

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**

**2/2007**

# 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     | Нижегородова Н.Ю. |
| Художник                | Кушик П.С.        |

Підписано до друку 25.05.2007. Формат 60x84/8.  
Гарнітура Times New Roman Cug. Друк офсетний.  
Ум.др. арк. 5,81. Обл.-вид.арк. 4,78.  
Наклад 300. Зам. № 64.

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

|  |           |
|--|-----------|
| <i>Т.І. Чернишенко, Л.Я. Ковальчук,<br/>Н.О. Ліщенко, О.С. Усинська</i><br>ПЕРСПЕКТИВИ МІЖНАРОДНОЇ СПІВПРАЦІ<br>У МЕДСЕСТРИНСТВІ ДЛЯ УКРАЇНИ:<br>З ДОСВІДУ ІНСТИТУТУ МЕДСЕСТРИНСТВА<br>ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО<br>МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ<br>І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО | <b>5</b>  |
| <i>Білл Колеман</i><br>СВІТ БЕЗ ПЕРЕПОН – ПЕРСПЕКТИВИ ДЛЯ<br>УКРАЇНИ   | <b>10</b> |
| <i>Н.О. Ліщенко, О.С. Усинська</i><br>МЕДСЕСТРИНСЬКА ДОКУМЕНТАЦІЯ В<br>ГОСПІТАЛЯХ США  | <b>15</b> |
| <i>В.П. Пішак, Т.В. Сорокман, Г. Скабелунд,<br/>С.В. Сокольник</i><br>СПІВПРАЦЯ БУКОВИНСЬКОГО<br>ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ<br>ЗІ ШТАТОМ ЮТА (США) В ГАЛУЗІ<br>МЕДСЕСТРИНСТВА   | <b>18</b> |
| <i>Н. Л. Окс</i><br>ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО<br>ПРОЦЕСУ В ПРАКТИЧНУ ОХОРОНУ<br>ЗДОРОВ'Я   | <b>20</b> |
| <i>В.П., Пішак, В.А.Гайдук</i><br>МЕДСЕСТРИНСТВО В ДОКАЗОВІЙ<br>МЕДИЦИНІ   | <b>24</b> |
| <i>Л.А. Миронова</i><br>ІНТЕГРОВАНЕ ЗАНЯТТЯ ЯК ОДИН<br>З ВАРІАНТІВ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ<br>ІНТЕГРАЦІЇ   | <b>27</b> |
| <i>О.Й. Хомко, В.І. Каленюк, Л.Д. Борейко,<br/>Я.Г. Іванушко, Н.В. Бачук-Понич</i><br>ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА В УКРАЇНІ:<br>ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ТА<br>МЕДСЕСТРИНСЬКА ОСВІТА  | <b>32</b> |
| <i>І.А. Плеш, В.І. Каленюк, Л.Д. Борейко,<br/>О.В. Макарова, О.Й. Хомко</i><br>ВИБІР ОПТИМАЛЬНОЇ МОДЕЛІ<br>ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В<br>УКРАЇНІ   | <b>34</b> |

## CONTENTS

|  |           |
|--|-----------|
| <i>T.I. Chernyshenko, L.Ya. Kovalchuk,<br/>N.O. Lishchenko, O.S. Usynska</i><br>PROSPECTIVE FOR THE INTERNATIONAL<br>COOPERATION IN NURSING EDUCATION IN<br>UKRAINE: FROM THE EXPERIENCE OF<br>TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY<br>INSTITUTE OF NURSING | <b>5</b>  |
| <i>Bill Coleman</i><br>THE WORLD IS FLAT-OPPORTUNITIES FOR<br>UKRAINE  | <b>10</b> |
| <i>N.O. Lischenko, O.S. Usynska</i><br>NURSING DOCUMENTATION IN THE US<br>HOSPITALS  | <b>15</b> |
| <i>V.P. Pishak, T.V. Sorokman, G. Scabelund,<br/>S.V. Sokolnik</i><br>COLLABORATION OF BUKOVINA STATE<br>MEDICAL UNIVERSITY WITH THE STATE<br>UTAH (USA) IN INDUSTRY OF NURSING  | <b>18</b> |
| <i>N. L. Oks</i><br>THE IMPLEMENTATION OF NURSING<br>PROCESS INTO THE HEALTH CARE<br>SYSTEM  | <b>20</b> |
| <i>V.P. Pishak, V.A. Haidukov</i><br>NURSING IN EVIDENCE – BASED MEDICINE  | <b>24</b> |
| <i>L.A. Mironova</i><br>INTEGRATE PRACTICAL LESSON<br>AS A VARIANT OF INTERDISCIPLINE<br>INTEGRATION   | <b>27</b> |
| <i>O.Y. Khomko, V.I. Kalenyuk, L.D. Boreiko,<br/>Y.G. Ivanushko, N.V. Bachuk-Ponich</i><br>THE PALLIATIVE CARE IN UKRAINE:<br>PROBLEMS OF DEVELOPMENT AND<br>NURSING EDUCATION   | <b>32</b> |
| <i>I.A. Plesh, V.I. Kalenyuk, L.D. Boreiko,<br/>O.V. Makarova, O.Y. Khomko</i><br>A CHOICE OF OPTIMUM MODEL OF<br>NURSING EDUCATION IN UKRAINE   | <b>34</b> |

- Т.В. Сорокман, С.В. Сокольник, О.Й. Хомко, О.В. Макарова*  
 НАУКОВО-ДОСЛІДНА РОБОТА  
 СТУДЕНТІВ ЯК ОДИН ІЗ МЕТОДІВ  
 УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ  
 МЕДИЧНИХ СЕСТЕР-БАКАЛАВРІВ **36**
- T. V. Sorokman, S. V. Sokolnik, O. Y. Chomko, O. V. Makarova*  
 RESEARCH WORK OF STUDENTS AS ONE  
 OF METHODS OF IMPROVEMENT  
 OF PREPARATION OF MEDICAL SISTERS-  
 BACHELORS
- Р.О. Сабадишин, В.О. Рижковський, С.Є. Бухальська*  
 ЗДОБУТКИ ТА АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ  
 СТУПЕНЕВОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ  
 З ДОСВІДУ РОБОТИ РІВНЕНСЬКОГО  
 ДЕРЖАВНОГО БАЗОВОГО МЕДИЧНОГО  
 КОЛЕДЖУ **39**
- R. O. Sabadyshyn, V. O. Ryzhkovsky, S. Ye. Bukhalska*  
 ACHIEVEMENTS AND ACTUAL PROBLEMS  
 OF GRADUATE NURSING EDUCATION  
 FROM EXPERIENCE OF THE RIVNE STATE  
 BASIC MEDICAL COLLEGE WORK
- Н.П. Леонченко, С.В. Степанова*  
 РЕФОРМУВАННЯ МЕДСЕСТРИНСТВА.  
 ДОСВІД І ПЕРСПЕКТИВИ **41**
- N. P. Leonchenko, S. V. Stepanova*  
 REFORMING OF NURSING. AN  
 EXPERIENCE AND PERSPECTIVES
- В.Й. Шатило, К.С. Васьков, Л.М. Козирацька, В.З. Свиридюк*  
 ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ  
 ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ  
 В МЕДСЕСТРИНСТВІ **43**
- V. Y. Shatylo, K. S. Vaskov, L. M. Kozyratska, V. Z. Svyrydyuk*  
 NEW TECHNOLOGY OF INFORMATION  
 MAINTENANCE IN NURSING
- К.І. Шаповал, Н.П. Яковенко*  
 СПІВРОБІТНИЦТВО НА ЕТАПАХ  
 РОЗВИТКУ МЕДСЕСТРИНСТВА **45**
- K. I. Shapoval, N. P. Yakovenko*  
 COOPERATION ON THE STAGES OF  
 NURSERY DEVELOPMENT
- Ю.Ф. Педанов, А.І. Гоженко, Р.Ф. Макулькін*  
 МЕТОДОЛОГІЯ ВИКЛАДАННЯ  
 МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН  
 У ВНЗ І-ІІ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ **48**
- Yu. F. Pedanov, A. I. Hozhenko, R. F. Makulkin*  
 METHODOLOGY OF MORPHOFUNCTIONAL  
 SUBJECTS TEACHING IN THE HIGHER  
 EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS OF I-II  
 LEVELS ACCREDITATION

## ПЕРСПЕКТИВИ МІЖНАРОДНОЇ СПІВПРАЦІ У МЕДСЕСТРИНСТВІ ДЛЯ УКРАЇНИ: З ДОСВІДУ ІНСТИТУТУ МЕДСЕСТРИНСТВА ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

Т.І. Чернишенко, Л.Я. Ковальчук, Н.О. Ліщенко, О.С. Усинська

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

---

У статті автор проводять аналіз досвіду співпраці у медсестринській освіті між Тернопільським державним медичним університетом імені І.Я. Горбачевського (інститутом медсестринства) та іноземними колегами. Акцентується увага на найважливіших аспектах, необхідних для ефективної роботи у міжнародних проектах.

---

## PROSPECTIVE FOR THE INTERNATIONAL COOPERATION IN NURSING EDUCATION IN UKRAINE: FROM THE EXPERIENCE OF TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY INSTITUTE OF NURSING

T.I. Chernyshenko, L.Ya. Kovalchuk, N.O. Lishchenko, O.S. Usynska

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

---

The article gives an analyses of an experience in cooperation in nursing education between Ternopil State Medical University (Institute of Nursing) and foreign colleagues. The authors show the most important aspects for the effective cooperation in international projects.

---

**Вступ.** Розвиток міжнародного співробітництва у медсестринстві сьогодні є досить перспективним для медсестринської освіти в Україні. На це є чимало причин. Перш за все, такі великі розвинені країни, як США та Канада, як і, до речі, багато європейських країн уже потерпають від нестачі медичних сестер. Згідно з оприлюдненими даними того ж департаменту праці США за 2002 рік відомо, що уже до 2012 року у США не вистачатиме одного мільйона медичних сестер.

Проте причини цієї тенденції є доволі різними. У більшості випадків – це нестача викладачів, котрі викладають клінічні спеціальності у медсестринстві. Адже заробітна плата таких викладачів є значно меншою, аніж практикуючих медсестер, тому викладачі з освітою магістрів та докторів з медсестринства залюбки покидають викладацьку діяльність заради практичної діяльності. Власне це і є основною причиною нестачі медичних сестер у США та в Канаді [1]. Як результат – "черги" студентів для реєстрації для вивчення предметів з

клінічного медсестринства, подальше зменшення кількості викладачів, котрі сягають пенсійного віку, а молодь неохоче вступає до магістратур та навіть якщо й закінчує, то надає перевагу значно вигіднішій практичній роботі, аніж викладанню. Саме тут і з'явилася можливість долучитися до міжнародної діяльності українським закладам медсестринської освіти. Проте для успішного проекту у співпраці з навчальними закладами США українським закладам необхідно зважати на цілу низку чинників.

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського (ТДМУ) ось уже тривалий час співпрацює з багатьма європейськими та американськими вищими навчальними закладами як медичними, так і багатопрофільними. За результатами плідної співпраці та стажування викладачів університету отримано надзвичайно цінний досвід щодо особливостей та можливостей долучення українських навчальних закладів до світового освітнього процесу [2].

**Основна частина.** Аналізуючи досвід співпраці ТДМУ з університетами США та компанією "Між-

народні медсестри" у межах участі в українсько-американському проекті з медсестринської освіти, можна визначити кілька найважливіших елементів, без урахування яких ефективність такої співпраці буде низькою або ж взагалі відсутньою. До цих елементів можна віднести такі складові:

1. Готовність професорсько-викладацького складу до викладання іноземним студентам.
2. Матеріально-технічна база закладу.
3. Навчально-методичне забезпечення.
4. Прогресивність керівництва закладу щодо участі у співпраці.

*Готовність професорсько-викладацького складу до викладання іноземним студентам.*

З досвіду ТДМУ, однією з передумов участі викладачів у спільному українсько-американському проекті з медсестринства є, безумовно, володіння англійською мовою. Якщо, скажімо, професійно-викладацькі якості українських викладачів повністю задовільняють американську сторону, то рівень володіння англійською мовою є питанням номер один. До того ж, процес акредитації українських викладачів, які плануються до участі у спільному українсько-американському проекті, на певному етапі включатимуть складання типового іспиту на рівень володіння англійською мовою TOEFL (Test of English as Foreign Language). Тому, на нашу думку, безперервне вдосконалення англійської мови є чи не найважливішою умовою залучення викладачів до участі у проекті.

Важливим компонентом роботи над вдосконаленням англійської мови серед викладачів, що будуть залучені до проекту, на нашу думку, є організація стажувань викладачів у медсестринських освітніх закладах США. Таке стажування є особливо корисним для викладачів, які не мають досвіду спілкування в англійській країні. Лише один місяць, проведений в англійській середовищі, є корисним для викладача, який прагне підвищити свій рівень володіння мовою. Крім цього, з досвіду ТДМУ, після повернення зі стажування у викладачів з'являється стимул до вдосконалення володіння мовою. В ТДМУ на постійній основі діють курси вдосконалення англійської мови. Дані курси проводять викладачі кафедр іноземних мов університету з періодичним залученням спеціалістів з англійських країн. Зокрема, у травні 2006 року у вузі впродовж місяця працювали два викладачі з Великої Британії, які були дуже цінними особливостями для засвоєння медичної термінології викладачами вузу. Із ними мали можливість спілкуватись

всі викладачі, задіяні в українсько-американському проекті.

З іншого боку, готовність викладацького складу закладу полягає не лише у досконалому володінні англійською мовою. Наступним кроком у цьому напрямку має бути достатня освітня кваліфікація. Більшість іноземних медсестринських закладів освіти вимагають від своїх викладачів наявності ступеня доктора з медсестринства або ж магістра. Викладання ж лікарями вважається негативною тенденцією, а іноді і взагалі неприпустимою для формування викладацького складу. Тому чималого значення набуває робота над трансформуванням викладацького складу навчальних закладів з наданням переваги спеціалістам з медсестринської освіти. Іншим "гострим каменем" сьогодення в Україні є потреба введення програми з магістратури, яка б дала змогу підготувати необхідний потенціал викладачів для участі у міжнародних освітніх проектах. Активна робота у цьому напрямку уже ведеться як Міністерством охорони здоров'я, так і Міністерством освіти та науки України.

Наступною ланкою при підготовці викладацького складу має бути відповідна спеціальна педагогічна підготовка. Американські студенти багато в чому відрізняються від українських. Досить часто відмінною є й структура самих занять, "іншими" є й американські освітні кредити. Низка предметів, що викладаються у типових медсестринських програмах, є незвичними або й зовсім новими для українських викладачів. Тому навіть хорошого англійського "українського" магістра з медсестринства потрібно готувати до викладання американським студентам. Таку підготовку можна здійснювати двома шляхами. Більш дорогий шлях – забезпечення стажування викладачів у США. Сьогодні ТДМУ обговорює ініціативу зі сторони американських партнерів щодо організації довготривалого (одно-дворічного) стажування українських викладачів в американських вузах. Таким чином, вигоду отримують обидві сторони: українська сторона отримує можливість проставити свій викладацький склад, інша – викладачів на певний проміжок часу. Така пропозиція уже активно обговорюється і згодом запрацює з залученням викладачів ТДМУ. Короткострокові ж стажування уже є обов'язковими для викладачів інституту медсестринства ТДМУ. Сьогодні усі викладачі інституту пройшли стажування в медсестринській школі імені Мері Блек, більшість

із них спробували себе у читанні лекцій американським студентам медсестринства. Обмін американськими викладачами є також привабливою пропозицією. У червні 2007 року до інституту медсестринства ТДМУ прибуває четверо викладачів медсестринської школи імені Мері Блек університету Південної Кароліни, з яким ТДМУ співпрацює уже багато років. Під час візиту викладачі викладатимуть українським викладачам методики викладання в американських вузах, особливості інтерактивного викладання, правила написання тестів для ліцензійних екзаменів, особливості роботи з студентами при їх підготовці до ліцензійного іспиту на звання реєстрованої медичної сестри тощо. Програма візиту також включає ознайомлення американських викладачів з клінічними базами інституту медсестринства. Враховуючи особливості матеріально-технічного забезпечення українських клінік, на сьогодні обговорюється можливість організації літньої клінічної практики в США в американських госпіталях для американських студентів, які навчаються в Україні.

*Стажкування викладачів ТДМУ в медсестринській школі.*

Наступною важливою ланкою готовності викладацького складу українського навчального закладу до роботи в українсько-американському проекті є засвоєння відповідного предмета згідно з американськими навчальними програмами, які досить часто є дуже відмінними від українського. У цьому аспекті ТДМУ має уже свої напрацювання, якими зможе поділитися з колегами під час курсу підготовки викладачів з інших навчальних закладів. Така пропозиція зараз обговорюється і невдовзі ТДМУ зможе запропонувати цикл підготовки для викладачів, який включатиме як вдосконалення англійської мови, так і професійну підготовку до викладання конкретного предмета. Окрім того, ТДМУ запровадив перепідготовку викладачів-лікарів з можливістю отримати диплом бакалавра з медсестринства. Як результат, в університеті вже перепідготовлено 52 викладачі-бакалаври медсестринства. Згодом при затвердженні нової програми з магістратури з медсестринства важливим буде продовження навчання викладачів у магістратурі, що й вимагається американським освітнім законодавством.

