Медсестринська освіта в Україні за останні 15 років пройшла значний шлях реформування. Сьогодні особливо важливим є вирішення проблеми клінічної підготовки, передусім – контакт “студент-пацієнт” [3]. Іспит з оцінки клінічної компетентності студентів є однією з форм практично орієнтованого оцінювання. Він передбачає визначення широкого спектра взаємопов’язаних, але різних навичок та вмінь студента, необхідних для взаємодії лікаря чи медсестри з хворими, зокрема збір анамнезу, проведення фізикального обстеження пацієнта, спілкування з хворими, уміння інтерпретувати лабораторну та іншу діагностичну інформацію, принципи діагностики й ведення хворих тощо [9]. У процесі встановлення клінічної оцінки беруть участь три суб’єкти: студент, хворий та екзаменатор. Метою створення стандартизованого клінічного іспиту є бажання максимально уніфікувати хворого та екзаменатора з тим, щоб єдиним фактором, який визначатиме

результат іспиту, були знання, вміння, навички та особисті якості студента – тобто, його клінічна компетентність. Стандартизація екзаменаторів може проводитись шляхом структурування процедури оцінювання з використанням декількох екзаменаторів та проведенням загального контролю об’єктивності та точності оцінки роботи студента.

Однією з найскладніших проблем є стандартизація пацієнта, яка проводиться з метою уніфікації клінічних ситуацій, ліквідації розбіжностей в оцінюванні складності захворювань, якості та ступеня прояву фізикальних даних, поведінки хворих, спроможності представляти свій анамнез тощо [5].

Фокус оцінювання в медичній освіті зміщується з простої перевірки медичних наукових фактів до оцінки дій студента безпосередньо в клінічних умовах, тобто зсувом оцінювання з першого (“маю уявлення, знаю і розумію”) та другого (“знаю як саме, бачив”) рівнів до третього (“демонструю на фантомі”), а інколи навіть четвертого (“виконую сам під контролем викладача”) і п’ятого (“ви-

© Є.М. Нейко, Л.В. Глушко, І.П. Вакалюк, П.П. Звонар, О.М. Ласитчук, 2007

коную самостійно") [6, 7, 8]. Такий підхід дозволяє ефективно оцінити клінічну компетентність студентів [2, 4].

Основна частина. З метою адаптації державного випускного іспиту зі спеціальності 5.110102 "Сестринська справа" до вимог стандартизованого іспиту та максимально можливого охоплення всіх вимог освітньо-кваліфікаційної характеристики "Молодший спеціаліст" [1] в університеті впроваджено комплексний кваліфікаційний державний іспит, який здійснюється в два етапи.

I. Ліцензований тестовий іспит Крок М проводиться Центром тестування Міністерства охорони здоров'я України у відповідно визначені терміни за буклетами, підготовленими Центром тестування.

II. Практично орієнтований іспит "Практичне медсестринство" проводиться на клінічній базі медичного коледжу.

Власне, оптимізація практично орієнтованого іспиту "Практичне медсестринство" дала можливість не лише підвищити мотивацію студентів до засвоєння медицини, але й оцінити їх клінічну компетентність.

Для підготовки до державної атестації профільними кафедрами терапії, хірургії, педіатрії, акушерства та гінекології визначається перелік питань з підготовки до державної атестації, перелік практичних навиків і надається їх матеріальне забезпечення під час проведення іспиту, згідно з алгоритмом виконання навичку, перелік невідкладних станів та складаються ситуаційні задачі, з кожного профілю готуються еталони відповідей до поставлених завдань, визначається перелік рекомендованої основної та додаткової літератури.

Кожному студенту пропонують виконати такі завдання.

1. Знаючи схему і методику обстеження пацієнта в умовах лікувально-профілактичного закладу, виконати етап медсестринського процесу з проведенням медсестринської діагностики, визначенням та вирішенням проблем пацієнта, заповненням листка сестринської опіки стану пацієнта та складанням плану сестринського догляду.

Ця частина іспиту проводиться в стаціонарі біля ліжка хворого. Випускник повинен показати вміння та знання з наступних позицій: проведення суб'єктивного обстеження та оцінка отриманих даних; фізичного обстеження пацієнта та оцінка отриманих даних; обстеження органів дихання та оцінка отриманих даних; обстеження системи

кровообігу та оцінка отриманих даних; обстеження органів травлення та оцінка отриманих даних; обстеження сечовидільної системи та оцінка отриманих даних; обстеження нервово-психічної системи та оцінка отриманих даних; обстеження вагітної та оцінка стану; обстеження роділлі, породіллі та оцінка стану; обстеження жінки; обстеження та оцінка стану новонародженого; виявлення та вирішення проблем пацієнта при різних патологічних станах.

Випускник повинен заповнити лист сестринської оцінки стану пацієнта та скласти план сестринського догляду.

З метою стандартизації пацієнта, уніфікації клінічних ситуацій, ліквідації розбіжностей в оцінюванні складності захворювань, якості та ступеня прояву фізикальних даних, поведінки хворих, спроможності представляти свій анамнез, нами було проведено попередній підбір хворих, з якими за потреби проводився додатковий тренінг. Залучення реального пацієнта в справжній клінічній ситуації дозволяє з максимальною вірогідністю прогнозувати роботу студента в реальному житті, якісно оцінити його клінічну компетентність. Для зменшення навантаження на пацієнта постійно залучаються нові хворі, максимально наближуючи іспит до форми "один студент – один пацієнт". За наявності клінічних баз при вузах така методика є абсолютно можливою.

2. Вирішення ситуаційних задач з надання невідкладної долікарської допомоги.

У перелік задач включаються невідкладні стани з терапії, хірургії, педіатрії, акушерства та гінекології згідно з вимогами Освітньо-кваліфікаційної характеристики "Молодший спеціаліст". Випускник повинен показати вміння та знання з оцінки стану пацієнта, визначення проблем пацієнта та надання невідкладної долікарської допомоги при невідкладних станах у терапії, педіатрії, акушерстві та гінекології, хірургії. Цей етап проводиться в спеціальній екзаменаційній кімнаті, де студенту пропонують вибрати одне завдання з невідкладним станом, на яке він повинен дати усну відповідь.

3. Забезпечення санітарно-епідеміологічного режиму, принципів лікувального харчування, догляду за хворим, діагностичних обстежень, лікувальних заходів, проведення фізіотерапевтичних процедур і профілактичних заходів, ведення документації.

За цим фрагментом студент виконує чотири завдання, відповідно до вимог медсестринства в

терапії, медсестринства в хірургії, медсестринства в педіатрії і медсестринства в акушерстві та гінекології. Студенту пропонують вибрати з кожного напрямку медсестринства одне практичне завдання. Цей етап проводиться в спеціальних екзаменаційних кімнатах, обладнаних робочими місцями з манекенами, інструментарієм, апаратурою тощо, які передбачені методикою виконання тих чи інших процедур.

Результати складання практично орієнтованого іспиту вносяться екзаменаторами у протокол оцінки відповіді студента за всіма етапами іспиту з подальшим визначенням загальної оцінки. За результатами здачі етапів практично орієнтованого іспиту членами Державної екзаменаційної комісії виставляється оцінка з "Практичного медсестринства". Рішення про оцінку за державний випускний іспит приймається після обговорення на засіданні Державної кваліфікаційної комісії відкритим голосуванням за більшістю голосів. Оцінка оголошується в день здачі практичної частини іспиту.

Для забезпечення роботи екзаменаційної комісії формуються три бригади екзаменаторів. У склад такої бригади входять спеціалісти з терапії, хірургії, педіатрії, акушерства та гінекології і провідні спеціалісти з числа середнього медичного персоналу. Розроблено маршрутний лист та хронометраж

практично орієнтованого державного іспиту "Сестринська справа" (див. схему).

Така схема іспиту дає можливість стандартизувати не тільки клінічну ситуацію, а й оптимально відповідає вимозі стандартизації екзаменаторів шляхом структурування процедури оцінювання на різних етапах іспиту, врахування рейтингу студента, використання декількох екзаменаторів та проведення загального контролю об'єктивності та точності оцінки за допомогою різних методів візуалізації роботи студента відповідно до етапів іспиту.

У процесі складання комплексного кваліфікаційного державного іспиту студенти показали ґрунтовні знання та професійне володіння практичними навиками із таких розділів практичного медсестринства: "Техніка виконання ін'єкцій та інфузій", "Асептика та антисептика", "Визначення груп крові". Студенти вміють розпізнати основні проблеми пацієнта, надати невідкладну долікарську допомогу при екстремальних ситуаціях, провести кваліфіковану медсестринську опіку при терапевтичних захворюваннях. Встановлено, що окремі студенти недостатньо засвоїли основи медсестринського обстеження пацієнта, проводять його непослідовно, мають труднощі в інтерпретації отриманих даних – вказане стосується всіх розділів практичного медсестринства, деякі студенти мають труднощі у визначенні наявних та

Схема. Маршрутний лист та хронометраж практично орієнтованого державного іспиту "Сестринська справа"

I етап	8 ⁰⁰ - 9 ⁴⁵	Медсестринська діагностика, визначення та вирішення проблем пацієнта, заповнення листка сестринської опіки, складання плану догляду	Бригади екзаменаторів працюють у клініці базових відділень "біля ліжка хворого"
II етап	10 ⁰⁰ - 11 ¹⁰	Вирішення ситуаційної задачі з оцінки стану пацієнта, визначення проблем пацієнта та надання невідкладної долікарської допомоги	<p>Робота бригад екзаменаторів у тематично обладнаних екзаменаційних кімнатах</p> <p>Бригада № 1 з 10⁰⁰-11¹⁰ Бригада № 2 з 11²⁰-12³⁰ Бригада № 3 з 12⁴⁰-13⁵⁰</p> <p>Вирішення задач з невідкладних станів</p> <p>Бригада № 1 з 12⁴⁰-13⁵⁰ Бригада № 2 з 10⁰⁰-11¹⁰ Бригада № 1 з 11²⁰-12³⁰</p> <p>Робота в екзаменаційній кімнаті "Медсестринство в терапії і хірургії"</p> <p>Бригада № 1 з 1²⁰-12³⁰ Бригада № 2 з 12⁴⁰-13⁵⁰ Бригада № 1 з 10⁰⁰-11¹⁰</p> <p>Робота в екзаменаційній кімнаті "Медсестринство в педіатрії, акушерстві та гінекології"</p>
III етап	11 ²⁰ - 12 ³⁰	Забезпечення санітарно-епідеміологічного режиму, принципів лікувального харчування, догляду за хворим, діагностичних обстежень, лікувальних заходів, проведення фізіотерапевтичних процедур, ведення документації з хірургії та терапії	
	12 ⁴⁰ - 13 ⁵⁰	Забезпечення санітарно-епідеміологічного режиму, принципів лікувального харчування, догляду за хворим, діагностичних обстежень, лікувальних заходів, проведення фізіотерапевтичних процедур, ведення документації з педіатрії, акушерства та гінекології	

потенційних проблем пацієнта при невідкладних станах і недостатньо володіють заходами долікарської допомоги.

З огляду на вищевикладене та аналіз попереднього досвіду проведення державної атестації студентів слід відмітити, що така система іспиту дає можливість не тільки оцінити практичні вміння студента, а й якісно, глибоко та всебічно оцінити рівень теоретичної підготовки та дає можливість студенту максимально показати свої знання та уміння. Іспит відбувається у формі звичайного робочого дня медсестри, з чим студенти вже ознайомилися під час проходження практики у відділеннях лікарень,

відповідно набуває елементів професійної гри, що робить його цікавим і разом з чітким регламентом відповіді зменшує фізичне навантаження та психологічний тиск, а, таким чином, і стрес як для студента, так і для екзаменаторів.

Висновки. 1. Запропонована форма державної атестації оптимально відповідає вимогам стандартизованого іспиту з оцінки клінічної компетентності випускника.

2. Залучення реального пацієнта в справжній клінічній ситуації дозволяє з максимальною вірогідністю прогнозувати роботу студента в реальному житті, якісно оцінити його підготовку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Галузевий стандарт вищої освіти України, Освітньо-кваліфікаційна характеристика "Молодший спеціаліст" за спеціальністю 5.110102 "Сестринська справа". – Міністерство освіти та науки України. – Київ, 2002.
2. Господарський І.Я. Проблеми навчання іноземних студентів у вищому медичному навчальному закладі // Медсестринство. – 2006. – №1. – С. 25-30.
3. Ковальчук Л.Я. Застосування Європейських стандартів і рекомендацій щодо внутрішнього забезпечення якості медсестринської освіти в Тернопільському державному медичному університеті // Медсестринство. – 2006. – №1. – С. 13-16.
4. Шегедин М.Б., Окс Н.Л. Навчальному процесу – нові форми організації. Досвід застосування традиційних і активних форм навчання у Львівському державному медичному коледжі імені Андрея Крупинського // Медсестринство. – 2006. – №1. – С. 31-34.
5. Collins J.P., Harden R.M. The use of real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations // Medical Teacher. – 1999. – № 20. – С. 508-521.
6. Miller G.E. "The Assessment of Clinical Skills / Competence / 'Performance'" // Academic Medicine. – 65:9. – September Supplement. – 1990.
7. RCSA / "Consensus statement of the Researchers in Clinical Skills Assessment (RCSA) on the use of standardized patients to evaluate clinical skills" // Academic Medicine. – 2004. – № 6. – С. 475-477.
8. Suinick A.I. The global value of standards in medical knowledge and competence // Changing medical education. – 1993. – С. 27.
9. Swartz M.H., Friedman M., Gambert S., Anderson-Kline S., Regan M.B. and Stimmel B. Assessment of Clinical Competence Utilizing Standardized Patients: What are we Really Measuring? // Approaches to the assessment of clinical competence. – 1992. – С. 261.

УДК 614.253.5

ПРОБЛЕМА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У ЄВРОПЕЙСЬКОМУ ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРИ

Н.Ф. Новосьолова

Білоцерківський базовий медичний коледж

У статті йдеться про необхідність та напрямки удосконалення якості медичної освіти у Європі, особливості реформування сестринської освіти в Україні. Розглянуто компоненти якісної підготовки сестринського персоналу.

THE PROBLEM OF MEDICAL EDUCATION QUALITY IN THE EUROPEAN EDUCATIONAL AREA

N.F. Novosyolova

Bila Tserkva regional medical college

This article runs deals with the necessity and ways of improvement of medical education quality in Europe, peculiarities of reforming nursing education in Ukraine. It also covers the basic components of professional training of the nursing staff.

Вступ. Проблема якості медичної освіти активно вирішується європейською спільнотою упродовж останніх десятиліть. Необхідність реформування системи медичної освіти України, її удосконалення і підвищення рівня якості є однією з найважливіших соціокультурних проблем на шляху євроінтеграції.

Основна частина. Уже в 60-х роках минулого століття було визнано, що кваліфікована медична допомога недоступна для 75 % населення світу, передусім – для малозабезпечених [4].

Розв'язання проблем охорони здоров'я міжнародна медична спільнота пов'язує з розвитком первинної медико-санітарної допомоги, яка визнає, що:

- для забезпечення позитивних змін у стані здоров'я населення немає необхідності використовувати висококваліфікованих медичних спеціалістів;

- проблему боротьби з більшістю захворювань можна вирішити силами добре підготовленого сестринського персоналу. Так, результати проведених у США досліджень доводять, що 25-75

- % функціональних обов'язків лікарів, залежно від конкретної задачі, спроможні виконувати медичні сестри [3];

- слід піклуватися не тільки і не стільки про хвору людину, скільки про всі аспекти здоров'я кожного пацієнта – фізичні, психологічні, соціальні та духовні;

- основним шляхом поліпшення здоров'я населення є формування здорового способу життя та сприяння здоров'ю людей;

- ризик захворювань можна визначити заздалегідь до проявів хвороби для ефективної профілактики;

- пацієнти повинні взяти на себе відповідальність за своє здоров'я та спосіб життя, можуть самостійно здійснювати профілактику багатьох хвороб; навчити їх цьому повинен сестринський персонал [4].

Забезпечення постійного спостереження за пацієнтами протягом усього життя, висококваліфікованого загального, диференційованого чи інтенсивного догляду за хворими в умовах стаці-онарної допомоги населенню, розвиток нових форм амбулаторної допомоги, забезпечення динаміч-

© Н.Ф. Новосьолова, 2007

ного патронажного спостереження за пацієнтами вдома, проведення реабілітаційного та відновного лікування в спеціалізованих відділеннях чи відділеннях сестринського догляду – найважливіші функції медичних сестер. Їх якісне виконання можливе лише за умови достатньої та адекватної підготовки сестринського персоналу усіх рівнів з використанням сучасних освітніх технологій [2].

Реальні соціальні потреби у отриманні якісної медичної допомоги та доступі до охорони здоров'я вимагають змін у медичній освіті.