Ще однією важливою навичкою, необхідною майбутнім викладачам, задіяним в українсько-американському проекті, є вміння працювати з симуляторами та спеціальними медсестринськими

тренажерами, які широко використовуються в навчальному процесі в США. Так, ТДМУ у вересні 2007 року планує стажування групи викладачів саме за цим напрямком.

Матеріально-технічна база закладу є дуже важливою частиною у роботі освітніх міжнародних проектів. Доволі часто умови проживання студентів та їх матеріально-технічна забезпеченість у навчальному процесі в розвинених країнах є значно кращою, ніж в Україні. З іншого боку, студентський побут є другим після якості викладання показником, що визначить успіх проекту. Під час багатьох зустрічей делегацій ТДМУ з американськими студентами американську сторону цікавили побутові умови. Тому ТДМУ поставився досить серйозно до вирішення цього питання. Адміністративно-господарська частина університету активно виконує ремонтні роботи із реконструкції гуртожитків за зразком гуртожиткових комплексів, які існують в університетах США.

Матеріально-технічне забезпечення інституту медсестринства ТДМУ і сьогодні викликає захоплення навіть у іноземних колег. Комп'ютерний парк інституту включає 56 комп'ютерів, приєднаних до мережі Інтернет. Усі навчальні аудиторії забезпечені комп'ютерною, відео- та аудіотехнікою, лекційна зала на 140 робочих місць створена з допущенням останніх новинок академічного технічного забезпечення. Для забезпечення студентського комфорту в інституті функціонує кафетерій з англійським телебаченням. Усі підрозділи інституту медсестринства були створені за зразком американських медсестринських шкіл, попереду – створення віртуальної клініки на вісім тренажерів та симуляторів. Саме тренажери та симулятори відіграють суттєву роль у відпрацюванні медсестринських практичних навичок студентами в США.

*Навчально-методичне забезпечення.*

При обговоренні даного питання слід пам'ятати, що ми у даній програмі готуємо медичних сестер для країни, що має цілком відмінну систему охорони здоров'я, в якій медична сестра відіграє набагато більшу роль, аніж в Україні. Крім того, американські госпіталі мають не лише краще, але й абсолютно інше, ніж в Україні обладнання для лікування та догляду за пацієнтами та інші форми документації, яким надається надзвичайно важлива роль у роботі як лікарів, так і медичних сестер.

Враховуючи вищесказане, ми вважаємо за необхідне при навчанні студентів за даною програмою використання кількох важливих моментів:

1. Оригінальних американських або адаптованих до американських навчальних планів та робочих програм.

2. Американських підручників для медичних сестер з основних клінічних та біологічних дисциплін.

3. Оригінального медичного обладнання (від шприців та систем для внутрішньовенного введення і до апарата штучного дихання) при роботі з манекенами і відпрацюванні практичних навичок.

4. Віртуального медсестринського поста, створеного за стандартами американських госпіталів і з використанням документації, що застосовується в них.

5. Застосування для контролю знань студентів тестових питань, взятих з баз питань до ліцензійного іспиту NCLEX.

Якщо говорити про навчальні плани, то це питання обговорювалось тривалий час на усіх рівнях, і на сьогодні ми маємо затверджені МОЗ України навчальні плани для підготовки медсестер як за 2-річною, так і за 4-річною програмами, які створені на основі навчальних планів американських медсестринських шкіл. Порівнюючи їх з українськими планами, слід вказати на суттєво меншу кількість соціальних дисциплін, натомість зроблено акцент на практичній підготовці медсестри, для чого усі медсестринські дисципліни поділено на теоретичний і практичний курси. Такі практичні курси є аналогами медсестринської практики, але вивчаються паралельно з теоретичними, а не відірвані від них у часі.

Робочі програми дисциплін ми створювали також на основі програм американських медсестринських шкіл, оскільки при подібних назвах українських та американських дисциплін об'єм та якість матеріалу, що вивчають студенти, є суттєво більшими у американських медсестринських школах. Крім того, до базових дисциплін як обов'язковий компонент входять медичні розрахунки, позитивна оцінка з яких необхідна для допуску до роботи у клініці, навіть в якості студента, не кажучи вже про практичну медсестру.

Безумовно, застосування робочих програм, що взяті з американської системи, вимагає і використання як базових американських підручників. І справа тут не лише в іншому висвітленні матеріалу, його кількості чи оформленні підручників, хоча це також дуже важливо. На нашу думку, якісна освіта іноземних студентів неможлива при застосуванні підручників, перекладених з українсь-

кої чи російської мови чи написаних англійською мовою людьми нехай надзвичайно розумними, але для яких англійська мова не є рідною – як показує досвід, дуже важко уникнути неправильного застосування медичних термінів, помилок та змістових неточностей, які може відчувати лише "native speaker" – англомовна людина. Тому придбання та робота з іноземними підручниками і компакт-дисками повинна стати пріоритетним напрямком у підготовці викладачів. В ТДМУ є всі підручники, що використовуються для викладання медсестринства у кількох університетах і коледжах США. Всі викладачі, що готуються до проекту, можуть користуватись цими підручниками для самопідготовки.

Використання оригінального медичного обладнання є також необхідним – принаймні якщо ми хочемо, щоб наші випускники комфортно почували себе на робочому місці, а не вивчали нано-во найпростіші речі. Наведемо найпростіший приклад – у США є окрема система нумерації шприців та голок, і медсестра повинна чітко знати, які саме з них вона може використати для того чи іншого виду ін'єкцій, того чи іншого медикаменту і навіть для різних пацієнтів!

Віртуальний медичний пост повинен частково замінити студентам роботу у реальному госпіталі, де відбуватиметься значна частина занять. Після аналізу проблеми ми дійшли висновку, що робота у відділеннях наших лікарень не може забезпечити багатьох навичок, необхідних для роботи в американських госпіталях. Найважливіші з них, наприклад, роботу з документацією можна забезпечити шляхом створення віртуальної клініки, використовуючи оригінальні зразки документів, інші планується засвоїти під час практики у американських госпіталях, що планується як частина навчання.

Проте ми повинні пам'ятати, що критерієм ефективності роботи нашої програми стане відсоток успішної здачі ліцензійного іспиту NCLEX – саме цей іспит дозволить випускнику працювати медсестрою на території США. Зважаючи на це, уся програма навчання повинна мати на меті – підготовку студента до NCLEX. Тому ми плануємо проведення абсолютно усіх видів контролю знань – і поточного, і заключного – у вигляді тестових запитань, проте не тих, які створили наші ж викладачі (загальноприйнята практика в Україні), а взятих із спеціальних баз питань до ліцензійного іспиту, розроблених тією ж фірмою, що проводить



іспит. Можливе також залучення до навчання студентів американських фахівців у вигляді короткочасних курсів з підготовки до NCLEX, що на даному етапі обговорюється.

*Прогресивність керівництва закладу щодо участі в проекті.*

Безумовно, це є чи не найважливішим та вирішальним моментом у існуванні більшості міжнародних проектів або ж взагалі – запорукою успіху майбутніх проектів. Досить часто така робота передбачає необхідність нестандартних підходів до вирішення робочих моментів, відхилень від традиційних методів викладання, певної новизни тощо. Слід вказати, що керівництво ТДМУ є абсолютно прогресивним та ефективним. Це стосується як цілої низки нововведень у навчальний процес щодо інтеграції закладу до Європейського простору, так і повне сприяння у розвитку міжнародних проектів. Для прикладу, сьогодні у медсестринстві уже запрацювали два міжнародних проекти. Один із них – це українсько-американський освітній проект у медсестринській освіті. У межах цього спрямування уже затверджено експериментальні навчальні плани з підготовки іноземних фахівців у медсестринстві, створено навчальні програми за американським зразком та розпочато навчання іноземних студентів. Інший проект, який лише розпочинається, – це українсько-нідерландський проект Матра, який передбачає створення національної програми з медсестринства у сімейній медицині.

**Висновки.** Міжнародна співпраця у медсестринстві є перспективною, економічно вигідною та необхідною у сучасній вищій медичній школі.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Чернишенко Т.І. Міжнародне співробітництво у медсестринській справі // Медсестринство в Україні. – 2000. – № 1. – С. 2-8.

Досвід співпраці з американськими закладами вищої освіти та започаткування українсько-американського міжнародного проекту у медсестринстві в ТДМУ дав можливість проаналізувати особливості такої роботи та виділити кілька важливих складових, які повинні враховуватися іншими навчальними закладами, що планують участь у міжнародних проектах на майбутнє. Серед найважливіших компонентів, які потрібно враховувати повинні бути такі:

1. Готовність професорсько-викладацького складу до викладання іноземним студентам, що включає досконале володіння англійською мовою та своїм предметом, згідно з іноземними навчальними програмами, володіння методиками викладання іноземним студентам, стажування в навчальному закладі США, ступінь бакалавра та магістра з медсестринства.

2. Матеріально-технічна база закладу, а саме матеріально-технічне забезпечення навчального процесу та побуту іноземних студентів.

3. Навчально-методичне забезпечення, що передбачає використання оригінальних американських або ж адаптованих американських навчальних планів та програм, американських підручників та оригінального медичного інструментального забезпечення, віртуальних клінічних програм для навчання критичного мислення майбутніх медичних сестер в умовах клініки, широке використання для контролю знань студентів тестових завдань за зразком ліцензованих іспитів.

4. Прогресивність керівництва закладу щодо участі у співпраці є важливим фактором успішного здійснення міжнародних проектів.

2. Марценюк В.П., Ліщенко Н.О., Прокопчук А.І. та ін. Медсестринська освіта в Університеті Південної Кароліни Апстейт. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2006.

## СВІТ БЕЗ ПЕРЕПОН – ПЕРСПЕКТИВИ ДЛЯ УКРАЇНИ

Білл Колеман

*Компанія "Міжнародні медсестри", США*

Глобалізація світу сьогодні є уже загально визнаним фактом для більшості країн, але особливе значення це має для економіки та сфери охорони здоров'я США. Автор статті описує особливу роль Індії та Китаю у економіці США. Україна ж зі своїми великими ресурсами в галузі охорони здоров'я, зокрема, має чималі перспективи бути однією з країн, що невдовзі зможуть активно співпрацювати з США у багатьох галузях системи охорони здоров'я.

## THE WORLD IS FLAT-OPPORTUNITIES FOR UKRAINE

Bill Coleman

*"Nurses International, LLC", USA*

Globalization of the World today is a well-known fact for most of the countries. However, for the USA it is particularly important because of the economic impact on the country's economy and health care. The author describes the role of India and China in the US economy. Ukraine with its special resources in health care has the prospective to be among the countries that can actively cooperate with the US in different branches in health care.

**Introduction.** There is a great book by the "New York Times" Foreign Affairs columnist, Thomas L. Friedman "The World is Flat" that is being circulated and read by business and government leaders around the world [1].

In this brilliant new book, Mr. Friedman demystifies the brave new world for readers, allowing them to make sense of the often bewildering global scene unfolding before their eyes. With his exceptional ability to translate complex foreign policy and economic issues, Friedman explains how the flattening of the world happened at the dawn of the twenty-first century; what it means to countries, companies, communities, and individuals; and how governments and societies can, and must, adapt. Friedman shows how great changes are taking place in our time, as lightning-swift advances in technology and communications put people all over the globe in touch as never before—creating an explosion of wealth in India and China, and challenging the rest of us to run even faster just to stay in place. The World is Flat is the timely and essential update on globalization, its successes and discontents, powerfully illuminated by one of America's most respected journalists.

© Bill Coleman, 2007

**Вступ.** Книга "Світ без перепон", написана журналістом "New York Times" Томасом Л. Фрідманом, ведучим міжнародної рубрики, прочитана багатьма відомими бізнесменами та політичними діячами у всьому світі [1].

Це – приголомшлива книга, пан Фрідман оголює сміливий новий світ перед читачами, даючи їм можливість усвідомити часто неоднозначні глобальні події, зриваючи завісу з їхніх очей. Із своєю особливою властивістю розкривати досить складні політичні та економічні події, Фрідман пояснює як відбулося нівелювання кордонів в світі на зорі двадцятого першого століття; яке це має значення для країн, компаній, суспільства та особистостей, а також, як уряди та суспільство повинні адаптуватися до нових подій. Фрідман показує, які значні зміни відбуваються у наш час, "як блискавично новинки телекомунікацій поєднують людей у всьому світі, як ніколи раніше, піднімаючи добробут Індії та Китаю, спонукаючи нас рухатися значно швидше лише для того, щоб не залишитися на місці". Книга "Світ без перепон" є віддзеркаленням сьогодення та суттю глобалізації, її успіхом та непорозумінням, винятково висвітленим одним із найбільш шанованих журналістів Америки.

© Білл Колеман, 2007

China and India, together account for over 36% of the world's population, with 1.3 billion and 1.1 billion respectively out of a global population of approximately 6.525 billion. Both of these giants have figured out the secret of rapidly developing their economic power. Each are developing faster than the rest of the world and can give lessons to smaller developing countries such as Ukraine. This is the topic of this article.

**Main Part.** China and India have figured out the meaning of the "flat world" and what it can mean for them over the next several decades. Their long range planning envisions a different world where industries and jobs will move across borders overnight when there is an economic advantage to do so. China and India are highly successful in obtaining foreign investments, in having companies and sometimes even entire industries to move to their countries. This movement is creating millions of new jobs in the receiving countries and costing millions of jobs in the countries from which they have moved.

Corporations and industries around the world must now look beyond their own borders for ways to reduce cost, increase efficiency and remain competitive in quality if they are to survive in an ever increasingly competitive world. No longer can we compete only within our own borders, we must compete with every nation that understands the principal of "globalization".

As an example, I recently brought with me to Ukraine an executive from a growing American Healthcare industry. This particular company uses new communications technology to remotely monitor cardiac patients. It is technology that is available to every nation in the world. They were seeking to locate a large monitoring operation outside the United States because of the potential cost savings. I brought them to Ukraine because Ukraine has both the medical and technological capability to do the needed job efficiently and with quality. They were also looking at India as an alternative location. The immediate need was to staff an office with about 200 English speaking cardiac technicians and/or physicians and expanding within two years to over 1500 employees. Needless to say, these were high paying, professional jobs that are much needed in Ukraine.

The company under discussion chose India because they thought we could not provide the staff immediately needed nor could we show how we could prepare an adequate number to keep up with the expansion needs of the company. I did not agree with this decision but India was able to demonstrate the immediate

У Індії та Китаї проживає більше 36 % усього населення планети, 1,3 та 1,1 мільярда відповідно серед загальної кількості усіх людей на планеті – 6,525 мільярдів. Ці два гіганти розкрили для себе секрет швидкого економічного розвитку. Кожна з цих двох країн розвивається швидше за інші у світі та може дати декілька корисних порад іншій країні, що розвивається, – такій, як Україна. Це і є основною темою цієї статті.

**Основна частина.** Китай та Індія розкрили значення поняття "світ без перепон" та що воно може означати для них впродовж наступних десятиліть. Показується планування життя у іншому світі, де промисловість та робочі місця миттєво рухаються та перетинають кордони, якщо це стає економічно вигідним. Індія та Китай успішно притягують іноземних інвесторів, сприяючи переміщенню до себе компанії, а часом і цілих галузей промисловості. Усе це створює мільйони нових робочих місць у себе, забираючи їх з інших країн.

Корпорації та промисловість в усьому світі повинні переоцінити свої кордони для зниження вартості, підвищення ефективності та сталості якості, якщо хочуть вижити у всезростаючій світовій конкуренції. Ми більше не можемо конкурувати в межах власної країни, а виживати серед націй, які розуміють принципи глобалізації.

Наприклад, нещодавно разом зі мною Україну відвідав керівник американської галузі охорони здоров'я. Ця компанія використовує нові комунікативні технології для спостереження за кардіологічними пацієнтами на віддалі. Ці технології доступні для кожної країни. Ця компанія шукала, де розташувати великий центр спостереження поза межами США з метою економії коштів. Я привіз їх до України, оскільки тут можна знайти як медичні, так і технологічні ресурси для виконання такої роботи ефективно та якісно. Ця компанія також розглядала Індію як альтернативу. Існувала нагальна потреба у 200 англійськомовних кардіологів з перспективою розширення штату до 1500. Немає потреби згадувати, що це – високооплачувана професійна робота, яка так необхідна в Україні.

Після певного обговорення ця компанія обрала Індію, оскільки вважала, що Україна не здатна негайно надати необхідну кількість персоналу, ні показати готовність підготувати ще професіоналів для розширення штату. Я не був згідний з цим рішенням, але Індія була здатна продемонструвати свою готовність, а ми – ні. Я не критикую Україну, це лише приклад для того, що ми повинні почати ду-

availability and we were not. This is not a criticism of Ukraine, only an example of how we must begin thinking of the future and how to be competitive. Ukraine has the resources to rapidly become a competitor for such businesses but being prepared is the key to success. Secondly, Ukraine should not wait for foreign companies to come to it. It should go to them and get the business even before the foreign company has made a decision to outsource.

Viewed from a different perspective, the United States is a nation of about 301 million population. While it is still regarded as the richest nation on earth, many industries have already left the United States because they could not remain competitive with the high labor costs in the USA. The economists agree that the US will become a service rather than a manufacturing economy and many of the service jobs now in the country will also be outsourced to other countries where they can be done just as efficiently but at lower costs.

Just two decades ago one of the largest industries in the USA was that of textiles. Today one can hardly find a garment bearing a label that says "made in the USA". Over 90 percent of the American Textile industry has moved to other countries where costs are lower and workers more available. The same thing is happening today with the automobile industry. For nearly 100 years Ford and General Motors were two of the largest corporations in America, employing tens of thousands each. Today these two giants are struggling to compete as other countries, particularly Japan, flood the US market with high quality automobiles at lower cost.

In Healthcare, costs have been rising in double-digit increments for nearly two decades. A doctor's routine visit can easily cost over \$100 USD and a simple surgery requiring no hospital stay can carry a cost into the thousands. A more complicated elective surgery, such as a knee or hip replacement will cost \$40,000 USD or more. Organ transplants and the more complex surgeries can require costs that would damage a king's treasury.

Most Americans carry health insurance in the event of a major medical need. The cost of such insurance is becoming unaffordable for many people and especially for the companies that pay for the employees insurance as a company benefit. Such insurance can add as much as \$1,000 per employee per month to the labor costs of an American company. Such costs continue to make American industries less competitive if they remain in the USA.

мати про майбутнє та бути конкурентноздатними. Україна має ресурси, щоб швидко стати конкурентноспроможною у такому бізнесі, але слід нагадати, що готовність – шлях до успіху. По-друге, Україна не повинна чекати, поки іноземні компанії прийдуть до неї. Вона повинна сама іти до них та пропонувати нові можливості для розвитку бізнесу, навіть перед тим, як компанія почне думати про них.

Сполучені Штати Америки – країна із населенням 301 млн. чол. Хоча вона залишається поки що найбагатшою нацією у світі, багато галузей промисловості припинили своє існування в США, оскільки не можуть залишатися конкурентноспроможними через високу вартість праці у цій країні. Економісти погоджуються, що у США незабаром залишиться більше сфери послуг, ніж виробництва, і багато працівників сфери послуг зараз є вихідцями із інших країн, працюючи також ефективно, але за менші кошти.

Лише 20 років тому найбільшою галуззю промисловості було текстильне виробництво. А зараз майже неможливо знайти одяг із позначкою "зроблено у США". Понад 90 % Американської текстильної промисловості перенесено до інших країн, де нижча вартість і більше охочих працювати за меншу платню. Те ж відбувається зараз і з автомобільною промисловістю. Близько 100 років Форд та Дженерал Моторс були двома найбільшими корпораціями у Америці із десятками тисяч робочих місць. Сьогодні ці два гіганти борються за виживання з іншими країнами, особливо Японією, що наводнює ринки США високоякісними автомобілями за низьку ціну.

Ціни в галузі охорони здоров'я зросли удвічі за останні 20 років. Звичайний візит до лікаря може коштувати близько 100 доларів США, а просте хірургічне втручання без госпіталізації – тисячі. Більш складна операція, як заміна колінного чи кульшового суглоба вартуватиме біля 40 000 \$ або навіть і більше. Трансплантація органів та більш складні операції може потребувати стільки коштів, що це б було відчутно і для королівської скарбниці.

Більшість американців мають медичні страховки, які покривають основні медичні потреби. Вартість таких страховок стає не по кишені для багатьох людей, особливо для компаній, які, на відміну від інших, оплачують медичні страховки своїх працівників. Це може коштувати додатково 1000 \$ в місяць і не входить у заробітню платню. Такі ціни роблять американську промисловість менш конкурентноздатною, якщо вона залишається в межах США.

Insurance companies are being pressured by its clients to find ways to lower the premiums for major health coverage. This is a difficult position for the insurance companies because the costs of treatment continue to rise each year. Some such companies are now offering a lower cost insurance policy but still guaranteeing the same medical coverage. The lower priced insurance policy however, does not give the patient the choice of where to have elective surgery. In fact, much of the elective surgery, such as hip and knee replacements must now be done in India where the total cost of such surgery including transportation to get there and back is about \$4,000 USD compared to about \$40,000 in the USA. The insured must agree to such changes in treatment in order to save substantially on the cost of the insurance but still have the coverage.

As insurance cost rise, more and more Americans cannot or will not afford the cost and thus they become the uninsured population. When surgery is required, this segment of the population must either resort to charity, if they can get it, or they must pay from their own pockets. Many in this huge, uninsured population are resorting to go abroad for surgery where they can save thousands of dollars. It is still a much underdeveloped industry but it is growing at a double-digit rate every year. This area could offer Ukraine a tremendous opportunity.

More and more medical procedures are being outsourced and the market for such cost savings is huge. Because the "world is flat", meaning that many things can be done around the world as easily as they can be done across town, opportunities are being recognized by India and China to capture billions of dollars of new business, most of it from the USA.

For example, in the USA, there is a shortage of radiologists. When a patient has an x-ray, it may take two days or more to have a professional interpretation of that image because of the workload that these professionals now have. In the days where X-rays were only on film, there was little that could be done about the delay. Today, more and more images are digital and can be sent to India as quickly as they can be sent to the room next door.

Hospitals, clinics and even individual doctors are now "outsourcing" image interpretation to other countries, especially to India where the government continues to train doctors and technicians especially to capture more and more of the outsourced healthcare of the West. A digital image taken in the afternoon in the USA can be sent to India, where it is

Страхові компанії відчувають тиск з боку клієнтів, щоб знайти шляхи знизити величину вартості медичних страховок. Це є майже неможливим, оскільки вартість лікування зростає щороку. Деякі компанії зараз зменшили вартість медичних страховок, покриваючи попередню вартість лікування. Нижча ціна медичної страховки не надає пацієнту вибору у місці проведення неургентної операції. Фактично більшість із таких операцій, як пересадка колінного чи кульшового суглоба, проводять у Індії, де загальна вартість, включаючи переліт туди і назад, становить близько 4000 \$ порівняно із 40000 \$ у США. Застрахований мусить погоджуватися на такі зміни, щоби значно заощадити на страховці, але мати її.

Вартість медичного страхування зростає і більшість американців не можуть чи не зможуть оплачувати її і тому стають незастрахованими. Якщо необхідна операція, частина населення може зробити це за рахунок благодійних внесків, якщо вдасться їх отримати, чи будуть оплачувати все самі. Більшість серед незастрахованого населення змушені лікуватися за кордоном, заощаджуючи при цьому тисячі доларів. Це ще малодосліджена діяльність, але вона швидко розвивається з кожним роком. Це може дати Україні чудові можливості для розвитку.

Все більше і більше процедур проводяться у інших країнах, що економить надзвичайно великі кошти. Оскільки вислів: "Світ без перепон" означає, що багато речей можуть бути зробленими й у інших країнах так легко, як у власному місті, то Індія та Китай легко зрозуміли ці можливості, що дозволило їм захопити мільярдний бізнес, переважно із США.

Наприклад, у США є нестача радіологів. Після проведення рентгенологічного обстеження пацієнт може очікувати на висновок кілька днів, оскільки не вистачає спеціалістів. Раніше, коли всі рентгенограми були виключно на плівках, мало що можна було зробити. Зараз все більше і більше зображень є цифровими і їх можна відправити на опис до Індії так швидко, як занести до іншої кімнати.

Госпіталі, клініки і навіть лікарі зараз використовують цю можливість, особливо в Індії, де уряд зацікавлений у підготовці спеціалістів відповідного рівня для приваблення роботи та коштів до своєї країни із Заходу. Цифрове зображення, зроблене після обіду у США, можна відправити до Індії, а вже описане воно надійде до Штатів наступного ранку. Це вартує незначну частину того, що було б при

interpreted immediately, and sent back to the USA and the physician has the results the next morning. The cost of the overnight interpretation service is a fraction of that which takes two days or more in the USA and nothing is lost in the quality.

We spoke earlier of remote cardiac monitoring. This too, is a growing industry that lends itself well to outsourcing because of the cost savings and the availability of foreign doctors and technicians to provide the monitoring and interpretation.

Medical records transcription is still another area that offers great opportunity for outsourcing. The labor costs and limited number of transcription technicians have produced a situation where doctors, clinics and hospitals are paying premium prices for almost unacceptable performance. This is an industry that could be captured easily and quickly and no doubt will be captured in the near future by some country, perhaps India. It could be Ukraine just as easily.

There are many other such examples and as we move forward in time, it will become even easier to think in these terms. We must put away our old image of a world that separates countries by great distances. Technology and communications shrink those distances and remove barriers that have previously existed. Today, some surgeries are performed with the surgeon viewing the operating area on a monitor while manipulating mechanical surgical devices. In the future, through robotics, nanotechnology, communications and other developments, it will be possible for a surgeon in one country to operate on a patient half way around the world at a fraction of today's costs. Which countries will be ready for these developments?

Ukraine is an ideal country to compete with India and China for outsourced American and Western European healthcare functions. One of its greatest resources is its people, which rank among the most highly educated in the world. It has the capacity and intellect to train the needed people for the specialized functions required to capture outsourcing. Costs are still relatively low and manpower is readily available. Many people are now speaking English and more are learning. While English is not a necessity, it is fast becoming the international business and healthcare language. In addition, the opportunities for capturing outsourced business lies mostly in English speaking countries.

**Conclusion.** Ukraine is positioned to become a world leader in healthcare. It has made a commitment to modernize and upgrade its own national healthcare in the form of facilities, technology and equipment.

очікуванні кількох днів у США і не поступається якостю.

Вище розповідалося про віддалений моніторинг кардіологічних пацієнтів. Це також є галуззю, що розвивається, завдяки розміщенню в іншій країні та економії коштів, оскільки іноземні лікарі та технічний персонал можуть спостерігати та інтерпретувати результати.

Оцінка медичних записів та їх інтерпретація є іншою галуззю великих можливостей для розміщення у інших країнах. Вартість праці та обмежена кількість технічного персоналу для інтерпретації створили ситуацію, коли лікарі, клініки та госпіталі платять значну ціну за неприйнятне виконання. Це галузь, яка, безсумнівно, може бути легко та швидко захоплена іншою країною, можливо, Індією. Це також може бути й Україна.

Існує багато інших подібних прикладів, і оскільки ми рухаємося вперед в часі, то стане навіть легше оперувати подібною інформацією. Ми повинні позбутися старих явлень про країни, які розміщенні від нас на великій відстані. Технології та комунікації зменшують відстані та усувають перепони, які існували до цього часу. Сьогодні деякі операції виконуються хірургом, який дивиться на монітор, а машина тим часом працює з пацієнтом. У майбутньому з роботами, нанотехнологіями, комунікаціями та іншими новинками хірург зможе виконувати операцію за тисячі кілометрів та за меншу ціну, яка існує на сьогодні. Які країни будуть до цього готовими?

Україна є ідеальною країною для створення конкуренції Індії та Китаю у сфері охорони здоров'я для Америки та Західної Європи. Одним найзначніших є людський фактор, який стоїть на рівні із найдосвідченішими спеціалістами у світі. Є можливості та інтелект для підготовки необхідних спеціалістів, що потрібні за кордоном для роботи у своїх країнах. Вартість цього досить низька, а людські ресурси – доступні. Багато людей є англомовами, а інші – вивчають англійську мову. Поки що знання англійської не є необхідністю, але незабаром, з розвитком міжнародного бізнесу, стане мовою охорони здоров'я. На додаток можна сказати, що найбільше можливостей із приваблення бізнесу з інших країн мають англомовні країни.

**Висновки.** Географічне розташування України надає їй всі можливості для того, щоб стати світовим лідером у галузі охорони здоров'я. Залишилося лише модернізувати та оновити власну галузь охорони здоров'я, умови, технології та оснащення.

For Ukraine to compete with India and China and become a major recipient of outsourced healthcare functions from other countries would not require a much larger step. A national commitment, a well thought out plan, detailed market research, and a relatively small marketing effort in the USA could capture outsourced business sufficient to pay for Ukraine's entire national healthcare reform, create thousands of high paying professional jobs and an industry bringing recognition and respect for Ukraine from the world over.

Is it possible? Yes!

Should it happen? Why not?

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Friedman, T. The World is Flat: a brief history of twenty-first century. New-York

ня. Україна не потребує значних зусиль для того, щоб стати конкурентом для Індії та Китаю у привабленні іноземного бізнесу в охорону здоров'я. Бажання, згода, добре продуманий план, детальне дослідження ринку та незначна допомога з боку Сполучених Штатів може надати можливості для загального реформування галузі охорони здоров'я, створити тисячі високооплачуваних робочих місць та галузей, принести світове визнання та повагу Україні.

Чи це можливо? Так!

Чи повинно це статися? Чому б і ні?

## МЕДСЕСТРИНСЬКА ДОКУМЕНТАЦІЯ В ГОСПІТАЛЯХ США

Н.О. Ліщенко, О.С. Усинська

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

Стаття містить огляд і зразки типових документів, які заповнює медсестра при роботі з пацієнтами у США. Зроблено висновок про доцільність використання оригінальних форм документації при навчанні громадян іноземних країн, зокрема, при підготовці студентів за експериментальною програмою для лікувальних установ США.

## NURSING DOCUMENTATION IN THE US HOSPITALS

N.O. Lischenko, O.S. Usynska

*Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky*

The article describes the common nursing documentation, that are necessary for patient's care in the hospitals of USA. The conclusion has been made that it is necessary to use original documentation for education foreign nursing students, especially American students.

**Вступ.** З осені 2006 року в Інституті медсестринства Тернопільського державного університету імені І.Я. Горбачевського діє експериментальна програма підготовки іноземних студентів для потреб системи охорони здоров'я США. Створення її було зумовлене наростанням дефіциту медичних сестер у госпіталях США, що є серйоз-

© Н.О. Ліщенко, О.С. Усинська, 2007

ною соціальною проблемою, і зумовлене, перш за все, нестачею викладачів у медсестринських школах США.

Підготовка медсестер з іноземних студентів вимагає особливого підходу і спеціальної підготовки викладачів. Перш за все, безумовно, необхідний високий рівень володіння англійською мовою, якою проводиться викладання. Далі викла-

дач, незалежно від власної освіти, повинен засвоїти основні медсестринські дисципліни за програмами і підручниками американських медсестринських шкіл – навіть якщо він викладає аналогічні дисципліни для українських студентів. Ця необхідність пояснюється різними підходами до освіти медсестри і абсолютно різними професійними обов'язками медсестри в Україні і США, де функції її набагато ширші.

Одним з важливих розділів роботи медсестри є документація – практично кожен крок повинен бути зафіксований у відповідному документі, що надалі може служити підтвердженням правильності дій медсестри і захистити її у випадку судового позову. Вже під час навчання студенти вчать основам роботи з різними документами, необхідними при роботі з пацієнтом.

Тому під час стажування у Грінвільському госпіталі (США) особливу увагу ми приділили медсестринській документації і привезли основні її зразки для роботи у нашому Інституті медсестринства.

**Основна частина.** У США не існує загальних форм медичної документації для усієї країни, і тому кожна госпітальна система розробляє їх для себе. Проте в загальному ці документи схожі між собою, водночас суттєво відрізняючись від українських аналогів. Ми вивчали лише загальні форми, спільні практично для усіх відділень, які, крім того, мають ще й свої специфічні документи.

Щоб зрозуміти все, що вимагає документація, потрібно мати уявлення про роботу медсестри. В американській системі охорони здоров'я це, без перебільшення, центральна фігура, на яку покладено більшість роботи з пацієнтом. Починаючи з госпіталізації хворого і закінчуючи виписуванням із стаціонару, медсестра проводить з пацієнтом увесь свій час – проводить його опитування, огляд і обстеження, коригує лікування, а часто і сама призначає його, проводить навчання пацієнта та його сім'ї і планує виписування. Функція лікаря, як нам здалось, полягає лише у первинному огляді пацієнта, встановленні діагнозу і призначенні основного лікування – у наступні дні час контакту лікаря з пацієнтом не перевищує 3-5 хв.

Відповідно першим документом, який заповнює медсестра, є історія хвороби пацієнта. Першим, що привертає увагу українського медика, є практична відсутність вільного місця на цьому документі – при максимумі інформації, що у ньому міститься, він вимагає мінімального часу на заповнення – як правило, це лише позначки у відпо-

відних місцях або короткі коментарі (рис. 1). Ми не вважали за потрібне перекладати весь документ, а вирішили подати лише найцікавіші моменти, які дозволяють краще зрозуміти особливості як роботи медсестри, так і системи роботи з пацієнтами в цілому.