У країнах Європи пошук загальної основи базової підготовки медичних сестер почався із середини ХХ століття. У квітні 1968 року Данією, Францією, Німеччиною, Грецією та Великобританією підписано Європейську угоду про медсестринську освіту, яка встановила функціональні вимоги до медичних сестер загального профілю, умови вступу до сестринських шкіл, тривалість та зміст теоретичного та практичного навчання (не менше 4600 годин або 3-х років навчання). Генеральна конференція Міжнародної організації праці на 63 сесії прийняла Конвенцію 149 та Рекомендації 157 "Про зайнятість, умови праці та життя сестринського персоналу", яка була ратифікована ЄСРП у 1979 році. У Конвенції ставилося завдання кожній країні-члену МОП виконувати необхідні заходи для організації професійної підготовки та освіти сестринських кадрів, яка б забезпечила здійснення їх функцій, необхідних для задоволення умов праці та життя, розвитку кар'єри. Рекомендації сприяли створенню раціональної структури сестринського персоналу, його класифікації на категорії залежно від рівня професійної освіти та складності виконуваних обов'язків. У багатьох країнах здійснюється багатоступенева підготовка медичних сестер, у тому числі медичні сестер з вищою освітою (академічним ступенем бакалавра, магістра, доктора наук) для виконання та організації складного догляду, управління сестринськими службами та охороною здоров'я, здійснення науково-педагогічної діяльності в галузі сестринської справи та охорони здоров'я.

У 1988 р. в Единбурзі (Шотландія) Світовою федерацією медичної освіти була проведена Всесвітня конференція з медичної освіти, результатом якої стала Единбурзька декларація [5]. У цій декларації вперше за всю історію медицини та медичної школи було зазначено, що традиційна клініко-центрична модель медичної освіти належним чином не враховує культурно-цивілізаційні та соціально-екологічні аспекти та потреби люд-

ства у ХХІ столітті. Фундаментальним недоліком клініко-центричних моделей медичної загальної та післядипломної освіти є фактична відмова від ознайомлення студентів з реальними потребами та інтересами населення, насамперед, його мало-чи навіть неплатоспроможної частини, яка складає переважну більшість населення країн світу. Единбурзькою декларацією визначено кроки реформування медичної освіти:

- мета професійного навчання – досягнення професійної компетентності;
- відбір абітурієнтів як за інтелектуальними, так і за іншими професійними властивостями;
- релевантне середовище для навчання;
- акценти на попередження захворювань та сприяння підтримці здоров'я;
- активна медична освіта протягом усього життя;
- підготовка викладачів медичних вищих навчальних закладів не тільки як фахівців, а ще й як педагогів та освітян;
- інтеграція науки та клінічної практики;
- зв'язок медичної освіти з потребами практичної охорони здоров'я;
- кооперація між працівниками системи охорони здоров'я – мультипрофесійна освіта;
- постійне професійне післядипломне навчання протягом життя [6].

Нині медична освіта, як і раніше, активно критикується за те, що вона недостатньо відповідає соціальним потребам, недостатньо активно залучається до євроінтеграційних процесів. ВООЗ визнано, що побудова більшості сучасних навчальних планів не базується на реальних існуючих проблемах системи охорони здоров'я та пацієнтів. Студенти вчаться переважно в лікарняних умовах, які демонструють надто деформований (порівняно із реальністю) комплекс складних проблем, які не репрезентують майбутню амбулаторну практику або рівень первинної охорони здоров'я.

З метою підвищення якості та ефективності вищої медичної освіти Європейський Союз прийняв у 1993 році рекомендації щодо додипломної медичної освіти. Ці рекомендації підтримані директивою 93/16, прийнятою Радою ЄС.

- Первинною метою програми додипломного навчання є забезпечення формування відповідних знань, навичок, ставлень та етичних цінностей.
- Період базової медичної освіти із спеціальності "лікувальна справа" має тривати шість років

або не менше ніж 5500 годин теоретичної і практичної підготовки.

- Встановлення мінімальної тривалості післядипломного навчання для отримання певної спеціалізації та спеціалізації лікарів, яка коливається від 3 до 12 років.

- Навчальний план має складатися з двох ключових частин — базових та клінічних наук, які можуть бути інтегровані між собою.

- Базові науки мають бути медично-орієнтованими, більш практичними та пристосованими до потреб клінічної підготовки.

- Медичні навчальні плани та програми не повинні бути перевантаженими.

- Має бути здійснено перехід від пасивного викладання до активного навчання.

- Базова та варіативна частини навчального плану мають регулярно переглядатись.

- Має стимулюватися участь студентів у оцінюванні навчального плану та програм підготовки.

- Рекомендованим є клінічне викладання позагоспітальними та палатними умовами.

- Медична освіта має фокусуватися на студентах, а не на дисциплінах.

- Має приділятися увага навчання методам пошуку, формулювання та розв'язання конкретних фундаментальних і особливо клінічних проблем, базуючись на мультидисциплінарному підході.

- Необхідним є створення Європейського медичного випускного іспиту та системи управління якістю освіти.

Вища медична освіта є вищою професійною освітою, тому її функціонування та тенденції розвитку не можна розглядати у відриві від європейського та світового контексту розвитку вищої освіти.

Сьогодні Європа прагне до створення такої системи освіти, яка б відповідала потребам не окремих європейських країн, а усього Європейського регіону, створювала б найкращі можливості для самовираження студентів і суспільства в цілому. Євроінтеграційний процес передбачає об'єднання національних систем освіти і науки в європейський простір з єдиними вимогами, критеріями і стандартами [1].

Піввіковий процес європейської співдружності та європейської вищої школи у напряму інтеграції та створення єдиного конкурентноспроможного середовища сформувався з прийняттям Болонської декларації. Хотілося б зауважити, що Болонський процес регулює вищу, тобто академічну освіту (по-

чинаючи з бакалаврату), а не професійну підготовку. Інша справа, що сучасний рівень розвитку суспільства вимагає від більшості фахівців, у тому числі і медичних, високого наукового рівня підготовки (академічної освіти).

Метою модернізації вищої медичної освіти в Україні є приведення її до потреб системи охорони здоров'я, суспільства і пацієнтів, підвищення якості підготовки медичних кадрів, а також її гармонізація відповідно до вимог європейської освіти (ефективність, ступневість, безперервність, навчання впродовж усього життя, конкурентно-спроможність).

Принципова різниця систем підготовки сестринських кадрів (медичних сестер, акушерок і фельдшерів) України з іншими країнами полягає в наступному.

1. У країнах євроатлантичного регіону відсутній освітньо-кваліфікаційний рівень вищої сестринської освіти, еквівалентний вітчизняному рівню "молодший спеціаліст". Одночасно здійснюється ступенева професійна підготовка медичних сестер (наприклад, помічників медичних сестер, ліцензованих, зареєстрованих медичних сестер), які не мають вищої освіти.

2. У країнах Європи, окрім України та країн СНД, а також в інших економічно розвинених країнах світу, не існує кваліфікації "фельдшер" із спеціальності "медико-профілактична справа" та "лікувальна справа"; спеціальності "лікувальна справа" відповідає кваліфікація "лікар". У цілому в Україні є надлишкова і недостатньо збалансована з потребами суспільства та ринку праці кількість спеціальностей, за якими готують фахівців з вищою освітою. У кращих же світових системах вищої освіти їх удвічі менше і вони універсальніші.

3. У більшості країн світу підготовка акушерок не здійснюється на додипломному рівні, а є спеціалізацією медичної сестри на післядипломному рівні або напрямом клінічної підготовки медсестри на рівні бакалаврату.

4. Три-чотирирічний термін підготовки медичних сестер є мінімальним в більшості європейських країн, тоді як в Україні трирічний термін впроваджується тільки з нинішнього навчального року.

5. У більшості країн Європи, в США та Канаді викладачами медсестринських шкіл, коледжів та сестринських факультетів медичних університетів є медичні сестри з академічним ступенем медсестринської освіти (магістри та доктори наук, а в сестринських школах – і бакалаври). В Україні не

сформовано системи підготовки науково-педагогічних кадрів з медсестринства.

6. В економічно розвинених країнах світу підготовка медичних сестер здійснюється виключно на базі повної середньої освіти (переважно 12-річна освіта), в Україні абітурієнт може мати базову середню освіту (9 класів загальноосвітньої школи).

7. Зміст сестринської освіти, як і раніше, формується переважно емпіричним шляхом на основі стереотипного медичного (лікарського) уявлення про сестринську діяльність.

Не дивлячись на те, що реформування сестринської освіти в Україні розпочалося у 1993 році, до цього часу ми мало чого досягли. Неймовірно зусилля провідних спеціалістів МОЗ України у справі модернізації сестринської освіти не зможуть дати реальних результатів без їх дієвої підтримки усіх, хто має безпосереднє відношення до підготовки сестринського персоналу – адміністрації та викладачів ВМНЗ. Щоб рухатися далі і розвиватися, необхідно зробити крок вперед, відмовитися від безініціативності, очікування реформ зверху, нерозуміння необоротності змін та рабської залежності від споконвічного повторення того, до чого звикли.

Якість підготовки сестринських кадрів залежить від багатьох компонентів: маркетингової діяльності закладу освіти, у тому числі сучасних форм профорієнтаційної роботи з молоддю, застосування сучасних методик відбору абітурієнтів для навчання, мотивації студентів у пізнавальній діяльності, соціального статусу сестринської професії в суспільстві, рівня соціального захисту студентів, сучасності і актуальності запропонованих навчальних планів та програм підготовки, наявності чітких, конкретних і зрозумілих стандартів освіти, діагностики рівня знань, умінь і навичок студентів, а також рівня компетентності випускників, застосування активних і розвивальних методів та інноваційних технологій навчання, наявності і рівня підручників, організації роботи бібліотек, якості науково-методичного забезпечення навчального процесу, матеріально-технічного забезпечення аудиторій, кабінетів доклінічної практики та лабораторій, рівня інформатизації навчального-процесу, демократизації, гуманізації, індивідуалізації та диференціації навчального процесу, забезпеченості клінічними базами практичного навчання, наявності та стану власних клінік, забезпеченості та рівня кваліфікації науково-педагогічних кадрів, рівня наукової роботи педагогічних кадрів, мотивації викладачів, наявності ефективної системи контролю організації навчання, кваліфікованого та ефективного управління ВМНЗ, відповідності системи освіти вимогам світового освітянського простору, моніторингу використання сестринського персоналу та інших.

раторій, рівня інформатизації навчального-процесу, демократизації, гуманізації, індивідуалізації та диференціації навчального процесу, забезпеченості клінічними базами практичного навчання, наявності та стану власних клінік, забезпеченості та рівня кваліфікації науково-педагогічних кадрів, рівня наукової роботи педагогічних кадрів, мотивації викладачів, наявності ефективної системи контролю організації навчання, кваліфікованого та ефективного управління ВМНЗ, відповідності системи освіти вимогам світового освітянського простору, моніторингу використання сестринського персоналу та інших.

Висновки. Для підвищення якості та наближення медичної освіти України до європейських стандартів необхідно:

1. Узгодити кількість і назви спеціальностей, за якими здійснюється підготовка медичних фахівців, та терміни їх підготовки з загальноприйнятими у Європі.

2. Створити систему підготовки науково-педагогічних кадрів з медсестринства (в магістратурі та докторантурі).

3. Припинити набір на сестринські відділення абітурієнтів, які не мають повної середньої освіти.

4. Розробити та запровадити навчальні плани та програми підготовки медичних сестер (клінічних напрямів) на основі сестринських моделей допомоги населенню. Переорієнтувати навчальні програми дисциплін із вторинного (переважно стаціонарного) на первинний рівень медико-соціальної допомоги. Здійснювати моніторинг навчальних програм.

5. У кожному ВМНЗ розробити систему управління якістю освіти. Здійснювати моніторинг професійної компетентності педагогічних працівників.

6. Забезпечити навчальний процес необхідними кадровими, матеріально-технічними та інформаційними ресурсами, активно впроваджувати сучасні інформаційні та інноваційні освітні технології.

7. Удосконалити систему управління ВМНЗ.

ЛІТЕРАТУРА

І. Журавський В.С., Згуровський М.З. Болонський процес: головні принципи входження в Європейський простір вищої освіти. — Київ: ІВЦ Видавництво "Політехніка", 2003. — 200 с.

2. Задворная О.Л. Непрерывное последипломное образование медицинских сестер (состояние и перспективы): Дис. ... канд. мед. наук — М., 1995. — 184 с.

3. Фигейрас Ж., Макки М., Моссиалос Э., Реформа больниц в новой Европе: Пер. с англ. - М.: Изд.-во "Весь мир", 2002. – 320 с.

4. Salvage Jane. Развитие сестринского дела // Региональные публикации ВООЗ. Европейская серия. – 1995. – № 48. – 162 с.

5. World Federation for Medical Education. World Conference on Medical Education Report. Edinburgh, Scotland, 1988.

6. World Federation for Medical Education. The Edinburgh declaration. "Medical education". 1988, 22, p. 481-482.

УДК 614.253.5

ДО ПИТАННЯ РОЗВИТКУ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

Н.Ф. Новосьолова

Білоцерківський базовий медичний коледж

У статті пропонуються першочергові напрями розвитку системи медсестринської освіти в Україні.

THE ISSUES OF NURSING EDUCATION DEVELOPMENT IN UKRAINE

N.F. Novosyolova

Bila Tserkva regional medical college

The main principles of nursing education development in Ukraine have been proposed in the article.

Вступ. Система медсестринської освіти України має перейти до стану структурного реформування у напрямку її адаптування до загальноєвропейської. Зміни мають стосуватися перегляду структури освітньо-кваліфікаційних рівнів, підвищення якості освіти та її відповідності європейським нормам на основі нових державних стандартів освіти, узгодження вітчизняних наукових ступенів з європейськими, створення дієвої системи отримання освіти протягом усього життя.

Для реалізації концептуальних засад Болонського процесу в Україні щонайменше необхідно удосконалити двоступеневу структуру вищої освіти, а також запровадити сучасні підходи інтеграції вищої освіти і науки у справі підготовки магістрів і докторів [9].

Основна частина. Беручи до уваги міжнародні домовленості з питань підготовки фахівців із спеціальності "лікувальна справа" та невідповідність їм вітчизняної системи підготовки фельдшерів, варто невідкладно переглянути доцільність проведення такої підготовки. Проведений аналіз діяльності сестринського персоналу усіх категорій (акушерок, фельдшерів та медичних сестер) та навчальних планів їхньої підготовки довів, що усі названі категорії молодших медичних спеціалістів мають загальні цілі та предмет праці, способи діяльності, професійні функції та засоби праці. Єдине, що їх

розрізняє, – це вид сестринської допомоги, в процесі якої задіяні представники названих спеціальностей: акушерсько-гінекологічна (акушерки), багатопрофільна первинна допомога сільському населенню та швидка медична допомога (фельдшери) чи багатопрофільна допомога усім категоріям населення на усіх рівнях медико-санітарної допомоги (медичні сестри). Зрозуміло, що діяльність та зміст підготовки медичних сестер більш узагальнені, включають усі розділи, характерні для діяльності і навчання акушерок та фельдшерів. Очевидно, що в Україні на етапі додипломної підготовки молодших медичних спеціалістів відбувається спеціалізація сестринського персоналу з акушерства (акушерки), зі швидкої допомоги (фельдшери), із санітарії та епідеміології (санітарні фельдшери). Додипломна підготовка фельдшерів для роботи на селі не відповідає вимогам щодо підготовки медичної сестри загальної практики-сімейної медицини, тому її не можна навіть умовно порівняти зі спеціалізацією. Можна порівняти підготовку сестринського персоналу з підготовкою лікарів: останні на додипломному рівні отримують кваліфікацію лікаря загальної практики, а з метою спеціалізації (наприклад, акушер-гінеколога, хірурга, невролога, ендокринолога тощо) продовжують навчання на післядипломному рівні на курсах спеціалізації, в інтернатурі чи ординатурі.

За даними досліджень, проведених в СРСР у 70-80 роках ХХ століття, частка медичних працівників, що отримали спеціальність медичної сестри, становила 42,9 %, а ними було зайнято 62 % посад середніх медичних працівників; частка підготовлених фельдшерів становила 34,5 %, а зайнято ними 12,6 % посад; частка підготовлених акушерок становила 11,7 %, а зайнято ними 6,7% посад [7, 8]. При значному перевищенні чисельності підготовлених акушерок над чисельністю відповідних посад лише до 60 % акушерок було зайнято відповідно до фаху [7]. За даними Матвєєва, чисельність фельдшерів та акушерок перевищувала кількість відповідних посад від 1,8 до 3 разів. А дослідження Гаджієва підтвердили, що від 50 до 80 % середніх медичних працівників у 1980 році працювали на посаді, що не відповідала їхній спеціальності за дипломом [4]. Результати дослідження О.Л. Задворної вказують на те, що у 1995 році фельдшери займали 13,8 – 23 % посад медичних сестер та 17 – 23 % посад старших і головних медичних сестер, акушерки – від 15,2 до 24 % посад медичних та старших медичних сестер [6].

На жаль, протягом останніх десятиліть проблема нераціонального використання сестринського персоналу не привертала уваги українських науковців. Але, враховуючи, що робота із прогнозування, планування, розстановки і розвитку сестринських кадрів протягом останніх десятиліть не змінювалася на краще, можна стверджувати про неефективність діючої донині радянської моделі підготовки сестринського персоналу – фельдшерів, акушерок і медичних сестер.