Отже, загальні дані, що зазначаються спочатку, нагадують відповідну частину української історії хвороби (дата і час госпіталізації, спосіб пересування пацієнта тощо), проте тут же вказується наявність партнера з догляду (care partner) та його координати, що є суто американським явищем. Партнер з догляду – це людина, яку пацієнт обирає як своєрідного посередника у спілкуванні між собою і лікарем, і це не обов'язково родич – може бути і просто друг. Саме цій людині медичні працівники мають право надавати усю інформацію щодо стану здоров'я пацієнта, і вона ж може вирішувати, що з цієї інформації повідомляти хворому, а що ні.

У частині, присвяченій анамнезу, велика увага приділена курінню – так, слід вказати не лише те, курить пацієнт чи ні, але й кількість сигарет, викурених за день, стаж куріння, якщо курив раніше і кинув – то коли саме, і зразу ж – позначити, чи дані рекомендації кинути курити. Вказується також лікування у психіатричному стаціонарі протягом останніх 5 років – при ствердній відповіді потрібно застосовувати спеціальні заходи безпеки.

Наступна частина – функціональний стан пацієнта – практично відсутня в українській медичній документації, де вказується лише стан свідомості. Для пацієнта у США необхідно вказати також, чи здатний він самостійно приймати рішення, чи це повинна робити інша людина (і хто саме), чи може він самостійно обслуговувати себе (мається на увазі приймання їжі, гігієнічні процедури тощо – усе, що позначається спеціальним терміном активність щоденного життя), якщо ж ні, то якою мірою потребує допомоги – лише нагляду, допомоги чи повного виконання усіх цих процедур медичним персоналом. Також зазначається можливість самостійного приймання ліків та устаткування, необхідне для цього пацієнта – від інвалідного крісла чи милиць до апарата штучного дихання. Ці дані допомагають забезпечити пацієнту максимальний комфорт та безпеку під час перебування у лікарні.

Надалі зазначається наявність алкогольної залежності у пацієнта, і також із чіткими критеріями – чи пацієнт взагалі вживає алкогольні напої,



чи вживає більше 7 порцій на тиждень, чи має якісь захворювання внаслідок вживання алкоголю.

Наступний розділ для заповнення вимагає знання американської системи охорони здоров'я або навіть точніше юриспруденції в галузі охорони здоров'я – подальші директиви, що вказують на наявність у пацієнта "Living Will" – своєрідного заповіту щодо дій медичного персоналу у випадку нездатності пацієнта приймати самостійні рішення (наприклад, після клінічної смерті тощо). Вказується також ім'я юриста, який співпрацює з пацієнтом, і наявність "ордера DNR (do not resuscitate)" – не реанімувати – це значить, що при клінічній смерті у даного пацієнта реанімація заборонена (за бажанням пацієнта і, як правило, при злоякісних захворюваннях).

Наступні 2 розділи також характерні для багатонаціональної Америки – рівень спілкування і можливі перешкоди до нього, а також допоміжні засоби, необхідні пацієнту – від окулярів до слухового апарата та перекладача, якщо пацієнт не розмовляє англійською.

Повагу до усіх релігій та вірувань відображає запитання з наступного підрозділу "Духовні потреби" – "Чи можемо ми якимось чином підтримати Вас духовно під час перебування у лікарні?". І насправді, крім священника, що постійно працює у лікарні, для пацієнта можуть запросити духовну особу з його релігії чи общини – це реальне втілення у житті гасла про те, що, лікуючи тіло, потрібно лікувати і дух, оскільки людина – єдине ціле.

Медсестра повинна запитати пацієнта про можливі прояви насильства в сім'ї – чи є щось подібне, і якщо так, то якою мірою – лише недостатня турбота чи фізичне насильство? Вказується також соціальна підтримка пацієнта – тобто, і місце проживання, і наявність осіб, що можуть піклуватись про нього, і потреба у зверненні до соціальних служб.

Окрема форма існує для вказання усіх медикаментів, що приймає зараз чи приймав вдома хворий, причому, крім загальних запитань, кожен препарат (до яких належать також вітаміни, харчові добавки і трави) повинен бути занесений у спеціальну таблицю, де вказується назва, доза, як часто приймає його пацієнт, чому він його приймає і коли вживав останній раз.

Інформація щодо алергічних реакцій також записується на окремому аркуші, і, що цікаво, більша половина запитань стосується алергії на вироби з латексу (наприклад, чи було у Вас колись свербіння, набряк, почервоніння та кропивниця після надання гумових кульок) – оскільки вони все ще

широко застосовуються у медицині і при наявності алергії цей пацієнт потребуватиме спеціальних заходів безпеки. Усі наявні алергічні реакції також позначаються на титульній сторінці.

Зацікавило нас і "Керівництво з попередження падіння" – аркуш паперу з переліком запитань, що допомагають визначити ризик падіння для даного пацієнта, а на звороті подано алгоритм дій медсестри у випадку відповідно високого і низького ризику. Взагалі стандартна історія хвороби містить у собі безліч підказок – від правильно і чітко сформульованих запитань до пацієнта до коротких керівництв з дій у певних ситуаціях та переліку нормальних лабораторних величин для лабораторії даної лікарні (причому, поряд з нормальними величинами, вказують також критичні значення – якщо такі існують для цього показника).

Аналогічно висока увага приділяється оцінці болю як одному з провідних причин госпіталізації – слід не просто вказати його наявність та провокуючі фактори (стандартні пункти опитування), але й вибрати його характеристики із 12 запропонованих, оцінити біль за 10-бальною шкалою або описати його інтенсивність, вказати локалізацію болю на схематичній фігурці людини і результати щодо його зменшення, на які очікує пацієнт.

Для усіх пацієнтів медсестра заповнює шкалу ризику виникнення пролежнів (модифікація шкали Брайдена), причому для кожної оцінки існує свій чіткий алгоритм для попередження їх розвитку.

Велику частину медсестринської документації становить також "Міждисциплінарний план догляду", створений на основі медсестринського процесу, проте ми вважаємо за доцільне присвятити йому окрему статтю у наступному номері журналу.

**Висновки.** Вивчення медичної документації закордонного стаціонару дає багато цікавої інформації і відображає як медичні, так і юридичні аспекти системи охорони здоров'я. Безумовно, детальний збір інформації про пацієнта та чітке слідування алгоритму дій підвищує якість медичного обслуговування, але воно ж водночас і зменшує ризик судових позовів та дозволяє лікарні захистити себе при незадоволенні пацієнта чи його сім'ї.

Суттєва різниця між документацією в Україні та в США та різні обов'язки медсестер у цих країнах зумовлюють необхідність застосування у навчальному процесі оригінальних зразків – і не лише для їх заповнення, а й для вивчення особливостей роботи з пацієнтом, що полегшить в подальшому адаптацію новопідготовленої медсестри на робочому місці.

УДК 614.23.52 (07.07)

**СПІВПРАЦЯ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
ЗІ ШТАТОМ ЮТА (США) В ГАЛУЗІ МЕДСЕСТРИНСТВА****В.П. Пішак, Т.В. Сорокман, Г. Скабелунд, С.В. Сокольник***Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

У статті подано інформацію про співпрацю Буковинського державного медичного університету та Валлей коледжем штату Юта (США) в галузі сестринської освіти.

**COLLABORATION OF BUKOVINA STATE MEDICAL UNIVERSITY WITH THE  
STATE UTAH (USA) IN INDUSTRY OF NURSING****V.P. Pishak, T.V. Sorokman, G. Scabelund, S.V. Sokolnik***Bukovina State Medical University, Chernivtsi*

In the article information is given about the collaboration of the Bukovina state medical university and Valley of the college state Utah (USA) in industry of sisterly education.

**Вступ.** Сьогодні відбувається інтенсивний розвиток вищої медичної освіти в цілому та медсестринської зокрема [1, 2]. Ще більш вагомими здобутки міжнародної співпраці в галузі освіти та науки [3]. Враховуючи світові медичні, освітні та наукові тенденції до інтеграції, Буковинський державний медичний університет (БДМУ) продовжує розвивати міжнародну співпрацю. Так, затверджено протокол намірів про університетську співпрацю між БДМУ (Україна) та Валлей коледжем штату Юта (Utah Valley state college, USA). Основною метою такої угоди є сприяння в галузі медсестринської освіти, а також обмін викладацьким, науковим та студентським складом навчальних закладів, спільні науково-дослідницькі проекти та обмін інформацією і академічними публікаціями.

**Основна частина.** Співпраця БДМУ та Валлей коледжу розпочалася ще кілька років тому. У жовтні 2006 р. на запрошення БДМУ м. Чернівці відвідала група викладачів у складі директора міжнародної навчальної програми Гранта Скабелунда, професорів кафедри медсестринства Валлей коледжу Міни Вейман та Гарі Місон. Програма перебування передбачала ознайомлення з БДМУ, факультетом підготовки медичних сестер, навчальними планами та програмами підготовки медичних сестер освітньо-кваліфікаційних рівнів "молодший спеціаліст" та "бакалавр". Ре-

зультатом стало підписання протоколу намірів про співпрацю.

Оцінивши навчальні плани і програми, які опановують майбутні медичні сестри в Україні, викладачі Валлей коледжу дійшли висновку, що вони дуже подібні як за обсягом, так і за змістом. Ознайомившись ближче зі станом системи охорони здоров'я в Україні, вони зрозуміли, що загалом тут нині є більше медичних сестер, ніж потрібно насправді, тоді як в США гостро відчують потребу саме в медичних сестрах. Наших гостей вразило те, що практичні медичні сестри добре знають анатомію, латинь, досконало виконують сестринські маніпуляції. У них добре розвинуте відчуття власної гідності та патріотизму. Звертає увагу можливість взаємозаміни на робочих місцях та відчуття "команди": молодший медичний персонал – медичні сестри – лікарі щодо надання медичної допомоги, високе усвідомлення потреби в постійному професійному рості.

Задля досягнення мети цього протоколу навчальні заклади зобов'язуються в міру можливості і відповідно до діючого регламенту кожної з держав:

- реалізувати навчальні і дослідницькі програми відповідно до цього протоколу та організувати обмін інформацією, навчальними та науковими документами, необхідними для розвитку навчання та досліджень;

© В.П. Пішак, Т.В. Сорокман, Г. Скабелунд,  
С.В. Сокольник, 2007

- сприяти участі викладачів, наукових дослідників, студентів, інженерів та інших співробітників, задіяних у реалізації навчальних та дослідницьких програм;
- організувати службові відрядження необхідні для реалізації запланованих програм;
- здійснити обмін викладачами, науковими співробітниками, студентами, інженерами, технічним та адміністративним персоналом;
- організувати консультації та періодичні дискусії щодо навчальних та науково-дослідницьких програм, що реалізуються, і організувати семінари та конференції за тематикою з певних спеціальностей;
- сприяти та підтримати й інші форми співпраці, які могли б бути корисними для співробітництва між навчальними закладами.

Першим кроком до реалізації протоколу стане програма стажування 12 студентів Валлей коледжу на клінічних базах БДМУ під час літньої виробничої практики. Для цього розроблено програму перебування студентів із Валлей коледжу в м. Чернівці. Головною метою навчальної програми є розширення знань про міжнародну медичну спільноту, вивчення історії медсестринства в Україні та ознайомлення з роботою медичної сестри в лікувально-профілактичних закладах.

За словами керівника програми від Валлей коледжу професора Міни Вейман: "У сестринській справі дуже важливо бути відкритим до різних методів виконання своєї роботи і до різних систем цінностей, коли хтось помирає або серйозно хворіє, його етичні та культурні цінності стають для нього дуже важливими. Ми, медичні сестри, повинні бути відкритими до таких речей". Міна Вейман також звернула увагу на те, що "незважаючи на те, що США мають високі медичні технології та забезпечення, ми можемо втратити хороші базові навички, пов'язані зі власними п'ятьма чуттями, а отже, знизити можливість обстежувати пацієнтів, використовуючи власні вміння та навички".

Колегами з Валлей коледжу запропоновано впровадити в навчальний процес методик викладання в контексті (МВК). За цією методикою пропонуються сценарії з реального життя, на які студенти за допомогою викладача переносять відповідні концепції і навички, дослідницький матеріал і обговорюють застосування сестринської допомоги.

У центрі уваги навчальних програм – дослідження, тенденції, удосконалення знань з теорії та

практики сестринської справи. Викладач відіграє роль ведучого заняття і учасника групи. МВК має на меті відпрацювання навичок роботи з літературою і проведення дослідження, розвиток мислення і навичок вирішення проблем. Методика спонукає студентів безперервно підвищувати кваліфікацію, що є необхідним для забезпечення на високому рівні сестринського догляду за життєвих умов, що постійно змінюються.

На першому етапі програми спрямований на питання збереження здоров'я, етики, деонтології, історії медсестринства, пропедевтики сестринського догляду, а також питання психології, соціології тощо. Другий етап передбачає вивчення реабілітації хворих після тяжких недугів, догляду за хворими дітьми та пацієнтами з хронічними хворобами. Лікування пацієнтів зі складними нозологіями та догляд за ними вивчається на третьому етапі.

Нами розпочато впровадження програми МВК на першому етапі. На 1-у курсі відібрано групу студентів, які навчаються за даною програмою. Студентами розробляються такі ситуації:

- а) трирічній дитині планується невелике хірургічне втручання;
- б) підліток, якому вперше встановлено діагноз – цукровий діабет;
- в) чоловік літнього віку, якого необхідно направити в інтернат для інвалідів;
- г) жінка віком 70 років із діагнозом – перелом шийки стегнової кістки;
- д) дівчинка, хвора на гострий лейкоз.

Підсумки першого етапу навчання будуть оцінені після закінчення дослідження. Попередньо можна зауважити, що студенти з великим ентузіазмом та зацікавленістю взялися за виконання завдань. Проведено анкетування, де студенти оцінювали ключові концепції. Серед останніх найчастіше визначалися первина медико-санітарно допомога, сприйнятливі моделі сестринського догляду, етика, правові аспекти, пріоритетні умови надання медичної допомоги, зміна способу життя, проблеми засобів фармакологічної терапії.

**Висновок.** Інтеграція української вищої школи в єдиний європейський освітній простір вимагає перегляду вітчизняних навчальних програм з метою адаптації до світових стандартів. Саме співпраця на міжнародному рівні дає можливість змінити, адаптувати і покращити навчальний процес та виявити великі потенційні можливості українських закладів медичної освіти.

Подальша співпраця на міжнародному рівні є перспективною не тільки щодо взаємозбагачення

навчальними та науковими здобутками, але й в перспективі може бути цінною для національної економіки.

#### ЛІТЕРАТУРА

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

2. Нагорная В.В. Профессионализм преподавателей высшей медицинской школы. – М., 2002 – 23с.

3. Соколова Ю.В. Концепция сестринского диагноза // Медицинская помощь. – 2006. – № 2. – С. 23.

УДК 614.253.52.07

## ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ В ПРАКТИЧНУ ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

Н. Л. Окс

*Львівський державний медичний коледж імені Андрея Крупинського*

Робочою групою із реформування медсестринства в практичній охороні здоров'я Львівської області було проведено соціологічне маркетингове дослідження для визначення готовності медичного персоналу та пацієнтів до впровадження медсестринського процесу в практичну охорону здоров'я. Дані опитування показали, що впровадження медсестринського процесу в діяльність медичних сестер – це найефективніший спосіб організації і проведення медсестринської опіки, коли організовано та систематично визначаються проблеми пацієнта, розробляється та виконується план з їх вирішення.

## THE IMPLEMENTATION OF NURSING PROCESS INTO THE HEALTH CARE SYSTEM

N. L. Oks

*Lviv State Medical college named after A. Krupinskyy*

The working group on the reformation of nursing into the medical service in Lviv region has made a sociological marketing research for the determining of the medical personnel and patients' readiness to the introduction of nursing process into the medical service. The questionnaire data have shown that introduction of nursing process into the nurses' activity is the most effective way of nursing care organization and conducting when the problems of the patient are determined systematically and in an organized manner, the plan of their resolution is developed and fulfilled concerning the attitude and determining of the problem.

**Вступ.** В умовах реформування медсестринства особливу актуальність і значимість набувають питання кадрової політики, професійного росту. Підвищення попиту на медичні послуги відбувається на фоні зростання дефіциту фінансових та матеріальних ресурсів. Розміри фінансування охорони здоров'я не можуть забезпечити населення України загальнодоступною безкоштовною медичною допомогою. На сьогодні у медсест-

© Н. Л. Окс, 2007

ринській справі немає єдиної моделі медсестринського процесу. Кожен регіон і, до того ж, кожен ЛПУ має своє уявлення про характер медсестринської допомоги. Це уявлення залежить від стану охорони здоров'я регіону, специфіки ЛПУ, кадрового потенціалу, рівня підготовки медсестринського персоналу. Але більшість організаторів медсестринської справи розуміють, що сьогодні практично відсутня цілісна система професійного медсестринського догляду за пацієнтом, а мед-

сестринський процес – кращий метод вирішення цієї проблеми.

**Основна частина.** У Львівській області за ініціативи ЛДМК імені Андрея Крупинського було створено робочу групу з метою впровадження медсестринської реформи в практичну охорону здоров'я. Склад робочої групи, програма та план заходів затверджено наказом № 709 від 09.11.2005 р. начальником Головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації. З 09.11.2005 р. проводиться експеримент з впровадження проектів вітчизняної моделі медсестринського процесу, розробленої М.Б. Шегедин та медсестринської документації. Експериментальними базами є: Львівська обласна клінічна лікарня, обласна дитяча клінічна лікарня "Охматдит", Жовківська ЦРЛ.

Проведений нами аналіз традиційної медсестринської діяльності показав неефективне використання робочого часу і як наслідок – дефекти в догляді та опіці над пацієнтами.

Впровадження медсестринського процесу в практичну діяльність медичних сестер дозволить поліпшити якість медсестринської допомоги та реально вплине на загальні показники якості роботи.

Для визначення готовності медичного персоналу, пацієнтів до впровадження медсестринського процесу в практичну охорону здоров'я робочою групою було проведено соціологічне маркетингове дослідження, яке дозволило отримати необхідну інформацію, яка потрібна для вироблення управлінського рішення з підвищення якості медичного обслуговування, поліпшення організації роботи середнього медичного персоналу.

У соціологічному маркетинговому дослідженні взяли участь 460 респондентів. Проводилось опитування з 1.02.06 по 1.04.06 р. на базі Львівської обласної клінічної лікарні (169), обласної клінічної лікарні "Охматдит" (46), міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (54), клінічної лікарні Львівської залізниці (112), Львівської обласної психіатричної лікарні (36), 5-ї міської комунальної лікарні (16), Жовківської ЦРЛ (30), 4-ї міської клінічної лікарні (11), Львівського обласного ендокринологічного диспансеру (7), обласної клінічної лікарні позалегенового туберкульозу (8). Серед них про медсестринський процес дещо чули або мають уявлення – 35 %, чули і навіть знають, що це таке – 48 %, а 23 % респондентів відповіли, що про медсестринський процес не чули взагалі. Дані опитування показали, що медичні

сестри знають більше про медсестринський процес, ніж лікарі і ставляться відносно до його майбутнього більш оптимістично. 71 % опитаних вважають, що впровадження медсестринського процесу в практичну діяльність дасть позитивні результати, 3 % вважають, що ні, і 28 % – вагаються з відповіддю. 38 % респондентів з оптимізмом зазначили, що медсестринський процес буде втілено вже у найближчі 5 років, 37 % – обережно зауважували, що через 10 років, 14 % – через 20, і лише 5 % вважали це безперспективною справою. Більше всього в медсестринському процесі медичних сестер лякало підвищення відповідальності (48 %) і ведення документації (33 %). Більшість лікарів (62 %) лякав перерозподіл обов'язків і введення нових посад. Але 61 % опитаних згодні, що впровадження медсестринського процесу дасть позитивні результати (34 % – вважають, що це підвищить відповідальність; 24 % – допоможе приділити більше уваги опіці над пацієнтом; 16 % – дозволить знайти індивідуальний підхід до пацієнта; 41 % – раціонально використовувати робочий час). І лише 5 % – вважають, що впровадження медсестринського процесу не дасть позитивних результатів, 28 % – зазначають, що, напевно, позитивні зміни відбудуться, але вони в цьому невпевнені. Розмірковуючи про введення нової медсестринської документації, медичні сестри прийшли до висновку, що це є необхідним – 92 % (дасть можливість оцінити реальне навантаження медсестри – 44 %; побачити обсяг опіки над пацієнтом – 16 %; дозволить оцінити роботу медсестринської служби кожного відділення – 36 %). Але все ж таки 8 % медсестер боялись, що ця робота буде зайвою витратою часу. Свою роль в системі охорони здоров'я медичні сестри оцінили не на належному рівні: 11 % опитаних вважають, що їх кваліфікація вища, ніж вимоги роботи, яку вони виконують; більшість медсестер (75 %) – вважають, що їх професійна кваліфікація відповідає вимогам роботи і є високою, але 72 % опитаних хочуть підвищити свій освітньо-кваліфікаційний статус. Даючи відповідь на запитання про те, дефіцит яких знань Ви відчуваєте в своїй професійній діяльності, 65 % вказали на правові знання, 5 % – професійні (теоретичні знання, вміння і навички), 20 % – організаційно-економічні знання. Медсестри проявляють інтерес до спеціальних медичних знань, але більшою мірою – до знань в інших галузях. Наприклад, медичні сестри відчують себе безпорадними в елементар-

них економічних і правових питаннях. Достатньо велике задоволення медсестри отримують від змісту і характеру праці, менше – від умов і організації і ще менше – від можливості впливати на якість життя колективу. 45 % опитаних медсестер бажать отримати більше самостійності при виконанні роботи, 30 % задоволені наявністю цікавої самостійної роботи, 12 % – взагалі вагаються з відповіддю; 55 % опитаних медсестер вважають, що мають можливість реалізувати свої знання, досвід на робочому місці, 65 % – вказують на можливість службового росту, однак 38 % – не можуть впливати на прийняття рішень з виробничих питань. На думку більшості медсестер (53 % опитаних), розподіл обов'язків між медичними сестрами є справедливим, однак 36 % вважають, що перерозподіл обов'язків і введення нових медсестринських посад дозволить приділити опіці над пацієнтом більше часу. Але значна соціальна дистанція між лікарями і медсестрами сприймається останніми, як зверхність і несправедливість. 53 % медсестер незадоволені розподілом обов'язків між медсестрами і лікарями, 41 % – задоволені, 4 % вагаються з відповіддю. Більшість медсестер вважають, що стосунки між ними і лікарями повинні будуватись за принципом роботи в команді, а сьогодні ми маємо медсестру-фахівця, основним завданням якої є допомога лікарському персоналу. Особлива тема – низькі доходи і можливості їх підвищення. Найбільше висока незадоволені (всі 100 % респондентів) розміром заробітної плати і вважають, що оплата праці несправедлива і не пов'язана з реальним трудовим навантаженням кожної медсестри, рівнем відповідальності, рівнем кваліфікації. На жаль, у нашій країні медсестринство, як самостійна професійна галузь не займає відповідного щабля. 47 % медсестер незадоволені низьким престижем професії в суспільстві, 37 % – вважають свій професійний статус відповідно з нормами, прийнятими в світі. На запитання: "Чи відчувають медсестри себе реалізованою особистістю?" – 55 % відповіли – так, а 30 % – ні. Однак загальний настрій серед медсестер є песимістичними: 26 % опитаних медсестер відмічають у себе пригнічений настрій і самоточуття, 3 % – останнім часом відчувають тривожність і страх, 69 % опитаних мають нормальне самопочуття (40 % з яких – відмінне). Невпевнені у своєму майбутньому – 55 % медсестер, вагаються з відповіддю – 21 % і лише 21 % мають віру у "світле майбутнє". На думку медсестер,

пацієнти – головні фігури в їх діяльності. Практикували 126 пацієнтів ЛПУ Львівської області (з 1.02.06 по 1.04.06 р. на базах соціального маркетингового опитування робочої групи). Пацієнтам задавали питання: "як вони оцінюють медичне обслуговування в Україні" і більшість з них відповідала, що рівень медицини є незадовільним (хоча 80 % респондентів погоджувались, що порівнювати не мають можливості). Які ж проблеми і труднощі виникають в українських пацієнтів у лікувальних установах? 50 % опитаних на перше місце ставлять відсутність та недоступність необхідних ліків, на друге – черги до лікарів (46 %), на третє – неможливість виконати необхідні діагностичні обстеження (23 %). Серед інших негативних чинників, на які вказують пацієнти, є відсутність місць у стаціонарі – (20 %), некомфортні умови у стаціонарі – (6 %), низька кваліфікація середнього медичного персоналу – (12 %), низька кваліфікація лікарів – (3 %), а також неможливість вибору лікаря і медичної сестри. Насамперед нас цікавила роль медичної сестри при опіці над пацієнтом. І ми не помилились, очікуючи високої потреби пацієнтів в опіці з боку медичних сестер, 68 % пацієнтів наголосили на потребі збільшення часу спілкування з медсестрою, 75 % вважають, що медсестра в процесі одужання пацієнта відіграє велику роль (60 %). 92 % пацієнтів готові, щоб медсестра при госпіталізації з'ясовувала проблеми пацієнтів, адже під час перебування в стаціонарі пацієнти найбільше спілкуються з медичними сестрами. Інтенсивність сучасного життя, високий рівень поінформованості в медико-соціальних, юридичних питаннях населення змінив і погляд на важливість чинників, які можуть вплинути на покращання надання медсестринської допомоги в Україні. 48 % респондентів (з числа пацієнтів, а не медичних сестер!) відзначають необхідність підвищення заробітної плати медичної сестри, 30 % вважають, що велике значення має число пацієнтів, опіка над якими припадає на одну медсестру. І лише 3 % опитаних вказують на людський фактор як основу медсестринської діяльності. Можливо, люди розуміють, що майбутнє кожного з них залежить від професіоналізму і тому його 50 % опитаних вважають найголовнішим, далі вказують на важливість уважного ставлення до пацієнта – (20 %), акуратності медичного персоналу – (14 %).

Таким чином, ми визначились з готовністю до реформування медсестринства і переконались,

що ситуація досягла апогея: персонал не може працювати по-старому, а пацієнти не хочуть миритися з відсутністю належної опіки. Вже не тільки медсестри, але й лікарі прийшли до висновку, що без впровадження медсестринського процесу якісно справлятися з таким обсягом роботи неможливо – це не данина часу, а життєва необхідність. Медсестринський процес – це не те, що написано в плані догляду, це – те, що насправді повинно відбуватися з пацієнтом.

Матеріали опитування показали, що більш поінформованими і прогресивними є працівники ЛПУ міста Львова, а медичні сестри і лікарі з регіонів знаходяться у вакуумі інформації. У зв'язку з виникненням такої ситуації членами робочої групи з впровадження програми реформування медсестринства в практичній охороні здоров'я в Львівській області М. Шегедин та Н. Окс проводять активне інформування медичної громадськості з питань інновацій у медсестринській освіті і діяльності. За період з 09.11.2005 р. (початок експерименту з впровадження медсестринсько-

го реформування у Львівській області) до сьогодні час були проведені семінари, інформаційні лекторії на базах ЛПУ м. Львова і Львівської області (ЛОДКЛ "Охматдит", клінічна лікарня Львівської залізниці, Жовківська ЦРЛ, Пустомитівська ЦРЛ, Новояворівська ЦРЛ, Буська ЦРЛ, Радехівська ЦРЛ, Трускавецька ЦРЛ). Понад 900 представників різних ланок медичної громадськості Львівської області були ознайомлені зі змінами і перспективами розвитку медсестринства.

**Висновок.** У наш час медсестринський процес вийшов за рамки навчальної категорії, він впроваджується в практичну охорону здоров'я. Це необхідна умова для створення науково обґрунтованого професійного догляду за пацієнтом. Медсестринський процес як універсальна технологія медсестринської справи, може і повинен використовуватись медсестрами у своїй повсякденній діяльності для своєчасного виявлення та усунення ризику розвитку захворювань, зменшення ускладнень, що дозволить підвищити якість життя пацієнта.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Балабанов С., Дыкин В. Социологическое исследование профессии // Медицинская сестра – 2000. – №4. – С. 17-20.
2. Вишнякова В. Внедрение сестринского процесса // Сестринское дело. – 2003. – № 3. – С. 20-28.
3. Зюков О. Методичні підходи щодо розробки

- соціологічного опитування задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги (маркетингового дослідження) // Головна медична сестра – 2006. – № 2 – С. 10-15.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 585 від 08.11.2005 р. "Програма розвитку медсестринства України (2005-2010 рр.)"

УДК 616-053.2-07/-08:378

**МЕДСЕСТРИНСТВО В ДОКАЗОВІЙ МЕДИЦИНІ****В.П. Пішак, В.А. Гайдуков***Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Обґрунтовується теза, що доказова медицина стане гарантом високого професіоналізму медсестер у наданні медичних послуг. Вона зробить гармонійними стосунки між пацієнтами, медичними працівниками та системою охорони здоров'я.

**NURSING IN EVIDENCE – BASED MEDICINE****V.P. Pishak, V.A. Haidukov***Bukovinian State Medical University, Chernivtsi*

The paper entitled "Nursing in evidence – based medicine" underlines that evidence – based medicine will become a guarantor of nurses' high professionalism when rendering medical serviced. It will render relations among patients medical personnel and the system of health protection harmonious.

**Вступ.** Доказова медицина виникла наприкінці ХХ століття і започаткована канадськими вченими університету МакМастер (Торонто). Найбільш повне визначення цього важливого напрямку медицини дав М.П. Скакун (2005), який стверджував, що доказова медицина – це стратегічний напрямок сучасної медичної науки і практики, який ґрунтується на бездоганній науковій інформації і зорієнтований на підвищення рівня наукових досліджень, суттєве поліпшення діагностики, профілактики, лікування і прогнозу захворювань людей, оптимізацію діяльності органів державної системи охорони здоров'я.

Причиною виникнення такого спрямування в медицині був бурхливий розвиток фундаментальних наук: біологічної хімії, фізіології, клінічної епідеміології, новітніх методів лабораторної та інструментальної діагностики, фармакології тощо, що спричинило розмаїття трактувань діагнозу, проблем пацієнта, їх верифікацію, лікування, профілактику захворювань та ін. Зрозуміло, що впорядкувати ці питання можна лише опираючись на доказову медицину [1, 3, 4, 6].

Сьогодні спостерігаємо зародження і становлення медицини, яка, ґрунтуючись на доказовій медицині, зробить лікувальний процес і догляд за хворими ефективним і дешевим, незважаючи на постійне зростання вартості медичних послуг і системи охорони здоров'я в цілому [2].

© В.П., Пішак, В.А.Гайдуков, 2007

Рухаючись до суспільства, в центрі якого повинна знаходитися людина, а не держава, участь пацієнта і врахування його думки та отримання його згоди у лікувальному процесі є обов'язковим. Всі ці чинники приводять до гуманізації охорони здоров'я, а це, в свою чергу, спонукає до створення правової бази захисту як пацієнта, так і працівника медицини. Звідси витікає, що будувати юридичні відносини в медицині без доказової медицини неможливо.

**Основна частина.** Критерії доказової медицини, які регламентують діяльність лікаря після трансформації в постулати діяльності медичної сестри, будуть виглядати так:

- догляд за хворими та лікування конкретного пацієнта ґрунтується на обдуманому точному використанні найкращих сучасних досягнень медичної науки;

- медсестринські втручання повинні бути найбільш ефективними, безпечними, економічно виправданими і заснованими на найнадійших із доступних доказів;

- діяльність медичної сестри повинна базуватися на процесі безперервного самокерованого навчання, яке дозволяє поєднати найнадійніші з існуючих доказів з індивідуальним досвідом.

Розвиток і становлення доказової медицини забезпечить подальший прогрес медицині і, зокрема медсестринства, через звільнення її від застарілих, малоефективних методів догляду та ліку-



вання, котрі не відповідають сучасним знанням. Працюючи з пацієнтом, медсестра повинна витратити зусилля на розв'язання глобальних кінцевих проблем догляду: перехід захворювання у хронічну форму, інвалідизація, смертність, якість життя тощо, а не на короткочасні зміни в перебігу захворювань та їх реєстрацію.

Основою доказового медсестринства є клінічна епідеміологія, яка ґрунтується на сучасних наукових поглядах етіології, патогенезу, клінічних проявів захворювань. Саме ці факти дають можливість передбачити перебіг захворювання, його раціональне лікування та догляд. Проте є багато інших чинників, що впливають на перебіг захворювання: генетичні, фізичні, соціальні, психологічні. Зрозуміло, що догляд за хворими медична сестра повинна проводити, виходячи із середньостатистичного розуміння хвороби з урахуванням біологічних, фізичних і особливо психічних та соціальних чинників. Останні два фактори притаманні людині як соціальній істоті і суттєво впливають на перебіг хвороби.

З огляду на це, можна зробити висновок у філософському розумінні, що догляд за хворими має початок і завжди далекий до завершення. Чим допоможе ін'єкція строфантину, яку виконала медична сестра за вказівкою лікаря в амбулаторних умовах, коли вона не звернула увагу на порушення гігієни житла, особистої гігієни, санітарної безпеки, раціонального харчування?

Найважливішим у медсестринській практиці, виходячи з доказової медицини, є нормативи та інструкції. Саме вони здатні стандартизувати діяльність медичної сестри, з одного боку, і створити систему контролю за виконанням стандартів догляду – з іншого. Необхідність створення "статуту" діяльності медичної сестри має на меті:

- розповсюдження найкращих, виважених в науковому і практичному відношенні рекомендацій;
- підвищення професіоналізму медичної сестри;
- підвищення якості догляду за пацієнтом;
- покращання діяльності системи охорони здоров'я через втілення стандартів у медичну практику і можливість проводити контроль за діяльністю медичної сестри.