На державному рівні потрібно уточнити перелік кваліфікацій і посад та узгодити їх з вимогами європейського ринку праці [5]. Перш за все, варто виключити із переліку спеціальностей молодших медичних спеціалістів спеціальності "лікувальна справа" – кваліфікація "фельдшер" та "медико-профілактична справа" – кваліфікація "санітарний фельдшер", а також "акушерська справа" – кваліфікація "акушерка", як такі, що не існують у країнах європейської співдружності та заважають розпізнаванню вітчизняних фахівців у світі. Підготовку молодших медичних спеціалістів для виконання професійної діяльності, що передбачає догляд за пацієнтами усіх категорій раціонально здійснювати за єдиною спеціальністю – "сестринська справа" – кваліфікація "медична сестра". Це значно зменшить витрати на підготовку сестринського персоналу, підвищить якість

освіти, сприятиме поліпшенню ресурсного, у тому числі методичного забезпечення навчального процесу, а також свідомому вибору студентами майбутнього напрямку діяльності після отримання диплому. Диференціацію навчання залежно від особливості категорії населення, яку матиме обслуговувати медична сестра, її посади та функціональних обов'язків, слід здійснювати на етапі спеціалізації (післядипломної підготовки молодших медичних спеціалістів) або під час отримання базової вищої освіти (освоєння програми бакалаврату).

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, допуском для опанування спеціальності "сестринська справа" повинна бути повна загальна середня освіта.

Нами запропоновано модернізувати структуру сестринської освіти, доповнивши її курсовою підготовкою молодших медичних сестер та вищою освітою другого-третього ступеня – магістратурою/докторантурою (табл.1).

На сьогодні працюючі молодші медичні сестри з догляду (санітарки) не мають щонайменшої професійної підготовки, шляхом спроб та помилок вчать ся на робочому місці, що призводить до порушень вимог санітарно-протиепідемічного та лікувального режиму, стандартів догляду та правил професійної етики. Змінити цю ситуацію на краще можливо лише за умов організації курсової підготовки цієї категорії сестринського персоналу. Крім того, на нашу думку, після завершення першого року навчання за спеціальністю "Сестринська справа" повинен проводитися державний кваліфікаційний іспит з "Основ медсестринства" для присвоєння кваліфікації "Молодша медична сестра" з видачею посвідчення кваліфікованого робітника усім студентам, що успішно склали іспит.

Впровадження підготовки молодших медичних сестер дозволить поліпшити якість сестринської догляду та забезпечити право пацієнтів на безпечні медико-санітарні послуги, а також значно підвищити мобільність студентів, передусім тих, у кого склалися несприятливі умови для продовження навчання. Крім того, це нововведення дозволить зберегти у професії тих студентів, які мають труднощі з опануванням фундаментальних природничо-наукових дисциплін, але спроможні опанувати професію на рівні кваліфікованого робітника.

Вивчаючи досвід розвитку медсестринства в країнах євроатлантичного регіону, ми прийшли до висновку, що в період модернізації в них сестринської освіти, підготовка медичних сестер за

магістерськими та докторськими програмами здійснювалася, насамперед, за двома напрямками: з метою підготовки науково-педагогічних кадрів з медсестринства та підготовки спеціалістів з управління (навчальними медичними закладами, службами та установами охорони здоров'я). Лише тоді, коли була підготовлена достатня кількість вказаних категорій спеціалістів, здатних управляти освітніми та медичними закладами на сучасних засадах, а також здійснювати підготовку медичних сестер нового покоління для ефективного догляду за пацієнтами впродовж усього життя, почали реалізовувати програми магістратури та докторантури з клінічних аспектів медсе-

стринства [10]. Сестринська справа в Україні – молода наука, яка тільки починає формуватися, а тому має унікальний шанс “з чистого аркуша” розбудувати систему підготовки науково-педагогічних та управлінських кадрів з медсестринства за визнаною у цивілізованому світі європейською моделлю (бакалавр сестринських наук, магістр сестринських наук, доктор філософії з медсестринства).

Для того, щоб сформувати науково-педагогічну та управлінську еліти з медсестринства, необхідно здійснювати досить ґрунтовний відбір дійсно обдарованої молоді, яка успішно опанувала професійні знання і отримала ступінь “бакалавра”, має здібності до по-

Таблиця 1. Структура сестринської освіти в Україні (проект)

Освітньо-кваліфікаційний рівень	Тип навчального закладу	Освіта	Академічний (вчений) ступінь	Кваліфікація, (напрямок діяльності)	Форма навчання	Термін навчання
кваліфікований робітник	медичне училище,	середня	–	молодша медична сестра	денна	10 міс. – 1 рік
молодший спеціаліст	медичний коледж	неповна вища	–	медична сестра	денна	3 роки
бакалавр	медичний коледж, інститут медсестринства, медична академія, медичний університет	вища	бакалавр	-менеджер; - викладач сестринської справи; - медсестра сімейної медицини; - спеціалізована медична сестра клінічного напрямку (акушерка, сестра психіатричного профілю, тощо); - медсестра з інфекційного контролю	денна	4 роки (3+1) або (2+2)
					очно-заочна	5 років (3+2) або (2+3)
магістр	інститут медсестринства медичного університету	вища	магістр	- дослідник (науковий працівник); - викладач науково-природничих чи клінічних дисциплін; - менеджер (управління ВНЗ, закладом чи службою ОЗ); - спеціаліст із клінічного медсестринства	денна	6 років (+2)
					очно-заочна	7-8 років (+3)
доктор	інститут медсестринства медичного університету	вища	доктор наук	- “ – “ – “ – “ -	очно-заочна	7-8 років (+1 або +2)

шуково-дослідної діяльності, виявила зацікавленість у розвитку професії. Зарахування на програми підготовки магістрів та докторів з медсестринства повинно відбуватися на конкурсній основі з урахуванням практичного досвіду, професійних досягнень та творчих доробків кандидатів. Крім того, обов'язковим допуском до післядипломної вищої сестринської освіти за програмами магістратури та докторантури має бути певний стаж роботи з медсестринства (скажімо, не менше 3 років). Спеціалістам, що навчаються за заочною формою за програмами магістратури та докторантури, необхідно враховувати навчальне навантаження та науково-дослідну роботу в робочий час за відповідною посадою. Такий підхід до розвитку науки поширений в усіх економічно розвинутих країнах світу.

У зв'язку із запропонованими новаціями потрібно переглянути законодавство про вищу освіту, нормативні акти щодо порядку присвоєння вчених звань, повноважень органів щодо присвоєння вчених звань (перегляд існуючої вітчизняної моделі з розширенням повноважень університетів), а також перегляду нормативів робочого часу науково-педагогічних працівників.

Висновки. 1. Діюча в Україні модель підготовки сестринських кадрів не повною мірою відповідає європейським та світовим стандартам, наслідком чого є низька якість медсестринської освіти і сестринських послуг, а також зменшення конкурентоздатності та мобільності українських медичних сестер, акушерок і фельдшерів.

2. На державному рівні необхідно:

- узгодити кількість і назви спеціальностей, за якими здійснюється підготовка медичних фахівців, та терміни їх підготовки з загальноприйнятими у Європі;

- визначити єдину спеціальність для підготовки сестринського персоналу на додипломному рівні – “Сестринська справа”;

- уточнити перелік кваліфікацій (спеціалізацій) і посад медичних сестер та узгодити їх з вимогами європейських стандартів;

- переглянути, розробити та ухвалити необхідні зміни у законодавчих та нормативних документах, що регламентують сестринську освіту, а також професійну діяльність сестринського персоналу усіх освітньо-кваліфікаційних рівнів;

- реалізувати багатоступеневу сестринську освіту.

3. Припинити набір на сестринські відділення абітурієнтів, які не мають повної середньої освіти.

4. Організувати професійну підготовку молодших медичних сестер.

5. Переглянути навчальний план та програми підготовки медичних сестер освітньо-кваліфікаційного рівня “бакалавр”; розробити сучасні бакалаврські програми підготовки медичних сестер за різними напрямками професійної діяльності (науково-педагогічний, менеджерський та клінічний – наприклад, з епідеміології, акушерства, педіатрії, психіатрії, загальної практики–сімейної медицини, швидкої медичної допомоги тощо).

6. Змінити назву освітньо-кваліфікаційного рівня підготовки медичних сестер з “бакалавр медицини” на “бакалавр сестринських наук”, оскільки медицина (лікувальна і профілактична) і сестринська справа – це різні галузі наукових знань.

7. Створити систему підготовки науково-педагогічних кадрів з медсестринства (в магістратурі та докторантурі); розробити сучасні магістерські програми підготовки медичних сестер за педагогічно-науковим напрямом.

8. Запровадити Всеукраїнський реєстр медичних сестер та науково-педагогічних кадрів з медсестринства, здійснювати моніторинг їх використання в економічній системі країни.

5. Журавський В.С., Згуровський М.З. Болонський процес: головні принципи входження в Європейський простір вищої освіти. — Київ.: ІВЦ “Видавництво Політехніка”, 2003. — 200 с.

6. Задворная О.Л. Непрерывное последипломное образование медицинских сестер (состояние и перспективы): Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1995. — 184 с.

7. Матвеев Э.Н. Некоторые социально-гигиенические и организационные аспекты использования средних медицинских работников: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ленинград, 1975. — 22 с.

ЛІТЕРАТУРА

1. Боков М.М. Подготовка, расстановка, усовершенствование средних медицинских работников в крупных городах: Дисс. ... канд. мед. наук. — Ленинград, 1975.

2. Вербицкий А. Сфера духовного производства // Вестник высшей школы. — 1990. — № 9. — С. 13-15.

3. Вороненко Ю.В., Чернишенко Т.І. Реформування медсестринської освіти в Україні // Медсестринство України. — 1998. — № 1. — С. 5-11, С.132.

4. Гаджиев А.И. К характеристике труда и быта средних медицинских работников // Сов. здравоохранение. — 1979. — № 11. — С. 26-28.

8. Мучинская С.П., Матвеев Э.Н., Сковердяк Л.А. Организация подготовки и повышения квалификации среднего медицинского персонала в СРСР // Научное обозрение. – М., 1982. – 57 с.

9. Основні засади розвитку вищої освіти України в контексті Болонського процесу (документи і матеріали 2003-2004 рр.) / За редакцією В.Г. Кре-

меня. Авторський колектив: М.Ф. Степко, Я.Я. Боллюбаш, В.Д. Шинкарук, В.В. Грубінко, І.І. Бабин. – Тернопіль: Вид-во ТДПУ ім. В. Гнатюка, 2004. – 147 с.

10. Salvage Jane. Развитие сестринского дела // Региональные публикации ВООЗ, Европейская серия. – 1995. – № 48. – 162 с.

УДК 614.253.5

ДО ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ КАДРІВ З МЕДСЕСТРИНСТВА

Н.Ф. Новосьолова

Білоцерківський базовий медичний коледж

У статті висвітлено європейські стандарти до ступеневої вищої освіти. Проаналізовано кроки, здійснені в Україні з метою вдосконалення підготовки викладачів сестринської справи. Описано нові підходи до організації підготовки науково-педагогічних кадрів з медсестринства.

THE ISSUES OF TRAINING OF SCIENTIFIC AND EDUCATIONAL PERSONNEL ON NURSING

N.F. Novosyolova

Bila Tserkva regional medical college

This article highlights the European standards to the leveled higher education. It analyses the actions carried out in Ukraine to improve training of teachers on nursing. It describes new approaches to the training of scientific and educational personnel on nursing.

Вступ. Інтеграційний процес у науці й освіті, що отримав назву Болонського від назви університету, в якому його було започатковано, передбачає об'єднання національних систем освіти і науки в європейський простір з єдиними вимогами, критеріями і стандартами [3]. Однією з найважливіших проблем вітчизняної системи неперервної освіти є проблема вдосконалення підготовки науково-педагогічних кадрів. У "Програмі розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр." визнана необхідність проведення реформи підвищення кваліфікації викладачів медичних училищ, коледжів та медсестринських факультетів університетів.

Основна частина. На сьогодні підготовка наукових і науково-педагогічних кадрів вищої кваліфікації (кандидатів і докторів наук) в Україні передбачає аспірантуру та докторантуру. Одночасно у країнах Європи для здійснення науково-педагогічної діяльності необхідно мати академічний ступінь магістра чи доктора наук. У 2003 році на Берлінському саміті міністрів освіти країн-учасників Болонського процесу:

- підтверджено позицію щодо цілей, визначених Болонською декларацією;

- визначено термін для впровадження двоциклової вищої освіти (бакалавр, магістр) в усіх європейських країнах – 2005 рік;

- підтверджено, що академічний ступінь першого циклу – бакалавр – повинен давати доступ до вивчення програм другого циклу – магістратури, а ступінь другого циклу – магістр – даватиме доступ до здобуття академічного ступеня "доктор";

- установа вимога щодо єдиного для усієї Європи докторського ступеня – "доктора філософії" у відповідних сферах знань [2].

На думку багатьох науковців України, магістратура повинна стати основним видом підготовки кадрів для науки та науково-педагогічної діяльності [4]. Освітньо-професійна програма підготовки магістра включає поглиблену фундаментальну, гуманітарну, соціально-економічну, психологічну, педагогічну, спеціальну та науково-практичну підготовку. Програма спрямована на засвоєння знань і навичок для виконання продуктивних функцій – фундаментально-те-

© Н.Ф. Новосьолова, 2007

оретичних, науково-дослідницьких, інноваційних. Існуючий сьогодні освітньо-кваліфікаційний рівень магістра фактично відповідає прийнятому країнами-учасницями Болонського процесу рівню магістра наук, підготовка яких спрямована на виконання завдань фундаментально-теоретичного та науково-практичного характеру. Програма підготовки магістра наук відповідає програмам підготовки кандидата наук (еквівалента PhD) [4].

Комбінація вітчизняної і європейської освітніх і наукових систем (підготовка молодших спеціалістів, бакалаврів, спеціалістів, магістрів, аспірантів і докторантів) призвела до того, що фахівців відповідного рівня не визнає не тільки цивілізований Захід, але і вітчизняний роботодавець. По суті, в Україні дублюється 2 освітніх рівні: європейський академічний ступінь бакалавра відповідає вітчизняному освітньо-кваліфікаційному рівню спеціаліста, ступінь магістра – підготовці в аспірантурі. Підготовка в аспірантурі та невизнаний і незрозумілий у світі науковий ступінь кандидата наук є рудиментарним елементом колишньої радянської занадто бюрократизованої системи підготовки науково-педагогічних кадрів та не відповідає сучасним вимогам суспільства і принципам Болонської декларації. По суті, на сучасному етапі в Україні через дублювання і невизначеність статусу освітньо-кваліфікаційних рівнів, плутанину в нормативних документах і тлумаченнях до них, а також через комерціалізацію діяльності ВНЗ відбувається дискредитація академічних ступенів "бакалавр" і "магістр". Масовий набір усіх бажаних, здатних оплатити своє навчання в магістратурі, без відбору на конкурсній основі, підриває довіру суспільства до кваліфікації і компетентності магістрів.

Надзвичайно високий рівень бюрократизму, а іноді і корумпованості процесу присвоєння наукових звань відштовхує талановитих і творчих фахівців, особливо молодь, від наукової роботи. Наслідком цього негативного явища є "постаріння" вітчизняних науково-педагогічних кадрів. Чи не настав час запровадити світовий досвід виконання і захисту наукових робіт у провідних університетах, що працюють над відповідними науковими проблемами, зробивши цей процес децентралізованим та демократичним?

Крім того, необхідно визнати, що вища (університетська) освіта, передусім, дає студентів академічні знання, а значить опанування цих знань має завершуватися присвоєнням академічного ступеня, а не освітньо-кваліфікаційного рівня.

Особливістю роботи викладачів вищих медичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації, що здійснюють підготовку сестринського персоналу (медичних сестер, акушерок і фельдшерів), є інтеграція в ній двох видів діяльності – педагогічної та сестринської. Щоб готувати компетентних медичних сестер, викладач повинен досконало володіти своїм курсом, тобто бути високо-кваліфікованим фахівцем сестринської справи. До того ж і навчання, і виховання, і розвиток студентів можливий лише тоді, коли викладач знає, які методи, види, форми та технології навчання варто застосовувати для досягнення поставлених цілей. Професійно грамотно, творчо та осмислено здатен працювати тільки той викладач, який розуміє механізми розвитку особистості і групи, принципи і механізми розвиваючого навчання, володіє уміннями застосовувати різноманітні освітні технології [6].

Ще у 60-х роках XIX століття Ф. Найтінгейл переорієнтувала підготовку медичних сестер Великої Британії з медичної моделі на сестринську, започаткувала вищу освіту сестер, а також призначення медичних сестер на посади викладачів та керівників навчальних закладів для підготовки сестер. Пропозиції Ф. Найтінгейл були швидко реалізовані в Англії, США та Канаді. Сестринська справа була визнана не тільки незалежною професією, але і самостійною наукою і спеціальною навчальною дисципліною, яка знаходиться на межі медичних, психологічних, педагогічних та інших суспільних дисциплін. Об'єктом вивчення сестринської справи є людина (пацієнт), а предметом її вивчення – здоров'я пацієнта на всіх стадіях його життя. На відміну від сестринської справи, лікувальна справа вивчає патологію (хворобу) та шляхи її діагностики, лікування, реабілітації і профілактики. Саме ця суттєва різниця визначає зміст професійної діяльності лікарів і медичних сестер у світі. А тому змістом сестринської справи є догляд, перш за все, за здоровими пацієнтами, а також догляд за немічними, хворими та пацієнтами з обмеженими можливостями у тих реальних умовах, в яких вона живе і працює [10]. Визнання цивілізованими країнами та їхніми урядами цих акцій сформувало нові підходи до підготовки медичних сестер та нові вимоги до компетентності викладачів медсестринства. Ще за життя Ф. Найтінгейл у країнах євроатлантичного регіону основною вимогою до викладачів сестринської справи усіх клінічних напрямів стала наявність

у них академічного ступеня магістра чи доктора сестринських наук (у сестринських школах – і бакалавра сестринської справи). На межі XIX і XX століть розпочався розвиток сестринської науки. Найпоказовішою країною у розвитку сестринської науки є США, де ще у 1953 році у Колумбійському університеті було відкрито Інститут досліджень у сфері сестринської освіти, а у 1958 році Американською асоціацією медичних сестер створено Комітет сестринських наукових досліджень [8]. Захист дисертаційних (магістерських і докторських) робіт з медсестринства в країнах Європи та світу є значним і поширеним [11].

У процесі реформування сестринської справи в країнах Східної Європи також було переглянуто вимоги до професійної компетенції викладачів медсестринства. Колишня Чехословаччина стала однією з перших східноєвропейських країн, де на початку 60-х років XX століття на філософських факультетах університетів було організоване заочне навчання медичних сестер за спеціальністю "психологія та догляд за пацієнтами", а з 1971 року – за спеціальністю "педагогіка та догляд за пацієнтами" [5]. Вища освіта медичних сестер була запроваджена в університеті Берліну, Люблянській медичній академії та інших навчальних закладах НДР та ПНР. На теренах СРСР в Російській Федерації лише у 1991 році була реалізована ідея ступеневої сестринської освіти: розпочалася підготовка медичних сестер з повною вищою освітою у Самарському державному медичному університеті та Московській медичній академії ім. Семашко, а згодом – майже в усіх медичних ВНЗ. У 1995 р. у Росії вперше була організована спеціалізація медичних сестер з вищою освітою в інтернатурі та ординатурі, у тому числі із спеціальності "викладач сестринської справи (певного клінічного напрямку)".

До останнього часу в Україні не переглянута поширена суспільна думка, що в системі сестринської освіти викладач не потребує спеціальної фахової та педагогічної підготовки. Метою підготовки сестринського персоналу за традиційною для нашої країни медичною моделлю є підготовка технічного помічника лікаря, здатного виконувати свої обов'язки тільки під його керівництвом і контролем. У цьому випадку до роботи в якості викладачів вищих медичних навчальних закладах I-II рівнів акредитації залучають лікарів-спеціалістів, вважаючи їхню професійну компетенцію достатньою для переходу в абсолютно

нову для них сферу діяльності. Але, на думку провідних фахівців, цілеспрямована самостійна робота лікаря-викладача з метою отримання і розвитку своїх педагогічних знань, умінь і навиків – швидше виключення, ніж правило [9]. Навчання викладача-лікаря в системі підвищення кваліфікації має скоріше просвітницько-предметний, ніж діяльнісний характер. По суті, підвищення кваліфікації не відбувається і відбутися не може, оскільки неможливо підвищити чи поліпшити те, чого не було і немає – ні базової сестринської, ні психолого-педагогічної освіти [6].

Сьогодні в Україні відсутня спеціальна підготовка викладачів сестринської справи [7]. Підвищення кваліфікації викладачів медичних училищ і коледжів (лікарів за фахом) здійснюється на курсах факультету підвищення кваліфікації професорсько-викладацького складу вищих навчальних закладів Національного медичного університету, а також відділення підготовки підвищення кваліфікації викладачів сестринської справи Київського міського медичного коледжу [1].

Якщо донедавна наукових досліджень з медсестринства в Україні не проводилося, то останнім часом здійснюються перші науково-дослідні дисертаційні роботи з низки актуальних питань медсестринства [9]. В якості прикладу можна назвати магістерську роботу автора даної статті "Реформування сестринської освіти в Україні", виконану під керівництвом доктора педагогічних наук, професора Лікарчука І.Л. у Переяслав-Хмельницькому державному педагогічному університеті імені Григорія Сковороди.

Реалізація принципу ступеневої підготовки медичних сестер України, необхідність відповідати вимогам Європейського Союзу та рекомендаціям Всесвітньої організації охорони здоров'я, а також часткове оновлення змісту навчання із застосуванням елементів сучасних моделей медсестринства вимагає переглянути вимоги до кваліфікації та підготовки викладачів медичних училищ, коледжів та сестринських факультетів медичних університетів України. Важливо, що наразі проблема підготовки педагогічних кадрів з медсестринства визнається і розглядається [7].

Нещодавно зроблено перші кроки у цьому напрямі – викладачі Інституту медсестринства Тернопільського державного медичного університету (лікарі, більшість з яких мають вчене звання кандидата медичних наук) пройшли стажування з медсестринства у провідних європейських медич-

них університетах, а нині заочно опановують курс бакалаврату з медсестринства у рідному ВНЗ. Зрозуміло, що це – вимушений крок, зроблений за наполяганням американської сторони, яка має намір розпочати підготовку медичних сестер-ромадян США в Україні і вимагає дотримуватися вимог до професійної компетентності викладачів сестринської справи. Але цей крок дає нам можливість усвідомити, що навчати фахівців з дисциплін професійного спрямування здатні і мають право виключно фахівці цієї ж, а не іншої, хоча і спорідненої, спеціальності.

Отримання другої (сестринської) освіти викладачами-лікарями – далеко не найкращий шлях науково-педагогічних кадрів з медсестринства. Поважаючи їхній вибір, важко повірити в те, що, отримавши диплом бакалавра чи навіть магістра сестринської справи, ці лікарі почнуть ідентифікувати себе як медичних сестер, або зможуть визнати себе медичними сестрами відповідного рівня кваліфікації, що не мають у даній сфері вченого звання. До того ж неймовірно, що їхнє мислення зміниться з лікувального на сестринське. Звичайно, такий шлях можливий як виняток для того, щоб ті викладачі-лікарі, що вже працюють в системі сестринської освіти, були соціально захищеними і могли б продовжувати педагогічну діяльність, якій віддали частину свого життя. Але це найменш ефективний шлях, оскільки держава витратила значні кошти на підготовку висококваліфікованого лікаря не для того, щоб він, досягнувши найвищого рівня професійної майстерності, змінив свій фах і почав навчатися за новою спеціальністю з нуля, знову використовуючи державні ресурси. До речі, хотілося б нагадати, що друга професійна освіта в Україні не може здійснюватися за державний кошт.

Реформуючи сестринську справу, у тому числі систему підготовки науково-педагогічних кадрів з медсестринства, усі економічно розвинені країни організували ступеневу сестринську освіту. Переважно в цих країнах на початковому етапі вища освіта медичних сестер в бакалавраті і магістратурі здійснювалася за двома напрямками – для підготовки науково-педагогічних працівників та підготовки менеджерів сестринської справи і охорони здоров'я. Тільки тоді, коли було підготовлено достатню кількість науковців, педагогів і менеджерів сестринської справи, які мають бажання і здатні здійснювати кваліфіковане інноваційне управління навчальними закладами з підготовки медичних

сестер та сестринськими службами в медичних установах, проводити наукові дослідження з медсестринства та готувати медичних сестер "нового покоління", в країнах Заходу почали створювати програми бакалаврату та магістратури з клінічних напрямів медсестринства [10].

Оскільки вітчизняна медсестринська наука тільки починає формуватися, українське медсестринство має унікальний шанс – створити систему підготовки науково-педагогічних кадрів відповідно до вимог Болонського процесу (бакалавр сестринської справи, магістр сестринських наук, доктор філософії з медсестринства). Для цього потрібно вирішити багато нормативних та організаційних питань.

Висновки. З метою удосконалення підготовки викладачів медичних училищ, коледжів та медсестринських факультетів медичних університетів України необхідно:

1. Вважаючи збереження здоров'я кожної людини головним завданням держави і суспільства, визнати пріоритетність розвитку медсестринської освіти і науки.
2. На рівні МОЗ України створити постійно діючу Проблемну комісію (Раду) з розвитку медсестринської науки і освіти, включивши до її складу спеціалістів сестринської справи.
3. Створити систему підготовки науково-педагогічних кадрів з медсестринства за європейськими стандартами (магістратурі та докторантурі, а також у бакалавраті – для проведення практичних занять з медсестринства в медичних училищах).
3. Розробити критерії відбору медичних сестер для навчання за програмами магістратури і докторантури.
4. Розробити сучасні бакалаврські і магістерські програми підготовки медичних сестер за педагогічно-науковим напрямом.
5. Змінити назву освітньо-кваліфікаційного рівня підготовки медичних сестер з "бакалавр медицини" на "бакалавр сестринської справи", оскільки медицина (лікувальна і профілактична) і сестринська справа – це різні галузі наукових знань.
6. Звернутися до МОН України з пропозицією про ухвалення наукової спеціальності "сестринська справа" та проведення експерименту із запровадження медсестринської освіти за академічними ступенями бакалавр сестринської справи, магістр сестринських наук, доктор філософії з медсестринства.

7. Звернутися до МОН України з пропозицією про внесення змін до законодавчих та нормативних актів, що регламентують вищу освіту, академічні ступені (вчені звання) та порядок проведення і

захисту наукових робіт, відповідно до європейських стандартів (принципів Болонської декларації).

ЛІТЕРАТУРА

1. Наказ МОЗ України №585 від 08.11.2005 р. "Про затвердження "Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр.". – С. 6.

2. Болонський процес: Документи / Укладачі: З.І. Тимошенко, А.М. Грехов, Ю.А. Гапон, Ю.І. Палеха. – К.: Вид-во Євр. ун-ту, 2004. – С. 51-61.

3. Журавський В.С, Згуровський М.З. Болонський процес: головні принципи входження в Європейський простір вищої освіти. – К.: ВВЦ "Видавництво "Політехніка", 2003. – С. 3-8.

4. Згуровський М.З. Стан та завдання вищої освіти України в контексті Болонського процесу. – К.: ІВЦ "Вид-во "Політехніка", 2004. – С. 11-12.

5. Йиржи Нейвирт. Підготовка кадрів преподавателей для средних медицинских школ в ЧССР // Советское здравоохранение. – 1987. – № 4. – С. 53-56.

6. Новосёлова Н.Ф. Некоторые специфические особенности деятельности преподавателя ср. мед. уч. зав-й // Тезисы докладов научно-практ. конф. факультета последипломной подготовки СамГМУ – 15

лет – Под ред. Н.Ф. Давыдкина и А.М. Савина. – Самара: Изд.-во СамГМУ, 1998. – С. 39-41.

7. Панченко М.С., Кудрявцева Т.О., Ольховська Л.П. Проблеми та перспективи підготовки педагогічних кадрів і спеціальності "Сестринська справа" з досвіду роботи Харківського базового медичного коледжу // Медична освіта. – 2006. – № 3. – С. 76-78.

8. Перфильева Г.М., Камынина Н.Н., Туркина Н.В., Маркова Ю.Н., Зайцев П.Е. Научные исследования в сестринском деле: история вопроса // Медицинская сестра. – 2006. – № 3. – С. 41-44.

9. Структура деятельности преподавателя-врача: Методические указания для слушателей ФПК преподавателей // Всероссийский учебно-метод. центр по непр. мед. и фарм. обр-нию. / Под ред. Н.В. Кудрявцева. – М., 1992. – С. 4-11.

10. Salvage Jane. Развитие сестринского дела // Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия. – 1995. – № 48. – 162 с.

11. Шегедин М.Б. Медсестринство як наукова дисципліна // Медична освіта. – 2006. – № 3. – С. 87.

УДК 378:614.253.52

ДО ПИТАННЯ ГОТОВНОСТІ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ, ЯКІ ГОТУЮТЬ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР, ДО УЧАСТІ У МІЖНАРОДНОМУ ОСВІТНЬОМУ ПРОЕКТІ З МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

Н.О. Ліщенко, О.М. Прокопів, О.С. Усинська, А.І. Прокопчук

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

У статті подано результати та аналіз матеріалів анкетування керівників 37 українських ВМНЗ, що готують медичних сестер з питань готовності їх закладів до участі у міжнародному проекті з медсестринської освіти. Основними компонентами такої готовності є особливості кадрового складу закладів, побутові умови проживання студентів, матеріально-технічне забезпечення та навчальна база закладу.

ON THE QUESTION OF READINESS OF THE UKRAINIAN HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS FOR TRAINING SPECIALISTS IN NURSING FOR THE PARTICIPATION IN THE INTERNATIONAL EDUCATIONAL PROJECT IN NURSING EDUCATION

N.O. Lishchenko, O.M. Prokopiv, O.S. Usynska, A.I. Prokopchuk

Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky

The article covers the results of the analyses of the material obtained from the questioning of the leaders of 37 Ukrainian Higher Medical Establishments for training in nursing regarding readiness of their establishments to participate in the international project in nursing education. The main components of such readiness are issues in human resources management, students living conditions, material and technical background of the establishments, and academic bases.

Вступ. На сьогодні в Україні інтенсивно реформується медична освіта. Медсестринська освіта за останні 15 років також зазнала значних змін. Сьогодні медична сестра повинна бути не лише помічником лікаря чи виконувати призначення лікаря. Вона повинна вміти встановити сестринський діагноз та робити певні "сестринські" корективи у лікуванні пацієнта. Все це важко усвідомити та навчитися без тісної співпраці з навчальними медичними закладами з інших країн. Тернопільський державний медичний університет ось уже більше 10 років співпрацює з медичними навчальними закладами країн Європи та Північної Америки [1]. Ще одним аспектом важливості започаткування співпраці з іншими країнами є можливість майбутня участь у вирішенні світової проблеми

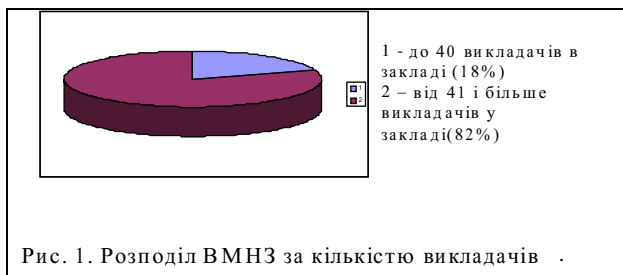
з нестачею медичних сестер. Варто зазначити, що в США вже в 90-х роках минулого століття почали відчувати нестачу медсестер, яка уже згодом переросте у кризу системи охорони здоров'я у цій країні [2].

Основна частина. Ми провели детальний аналіз інформації за результатами анкетування, проведеного серед 37 українських вищих медичних навчальних закладів (ВМНЗ), які готують медичних сестер, на предмет визначення їх готовності до участі в міжнародних проектах з підготовки фахівців з числа іноземних громадян. Анкетувалися керівники медичних коледжів та медсестринських відділень університетів. Серед усіх опитаних були керівники 18 медичних коледжів, 2 медсестринських відділень університетів та 17 медичних училищ. Анкети містили у собі питання, що стосувалися загальностатистичних даних по закладу, кадрового складу, матеріаль-

© Н.О. Ліщенко, О.М. Прокопів, О.С. Усинська, А.І. Прокопчук 2007

но-технічної бази та побутових умов, в яких проживатимуть студенти.

Аналіз кадрового складу ВМНЗ. Більшість ВМНЗ (82%), згідно з отриманими даними, мають у професорсько-викладацькому складі більше ніж 40 викладачів. Понад 60% закладів навчають 500 і більше студентів. З іншого боку, середній вік вик-

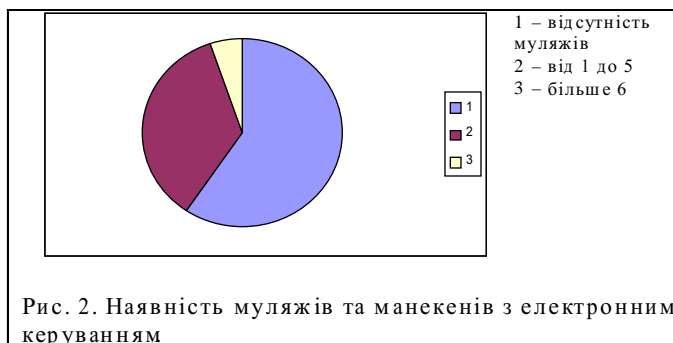


ладачів у більшості закладів складає 41-50 років. На нашу думку, та враховуючи необхідність знання іноземної мови, зокрема англійської, такий розподіл бажає бути кращим, тому слід залучати до викладацької діяльності викладачів молодшого віку зі знанням англійської мови. Хоча, з іншого боку, медичні університети, що взяли участь в опитуванні, мають достатнє забезпечення викладачами зі знаннями англійської мови (70 осіб та більше). Могилів-Подільський медичний коледж подав дані, що із 49 викладачів цього закладу 30 володіють англійською мовою, що є дуже позитивною динамікою серед інших українських медичних коледжів. Загалом можна сказати, що лише 7% опитаних подали інформацію про належне забезпечення закладу англомовними викладачами. Однією з передумов успішної участі у будь-якому міжнародному проекті чи співпраці є стажування викладачів закладу за кордоном, досвід у цьому є лише 6% опитаних ВМНЗ. При цьому у США стажувалися лише викладачі двох закладів.