Ми вважаємо, що одним із важливих розділів медсестринства в доказовій медицині є стандарти сестринської діяльності. Стандарти догляду за хворими знаходяться на межі інтересів як медичних сестер, так і організаторів системи охорони здоров'я. Алгоритми повинні бути виваженими в науковому й практичному відношенні, доступ-

ними для медичних сестер і представлені зрозумілою мовою відповідних вказівок.

Зміст і суть стандартів медсестринських втручань повинна складати група фахівців, до складу якої входять організатори охорони здоров'я, медичні сестри, бакалаври та магістри з медсестринства, які працюють у відповідних спрямуваннях (медсестринство в внутрішній медицині, хірургії, педіатрії та ін.), фахівців з реабілітації, клінічної фармакології, епідеміології і інфекційних захворювань і, безумовно, представників від пацієнтів. Останнє дуже важливо, бо думка пацієнта та громадська думка в період становлення та розвитку демократії у нашій державі і медицині, зокрема, є наріжним каменем сьогодення. Хвора людина має право знати все про свою хворобу, перспективи видужання, медичні послуги, дати згоду на обстеження, знати їх вартість. В економічно розвинутих країнах пацієнти беруть участь у рішеннях медичних працівників особливо у справах економічного забезпечення лікування та медсестринського догляду.

Алгоритми маніпуляцій, адресовані практичним медичним сестрам являють собою свого роду інструмент, який дозволяє трансформувати результати наукових досліджень у рекомендації з найкращої клінічної практики як основи для підвищення якості медсестринських послуг.

Доказова медицина буде вимагати конкретний об'єм вмінь для дипломованої медичної сестри (I рівень) і медичної сестри-бакалавра (II рівень) та інших ступенів коли їх запровадять у медсестринську освіту. На додипломній освіті це вказано в освітньо-кваліфікаційній характеристиці (ОКХ). Проте ОКХ дає відповідь на те, що медична сестра повинна вміти, тоді коли доказова медицина вимагає як виконувати той чи інший стандарт медсестринських втручань відповідно у кожного окремо взятого пацієнта.

Наступним важливим розділом у медсестринській справі, який повинен бути усвідомлений через доказову медицину, є сестринський діагноз. Хочемо нагадати, що зусилля медичної сестри при встановленні медсестринського діагнозу спрямовані на людину, тоді як медичного діагнозу – на хворобу. А це означає, що лікар займається діагностикою та лікувальною роботою, медична сестра – доглядом за пацієнтом, володіючи конкретним арсеналом медичних послуг. Догляд за хворим за об'ємом медичних послуг суттєво перевищує діагностично-лікувальну роботу лікаря. Медсестринський діагноз зорієнтований на пацієнта.

ента і є клінічною оцінкою наявних чи потенційних загроз для життя людини внаслідок недуги, що породжує комплекс заходів медичної сестри з їх ліквідації. Сьогодні можна стверджувати, що медичний діагноз має науково обґрунтовану класифікацію, чого не можна сказати про медсестринський діагноз.

Робити національний реєстр, класифікацію медсестринських діагнозів немає потреби, бо є певний світовий досвід, який можна з успіхом використати у нас. Досить виважена і раціональна в науковому відношенні є класифікація медсестринських діагнозів створена Північноамериканською діагностичною асоціацією медичних сестер (NANDA) у 1982 році і доповнена у 1994 та 1998 рр. [7]. За рекомендацією асоціації медичних сестер діагноз повинен складатися з трьох частин: проблема пацієнта, причина проблеми, симптоми пацієнта (PES). Вказаний реєстр діагнозів можна ввести в стандарти медсестринської практики. Проте в даному реєстрі потрібно врахувати економічний, соціальний розвиток особливості нашої системи охорони здоров'я країни, український менталітет та інше. Використовуючи вказану класифікацію діагнозів, звертаємо увагу на велику частку в ній психологічних діагнозів. Це впливає з того, що представники медсестринських шкіл Канади та США, розуміючи, що сестринська справа – це практика людських стосунків значно більше виділяють навчальних кредитів на вивчення психології, міжособистісного спілкування, моделей реакції людини на різні фактори [5]. Медичні сестри знають психологію спілкування, психологію хворої людини, психологію старіння, психологію людини з невиліковними хворобами, психологію вмирання. На нашу думку, ці питання повинні бути віддзеркалені у вітчизняних навчальних програмах.

Досить неоднозначним є співвідношення медсестринських моделей догляду та медсестринського процесу з доказовою медициною. Підбір індивідуального плану догляду для кожного окремо взятого пацієнта та задоволення зростаючого числа потреб пацієнта згідно з ієрархією потреб людини за А. Маслоу створили розмаїття медсестринських моделей. Сьогодні їх уже налічується понад три десятки. Медсестринські моделі є не що інше, як ревізіонізм у медсестринстві. Медична сестра, працюючи з пацієнтом, прагне надати медсестринський догляд через біомедичну допомогу, яка ґрунтується на медичному та фізичному втручанні і зосереджує свою увагу лише на лікуванні хвороби. Якщо ж вона

буде враховувати у своїй діяльності соціологічні, культуральні, політичні, економічні, етнічні, релігійні, психологічні та інші відмінності і буде робити на цьому акцент або навіть зводити це до абсолюту, то такий підхід медсестринської діяльності і породжує певну модель догляду. Частина з них досить абстрактні, суперечливі, маловідмінні одна від однієї, а тому мають переважно науково-дослідницьке значення.

На практичних заняттях з медсестринського процесу ми даємо завдання студентам створити медсестринську модель з врахуванням, наприклад, професійної діяльності. Треба сказати, що у окремих студентів "нова" медсестринська модель виходить досить пристойною і могла б мати право на життя. Виходячи з вищезгаданого, хочемо відмітити, що розмаїття медсестринських моделей не вписуються в строгі рамки доказової медицини. Для неї численні теорії і створені на їх основі моделі сестринських втручань не що інше як "словоблуддя". Проте є серед них універсальна медсестринська модель, яка витікає з гуманістично-холістичної теорії Вірджинії Хендерсон. Вона визначила 14 основних людських потреб (фізіологічні потреби, потреби у безпеці та соціальні потреби) і взяла їх за основу медсестринського догляду. Кінцевою метою догляду є набуття пацієнтом максимальної незалежності через заміну, допоміжну чи комплементарну роль медичної сестри. На нашу думку, саме ця модель відповідає вимогам доказової медицини і може бути використана у нашій країні як норматив медсестринських послуг.

Що стосується медсестринського процесу, то він також повинен стати атрибутом медсестринської діяльності, тому що він регламентований, контрольований, зрозумілий у виконанні, створює певний ритм у діяльності медичного працівника. Хочемо відмітити, що 5 етапів медсестринського процесу є не що інше, як усвідомлення загальнолюдського розуміння будь-якої діяльності, роботи людини. Адже, щоб виконувати будь-яку роботу потрібно:

1. Зібрати інформацію всіх даних майбутньої роботи.
  2. Визначити проблеми, з якими можна зустрітися і можливість їх подолання.
  3. Планування дій із виконання роботи.
  4. Виконання роботи.
  5. Оцінка ефективності та якості виконаної роботи.
- Все це і є не що інше, як п'ять етапів медсестринського процесу, будь-якого медсестринського догляду.

**Висновки.** Фах медичної сестри як діяльність на сьогодні не має наукової бази через брак завершені ступеневої медсестринської освіти. Саме тому ми приречені на постійне переймання досвіду із закордону, забуваючи, що в наших соціальних умовах, системі охорони здоров'я, економіці він часто не працює.

Перехід на шлях побудови демократичної держави, ринкових відносин, створення бюджетно –

страхової медицини ставить перед нами нові вимоги у вирішенні питань освіти та практичної охорони здоров'я. Подолати ці труднощі і наблизитись до європейських стандартів у медицині можна через основи доказової медицини. Саме вона дасть можливість підвищити професіоналізм медсестер в наданні медичних послуг, зробить гармонійними відносини між пацієнтом, медичними працівниками та системою охорони здоров'я.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Передерій В.Г., Безюк Н.Н. Медицина, основана на доказах или эмперическое интуитивное лечение. Что предпочтительнее сегодня? // Укр. кардіол. журн. – 2001. – № 3. – С.73-78.
2. Скакун М.П. Основи доказової медицини – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005.-244 с.
3. Трещинский А.И., Глумчер Ф.С., Гуляев Д.В. Сущность доказательной медицины // Біль, знеболювання, інтенсивна терапія. – 2003. – С. 3-4.
4. Уваренко А.Р., Балицкая О.В. Доказательная медицина: мода или необходимость? (О новом в ме-

дицинском науковедении и управлении здравоохранением) // Охорона здоров'я України. – 2002. – № 3-4 (6-7). – С.38-44.

5. Чернишенко Т.І., Ліщенко Н.О. Порівняльні аспекти американської та української програм бакалаврату з медсестринства // Медична освіта. – 2006. – №3. – С.7-11.

6. Guyatt G.H. Evidence based medicine // ACP Journal Club, 1991.-V.114.-P.A -16.

7. Potter P.A., Perry A.G. Fundamentals of nursing (6th ed) St.Louis, MI: Elsevier Mosby.-2005.-P.17-27.

## ІНТЕГРОВАНЕ ЗАНЯТТЯ ЯК ОДИН З ВАРІАНТІВ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

Л.А. Миронова

*Міністерство охорони здоров'я  
Херсонський базовий медичний коледж*

У статті подано власний досвід викладача з проведення бінарного практичного заняття – інтегрованого з "Медсестринства в терапії" і "Основ сестринської справи".

## INTEGRATE PRACTICAL LESSON AS A VARIANT OF INTERDISCIPLINE INTEGRATION

L.A. Mironova

*Ministry of Public Health of Ukraine,  
Kherson Medical College*

The article deals with the carrying out the binary practical lesson integrated with "Nurse's work in therapy" and "The basis of nursing care" from own teacher's experience.

**Вступ.** Інноваційні процеси, що відбуваються сьогодні в системі освіти, найбільш гостро порушують питання пошуку резервів вдосконалення підготовки високо освіченої, інтелектуально роз-

винутої особистості. Сьогодні очевидним є той факт, що нову якість освіти неможливо отримати, вирішуючи педагогічні проблеми застарілими методами. Потрібні інші стратегії, нові педагогічні технології.

© Л.А. Миронова, 2007

Один з напрямків активних пошуків нових педагогічних рішень, що сприяють розвитку творчого потенціалу педагогічних колективів й окремих педагогів з метою більш ефективного впливу на студентів – інтеграція предметів.

Інтеграція як явище виникла на тлі своєї протилежності – диференціації наук та їх галузей. Збільшення обсягу знань і вимог до них у кожній окремій галузі призводить до поглиблення спеціалізації, неминучого звуження кола професійних інтересів вузьких фахівців, які перестають часом розуміти один одного.

Поглиблення процесу диференціації наук є однією із причин, що призводять до протилежного ефекту, – прагнення до цілісності, інтеграції знань із різних галузей. Одним із найістотніших результатів інтеграції є єдність у кінцевій меті навчання [1].

Інтеграція в сучасній освіті йде за декількома напрямками і на різних рівнях.

Одним з таких підходів можуть бути разові інтегративні заняття різного рівня й характеру. Хочу поділитися власним досвідом проведення такого заняття і своїми роздумами з цього приводу.

**Основна частина.** У минулому навчальному році як викладач "основ сестринської справи" разом із своїм колегою Легким С.Г., викладачем "медсестринства в терапії", склали план, підготували і провели бінарне (разове інтегративне) практичне заняття.

Відповідно до навчальних планів на третьому курсі дисципліна, яку я викладаю, вже не вивчається. Але ж опанування "Медсестринства в терапії" як і інших клінічних дисциплін без знання "Основ сестринської справи" є неможливим. Зрозуміло, що перед викладачами "Медсестринства в терапії" стоїть завдання використання міждисциплінарних взаємозв'язків з дисциплінами, які є для них, в даному випадку це "Основи сестринської справи", "Анатомія і фізіологія людини", "Фармакологія". Ефективність використання взаємозв'язків, безперечно, залежить від залишкових знань студентів з дисциплін, які вивчались раніше. Але, на мою думку, важливо і щоби викладачі дисциплін знали як і у якому об'ємі необхідний для них матеріал викладався на забезпечуючих дисциплінах. Також у цьому процесі має значення і майстерність використання міждисциплінарних зв'язків.

У зв'язку з цим проведення разових інтегративних занять, на мій погляд, є дуже доречним. По-перше, тому що викладачі різних предметів часто мають поверхневе уявлення про програми і ви-

моги з інших дисциплін. По-друге, взаємовідвідування занять більшості викладачів стосуються переважно своїх колег з предмета.

Вибираючи тему для відкритого заняття, ми намагалися підібрати такий матеріал, який є актуальним для викладачів і студентів, складним для засвоєння, і де міждисциплінарна інтеграція сприяє збільшенню ефективності навчального процесу.

Тому я і мій колега для проведення разового інтегрованого заняття обрали тему "Спостереження і догляд за пацієнтами з гострою і хронічною серцево-судинною недостатністю". Це було практичне заняття у групі студентів зі спеціальності "Сестринська справа" (третьій курс).

Основним викладачем на занятті був викладач терапії, а я, як викладач "Основ сестринської справи", допомагала йому на добровільних засадах. Моя мета – продемонструвати викладачам "медсестринства в терапії", як можна використовувати отримані студентами на попередньому курсі знання з медсестринства, а також, як закріплювати і вдосконалювати необхідні у здійсненні догляду за кардіологічним пацієнтом і виконанні призначень лікаря практичні навички. Тому підготовку й проведення рольової гри (професійного тренінгу) я взяла на себе.

Починав заняття викладач "медсестринства в терапії" як звичайне практичне заняття з визначення вхідного рівня знань зі свого предмета відповідної теми. В основній частині заняття проводився професійний тренінг, побудований на основі проблемної задачі.

Умови проведення тренінгу розроблялися відповідно для досягнення всіх цілей бінарного заняття: для засвоєння знань і навиків з "медсестринства в терапії", а також для повторення і вдосконалення знань і навиків з медсестринського процесу, практичних навиків догляду за кардіологічним пацієнтом.

Важливим у проведенні тренінгів, на мою думку, є виховний аспект – продовження формування деонтологічно вірної поведінки. Крім вже названих можливостей, цей метод дає можливість повторення, відпрацювання і закріплення, а за необхідності корекції навичок міжособистісного спілкування і педагогіки в роботі медсестри.

Безперечно, що для успішного використання міждисциплінарних взаємозв'язків викладач основного предмета повинен заздалегідь попередити студентів, які питання і з яких предметів, а також які практичні навички вони повинні повторити з інших дисциплін при підготовці до заняття.

Опис методики проведення тренінгу. Тренінг передбачає, що ситуація розглядається з позиції рольової гри. Один зі студентів грав роль пацієнта, двоє студентів грали роль медсестри і дружини хворого, викладач виконував роль лікаря. Роль лікаря можна також доручити комусь із студентів (залежно від складу бригади).

Викладач, крім цього, при проведенні будь-якого тренінгу є ще й координатором, тобто регулює процес. У цьому може бути необхідність, коли ситуація заходить у глухий кут або дуже розтягується, або якщо студенти випустили чи не помітили дуже важливі моменти. За необхідності викладач може прийняти рішення про заміну діючих осіб, якщо це буде доцільним [2].

Задача студентів, які грають відведені ним ролі, спробувати поглянути на ситуацію очима своїх героїв.

Умови, з якими їх ознайомлюють перед початком тренінгу, і інструктаж не передбачають всіх можливих нюансів даної ситуації, а отже, дають деякий простір для фантазії. Готуючи студентів до роботи, ми також не можемо їм дати вказівки на всі випадки життя. У цьому є приховані додаткові можливості навчання методом тренінгу.

Корисним у проведенні тренінгів є те, що деякі моменти можна відпрацьовувати, повторюючи їх декілька разів в одному або в різних варіантах, скільки це є доцільним.

Медсестра проводить обстеження пацієнта і отримує (активно) необхідну для подальшої діяльності інформацію, використовуючи при цьому модель повсякденних потреб В. Хендерсон і схему сестринської історії здоров'я.

Студент, який грає роль пацієнта, отримує інформацію, поділену на дві частини. Одну частину він подає у вигляді скарг одразу на початку бесіди, а другу частину повідомляє тільки за наявності відповідних питань від медсестри. Він також повинен отримати попередні інструкції як йому треба поводитись (невербальні ознаки спілкування – міміка, жести, пози), положення під час обстеження, відтворити певний настрій відповідно до захворювання і стану пацієнта за умовами задачі (пацієнт-симулятор).

Дружині пацієнта також можна дати заздалегідь підготовлені викладачем слова, а можна проінструктувати і так: її завдання захищати інтереси чоловіка, бо він сам не в змозі це зробити і в процесі бесіди, і на етапі планування і здійснення догляду, а також брати активну участь у догляді.