Стан матеріального забезпечення. Аналізуючи отримані дані, слід зазначити, що українські ВМНЗ є відносно забезпечені комп'ютерами (від 10 до 56 комп'ютерів на заклад), що в середньому складає 7 студентів на 1 комп'ютер. Позитивним моментом є те, що усі комп'ютерні парки підключені до мережі Internet. Це дозволить у майбутньому створювати спільні мережеві проекти зі співпраці з українськими ВМНЗ, а також у майбутньому із міжнародними навчальними закладами. Забезпечення мультимедійним обладнанням є також доволі високим – 85%, що включає

наявність відеосистем та мультимедійних проекторів. Забезпечення манекенами та фантомами для навчального процесу було різним від 3 (Глухівське медичне училище) до 100 (Ківерцівський медичний коледж). Забезпечення навчальними муляжами, манекенами та фантомами бажає бути кращим, тому що ця кількість відповідає 1 манекену чи муляжу на 20 студентів. Лише 46% закладів мають муляжі з електронним управлінням.

Побутові умови. Для успішного навчання іноземних студентів в українських ВМНЗ необхідно створити відповідні умови для їх проживання. Від цього залежить стан здоров'я студентів, продуктивність навчання, а в майбутньому і продуктивність праці на робочому місці. На даний час не усі ВМНЗ України забезпечені достатньою кількістю місць для проживання студентів. 19% опитаних респондентів повідомили про відсутність гурто-



житків, 72% розпоряджаються орендованими приміщеннями або не мають достатньо гуртожитків, і лише 9% ВМНЗ мають таку кількість гуртожитків, яка потрібна для поселення усіх, хто бажає навчатися. Для прикладу, гуртожитське господарство Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського нараховує 4 гуртожитки на 1585 ліжко-місць, на яких проживають: 1107 вітчизняних студентів; 389 іноземних студентів; 48 лікарів-інтернів і від 25 до 30 лікарів курсантів (кількість їх постійно змінюється залежно від заїзду). Бажає покращання і забезпечення побутових умов студентів. Лише 16% ВМНЗ на сьогодні спроможні забезпечити студентські гуртожитки пральнями, кафетеріями, тренажерними залами тощо. З іншого боку, участь в українсько-американському проекті з медсестринської освіти вимагає забезпечення умов проживання американських студентів у гуртожитках за американськими стандартами, які передбача-

ють розміщення не більше 2-х студентів у кімнаті, наявність туалету, душової, кухні, пральні на певну визначену кількість кімнат, про що обумовлюється у контракті, який буде підписуватися кожним окремих закладом.

Також важливим моментом у навчанні іноземних студентів є організація проведення вільного часу, створення клубів (гуртків) за інтересами, організацій студентів. Зокрема, контракт, підписаний між організацією "Nurses International" та Тернопільським державним медичним університетом, передбачає проведення кількох екскурсійних ознайомлювальних поїздок по Україні за кошт американської компанії. До того ж з досвіду проведення літніх студій у ТДМУ, такі поїздки надзвичайно зближують студентів та створюють позитивний фон для навчального процесу.

Особливості навчальних програм. Для ефективного навчання необхідне не лише матеріальне забезпечення викладання та достойні умови проживання студентів, а також і це, можливо, має навіть більше значення, відповідні програми та

методики викладання. Оскільки планується підготовка іноземних громадян то, безумовно, першою необхідністю постає створення експериментальних навчальних програм для підготовки саме фахівців з інших країн. Такі навчальні програми повинні базуватися на освітніх вимогах тих країн, для яких готуються спеціалісти.

Оскільки майбутній освітній проект матиме українсько-американське спрямування, то й навчальні плани повинні включати в себе питання медсестринської освіти США. ТДМУ розробив та затвердив в МОЗ та МОН України експериментальні навчальні плани для проекту. Плани включають основні підрозділи та дисципліни з американських програм з медсестринства.

Якщо говорити про навчальні плани, то слід сказати, що перелік предметів, які вивчають українські та американські студенти, суттєво відрізняються. Перелік їх ми подаємо в таблиці 1, що дозволить порівняти ці дисципліни за так званими тематичними циклами.

Таблиця 1. Порівняння навчальних планів медсестринської школи імені Мері Блек (США) та МОЗ України для підготовки бакалавра медсестринства

Українська програма	Американська програма
1	2
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	

Продовження табл. 1

1	2
Загальна гігієна з основами екології	
Основи фармакології та медичної рецептури	
Медична біологія, паразитологія та генетика Медична генетика Основи мікробіології, вірусології та імунології Мікробіологія, вірусологія та імунологія Анатомія і фізіологія людини з патологією Нормальна фізіологія	Біологія
Біофізика та медична апаратура	
Біонеорганічна хімія Фізична та колоїдна хімія Біоорганічна хімія Біологічна хімія	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 Медсестринство в хірургії Медсестринство в неврології Медсестринство в дерматовенерології Медсестринство в інфекційних хворобах Медсестринство в офтальмології Медсестринство в оториноларингології Клінічне медсестринство в терапії Клінічне медсестринство в хірургії Клінічне медсестринство в інфекційній клініці Медсестринство в онкології Медсестринство в стоматології Основи реаніматології Основи реабілітації, фізіотерапії, ЛФК, масажу Анестезіологія та реаніматологія	Порушення здоров'я I Порушення здоров'я II Порушення здоров'я III Практикум з питань порушення здоров'я
Медсестринство в психіатрії	Медсестринство в психіатрії
Медицина катастроф	
Медсестринство в педіатрії Медсестринство в акушерстві Медсестринство в гінекології Клінічне медсестринство в педіатрії Клінічне медсестринство в акушерстві та гінекології Медсестринство в сімейній медицині Планування сім'ї Репродуктивне здоров'я та планування сім'ї	Медсестринство для сімей з дітьми Практикум з медсестринства для сімей з дітьми Медсестринство дитячого віку Практикум з медсестринства дитячого віку
Військово-медична підготовка	

1	2
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 товаровознавство	
Додипломна медсестринська практика	Об'єднана сестринська практика

Як показали результати опитування, у багатьох ВМНЗ розглядають питання участі у міжнародному медсестринському проєкті (67 %) з 2007-2008 навчального року, що говорить про позитивну налаштованість цих закладів. Інші заклади серед причин, що заважають їм підключитися до проєкту, вказують на слабку матеріально-технічної бази, відсутність викладачів-медичних сестер, відсутність викладачів з її знаннями англійської мови, нестачу гуртожитків для проживання студентів, брак стажування викладачів за кордоном тощо.

Висновки. Безумовно, наявність нестачі медсестер у США та інших країнах світу відкриває перед українськими ВМНЗ нову перспективу реалізувати себе у якості надання медсестринської освіти іноземним громадянам в Україні. Тому питання участі в міжнародних освітніх проєктах повинно стати одним із наріжних у формуванні політики ВМНЗ у майбутньому. Для реалізації цієї політики на сьогодні у більшості закладів є деякі проблемні сторони. Для вирішення їх у найближчому майбутньому необхідно:

1. Готувати відповідний професорсько-викладацький склад у своїх ВМНЗ. Необхідними вимогами до майбутніх викладачів, задіяних у проєкті, повинне бути наступне: бездоганне володіння

англійською мовою, медсестринська освіта (ступінь щонайменше бакалавра медсестринства, а надалі – магістра медсестринства), стажування за кордоном або ж у базовому закладі в Україні (базовим закладом в існуючому українсько-американському проєкті з медсестринської освіти є ТДМУ), оволодіння методиками викладання американським студентам, знання предмету згідно з американськими навчальними програмами.

2. Покращувати матеріально-технічну базу закладу згідно з американськими освітніми вимогами. Особливу увагу слід звернути на комп'ютеризацію закладу, створення внутрішніх комп'ютерних мереж, підключення до Інтернету. Обов'язковим є створення чи вдосконалення вебсторінок закладів та активне залучення викладацького складу до академічної роботи в Інтернеті.

3. Брати активну участь у щорічних форумах з медсестринства, зокрема у тих, що розглядають питання участі у міжнародних проєктах. Наступним таким форумом буде Конференція з актуальних питань медсестринства в ТДМУ (червень, 2007).

4. Планувати реконструкцію гуртожитків для забезпечення покращених умов проживання для іноземних, а згодом і українських студентів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ліщенко Н.О., Усинська О.С., Шманько О.В., Мілевська Л.С та ін. Дворічна медсестринська освіта в США (за узагальненим досвідом штату Каліфорнія). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2006.

2. Чернишенко Т.І., Ліщенко Н.О. Перспективи міжнародної співпраці в мед сестринській освіті України // Медсестринство. – 2006. – № 1. – С.10-12.

УДК 378:61(07.07)

ПРОБЛЕМА ЯКОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ У ВМНЗ I-II РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ У КОНТЕКСТІ ВИМОГ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ

П.І. Сидоренко, О.Б. Варава

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна

У статті проаналізовано основні напрямки і проблеми впровадження принципів Болонської декларації в освітній процес вищих медичних навчальних закладів України. Показано необхідність змін у підготовці медичних спеціалістів різних освітньо-кваліфікаційних рівнів.

ON THE PROBLEM OF PROFESSIONAL EDUCATION QUALITY IN THE HIGH MEDICAL EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS OF THE I-II ACCREDITATION LEVELS IN THE CONTEXT OF BOLOGNA PROCESS REQUIREMENTS

P.I. Sydorenko, O.B. Varava

Kirovograd basic medical college named after Ye.Y. Muhin

The article analyzes the main directions and problems on the implementation of the Bologna declaration principles into the educational process of higher medical educational establishments in Ukraine. It was shown the necessity of changes of medical and nursing education for different educational-qualification levels.

Вступ. Україна прагне стати європейською державою. Реалізація цієї мети полягає не тільки у формальному підписанні певних міжнародних документів і протоколів й вступі нашої країни до певних європейських структур, а й у реальних змінах в житті кожного українця: матеріальних і духовних. Звісно ж, зміни ці можуть відбутись через реформування державних галузей, повинна змінитися й освіта. Ось чому в травні 2005 р. Міністр освіти і науки України поставив підпис під Болонською декларацією. Доцільно це робити чи ні – вже вирішене питання, хоча вирішене із запізненням. Запізнення – це, звичайно, погано, але це завжди додатковий час на обміркування ситуації.

Тому ми вважаємо за доцільне поділитися роздумами і висловити своє ставлення до цієї проблеми.

Основна частина. Безперечним позитивним моментом – є цілі Болонського процесу: підвищення якості та конкурентоспроможності вищої осві-

іти; мобільності студентів, викладачів, науковців, адміністративного персоналу вищих навчальних закладів; здатності випускників до працевлаштування в умовах світового ринку праці. Всі інші заходи, визначені у Болонській декларації – введення двоступеневої вищої освіти: ступені бакалавра і магістра, запровадження європейського зразка додатка до диплома, європейської системи залікових одиниць (кредитів), узгодження національних систем оцінки якості освіти та акредитації – є лише інструментами здійснення трьох головних цілей.

Насправді, Україна приєдналася до цього процесу, бо ця ініціатива підкріплена фінансовою потужністю ЄС. Крім того, встановлення міжнародного стандарту для дипломів рано чи пізно стане нездоланим бар'єром для випускників українських вузів на ринку праці, що невпинно інтернаціоналізується.

Основні аргументи "проти" виникають через те, що є суттєві відмінності між нашою і європейською системами освіти. Система освіти, як і культура народу, є унікальним явищем, що має глибокі

© П.І. Сидоренко, О.Б. Варава, 2007

корені в духовній і матеріальній сферах минулого і сучасного. Відтак при реформуванні вищої освіти на засадах Болонської декларації необхідно враховувати пріоритети збереження культурної різноманітності національної системи освіти. І тут є серйозне протиріччя: як прийняти вимоги Болонського процесу системно і одночасно зберегти національні переваги? Переймати ж європейську систему освіти вибірково у вигляді поодиноких елементів – це самообман і ніяка реформа за таких умов не відбудеться.

Держава повинна визначити, яких саме фахівців будуть готувати ВНЗ і як вони зможуть працювати, насамперед, в Україні. Ми вже маємо сумний досвід підготовки медсестер-бакалаврів, посада яких їй досі законодавчо не введена в штатний розпис лікувально-профілактичних закладів. Реформування – це добре, але на півкроку вперед повинен бути закон. Крім того, на державному рівні повинна бути визначена модель фахівця: якими знаннями і вміннями він повинен володіти. Чому реформування медсестринства закінчується на рівні медичних училищ і коледжів, а в практичній охороні здоров'я цими питаннями мало хто опікується? До речі, Україна залишилась єдиною країною СНД, де медсестринський процес, за винятком окремих ЛПЗ, майже не впроваджується у практику. Ми нічого не зможемо зробити, поки медичні академії і університети не випускатимуть лікарів, які будуть готові сприймати нову медичну сестру, особливо бакалавра і магістра. Це невід'ємне питання впровадження Болонського процесу в медичну освіту.

Крім того, ми розуміємо, що відсутність реальних і адекватних капіталовкладень в систему освіти не може компенсувати ніяка реформа.

Цікаво, що до Болонського процесу по-різному ставиться і західноєвропейська інтелігенція. Це питання викликає багато дискусій. Треба відмітити, що європейські елітарні вузи (Кембридж, Паризький інститут політичних наук та інші) відмовились брати участь в ньому. Це означає, що є сфера освіти для "звичайних" людей, але залишається освіта для еліти, бо кембриджський диплом реклами не потребує і його власник буде бажаний на будь-якому ринку праці. Це говорить про гарантовану якість.

Українські ж ВНЗ тільки знаходяться на стартовій площадці на шляху до такого рівня якості. І першою сходинкою до нього має стати приєднання до Болонського процесу.

Вченими доведено, що 80 % впливу на якість мають технології. Перехід до нової моделі організації навчального процесу потребує від викладацького складу ВНЗ оволодіння новою системою психолого-педагогічних та методичних вмінь. Треба обрати такі форми навчання, щоб отримати випускника, який вміє клінічно мислити, вирішувати нетипові задачі, діяти. Треба готувати не функціонера, а особистість.

У зв'язку з цим постає питання об'єктивізації контролю. Ми маємо не просто запроваджувати щось нове, а й запитати себе, що ми діагностуємо, що для вузу найголовніше: якість знань, умінь чи навичок. Кожний блок потребує своєї системи контролю. Викривлена, неправильно обрана система контролю не дає уяви про якість освіти. Нікому не потрібен фахівець, який лише вміє багато розповідати про щось. Треба, щоб він вміє діяти, вибирати, вирішувати. Ліцензійний іспит діагностує тільки знання, а не навички і вміння. Визначати рейтинг навчального закладу тільки за результатами теоретичного тестування не є правильним підходом. А викривлена система контролю деформує і систему підготовки фахівців. Якщо робити акцент лише на теоретичне тестування, то розвиток мислення і психології мед-працівника залишається в тіні. В цьому сенсі цікавим є закордонний досвід, коли йдучи на іспит, студент готується лише до вирішення ситуаційних задач. На іспиті він отримує 10 задач, кожна з яких оцінюється певною кількістю балів. Ідеально, якщо в кожній із ситуацій студент має можливість поспілкуватись із пацієнтом біля ліжка, або з статистом, який грає роль пацієнта, або це віртуальний хворий з контролюючої комп'ютерної програми. Реальна задача завжди багатоваріантна і готує до практичної діяльності. В Європі все залежить від того, як навчається студент, оцінка його прозора і лише від цього залежить, чи запросить його до себе на роботу та чи інша престижна клініка.

Ставлення до вимоги Болонської декларації стосовно відміни іспитів в різних країнах неоднозначне. Деякі з них зберегли сесії, аргументуючи це тим, що екзамен систематизує знання з дисципліни. Інші європейські країни користуються лише рейтинговою багатобальною накопичувальною (сумарною) оцінкою.

Розглядаючи проблеми якості професійної підготовки, не можна залишити поза увагою фактор відбору абітурієнтів. Здебільшого не можуть

або не хочуть навчатись студенти, які приходять до нас на контрактній основі. Демогра-фічна ситуація в Україні ставить під загрозу проблему відбору як таку. В Європі на I курс навчання до вузу приймають усіх, хто бажає навчатися. У кінці першого року навчання складається рейтинг студентів, останні зі списку просто виключаються.

Важливим сьогодні є фактор мотивації. Навчити можна лише того, хто хоче цього. Щоб студент хотів навчатись, треба, щоб йому було цікаво. Як цього досягти? Не лише різноманітними технологіями. Студент сприймає дисципліну через особистість викладача. Якщо ми говоримо про проблеми якості підготовки, то, насамперед, мова повинна йти про якісне викладання сучасного матеріалу. Але викладач сьогодні – це не просто інформатор, який працює за принципом: чим більше розповім студентам інформації з дисципліни, тим більше вони будуть знати. В сучасних умовах знати все студенту не обов'язково, а інколи і неможливо через величезний об'єм інформації, причому інформація ця може швидко застаріва-

ти або поновлюватись новим об'ємом. Викладач повинен навчити, де і як шукати відомості, зробити так, щоб процес навчання був цікавим, звернути увагу на основні принципи (базові) моменти, вміти контролювати, скорегувати, направити діяльність студента в правильне русло. Викладач – не голос істини, а провідник студента у пошуку істини. Немає іншого шляху оволодіння професією, як активність самого студента.

Висновок. Отже, Болонський процес – це вже сьогоднішній день медичної освіти. Впроваджуючи його, необхідно вирішити ряд проблем: фінансування, зміни в законодавчій базі, привести у відповідність загальні терміни підготовки, обсяги навчального навантаження за циклами соціально-гуманітарних, природничо-наукових і професійно орієнтованих дисциплін, переглянути перелік спеціальностей та багато іншого. Але найголовніші зміни не ті, які відбудуться на папері, в навчальних планах і програмах, а ті, що відбудуться в нашій свідомості і психології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Підаєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. – Одеса: Одеський державний медичний університет, 2004. – 200 с.

УДК 616-083.98

МЕТОДИКА НАДАННЯ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ

Б.А. Локай

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

У статті викладено принципи надання першої допомоги населенню згідно з правилами всесвітньої організації "Червоний хрест".

THE PRINCIPLES OF THE FIRST AID PROVIDING

B.A. Lokay

Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky

The International Red Cross principles of the first aid providing are recounted in this article

Вступ. Протягом останніх років у світі значно почастишали випадки природних (урагани, тайфуни, землетруси, повені, селі, лавини) та техногенних (аварії на виробництві, дорожньо-транспортні та залізничні пригоди, падіння літаків та ін.) катастроф. Проте, як показує досвід, навичками надання першої допомоги потерпілим дуже часто не володіють не тільки звичайні люди, не пов'язані з професією медика, але і самі медичні працівники. Тому метою цієї статті є роз'яснення принципів та послідовності дій при наданні допомоги потерпілим. При цьому основну увагу звертаємо на випадки, коли в арсеналі людини, яка надає допомогу, немає належного забезпечення медикаментами та потрібними інструментами. Принципи надання першої допомоги викладені відповідно до міжнародних стандартів, які розроблені та використовуються працівниками "Червоного хреста" та особами, які пройшли підготовку за даними стандартами.

Основна частина. Надання допомоги потерпілим в різноманітних ситуаціях, які пов'язані як з природними чи техногенними катастрофами, так і побутового характеру, чітко регламентовано алгоритмом дій, який приводиться нижче.

Першим етапом є оцінка ситуації. Людина, яка надає допомогу, має вивчити місце, в якому опи-

нилася, на наявність загроз та небезпек до яких входять: небезпечні матеріали, нестабільний ґрунт та транспортні засоби, насильство, зсуви, загроза обвалу каміння, переохолодження, загроза затоплення та ін. Треба навчитись негайно визначати загрозові фактори на місці події. Одночасно з оцінкою ситуації необхідно дати відповідь на такі запитання.

1. Чи можете ви самостійно зробити місце події безпечним, чи потребуєте допомоги (міліція, працівники енергетичних або газових служб, МНС)?

2. Чи можете ви самостійно використовувати обладнання або транспортні засоби?

Основним правилом є те, що місце події має бути безпечним для людини, яка надає допомогу. Вона не має права наражати себе на небезпеку. Якщо людина, яка може надати допомогу, сама опиниться в ролі потерпілого, вона не зможе допомогти нікому. З англійської транскрипції це правило перекладається так: "Мертвий рятувальник ніколи нікому не допоможе".

Наступним етапом після оцінки загрози оточення є стабілізація місця події. Якщо ви не можете зробити це самостійно, залучайте будь-кого з оточуючих або дайте завдання викликати необхідні служби.

Після цього оцініть стан всіх потерпілих, насамперед, зверніть увагу на людей, які знаходяться у

непритомному стані. Негайно, без зволікання, посилайте за допомогою.

Починайте надавати першу допомогу потерпілим. Надавайте її тільки після того, як переконалися у безпеці місця події для себе.

Ще одним універсальним правилом при наданні допомоги є ізоляція тіла. До неї входить використання вінілових рукавичок або їх заміників, дихальної маски з однобічною провідністю та ізоляція очей. Це необхідно робити для того, щоб рідини потерпілого не контактували з шкірою та слизовими рятівника, оскільки існує реальна загроза інфікування гепатитами та вірусом імунодефіциту людини. Не відкидайте ці заходи навіть якщо ви знаєте потерпілого.

Наступний крок – первинний огляд потерпілого. Якщо він не відповідає на ваші запитання, доторкніться до нього або легенько струсніть та голосно запитайте: "З вами все гаразд?". Звісно, якщо ви отримаєте відповідь, то можете припустити, що з прохідністю дихальних шляхів та диханням у потерпілого все гаразд.

Якщо ж відповіді немає, то першочерговими мають бути такі дії.

1. Покликати на допомогу та викликати швидку допомогу.

2. Перевірити наявність ознак життя за системою ABC (A – airways (дихальні шляхи), B – breathing (дихання), C – circulation (наявність серцевої діяльності)) без переміщення потерпілого. Якщо це неможливо – обережно перевернути потерпілого обличчям догори, намагаючись при цьому підтримувати голову та шию на одній осі з тулубом

А – airways (дихальні шляхи). Для того, щоб відкрити дихальні шляхи, покладіть вашу долоню на лоб потерпілого та обережно закиньте голову назад. Одночасно двома пальцями другої руки підніміть підборіддя догори (мал. 1).

В – breathing (дихання). Визначайте наявність дихання протягом 3-5 секунд. Для цього слідкуйте за рухами



Мал. 1

грудної клітки, прислухайтеся до звуку дихання біля рота потерпілого та до руху повітря на вашій щоці (мал. 2). Якщо ви не визначаєте жодних ознак дихання, зробіть 2 видихи методом рот до рота, спостерігаючи при цьому за рухами грудної клітки. Якщо ви відчуваєте, що повітря не потрапляє до легень потерпілого, це означає, що дихальні шляхи перекриті стороннім тілом (мал. 3).



Мал. 2



Мал. 3

C – circulation (наявність серцевої діяльності). Перевірте наявність пульсу на сонній артерії протягом 10 секунд.

Якщо потерпілий без свідомості, повітроносні шляхи відкриті та наявне спонтанне дихання, переверніть його на бік та надайте так званого стабільного положення (мал. 4). Необхідно пам'ятати про можливість ураження нервів та судин, якщо потерпілий тривалий час лежить на одній і тій самій руці, тому необхідно час від часу перевертати його на інший бік.



Мал. 4

У випадку, якщо повітроносні шляхи потерпілого перекриті стороннім тілом, необхідно виконати наступні дії.

1. Станьте на коліна, "осідлавши" стегна потерпілого.

2. Покладіть одну руку на одну між пупком та грудною кліткою потерпілого.

3. Зробіть 5 поштовхів у напрямку ззаду вперед та згори донизу, для того, щоб видалити стороннє

тіло з повітроносних шляхів. Якщо потерпілим є вагітна жінка, здійсніть 5 натискувань на груднину.

4. Видаліть стороннє тіло з ротової порожнини

5. Перевірте наявність дихання.

6. Якщо дихання не визначається, повторіть 2 видихи методом рот до рота та 5 натискувань на живіт потерпілого.

7. Повторюйте ці дії до звільнення повітроносних шляхів.

8. Щохвилини перевіряйте наявність пульсу на сонній артерії.

Якщо у потерпілого наявне серцебиття, проводьте штучне дихання до тих пір, поки не з'явиться спонтанне дихання, після чого переведіть його у стабільне положення.

Якщо пульсу немає, розпочинайте серцево-легеневу реанімацію негайно після відновлення прохідності дихальних шляхів.

Серцево-легенева реанімація (СЛР)

1. Закиньте голову потерпілого назад, піднесіть підборіддя двома пальцями (мал. 5). Проведіть 2 видихи методом рот до рота.

2. Накладіть одну руку основою долоні на груднину потерпілого перпендикулярно її осі приблизно на 2 см вище від основи мечоподібного відростка, іншу руку основою долоні покладіть на першу перпендикулярно першій (мал. 6).

3. Залишаючи руки прямими, нахиліться над потерпілим та здійсніть натискання на груднину на глибину близько 5 см. Після кожного натискування дайте грудній клітці повністю піднятися перед наступним натискуванням (мал. 7)



Мал. 5



Мал. 6



Мал. 7

4. Зробіть 30 натискувань на груднину з частотою 100 за хвилину.

5. Перевіряйте наявність дихання та пульсу кожні 2-3 хвилини.

6. Повторюйте весь цикл до приїзду швидкої допомоги або до появи ознак життя у потерпілого,

або до того моменту, коли ви будете занадто виснажені для того, щоби продовжувати реанімацію.

7. Коли з'явиться спонтанне дихання та серцебиття, переведіть потерпілого у стабільне положення.

У проведенні серцево-легеневої реанімації дорослим та дітям й немовлятам існують деякі відмінності.

1. СЛР дітям від одного до восьми років: на груднину необхідно накладати основу тільки однієї руки та проводити компресію на глибину до 3 см; видихи мають бути не такими глибокими, як для дорослих (від 1/2 до 2/3 об'єму легенів).

2. СЛР дітям до одного року: на груднину необхідно накладати лише 2 пальці на 1 см нижче від лінії, що з'єднує соски, та проводити компресію на глибину до 2 см; видихи мають бути приблизно від 1/3 до 1/4 об'єму легенів дорослої людини.

Удушення. Удушення виникає, коли їжа або стороннє тіло перекриває гортань та перешкоджає нормальному диханню. Якщо потерпілий може розмовляти, сильно кашляє та отримує достатньо кисню, не перешкоджайте його спробам відкашляти сторонній предмет. У випадку, коли потерпілий не може говорити та не отримує достатній об'єм кисню, відішліть будь-кого викликати швидку допомогу поки ви будете надавати допомогу.

У випадку удушення виконується прийом Хаймліка.

1. Станьте позаду потерпілого та охопіть руками його живіт (мал. 8).

2. Долоню однієї руки стисніть у кулак, покладіть його між пупком та грудною кліткою потерпілого таким чином, щоби великий палець був направлений у ваш бік (мал. 9).

3. Охопіть кулак першою рукою долонею другої та швидко притисніть обидві руки у напрямку до себе та знизу догори (мал. 10). При потребі повторіть цей рух.

Якщо потерпілий втратив свідомість, покладіть його на спину. Проведіть ревізію ротової порожнини та видаліть стороннє тіло, якщо воно видиме. У випадку, якщо це зробити неможливо, проведіть відновлення прохідності дихальних шляхів, як було описано вище.

Порядок дій при удушенні немовляти.



Мал. 8



Мал. 9



Мал. 10

1. Покладіть дитину на передпліччя обличчям донизу, зафіксувавши голівку та шию таким чином, щоби голівка знаходилася нижче тіла.

2. Основою долоні здійсніть п'ять швидких поштовхів між лопатками дитини.

3. Якщо обструкція дихальних шляхів не усунута, переверніть дитину обличчям догори та покладіть на рівну поверхню.

4. Проведіть п'ять швидких натискувань на груднину двома пальцями однієї руки.

5. Якщо дитина не починає самостійно дихати, проведіть реанімацію методом рот до рота, як описано вище.

6. При необхідності повторіть всі кроки.

7. Якщо обструкцію неможливо усунути, негайно викликайте швидку допомогу.

Тяжка кровотеча.

ЛІТЕРАТУРА

1. 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations // International Liaison Committee on Resuscitation. – Circulation. – 2005. – P. 1111-1136.

2. First Aid: Responding to Emergencies // American Red Cross. Third Edition. – 2001.

1. Застосуйте прямий тиск на рану:

а) ручне притискування рани через марлю або іншу тканину, прикладену безпосередньо до джерела кровотечі. Якщо кровотеча не припиняється, прикладіть ще марлі та сильніше притисніть її;

б) еластична пов'язка поверх марлі, яка щільно притискає її до рани.

2. Підніміть та підтримуйте уражену кінцівку

(зламану кінцівку не піднімати).

3. Якщо кровотеча загрожує життю потерпілого, застосуйте притискування магістральної кровоносної судини у найближчому можливому місці. Притискування магістральних судин можна використовувати тільки у випадку, коли прямий тиск на рану та піднесення кінцівки не може контролювати кровотечу.

4. Ніколи не використовуйте джгут, за винятком екстреної необхідності, такої як ампутована рука або нога.

Висновок. Навичками надання першої допомоги мають володіти не тільки медичні працівники, але і пересічні громадяни. Це дозволить зменшити кількість смертельних випадків та інвалідностей внаслідок різноманітних природних, техногенних катастроф та у побути.

3. National Guidelines for First Aid Training in Occupational Settings. – 2002. – Ed 2nd.

4. Heartsaver First Aid with CPR and AED // American Heart Association. – Dallas: American Heart Association. – 2002. – P. 70-2562.

УДК 378.27:614.253.52(73)

ЛІЦЕНЗУВАННЯ МЕДСЕСТЕР У США – ПЕРШИЙ КРОК ДО ДОСКОНАЛОСТІ У ПРОФЕСІЇ

О.С. Усинська

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

У статті проаналізовано особливості проведення та підготовки завдань до ліцензійного іспиту для медсестер у США. Описано як теоретичні аспекти, так і практичні питання складання цього іспиту та оцінювання результатів.

THE NURSING LICENSING IN USA AS THE FIRST STEP TO THE PROFESSIONAL PERFECTION

O.S. Usynska

Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky

The article analyzes the peculiarities of test bank preparation and taking the NCLEX examination. It is shown both theoretical and practical sides of examining and evaluation.

Вступ. Охорона здоров'я разом з економікою та демократичними свободами є одним з трьох китів, на яких тримається будь-яка сучасна нація. Відомо, що якість надання допомоги у всіх закладах охорони здоров'я залежить не лише і не стільки від устаткування (особливо якщо проблем з ним немає жодних, коли говорити про США), а й багато в чому від професіоналізму медичного персоналу. І для його забезпечення у США є додаткові "контрольно-пропускні пункти" після завершення навчання – це так звані "Кроки" (STEP I, II, III) для лікарів, з якими українські медики і студенти більш-менш ознайомлені і які вже починають запроваджуватись в Україні, та ліцензійний іспит для майбутніх американських медсестер – NCLEX (National Council Licensure Examination – державний ліцензійний екзамен).

Основна частина. У США є кілька професійних рівнів для медсестер, що відрізняються і освітою, необхідною для їх отримання, і професійними позиціями, на які може розраховувати володар того чи іншого рівня. Найпростішим рівнем є Licensed Practical Nurse (LPN) – ліцензована практична мед-

сестра, наступним і найбільш поширеним та популярним – Registered Nurse (RN) – "zareєстрована" медична сестра, найвищим рівнем, що охоплює багато функцій, які в Україні вважають лікарськими, – Advanced Practice Nurse (APN) – "високо" практична медсестра. Щоб розпочати працювати, а, точніше, навіть почати шукати роботу, медсестра, крім отримання відповідного освітнього рівня, повинна скласти ліцензійний іспит, який організовує National Council of State Boards of Nursing – Державна рада управління медсестер штату. Цей екзамен називають NCLEX-RN (National Council Licensure Examination for Registered Nurses) для "zareєстрованих" медсестер і NCLEX-PN (National Council Licensure Examination for Practical Nurses) – для практичних. Результати іспиту дійсні лише в тому штаті, де він складений, тому майбутня медсестра повинна мати чітке уявлення про те, в якій саме частині країни вона хоче працювати.

Ліцензійний іспит повинен оцінити як теоретичну, так і практичну підготовку медсестри. База тестових питань охоплює всі можливі аспекти діяльності медсестри, в тому числі особливості догляду за пацієнтами похилого віку, з психічними розладами, розумово неповноцінними, дітьми,

розрахунки дози ліків та особливості їх призначення, особливості поводження з пацієнтами залежно не тільки від захворювання, але й від раси, національності, віросповідання тощо. Питання мають вигляд ситуаційних завдань з кількома можливими відповідями (так звані multiple-choice questions), що описують конкретні клінічні ситуації як звичайні, так і ургентні, та потребують вибору найбільш правильної тактики медсестри. Сюди ж включено специфічні питання, що визначають когнітивні рівні знань, розуміння, застосування та аналізу. Більшість питань передбачає володіння знаннями на рівні їх застосування та аналізу, оскільки медсестринська практика потребує критичного мислення, і кандидат повинен вміти аналізувати та застосовувати інформацію, що є в питанні.

Деякі питання можуть бути у вигляді зображень – наприклад, подається зображення стрічки ЕКГ із записом, а від кандидата вимагається оцінити його і вибрати найбільш правильну тактику медсестри у цьому випадку. Інший приклад – зображення грудної клітки, на якій комп'ютерною "мишкою" необхідно вказати місця вислуховування тонів серця. Також, окрім стандартних тестових питань, екзамен містить задачі, що потребують певних розрахунків (наприклад, оцінити водний баланс) і введення відповіді з клавіатури.

При складанні питань беруть до уваги всі можливі види діяльності медсестер, що визначаються спеціальними законодавчими актами в кожному штаті. Також для визначення базових практичних навичок кожні 3 роки проводять спеціальне опитування медсестер, що недавно почали працювати – Practice Analysis Study, в якому учасники мають готовий список усіх можливих маніпуляцій медсестри і які повинні зазначити, наскільки часто вони виконують ту чи іншу маніпуляцію, як вона впливає на якість надання допомоги пацієнту, та вказати відділення, де її проводять. Ці дані дозволяють передбачити, що найчастіше доведеться

робити медсестрі найближчим часом після працевлаштування, та є основою створення бази питань та завдань для NCLEX, що змінюються кожні 3 роки.