Роль лікаря грає викладач або студент. До нього всі "герої" можуть звертатися за інформацією, якщо відчувають у цьому потребу.

Студенти-бригади, які не задіяні в рольовій грі, виступають у ролі експертів і спостерігачів. Їх завдання проаналізувати побачене і почуте і доповнити інформацію, якщо медсестра не помітить щось, або розглянути інші можливі варіанти розвитку ситуації. Вони також повинні отримати інструкції за чим спостерігати і на що звертати увагу.

Під час відпрацювання I етапу медсестринського обстеження експерти і спостерігачі слідкують за навичками спілкування, які демонструє медсестра і пацієнт, за вербальною і невербальною інформацією (і за необхідності занотовують окремі моменти), етичністю поведінки медсестри і дотриманням нею прав пацієнта спостерігають за збиранням суб'єктивної і об'єктивної інформації, для того щоб доповнити її після закінчення обстеження, якщо медсестра не помітить щось, або продумують інші можливі варіанти розвитку ситуації (що не так було зроблено і як треба або можна було зробити, якою могла би бути реакція пацієнта або його дружини).

На додаток до етапу обстеження були продемонстровані фотографії пацієнтів з відповідною патологією і фрагмент навчального фільму (ціаноз, набряки, асцит в умовах гри не можна відтворити повністю).

Після закінчення обстеження пацієнта всі студенти разом обговорюють отриману суб'єктивну і об'єктивну інформацію, вміння медсестри спілкуватися, етичність її поведінки і дотримання прав пацієнта. З виховної точки зору треба обов'язково перед початком обговорення попередити можливу критику студентки, яка грала роль медсестри. По-перше, наша задача виховувати етичну поведінку, яка обов'язково включає і повагу до своїх колег. По-друге, мета тренінгу – не тільки виявити недоліки конкретних студентів і усунути їх, а також звернути увагу студентів на такі моменти у людських взаємовідносинах, які, можливо, раніше вони не помічали, або чомусь не надавали їм значення.

Завдання викладача в процесі цього та інших занять показати студентам можливості для вдосконалення навиків спілкування, активно керувати цим процесом, спонукати студентів до самовиховання.

Під час відпрацювання II етапу медсестринського процесу всі студенти разом з тими, які грали

вищезазначені ролі, працюють на своїх робочих місцях з таксономіями і відпрацьовують написання діагностичних даних, що відповідають проблемам конкретного пацієнта.

На цьому етапі я даю змогу спочатку формулювати своє твердження вголос всім студентам по черзі, потім кожна проблема колективно коректується, погоджується з пацієнтом і лікарем, а вже потім фіксується у робочих зошитах.

Під час відпрацювання III етапу медсестринського процесу бригада медсестер спочатку визначає наявні людські і матеріальні ресурси, а потім пріоритетність проблем (користуючись потребами В. Хендерсон). Після цього медсестра (це вже може бути інша студентка) узгоджує це з пацієнтом і його родиною.

Далі медсестра (тут, на мою думку, можна по черзі надавати слово різним студентам) намагається сформулювати мету догляду з кожної проблеми таким чином, щоб мета відповідала очікуваному результату. Виходячи з характеру проблем, медсестра формулює і короткотермінові і довгострокові цілі, визначає з кожної проблеми дату проведення підсумкової оцінки.

Далі студенти тренуються у розробці індивідуального плану догляду. Інформація у грі спеціально підібрана таким чином, що стандартний план профілактики пролежнів (у пацієнта є ризик пролежнів) необхідно видозмінити, пристосовуючи його до потреб конкретного пацієнта: не всі положення прийнятні, лікар призначив обмеження рідини. Крім цього, студенти самі повинні зробити висновок, що вирішуючи проблему ризику пролежнів, вирішується і проблема неадекватного харчування.

Після попередньої підготовки плану догляду завдання медсестри узгодити його з лікарем, щоб не було розбіжностей і протиріч у лікуванні й догляді.

Перед остаточним оформленням плану догляду медсестра разом із пацієнтом і його родиною (людські ресурси) узгоджує, що пацієнт буде робити сам, що будуть виконувати родичі, і яку допомогу буде надавати медичний персонал. Також остаточно з'ясовується по кожному втручання, коли, як часто і як довго воно буде проводитись.

Під час відпрацювання IV етапу медсестринського процесу завдання медсестри навчити родичів пацієнта і пацієнта знанням і навикам, необхідним для забезпечення всіх повсякденних потреб

пацієнта: дихання (забезпечення положення Фаулера у ліжку, оксигенотерапія, підрахунок частоти дихання), забезпечення адекватного харчування (дієта № 10) та рідини, задоволення потреби у фізіологічних виділеннях (профілактика закріпів, контроль водного балансу); створення умов для сну й відпочинку, активізація по можливості рухової активності і т.д.

Навчаючи родичів правильному переміщенню і догляду за шкірою, медсестра демонструє навички біомеханіки.

Пацієнту лікар призначив серцеві глікозиди. Медсестра спочатку сама контролює, а потім навчає пацієнта і його дружину підраховувати пульс і оцінювати його результати.

Пояснює, як приймати сечогінні препарати, який в них побічний ефект, і як можна скоригувати харчуванням (введенням у їжу продуктів, багатих на калій). Так досягаються мета із відпрацюванням нової теми і закріплення знань і навичків з попередніх тем.

Навчаючи пацієнта і його родичів з різних питань, медсестра також демонструє свої навички педагогіки й спілкування

Виконуючи призначення лікаря (залежні сестринські втручання), студенти демонстрували на муляжах необхідні практичні навички: внутрішньовенну і внутрішньом'язову ін'єкції, оксигенотерапію за допомогою подушки і з використанням носового катетера, зміну положення пацієнта у ліжку, підготовку інструментів до абдомінальної пункції.

Для відпрацювання V етапу медсестринського процесу я заздалегідь готую декілька варіантів підсумкової оцінки стану пацієнта з різних проблем. Студенти повинні спробувати сформулювати висновки про результати догляду. У тих випадках, коли мета догляду досягнута частково або не досягнута, їх завдання визначити причини, через які це сталося – об'єктивні чи суб'єктивні. Відповідно до цього далі пропоную продумати подальші дії медсестри. І як підсумок всіх етапів медсестринського процесу намагаємось разом також оцінити роботу медсестринської бригади у кожному випадку.

У заключній частині заняття студентам були запропоновані тести II і III рівня складності, після чого були підбиті підсумки заняття.

Викладачі, які були присутні на цьому занятті, детально обговорювали його хід і зробили висновки, що разові інтегровані заняття по новому

висвітлюють міждисциплінарну інтеграцію. Деякі ідеї, втілені на занятті, відвідувачі планують застосувати в подальшому і поділились своїми думками з цього приводу. Зрозуміло, що такі заняття корисні для всіх: і для тих, хто їх проводить, і для тих, хто має можливість спостерігати.

Програмами підготовки медиків різної освітньої кваліфікації передбачено вивчення значної кількості дисциплін, кожна з яких викладається вузьким спеціалістом (педіатром, хірургом, інфекціоністом). Більшість викладачів добре знають свій предмет і сумлінно намагаються передати свої знання студентам. Але часто викладачі не замислюються над тим, що студентам, які вивчають багато предметів, передбачених навчальним планом, необхідно "розкласти" у своїй голові всі отриманні з різних дисциплін знання таким чином, щоб утворилася єдина система знань і уявлень про людській організм, про зміни, які відбуваються в ньому при виникненні захворювань, а також про підходи до вирішення проблем пацієнтів, пов'язаних із здоров'ям.

**Висновки.** На сьогодні педагогічною наукою і практикою чітко доведено, що при використанні міждисциплінарної інтеграції знання набувають якості системності, а уміння стають узагальненими, сприяють комплексному застосуванню знань, їх синтезу, перенесенні ідей і методів з однієї дисципліни в іншу, що лежить в основі творчого підхо-

ду до наукової і творчої діяльності людини в сучасних умовах. [1].

Інтеграція у навчанні сприяє оптимізації і інтенсифікації навчальної й педагогічної діяльності.

Разові інтегративні (бінарні) заняття сприяють кращому усвідомленню взаємозв'язків між студентами і викладачами, які готували або відвідували це заняття.

Використання професійних тренінгів дає можливість змодельовати ситуацію максимально наближену до реальності, дати можливість студентам спробувати вирішити проблеми, які зустрічаються у практичній діяльності, до якої вони готуються. На відміну від навчання, у житті часто буває необхідно використовувати знання і навички з різних дисциплін майже одночасно. Отже, на мою думку, професійний тренінг є ефективним методом для міждисциплінарної інтеграції.

Підбиваючи підсумки, хочеться, щоб всі, хто зацікавлений у формуванні всебічно розвиненої особистості і якісній підготовці фахівців, усвідомили, що інтеграція предметів у сучасній освіті – реальна потреба часу. Використання міждисциплінарної інтеграції сприяє досягненню спільної мети всього педагогічного колективу навчального закладу – підготовці спеціалістів, які зможуть забезпечити висококваліфіковану лікувальну-профілактичну роботу серед громадян України.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Вітвицька С.С. Основи педагогіки вищої школи.-Київ: Центр навчальної літератури, 2003. – 314 с.

2. Моррі ван Ментс. Ефективний тренінг за допомогою рольових ігор.- С.Пб.: Пітер, 2001. – С. 11-194.

УДК 616-093.75+614.253.52(477)

## ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ТА МЕДСЕСТРИНСЬКА ОСВІТА

О.Й. Хомко, В.І. Каленюк, Л.Д. Борейко, Я.Г. Іванушко, Н.В. Бачук-Понич

*Буковинський державний медичний університет*

У статті висвітлюється проблема розвитку паліативної і хоспісної допомоги в Україні. Розглядаються можливі шляхи розвитку цього напрямку медицини, пропонуються кроки із розв'язання невіршених завдань.

## THE PALLIATIVE CARE IN UKRAINE: PROBLEMS OF DEVELOPMENT AND NURSING EDUCATION

O.Y. Khomko, V.I. Kalenyuk, L.D. Boreiko, Y.G. Ivanushko, N.V. Bachuk-Ponich

*Bukovinian state medical university*

In the article the problem of development of palliative and hospice care in Ukraine discussed. The possible ways of development of this direction of medicine are examined, steps are offered on the decision of unsolved tasks.

**Вступ.** Хвороба, втрата і смерть – невід'ємні компоненти людського життя. Паліативна допомога – складова допомоги, яка може бути надана тим, хто її потребує. Вона полягає в наданні активної допомоги пацієнтам з прогресуючими захворюваннями на пізніх стадіях розвитку, визначальним моментом якої є психологічна, соціальна і духовна підтримка. Основною метою надання допомоги є забезпечення якнайкращої якості життя для кожного пацієнта і його сім'ї.

Хоча не завжди можна продовжити життя пацієнта, але можна покращити якість його фінальної стадії життя. У всіх європейських країнах визнана необхідність надання паліативної допомоги. Розрахунки показали, що в подальші 10-15 років очікується збільшення потреби в паліативній допомозі на 20%, якщо брати до уваги тільки потреби немолодого населення.

Демографічні процеси в Україні, як і в більшості Європейських країн, призвели до загального старіння населення. Крім того, в загальній структурі захворюваності постійно зростає частка хвороб, які спричиняють втрату працездатності. Тому питання розвитку системи надання паліативної допомоги населенню набуває все більшого значення.

**Основна частина.** Хоспіси необхідні Україні, якщо ми вважаємо себе культурним суспільством, гідним бути інтегрованим в Європейський Союз.

© О.Й. Хомко, В.І. Каленюк, Л.Д. Борейко, Я.Г. Іванушко, Н.В. Бачук-Понич, 2007

Не треба бути великим психологом, щоб передбачити відповідь на питання: "Яку смерть собі може вибрати людина?" – легку, безболісну, швидку, в колі своїх рідних та близьких. Ніхто не побажає собі мук. За наявності вибору будь-хто також віддає перевагу б в хвилину смерті підтримці друзів і близьких, а не анонімну смерть в галасливій лікарняній палаті серед буденної суєти чужих проблем. Людина, яка вмирає, зазвичай не боїться смерті, вона боїться самоти, продовження агонії і дискомфорту термінального стану. Але багаторічний досвід будь-якого медика показує жорстоку реальність. Те, чого людина більше всього боїться, вона за іронією долі і отримує. Відсутність організації допомоги хворим, які помирають, призводить до того, що багато хворих, особливо онкологічних, страждають від болісних відчуттів незалежно від того, де вони знаходяться: удома або в стаціонарі. Велика частина медперсоналу не може кваліфіковано відповідати потребам даної частини пацієнтів, питання паліативного лікування і догляду за термінальними хворими просто не включені в курс навчання ні лікарів, ні медсестер.

Вирішення цієї проблеми лежить в завданні створення в нашій країні мережі хоспісів. Причому здійснення цієї допомоги не обмежуватиметься тільки стаціонаром.

Хоспіс – це шлях до позбавлення від страху перед стражданнями, супутніми смерті, шлях до



сприйняття її як природного продовження життя. Трагізм смерті можна і потрібно полегшити турботою і увагою всього суспільства, якому людина служила і віддала своє життя.

Паліативна і хоспісна допомога роблять перші кроки в країнах Центральної і Східної Європи та СНД. Однак існує безліч перешкод на шляху її створення і розвитку, які необхідно подолати.

Серед них – недостатньо розвинуті структури, що надають паліативну допомогу в цих країнах. Більшість з цих служб недостатньо оснащені устаткуванням і не укомплектовані належним чином кваліфікованим медичним персоналом. Недоліки у підготовці персоналу для таких установ, на нашу думку, обумовлені такими причинами:

- у навчальних медичних закладах недостатня увага приділяється питанням паліативної допомоги і допомоги в останні роки життя;
- недостатньо розглядаються питання лікування і зняття больового синдрому у тяжкохворих;
- недостатня наукова розробка проблем паліативної допомоги і, як наслідок, недостатнє висвітлення цих питань у навчальних посібниках і підручниках;
- високі ціни на спеціалізовану медичну літературу, обумовлені високою вартістю перекладу і друку та невеликими тиражами;
- недостатнє знання іноземних мов нашими спеціалістами і високі ціни на відвідування наукових форумів, що проводяться за кордоном, практично унеможливають їх спілкування з іноземними колегами і ознайомлення з досвідом організації паліативної допомоги за межами України.

Крім того, населення і медична громадськість України не готові визнати необхідність розвитку паліативної допомоги і допомоги фінальної стадії життя. Засоби масової інформації практично ігнорують розгляд надзвичайно важливих питань надання паліативної допомоги населенню та розвиток хоспісів в державі.

Основні зусилля медпрацівників зосереджені на лікуванні основного захворювання за будь-яку ціну. Незначна кількість медпрацівників хочуть працювати у сфері паліативної допомоги, оскільки престиж

цієї роботи низький, порівняно з іншими медичними спеціальностями, а заробітна платня медсестер нижча за реальний прожитковий мінімум. Катастрофічна нестача коштів і нераціональне фінансування впродовж багатьох років, обмежені бюджети і небажання витратити гроші на паліативну допомогу і допомогу людині на фінальній стадії життя з боку керівників охорони здоров'я і політиків спричиняють занепад цієї галузі медицини.

На нашу думку, для покращання стану паліативної допомоги в Україні потрібно зробити наступні кроки:

- розробити національну програму розвитку хоспісної та паліативної допомоги;
- розробити стандарти паліативної допомоги, використовуючи світовий досвід;
- навчальна дисципліна "Паліативна медицина" повинна бути офіційно включена в програми навчання студентів навчальних закладів, що здійснюють підготовку медичних сестер, як в період додипломної освіти, так і на післядипломному етапі;
- підготувати навчально-методичну літературу з паліативної медицини;
- відродити спільними зусиллями традиції благодійних фондів за кордоном і некомерційних організацій усередині країни;
- змінити ставлення суспільства до паліативної допомоги і допомоги на фінальній стадії життя шляхом відповідної освіти і кропіткої роботи, а також регулярного висвітлення цих проблем засобами масової інформації;
- служби хоспісної і паліативної допомоги повинні стати складовою частиною системи охорони здоров'я і фінансуватися із державного бюджету повною мірою, фінансування хоспісів можливе також за рахунок коштів страхових компаній, благодійних організацій і фондів;
- всі основні лікарські засоби, які використовуються в паліативній медицині, повинні бути безкоштовними і доступні для всіх хворих.

**Висновок.** Удосконалення паліативної та хоспісної допомоги в Україні потребує змін у системі додипломної та післядипломної підготовки медичних сестер.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. IV Конгресс с международным участием "Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении" (21-28 апреля 2002 г., Алания). // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2002. – № 2-3. – С.6-128.

2. VI Конгресс с международным участием "Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении". // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2004. – № 2. – С.6-118.

3. Дячук Д.Д. Організаційні підходи до надання паліативної медичної допомоги інкурабельним онкологічним хворим. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 2. – С.48-54.