Тестові питання також повинні охоплювати найважливіші потреби пацієнта, які визначаються при аналізі Practice Analysis Study. Державна рада управління медсестер штату виділила 4 основних категорії потреб пацієнта, що, у свою чергу, поділяються на підкатегорії, кожній з яких надається певний відсоток тестових питань (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл питань для NCLEX за темами

Назва категорії	Відсоток питань
Безпечний та ефективний догляд	
Керування доглядом	7-13
Безпека та інфекційний контроль	5-11
Пропаганда та підтримання здорового способу життя	
Ріст і розвиток людини протягом життя	7-13
Попередження і раннє виявлення захворювань	5-11
Психосоціальна цілісність	
Пристосування і адаптація	5-11
Психосоціальна адаптація	5-11
Фізіологічна цілісність	
Основи догляду	7-13
Фармакологічна і парентеральна терапія	5-11
Зниження потенційного ризику	12-18
Фізіологічна адаптація	12-18

Категорія "Безпечний та ефективний догляд" містить 2 підкатегорії. Перша з них, "Керування доглядом", подає питання з метою контролю знань, навичок та можливостей, необхідних для забезпечення інтегрованого та оптимального догляду за пацієнтами в співпраці з іншими фахівцями закладів охорони здоров'я. Друга, "Безпека та інфекційний контроль", контролює знання, навички та вміння, що повинні захистити пацієнта і персонал від інфекційних та інших негативних впливів навколишнього середовища.

Наступна категорія, "Пропаганда та підтримання здорового способу життя", також містить 2 підкатегорії. Перша з них, "Ріст і розвиток людини протягом життя", оцінює знання, навички та вміння, необхідні для оцінки стану здоров'я пацієнтів різних вікових груп, а друга, "Попередження і раннє виявлення захворювань" – для виявлення порушень стану здоров'я, пропаганди та підтримання здорового способу життя.

Категорія "Психосоціальна цілісність" є незвичною для наших не лише медсестер, але й лікарів, проте досить важливою. Перша підкатегорія, "Пристосування і адаптація", охоплює знання, навички та вміння, необхідні для того, щоб допомогти пацієнтові пережити й адаптуватись до змін у його способі життя, зумовлених захворюванням, фізичною чи розумовою неповноцінністю та стресом. Друга, "Психосоціальна адаптація", стосується забезпечення догляду за хворими з неадекватною поведінкою та гострими чи хро-нічними психічними захворюваннями.

Розділ "Фізіологічна цілісність" включає 4 підкатегорії, що містять набір ситуаційних завдань для оцінки знань та навичок щодо повсякденного догляду та надання допомоги пацієнту під час гігієнічних процедур (1-а підкатегорія), призначення та застосування медикаментів, проведення парентеральної терапії (2 підкатегорія), зменшення ризику розвитку ускладнень захворювань, лікування чи неправильно догляду (3-я), догляду та ведення пацієнтів з гострими та хронічними захворюваннями, а також у термінальних станах (4-а).

До створення ситуаційних завдань Державна рада управління медсестер штату залучає на конкурсній основі "zareєстрованих" медсестер, що мають ступінь магістра або вищий і працюють, як правило, в галузі освіти. Крім того, часто у процесі розробки беруть участь і практичні медсестри.

Отже, з чого практично починається NCLEX? Людина, яка закінчила навчання і хоче скласти іспит NCLEX, тобто має намір почати працювати (а NCLEX – перший і необхідний крок до пошуку роботи), повинна звернутись до Ради медсестер штату за дозволом на ліцензування, заповнивши спеціальну реєстраційну форму.

Якщо рідною мовою пошукача є не англійська, він попередньо повинен пройти Test of English as a Foreign Language (TOEFL) – тест англійської мови як іноземної і вказати його результати, причому важливо, щоб вони не були меншими 540 балів за умови складання письмового екзамену і 207 – комп'ютеризованого. Також додатковою вимогою для випускників неамериканських закладів медсестринської освіти є проходження Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools' (CGFNS) – додаткового іспиту, що повинен підтвердити спеціальну освіту, попередньо оцінює шанси складання NCLEX, є міжнародним і може складатись в будь-якому з багатьох центрів у різних країнах світу (в даний час в Україні такого центру не існує,

детальну інформацію можна знайти на сайті www.cgfns.org).

Складання іспиту NCLEX є платним і коштує 200 доларів, причому при невдачі ви можете перездати його не раніше ніж через 91 день після попередньої спроби, проте необмежену кількість разів (і, звичайно, з повторною оплатою за кожен із них).

Рада медсестер визначає відповідність пошукача вимогам до складання іспиту NCLEX (в тому числі беруть до уваги стан здоров'я даної особи, наявність проблем із законом у минулому, освіту тощо) і видає дозвіл на проходження ліцензування (Authorization to Test form – форма-дозвіл на складання іспиту) разом зі списком центрів та інструкцією щодо заповнення. Дозвіл надає кандидату спеціальний ідентифікаційний і авторизаційний номери (authorization number), необхідні при подачі заявки в центр тестування, що потрібно зробити протягом року з дня отримання дозволу. Дату іспиту для кандидатів, які складають його вперше, призначають протягом місяця з дня телефонного дзвінка в центр тестування, а при перездачі – протягом 45 днів. Відмінити або перенести дату складання іспиту можна не пізніше ніж за 2 дні до нього.

У центр тестування необхідно прибути за 30 хв до його початку, запізнення може стати причиною скасування заявки з необхідністю подання нової для нового тестування і повідомленням про це Ради медсестер штату.

Великого значення надають питанням безпеки. Щоб кандидата пропустили у приміщення тестового центру, він повинен мати авторизаційну форму та два посвідчення особи з його підписом і фотографією принаймні на одному з них. Перелік посвідчень особи, які можна використати в даному випадку, кандидат отримує разом із авторизаційною формою. Він повинен підписати спеціальну форму тестового центру, крім того, у нього візьмуть відбиток великого пальця та сфотографують. Ця фотографія буде прикріплена до результатів тесту для подальшої ідентифікації.

Після проходження всіх вищевказаних процедур та короткого інструктажу кандидата проводять до ізолюваного столика з комп'ютером, де він і буде складати іспит. Весь процес складання іспиту записується камерою спостереження, крім того, стати з місця можна лише з дозволу інструктора, а якщо необхідно відійти, то після повернення також проводять ідентифікацію особи, тому всіх кандидатів попереджують, що обидва посвідчення особи потрібно постійно мати при собі.

Для проведення іспиту використовують унікальну комп'ютерну систему. Унікальність її полягає в можливості пристосовуватись і змінюватись відповідно до кожного кандидата в процесі іспиту, створюючи для кожного варіант, що відповідає його можливостям, так що кандидат не втрачає часу, відповідаючи на запитання, котрі є набагато складнішими чи суттєво нижчими його компетентності. Як це відбувається? Комп'ютер оцінює відповідь кандидата і, якщо вона є правильною, вибирає наступне питання вже вищого рівня складності. Коли ж відповідь неправильна, наступне питання буде легшим, і цей процес триватиме до завершення тестування. Для успішного складання іспиту NCLEX кандидат повинен відповісти мінімум на 75 питань, якщо він складає його для отримання ліцензії "зареєстрованої" медсестри (RN), і на 85 питань – ліцензованої практичної медсестри (LPN). Цікаво, що у випадку NCLEX-RN із 75 питань оцінюють лише 60, а 15 є так званими пробними питаннями, проте вони не відрізняються від звичайних, і кандидат не знає чи відповідає він на реальне питання чи пробне. Ці пробні питання будуть включені до переліку повноцінних питань у наступні роки. Після отримання мінімально необхідної кількості відповідей комп'ютер робить висновок про рівень пошукача – якщо кількість неправильних відповідей занадто велика згідно з вимогами, що існують на момент складання іспиту (а вони також щороку змінюються), то екзамен припиняють і вважають його нескладеним; якщо ж кількість правильних відповідей достатньо висока, то екзамен вважають складеним і пошукач одержує остаточний результат. Якщо правиль-

них відповідей багато, але недостатньо для завершення іспиту, він продовжується доти, поки не буде встановлений остаточний результат, причому максимальна кількість питань для NCLEX RN становить 265, а для NCLEX-LPN – 205. Тривалість іспиту – до 5 год, цей час включає також інструктаж перед початком іспиту та дві десятихвилинні перерви (одну обов'язкову після перших 2 год екзамену, іншу – будь-коли за бажанням кандидата протягом наступних 3 год). Кандидат може зробити і додаткову перерву, але це не означає збільшення часу на тестування. Результати іспиту оцінюють двічі – спочатку за допомогою комп'ютера, а потім у центрі тестування, і кандидат отримує їх протягом місяця з дня складання іспиту. Окрім результатів, Рада медсестер штату може надати так званий "діагностичний профіль", що показує, які галузі пошукач знає добре, а яким повинен приділити більшу увагу для успішного складання іспиту наступного разу.

Потрібно зазначити, що відсоток складання іспиту NCLEX є важливим критерієм престижності освітнього закладу й одним з головних, які бере до уваги абітурієнт при його виборі. Безумовно, цей відсоток майже вдвічі вищий у випускників американських медсестринських шкіл порівняно з іноземними. Цікаво також те, що він набагато нижчий серед осіб, що складають іспит повторно, тобто NCLEX можна вважати об'єктивним способом оцінки знань випускника (табл. 2). Аналогічно його вважають критерієм якості медсестринської освіти в інших країнах, громадяни яких бажають працювати у США і повинні скласти цей же іспит.

Таблиця 2. Кількість осіб, що склали іспит NCLEX у 2005 році, та відсоток успішного складання

Характеристики кандидатів	Місяці								Всього за 2005 Рік	
	Січень-березень		Квітень-червень		Липень-вересень		Жовтень-листопад			
NCLEX-RN										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
Всього	32244	71,8	41063	76,3	57405	77,0	24184	59,7	154896	73,0
Вперше	24276	82,5	32054	86,0	47458	83,6	13379	72,7	117167	82,8
Повторно	7968	39,2	9009	41,6	9947	45,5	10805	43,5	37729	42,6
Випускники американських шкіл	24972	80,0	32468	85,2	49098	82,9	14613	68,6	121151	81,2
Випускники іноземних шкіл	7272	43,4	8595	42,7	8307	42,4	9571	46,1	33745	43,7

Продовження табл. 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
NCLEX-PN										
	Кіль- кість	%	Кіль- кість	%	Кіль- кість	%	Кіль- кість	%	Кіль- кість	%
Всього	15041	81,7	12221	75,8	22,839	83,8	15314	76,6	65415	80,1
Вперше	12500	89,4	9696	86,4	20361	89,3	12417	84,9	54969	87,8
Повторно	2541	43,8	2530	35,1	2478	38,6	2897	41,0	10446	39,7
Випускники американських шкіл	14259	83,9	11290	79,2	21951	85,8	14381	79,3	61881	82,6
Випускники іноземних шкіл	782	40,9	931	34,4	888	34,3	933	35,5	3534	36,1

Висновок. Запровадження незалежного ліцензування дозволяє суттєво підвищити професійний рівень медичних працівників і є ефективним мето-

дом відсіювання осіб з недостатньою професійною підготовкою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Silvestri L.A. Saunders Comprehensive Review for NCLEX-RN. – W.S. Saunders company, 2002. – 1195 p.

УДК 159.97(07.07):614.25352

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПСИХОЛОГІЇ ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ МЕДСЕСТРИНСТВА

В.Н. Волкова, Н.О. Ліщенко

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Робота медичної сестри, окрім виконання лікарських призначень і здійснення загального догляду, включає допомогу хворому у подоланні хвороби, до яких належать і психологічні проблеми людини. Процес опанування нових знань завжди містить елемент невпевненості, боязні зробити помилку. Це є характерним для людини, яка навчається в іншій країні, побут і традиції якої їй є незнайомими, незвичними, а може, в чомусь і незрозумілими. У даній ситуації важливим є створення позитивної мотивації студентів до вивчення психології. Якщо викладач і більшість студентів є колективом однодумців, їх ентузіазм заохочує й інших студентів групи до вивчення психології.

THE PECULIARITY OF TEACHING OF PSYCHOLOGY TO FOREIGN NURSING STUDENTS

N.V. Volkova, N.O. Lischenko

Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky

The work of nurse, except the carrying out of doctor's orders and implementation general care, includes assistance the client in coping of health problems, including psychological problems of client suffering from some disease. The process of mastering of new skills usually has the element of uncertainty, fear of mistake. More than usual such ideas are typical for man who is studying in foreign country, which everyday life and traditions are unfamiliar, and even incomprehensible. In this situation it is important to create the positive inducement of students for the psychology studies. When teacher and the most of students are team of like-minded persons, their enthusiasm attracts to the studies of psychology the other students of group.

Вступ. Робота медичної сестри, окрім виконання лікарських призначень і здійснення загального догляду, включає допомогу хворому у подоланні проблем зі здоров'ям, до яких належать і психологічні проблеми людини. При здійсненні догляду за хворим для медичної сестри є важливим знайти психологічний підхід до хворого, допомогти йому чітко визначити проблеми, які можливо подолати, навчити його пристосуватися до нових умов життя, пов'язаних із захворюванням і, зрештою, досягти психологічної і соціальної адаптації. Формальне і автоматичне виконання медичних маніпуляцій може бути причиною ятрогеній і негативізму пацієнта стосовно лікування. Тому пси-

хологічна освіта медсестер є важливою ланкою формування висококваліфікованого фахівця.

Основна частина. Одним із важливих принципів викладання є створення позитивної мотивації студентів до вивчення психології. Для викладача важливо зацікавити студентів у навчанні за рахунок інтелектуального контакту. Психологія як навчальна дисципліна дає можливість студенту опанувати важливі принципи продуктивного спілкування і вимагає запам'ятовування досить великого об'єму різноманітного теоретичного матеріалу. Вивчення окремих питань психології може охоплювати матеріал з фізіології, анатомії, біології, філософії, медичної статистики та інших дисциплін. Отже, процес вивчення психологічних механізмів поведінки людини вимагає досить широкого осмислення і об'єднання цих знань. Коли студент

© В.Н. Волкова, Н.О. Ліщенко, 2007

усвідомлює розширення власного світогляду і духовне зростання, це позитивно впливає на його ставлення до навчання. Особливістю викладання у групах іноземних студентів є те, що навчальний процес об'єднує представників різних культур і соціальних моделей суспільства. Це є, на нашу думку, позитивною стороною, оскільки дозволяє яскравіше висвітлити загальнолюдські цінності і закономірності поведінки, які відображені у навчальному матеріалі програми з психології. Отже, викладачу варто спиратися на приклади і стереотипи у спілкуванні, які би були зрозумілі людині будь-якого соціального чи культурного статусу.

У створенні позитивної мотивації до вивчення психології також важливим є встановлення позитивного емоційного контакту з групою студентів. Процес опанування нових знань завжди містить елемент невпевненості, боязні зробити помилку. Тим більше – це характерно для людини, яка навчається в іншій країні, побут і традиції якої їй є незнайомими, незвичними, а може в чомусь і незрозумілими. Позитивне заохочення до навчання з боку викладача в такому випадку допомагає зняти цей орієнтаційний стрес, який може бути присутній у іноземного студента. Відкрите бажання уважно вислухати навіть не зовсім вдалу відповідь, першим піти на встановлення діалогу і порозуміння лише сприяє засвоєнню нових знань, але не знижує об'єктивності викладача.

Ще один перспективний принцип у викладанні психології – це залучення студентів до спілкування у процесі вивчення конкретної теми. Оскільки психологія як наука передбачає опрацювання інформації про зовнішні прояви поведінки людини, студенти мають отримати навички спілкування на занятті. Елементи активного спілкування з аудиторією доцільно включити і до лекційних і до семінарських занять. Подання лекційного матеріалу суттєво покращується, коли лектор вміє утримати увагу студентів не лише завдяки яскравому оформленню слайдів, а і за рахунок налагодження зворотного зв'язку з аудиторією. Цей же прийом дозволяє спрямувати подання матеріалу на активніше висвітлення саме тих деталей, які би зацікавили студента і вже через них спрямувати його увагу на інші питання лекції.

Під час практичного заняття і семінарського обговорення доцільно залучити до обговорення теми вирішення певних практичних завдань – наприклад, визначення певних психологічних властивостей особистості чи вирішення тренувальних

практичних завдань. Вивчення теми у співпраці допомагає студентам розвинути навички соціальної відповідальності у спілкуванні та поглибити їх власне розуміння певних питань теми. Спілкування у процесі вивчення теми заняття є ефективним, якщо воно дає можливість студентів висловити його власну думку. Навіть у випадку, коли знання студента із даної теми не є досконалыми, порівняння своєї позиції з відповідями інших студентів дає йому можливість їх відкоригувати.

У процесі поглиблення теоретичних знань доцільним є постійний зворотний зв'язок між питаннями, які студент вже засвоїв і які повинен засвоїти на даному занятті. Цей зв'язок має бути достатньо часто поновленим, щоб спонукати студента до уточнення своїх знань. Для такого зіставлення інформації можна залучити ситуаційні задачі, тестові запитання, схеми. При їх опрацюванні студент має отримати інформацію про конкретні помилки і неточності власної відповіді, що зорієнтувало би його на подальше уточнення у навчальній літературі даного конкретного питання.

При досить великій тривалості навчального заняття на викладача покладається досить велика відповідальність у оптимальному плануванні і розподілі навчального часу на засвоєння певних питань теми. Індивідуальний підхід до студента дозволяє зорієнтувати його до додаткових завдань або джерел літератури, якщо вони необхідні для засвоєння певного питання теми. У цьому важливу роль відіграє індивідуальна рекомендація викладача.

Позитивно мотивує студента і такий підхід, коли викладач очікує від нього кращих результатів. Така мотивація доцільна і для тих студентів, хто гірше підготовлений до заняття, і для тих, хто досить інтенсивно працює. Адже відомо, що немає меж для пізнання і самоудосконалення.

Звичайно, кожен студент, окрім того, що він обрав для себе певну професію і витрачає сили і час на її опанування, є особистістю. Це зазвичай особистість, яка ще формується, розвивається, коригує свій життєвий сценарій і має, імовірно, інші таланти і інтереси у цьому житті. Шанс проявити себе як особистість під час навчального заняття, якщо це можливо, суттєво підвищує для студента актуальність вивчення психології, а, зрештою, і будь-якої іншої дисципліни.

Висновки. Правильна організація навчального процесу і ретельна власна підготовка до навчального заняття допомагає викладачу визначитися,

що саме не знає студент і наскільки легко йому це засвоїти. Логічно, що інтерес студента зростає, якщо він бачить і відчуває зацікавленість викладача своїм предметом. Це явище також можна назвати одним із варіантів емоційного кон-

такту. Якщо викладач і більшість студентів є колективом однодумців, їх ентузіазм заохочує й інших студентів групи до вивчення психології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Основи загальної і медичної психології / За ред. І.С. Вітенка, О.С. Чабана. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 343 с.

2. Sandra Goss Lucas, Douglas A. Bernstein Teaching Psychology. A step by step guide.- Lawrence Erlbaum Associates, Publishers Mahwah, New Jersey. –London, 2005. – 277 p.

УДК 61

У СВІТІ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ

Л.С. Мілевська-Вовчук

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

У статті йдеться про основні види та підвиди найпопулярніших і найпоширеніших методів альтернативної медицини, їх роль та значення у лікуванні різноманітних захворювань.

IN THE WORLD OF ALTERNATIVE MEDICINE

L.S. Milevska-Vovchuk

Ternopil State Medical University named after I. Ya. Horbachevsky

The article contains information about the main types and subtypes of the most common and the most popular methods of alternative medicine, their role and meaning in the treatment of different diseases.

Вступ. Застосування методів альтернативної медицини (АМ) у різних країнах залежить від численних факторів – історичних, етнічних, культурних, економічних тощо. Так, у країнах Африки, що розвиваються, нею користується понад 80 % населення. Одночасно за даними Американської медичної асоціації, щорічно близько 43 млн американців витрачають \$22 млрд на альтернативні методи лікування (оплату послуг спеціалістів з традиційної китайської, індійської, тибетської медицини тощо). За останнє десятиліття кількість пацієнтів клінік подібного напрямку зросла на 60 %. Найпопулярнішими методами АМ залишаються акупунктура та мануальна терапія (хіро-практика) [1, 2].

У більшості держав світу альтернативне лікування не оплачується медичними страховими компаніями (окрім Великобританії та Франції). Але, за даними соціологічного опитування фахівців Гарвардського університету, понад 45 % американців готові платити за страхування більше, щоб мати доступ до послуг спеціалістів АМ.

Така популярність альтернативної медицини серед населення підготувала ґрунт для викладання даної дисципліни у навчальних закладах США. На сьогодні понад 70 американських медичних фа-

культетів включили до навчальних програм своїх закладів лекції та практичні заняття з АМ [3].

З окремими аспектами та сучасними тенденціями альтернативної медицини, що застосовуються у практиці медсестринства, і покликана ознайомити вас ця стаття.

Основна частина. Перший всесвітній конгрес з альтернативної медицини відбувся у 1973р. На ньому було представлено перелік 135 існуючих методів лікування. На сьогодні їх кількість продовжує невпинно зростати. Протягом останнього часу було здійснено декілька спроб класифікувати діючі методи АМ. І хоча дана класифікація досить умовна, проте дозволяє розібратися та дещо зорієнтуватися в океані альтернативної медицини.

Так, перша група методів АМ включає відносно традиційні напрямки – акупунктура (включно з Су Джок), аюрведа, традиційна китайська медицина, гомеопатія, натуропатія.

Класична акупунктура – це вплив на органи і системи людини за допомогою спеціальних голок через акупунктурні точки. До неї також належать мікроголкутерапія, поверхнева голкутерапія, термopунктура, кріорефлексотерапія, гірудорефлексотерапія, вакуумрефлексотерапія тощо.

Гомеопатія – це спосіб лікування захворювань, що полягає у застосуванні малих доз тих ліку-

вальних середників, які у великих дозах спричиняють у здорової людини ознаки даного захворювання. На сьогодні дуже популярними є методи комбінованої гомеопатії та гомотоксикологія.

Натуропатія – це практика застосування, з метою лікування, “природних” та близьких до “природних” заходів: лікувальне харчування, гомеопатію, лікування травами, маніпуляції на кістках і суглобах, природне розродження, гіпнотерапію.

Другу групу складають методи біоелектромагнітної дії – електропунктурна рефлексотерапія, лазеропунктура, лікування “зарядженою” водою тощо.

До третьої групи відносять дієти, харчові добавки, фітотерапію і методики здорового способу життя (численні дієти, способи голодування, вегетаріанство, фітотерапія, макробіотика та методи раціонального харчування).

Четверта група – це способи керування тілом та емоціями, шляхи впливу на організм через різні органи чуття.

Бібліотерапія – це лікування книгою. Віце-президент психіатричної асоціації Р. Кемпелл вважає, що книга допомагає людині краще зрозуміти свої психологічні та фізіологічні реакції, поповнити чи виправити знання, надихнути на словесне вираження певних проблем. А це, передусім, знімає страх, сором, почуття провини, вчить мислити конструктивно, розширює уявлення про загальноприйняті соціальні та культурні норми тощо.

Естетотерапія – невербальна психотерапія, що базується на терапевтичному, коригуючому впливі художньої форми та естетичних відчуттів.

Ландшафтотерапія – розроблено цілу класифікацію видів “психоемоційного впливу” різноманітних ландшафтів на особистість:

- корисно – подразнювальний вплив, дуже активний, що надихає та спонукає до дій, викликає бадьорість і оптимізм;
- корисно – щадний вплив, що занурює у мрійливий та самозаглиблений стан;
- корисно – гальмівний вплив, малоактивний, що заспокоює та врівноважує.

Арт - терапія – це одна з форм психотерапії, що базується на розпізнанні глибинних думок та почуттів людини, що проявляються із підсвідомості у вигляді образів під час психоаналітичної процедури, снів, фантазій, мрій, страхів, конфліктів. Кожна людина може висловлювати свої внутрішні конфлікти у візуальних формах, і тоді їй набагато легше розповісти про свої переживання та з'ясу-

вати їх для самої себе. Така терапія є своєрідним посередником у спілкуванні пацієнта та терапевта на символічному рівні.

Активна терапія малюнком – це створення власних картин. Пасивна – розглядання коригуючих картинок. Можливим є проведення сеансів арттерапії на лоні природи. Сприймаючи себе і світ як єдине ціле, кожен з нас зможе позбутися депресії, покращити психічне здоров'я і стати щасливим.

Музикотерапія – музика заспокоює, тонізує, викликає бажання жити, любити і творити. Звуки спроможні змінювати стан всього людського організму. До того ж мелодії впливають на нас не лише шляхом емоцій та переживань, але й через електромагнітні коливання. Адже кожен музичний ряд має свою частоту. Енергія звукових хвиль приймається нами не лише через звукові рецептори, але практично через усі рецептори організму, включно з молекулярним рівнем.

Після курсу музикотерапії хворі часто відмовляються від антидепресантів, снодійних та транквілізаторів.

Данстерапія – достовірна діагностика психологічних проблем – це ще далеко не все, що може данстерапія. Адже “протанцювуючи” свій стан, ми позбавляємося від м'язової скрутості на рівні потилиці, хребта, тазової ділянки тощо. Данстерапевти вважають, що усі недуги викликані так званими психологічними блоками, які відчуються на фізичному рівні.

“Витанцювати” настрій, конфлікт, почуття, емоції – значить пройти половину шляху до видужання.

Казкотерапія – класики психології не раз зверталися до аналізу казок. Ще К.Г. Юнг помітив, що персонажі казок та міфів виражають різні архітипи, і, таким чином, впливають на розвиток і поведінку особистості. Казки люблять усі, навіть ті, хто соромиться зізнатися в цьому. У казці свою проблему легше побачити та сприйняти, для казкового героя легше знайти вихід із ситуації – адже у казці можна все. А потім цей вихід виявляється можна використати і для себе.

Казки дозволяють побачити проблему зі сторони, дистанціюватися від неї, а також прийняти те, чого приймати так не хотілося, хоч треба було.

П'ята група – це методи лікування за допомогою рук: мануальна терапія (хіропрактика та остеопатія), постізометрична релаксація, різні види масажу (шіатцу, акупресура, загальний масаж) тощо.

І, нарешті, шоста група – це біологічні та фармакологічні засоби. Сюди входять апітерапія, гірудотерапія, клітинна, ензиматична, метаболічна, киснева, антиоксидантна, хелатна, біохімічна терапія та інші.

Існують також методи, які важко віднести до якоїсь певної групи – це психопунктура, терапія сновидіннями, фен – шуй та деякі інші.

Висновки. Дуже довго ми, в прямому значенні, відверталися від численних альтернативних засобів і методів лікування, віддаючи перевагу хіміопрепаратам. Проте навіть найчистіший препарат залишається синтетичним продуктом розуму та рук людини, а тому є чужорідним для нашого організму. І, крім того, багато нозологічних форм захво-

рювань й досі не піддаються або ж важко піддаються лікуванню сучасними засобами та методами наукової медицини.

Ось чому саме зараз, в епоху стрімкого наукового прогресу, людство все більше і більше схиляється до пошуку альтернативних заходів допомоги при різних недугах. І так хочеться перефразувати відомі слова Кобзаря: "І чужому научайтесь, і старого не цурайтесь", випробуйте, експериментуйте і відкривайте для себе такий багатий і неповторний світ альтернативної медицини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Резніков К.М. Медицина класична, традиційна, альтернативна: проблеми і перспективи // Регіональна науково-практична конференція "Доказова медицина": 36. доповідей. – Воронеж, 2000. – с. 36.
2. Сінях. Практична енциклопедія східної терапії. – М.: "АСТ-ЛТД", 1997. – 464 с.

3. Соболев Ю.А. "Альтернативні" методи лікування з точки зору доказової медицини // Регіональна науково-практична конференція "Доказова медицина": 36. доповідей. – Воронеж, 2000. – с. 45.

УДК 614.253.52:159.955

КРИТИЧНЕ МИСЛЕННЯ В ПРАКТИЦІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ**О.В. Олійник***Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

Потреби охорони здоров'я на сьогодні швидко змінюються. Щоб забезпечити продуктивну роботу медичної сестри в умовах зростання її професійної ролі, напруженості роботи та відповідальності, необхідно використовувати в професійній діяльності критичне мислення. Дана стаття розглядає проблеми, пов'язані із застосуванням критичного мислення серед медичних працівників.

CRITICAL THINKING IN NURSING PRACTICE**O.V. Oliynyk***Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky*

The requirements of health protection are changed very quickly. To provide productive work of nurse in the conditions of their role, intensity of work and responsibility growth it is necessary to use critical thinking in their professional activity. This article is devoted to consideration of problems, associated with the using of critical thinking among medical workers.

Вступ. Медична освіта та наука зробили протягом останнього часу значний крок вперед. З'явилися нові методи та технології лікування людей та освітні технології, пов'язані з цим. Ці зміни не обійшли й медсестринську освіту. Нові вимоги вимагають підвищення кваліфікації медичних сестер, розширення числа практичних навичок, які вони використовують в своїй роботі. В умовах старіння населення професійне навантаження на медичну сестру зростатиме. Необхідно впроваджувати нові освітні методики, які б допомагали медичним сестрам надавати медичну допомогу в умовах підвищених вимог з боку пацієнтів. Медичні сестри країн Європейського Союзу та США використовують в роботі з хворими методику критичного мислення [1]. Вона дає можливість своєчасно виділяти проблеми, які постають перед медичними працівниками та знаходити шляхи їх розв'язання. Українські медичні сестри малознайомі з цією методикою. Дана стаття присвячена висвітленню концепції критичного мислення.

Основна частина. На сьогодні психологи [2] вважають, що якщо не поновлювати знання, то

© О.В. Олійник, 2007

знання, отриманні під час навчання в медичному навчальному закладі, дуже швидко стають застарілими, а людина, яка їх використовує, робиться певною мірою посміховиськом, яке перестають серйозно сприймати. Складність та напруженість роботи сучасної медсестри вимагають використання в їх повсякденній роботі методики критичного мислення. Ennis розглядає критичне мислення як "правильне оцінювання тверджень" і відрізняє індивідуума, який може думати критично, як такого, що може оцінити якесь твердження [3]. Розвиток концепції критичного мислення базується на основі філософського скептицизму. Критичне мислення – це ретельно продумане, виважене вирішення стосовно певного судження, певний алгоритм дій: чи ми маємо сприйняти, зіставити або заперечити його та ступінь впевненості, з яким ми це робимо. Іншими словами, критичне мислення – це мислення, яке розвивається на основі ретельної оцінки фактів та уявлень і призводить до найбільш об'єктивних висновків шляхом аналізу всіх можливих факторів та використання обґрунтованих логічних процесів. Критичне мислення в медсестринстві – це використання в по-

всюденній роботі методики оцінки медичних проблем, які виникають та пошуку відповіді на питання: як правильно поводити себе в даній ситуації, як забезпечити свій юридичний захист та максимально допомогти пацієнту. Згідно з концепцією адаптації критичного мислення Вінсента Райєна Руджиєро [1], особливістю осіб, які критично мислять, є те, що вони чесні перед собою, уникають підтасовки фактів, здатні ставити питання самі собі, роблять свої висновки на очевидних фактах, прагнуть встановити зв'язок між явищами, є інтелектуально незалежними. Навички, які використовують в процесі критичного мислення, такі.

- Спостереження – означає бачити та помічати когось або щось.
- Описування – означає говорити, як виглядає хтось або щось.
- Порівнювання – зіставлення відмінних та подібних рис між людьми та речами, оцінювання чогось відносно інших речей.
- Визначення – означає показувати або доводити існування когось або чогось, пізнавати когось або щось як конкретну особу або річ.
- Асоціювання – вміння встановлювати зв'язки між подіями, фактами, людьми, речами, поєднання їх за принципом взаємодії.
- Підсумовування – вміння робити висновок на основі наявної інформації та фактів, думати про правдивість якогось уявлення.
- Прогнозування – уявлення, передбачення того, що відбудеться в найближчому майбутньому.
- Застосування – здатність та спроможність робити заяву, керувати чимось для найбільш ефективного вирішення певної ситуації.

Принципи критичного мислення такі. По-перше, особа, яка використовує принципи критичного мислення, має дати собі відповідь на запитання: в чому полягає проблема, яку необхідно вирішити. По-друге, слід проаналізувати свої висновки з приводу існуючої проблеми. Далі необхідно проаналізувати причини, які призвели до цих висновків. Зокрема, оцінити аргументацію, яка дала можливість дійти до такого висновку. Оцінка фактів могла відбуватись в умовах співчуття до хворого, нестачі часу, неправильної обробки статистичних або первинних даних, що могло призвести до неправильних висновків. Наскільки нейтральними або емоційними були зроблені висновки?

Елементарні рекомендації для практичного застосування в практиці елементів критичного мислення.

1. Опишіть ситуацію.

2. Перевірте джерела інформації та врахуйте можливість упередженості деяких з них.

3. Порівняйте ситуацію із власним досвідом, знаннями, переконаннями.

4. Емоції можете виразити тільки для підкреслення важливості події в чужих очах.

5. Запитайте себе про результати ваших запланованих дій.

6. Проаналізуйте різні варіанти відповідних дій, їх недоліки та можливі шляхи їх попередження.

7. Остаточне рішення, якщо це можливо, прийміть колегіально.

Критичне мислення широко застосовується медичними сестрами країн Європейського Союзу та США в повсякденній практичній діяльності. Існують спеціальні підручники з його застосування. Проте для українських медичних сестер концепція критичного мислення є досить новою, що не знімає необхідності ознайомлення з його критеріями та його практичним використанням.

Висновок. Необхідно сприяти більш широкому застосуванню методики критичного мислення в практичній діяльності українських медичних сестер.

ЛІТЕРАТУРА

1. Carter, C.V. Dictionary of education. – New York: McGraw Hill. – 1973. – 256 p.
2. Lipset, S.M. The encyclopedia of democracy. – Washington DC: Congressional Quarterly. – 1995. – 311 p.

3. Oxford-advanced learner's dictionary of current English. – Oxford: Oxford University Press. – 1996. – 319 p.