4. Лапотников В.А. Паллиативная помощь // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2003. – № 1. – С.34-38.

5. Паліативна медицина: організаційні і педагогічні аспекти / Г. Боднар, І. Вітенко, А. Попович, Н. Семі-

коз // Медична освіта. – 2003. – № 2. – С.7-9.

6. Паллиативная медицина в контексте реформи сестринского дела в России // Сестринское дело. – 2003. – № 1. – С.40-41.

7. Паллиативная медицина в контексте реформы сестринского дела в России // Сестринское дело. – 2003. – № 2. – С.10-11.

8. Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении // Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении. – 2005. – № 2. – С.96-98.

УДК 614.253.52(73)

## ВИБІР ОПТИМАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В УКРАЇНІ

І.А. Плеш, В.І. Каленюк, Л.Д. Борейко, О.В. Макарова, О.Й. Хомко

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

У статті розглядаються питання реформування підготовки медичних сестер в Україні з урахуванням проблем реформи медичної галузі в цілому.

## A CHOICE OF OPTIMUM MODEL OF NURSING EDUCATION IN UKRAINE

I.A. Plesh, V.I. Kalenyuk, L.D. Boreiko, O.V.Makarova, O.Y. Khomko

*Bukovinian State Medical University, Chernivtsi*

In the article the questions of reformation of nursing education are examined in Ukraine taking into account the problems of reform of medical industry on the whole.

**Вступ.** Концепція розвитку охорони здоров'я в Україні передбачає формування багатоканальної системи фінансування галузі, започаткування бюджетно-страхової медицини, удосконалення первинної медико-санітарної допомоги населенню, основою якої є впровадження інституту сімейної медицини, створення альтернативних форм медичної допомоги – денних та домашніх стаціонарів у складі поліклінік, хоспісів для людей похилого віку та інкурабельних хворих. Це зумовлює необхідність підготовки спеціалістів, в тому числі і медичних сестер, спроможних виконувати професійні обов'язки в нових умовах.

**Основна частина.** Аналіз основних тенденцій розвитку охорони здоров'я в країнах з розвинутою ринковою економікою показує, що разом із

© І.А. Плеш, В.І. Каленюк, Л.Д. Борейко, О.В. Макарова, О.Й. Хомко, 2007

зростанням тривалості життя та вимог до його якості відбувається і збільшення кількості людей, що потребують спеціалізованого догляду медичним персоналом. При чому потреба в постійному спостереженні лікарем та спеціальному лікуванні є менш актуальною порівняно з необхідністю кваліфікованого догляду за такою особою. Демографічні процеси в Україні мають іншу спрямованість, загальне старіння населення країни пов'язане із зменшенням народжуваності та відтоком людей працездатного віку за кордон, але в кінцевому підсумку ці процеси ставлять ті ж вимоги до надання медичної допомоги населенню, що і в економічно розвинутих країнах.

Отже, можна передбачати, що в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні медичні сестри будуть працювати в лікувально-профілактичних закладах з різною організацій-

ною структурою та завданнями різних рівнів складності, що стоять перед ними. В умовах переважання нині форми надання первинної медико-санітарної допомоги лікар надає її тільки в межах вузької спеціалізації, медсестра при цьому виступає в ролі асистента лікаря. Можливості прийняття нею самостійних рішень стосовно лікування та догляду за хворим навіть в межах її компетенції мінімізовані. Враховуючи це, Європейське регіональне бюро ВООЗ, до складу якого ввійшла Україна, прийняло за основу медсестринську модель Вірджинії Хендерсон, в якій більшою мірою враховуються фізіологічні потреби людини і меншою – психологічні, духовні і соціальні.

З розвитком біопсихосоціальної моделі здоров'я і хвороби початок захворювання, його перебіг і прогноз стали розглядатися як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів. Ставлення пацієнта до своєї хвороби, її розуміння і те значення, якого він їй надає, визначається його соціальним оточенням. З іншого боку, хвороба пацієнта впливає на його близьких та соціальне оточення. В даному контексті найбільш перспективною є медсестринська модель, запропонована Мойрою Аллен. Згідно з цією моделлю медсестринська справа розглядається як наука про шляхи покращення здоров'я людей та сприяння здоров'ю. Її мета – сприяти збільшенню кількості здорових сімей, надаючи їм підтримку та заохочуючи їх до активної участі в процесі життя і особистої відповідальності за своє здоров'я. Модель М. Аллен може бути застосована сімейною медсестрою в умовах фельдшерсько-акушерських пунктів.

Нарешті, в умовах хоспісів може бути успішно застосована модель Доротеї Орем, у якій пріоритетним завданням медсестри є створення умов для здійснення пацієнтом самодогляду та досягнення і підтримка оптимального рівня здоров'я.

За цих умов очевидно є необхідність диференціації та ступеневості медсестринської освіти.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Сіліна Т.М. Форми та методи вдосконалення підготовки студентів у медичному університеті // Медична освіта. – 2002. – № 4. – С. 15-16.
2. Стандарти і рекомендації щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти. – Ленвіт, 2006. – 35 с.

При цьому слід мати на увазі, що фахівці спеціальності "Сестринська справа", освітньо-кваліфікаційного рівня "молодший спеціаліст" виконуватимуть свої професійні обов'язки під керівництвом медсестер-бакалаврів та лікарів. Отже, здійснюючи їх професійну підготовку, слід велику увагу приділяти формуванню у них професійних вмінь та навичок, пов'язаних з виконанням практичних маніпуляцій із догляду за хворими, наданням невідкладної долікарської допомоги. Поряд з цим спеціалісти цього рівня повинні пропагувати медико-гігієнічні знання та здоровий спосіб життя.

Одночасно з цим слід враховувати, що сфера професійної компетентності медсестер поступово розширюється і включає все більше маніпуляцій, які раніше виконувались лікарями. Таким чином, фахівці зі спеціальності "Сестринська справа", освітньо-кваліфікаційного рівня "бакалавр", зможуть виконувати професійні обов'язки самостійно, із встановленням медсестринського діагнозу, у випадках легкого нездужання – призначати лікування (в межах, передбачених стандартами надання медичної допомоги). У багатьох випадках ці спеціалісти виконуватимуть обов'язки організаторів роботи медсестринських підрозділів, отже, спеціалістів цього рівня слід навчати не тільки обстеженню пацієнтів, проведенню діагностичних заходів, виконанню сестринських маніпуляцій тощо, а й особливостям управління персоналом, матеріально-технічного забезпечення лікувальних закладів, маркетингу медичних послуг.

**Висновок.** 1. Медсестринська освіта в Україні вимагає реформування не тільки по формі – ступеневість, тривалість навчання тощо, але і по суті – наближення до реальних потреб практичної охорони здоров'я у майбутньому, підготовка медсестер до роботи в медичних закладах з різною організаційною структурою.

2. У підготовці медсестер-бакалаврів слід приділяти більше уваги виконанню ними у майбутньому управлінських і організаторських функцій.

3. Чернишенко Т.І. Міжнародне співробітництво у медсестринській справі // Медсестринство в Україні. – 2000. – № 1. – С. 2-8.

4. Шегедин М.Б. Медсестринство в Україні.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 279 с.

УДК 6378.14:378.22

## НАУКОВО-ДОСЛІДНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ЯК ОДИН ІЗ МЕТОДІВ УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР-БАКАЛАВРІВ

Т.В. Сорокман, С.В. Сокольник, О.Й. Хомко, О.В. Макарова

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

У статті подано результати аналізу виконаних науково-дослідних робіт (НДР) студентами, які навчаються за освітньо-кваліфікаційним рівнем медична сестра – бакалавр. Показано, що виконання НДР сприяє підвищенню навичок творчої роботи та розвитку необхідних професійних та особистих якостей майбутнього спеціаліста.

## RESEARCH WORK OF STUDENTS AS ONE OF METHODS OF IMPROVEMENT OF PREPARATION OF MEDICAL SISTERS-BACHELORS

T.V. Sorokman, S.V. Sokolnik, O.Y. Chomko, O.V. Makarova

*Bukovina State Medical University, Chernivtsi*

In the article the results of analysis of the executed works of researches are given by students which study after an educationally qualifying level a medical sister is a bachelor. It is shown that implementation of the executed works is instrumental in the increase of skills of creative work and development of necessary professional and personal qualities of future specialist.

**Вступ.** Сьогодні не викликає сумніву, що навчання та закінчення бакалаврату з медсестринства дають найбільше переваг для майбутньої кар'єри в медсестринстві. Програма бакалаврату фактично містить повний обсяг матеріалу, необхідний для засвоєння професійних навичок та додатковий матеріал з аспектів адміністрування, широкого професійного світогляду, культурні, політичні, економічні та соціальні сторони роботи медичної сестри [2]. Ступінь бакалавра з медсестринства є необхідним, якщо медична сестра в майбутньому планує продовжувати свою освіту в магістратурі. Першим кроком до оволодіння методикою наукового дослідження є виконання студентської науково-дослідної роботи (НДР) [3]. Метою даної роботи є оцінка студентських НДР, які виконувалися в 2006–2007 н.р.

**Основна частина.** Одним із напрямків програми розвитку сестринської справи є стимулювання до проведення та навчання майбутніх спеціалістів навичкам наукового дослідження [1]. На медичному факультеті № 4 з відділенням молодших медичних та фармацевтичних фахівців з метою

удосконалення навчального процесу в 2006–2007 н.р. було відібрано групу студентів, які навчаються за освітньо-кваліфікаційним рівнем "медична сестра – бакалавр" для виконання НДР. Студентам для виконання пропонувалися викладачами на вибір теми НДР: "Проблеми і перспективи профілактики ВІЛ-інфекції на Буковині", "Циркадні ритми та їх значення для людини", "Паразитарні інфекції: поширеність та профілактика", "Вплив режиму дня на стан здоров'я студентів факультету", "Гіподинамія та здоров'я", "Моніторинг артеріального тиску в студентів-медиків", "Профілактика спадкових захворювань", "Соціальні аспекти вроджених вад розвитку". Із запропонованих тем НДР були відібрані дві – "Вплив режиму дня на стан здоров'я студентів факультету" та "Профілактика спадкових захворювань". Третя тема була запропонована студентами – "Профілактика вживання психоактивних речовин". Надалі студенти самостійно складали план виконання обраної НДР. Наведемо короткий огляд кожної з тем НДР.

Перша тема НДР – "Вплив режиму дня на стан здоров'я студентів факультету". Для вивчення проблеми студентами розроблена спеціальна анкета, яка включала розділів. Перший розділ анам-

© Т.В. Сорокман, С.В. Сокольник, О.Й. Хомко, О.В. Макарова, 2007

нестичних даних: дата народження, місце народження та проживання, вік батьків при народженні. Другий розділ включав соціально-побутові умови: відвідував чи не відвідував ДДУ, сім'я повна чи неповна, кількість членів сім'ї, що проживають разом; заможність сім'ї: висока, середня, низька; освіта батьків: вища, середня, початкова чи неповна середня; місце роботи: приватний сектор, бюджетна сфера, промислове підприємство, не працює; професійні шкідливості на роботі батьків: пил, шум, перепади температури, хімічні речовини, вживання алкоголю батьками: не вживають, зрідка, часто, куріння: не палять, небагато, багато. Третій розділ виявляв стан здоров'я батьків та родичів: спадковість, наявність хронічних захворювань у родичів: гіпертонія, цукровий діабет, бронхіальна астма, сечокам'яна хвороба, ревматизм, виразкова хвороба шлунка, atopічний дерматит, пухлини та інше; інвалідність: 3-я група, 2-а група 1-а група. У четвертому розділі з'ясовували особливості житлових умов, які включали: екологічну характеристику місця проживання: чисте, частково забруднене, брудне, пил, рух автотранспорту, близькість підприємства; власний будинок, окрема квартира, гуртожиток, кімната з найму. Уточнювалась якість житла: сухе, сире; тепле, холодне; світле, темне. П'ятий розділ охоплював питання харчування: апетит хороший, помірний, поганий; кількість прийомів їжі на день: 5 і більше разів, 3-4 рази, 1-2 рази; режим харчування: регулярний, нерегулярний; вживання теплої їжі на день: 2-3 рази, 0-1; користування студентською їдальнею: постійно, зрідка, не користується. Вживання їжі із груп продуктів (кількість на тиждень). Надалі питання торкалися режиму дня: дотримується, не дотримується; перебування на свіжому повітрі: щоденно більш 3 годин, щоденно 1-3 години, зрідка; час на приготування навчальних завдань: до 0,5 години, 0,5-2 години, більше 2 годин; вільний час (переважно): читання книг, перегляд телепередач, прогулянки; фізична активність: регулярна – участь у спортивних секціях, ранкова гімнастика; нерегулярна, відсутня. Студентами проводились оцінка фізичного розвитку (зріст, маса, обсяг грудної клітки, обсяг голови за перцентильними номограмами); гармонійність фізичного розвитку: гармонійний, дисгармонійний, різко дисгармонійний; конституційний тип: астеничний, норастеничний, гіперстеничний та успішності (відмінна, задовільна, незадовільна). Самооцінка стану здоров'я: відмінно – не хворіє, добре – інколи хворіє, задо-

вільно – часто хворіє; самооцінка працездатності: погана, знижена, хороша.

Друга тема – "Профілактика спадкових захворювань". Дослідження проводилось серед студентів 2 курсу, які складали клініко-генеалогічні карти конкретних сімей та аналізували характер успадкування захворювання. Клініко-генеалогічний метод передбачав аналіз родоводу, даних анамнезу, здоров'я батьків та акушерсько-гінекологічного анамнезу. З'ясовувалися дані не менше, ніж про три покоління. При складанні родоводу не обмежувалися тільки опитуванням, частині родичів призначали повне клінічне обстеження. При аналізі родоводу особливу увагу звертали на ідентичність клінічних проявів і лабораторних даних у родичів (три покоління), на можливість кровного споріднення та її ступеня між батьками дитини.

Третя тема – "Профілактика вживання психоактивних речовин". Ця тема виявилася найскладнішою для виконання, незважаючи на анонімність проведеного анкетування. Більшість студентів формально заповнювали анкети і в зв'язку з цим було запропоновано ввести в анкету питання, які допомагали виявити "неправду". Результати обробки анкет дали можливість зробити обґрунтовані висновки і саме головне – планувати виховну роботу серед студентської молоді та профілактичну в школах.

Результати дослідження заносили в комп'ютерну базу даних з наступною статистичною обробкою. Надалі проводився аналіз отриманих результатів та оформлялася НДР. За структурою робота включала вступ, де визначалися актуальність проблеми, мета та методи дослідження, основний розділ з викладенням результатів власних досліджень та висновки і рекомендації. За результатами НДР проведена студентська наукова конференція. Дійшли до висновку, що більшість студентів (82,9 %) харчувались нерегулярно, вживали теплу їжу лише 1-2 рази на день (54,6 %). Так, у харчовому раціоні спостерігалось зниження вживання овочів, фруктів, молочних продуктів (за винятком студентів із гірської місцевості), м'яса, риби при постійному надлишку хліба, макаронно – круп'яних виробів та солодощів, в результаті чого поряд із енергетичною та вітамінною недостатністю проявлявся і дефіцит білка, в тому числі тваринного. Оцінка режиму дня показала, що його дотримуються лише 22,4 % студентів. На щоденне перебування на свіжому

повітрі більше трьох годин вказали 27,6 % анкетованих, причому в основному це були студенти із сільської місцевості. Лише невелика кількість студентів вказала, що у вільний від навчання час відвідує спортивні секції, театр тощо. У більшості студентів вільний час означає перегляд телепередач, комп'ютерні ігри, іноді по декілька годин. При самооцінці стану свого здоров'я 2/3 студентів вважали себе хворими, що негативно впливало на їх фізичну та психічну активність, поведінку та успішність в отриманні нових знань. У 46,7 % анкетованих вказали на тривалу несприятливу психологічну ситуацію в сім'ї та школі. При аналізі типової належності сім'ї було встановлено, що 81,6 % студентів проживають у повних родин, 18,4 % – у неповних родин, причому 36,8 % студентів із малозабезпечених сімей (неповноцінне раціональне харчування, нездоровий психологічний клімат у сім'ї, відсутність оптимальних побутових умов).

Студенти зробили висновок, що для того, щоб провести повноцінний клініко-генеалогічний аналіз, необхідно отримати інформацію про стан здоров'я всіх членів сім'ї, а тому вони мають володіти навичками збору анамнезу. Як юний, так і більш старший вік матері може бути чинником ризику народження дитини з уродженою патологією. У жінок молодого віку частіше розвивається плацентарна недостатність, загроза переривання вагітності, анемія, їх діти мають тенденцію до низької ваги, мають більш низькі показники за шкалою

Апгар і т.ін. Смертність серед дітей, народжених юними матерями, в 2,5 раза перевищує аналогічний показник серед дітей, народжених жінками більш старшого віку. Юні матері порівнянно з матерями 25-29-річного віку, мають вищий на 11% ризик народження дитини з уродженою аномалією, вищий у них і ризик мимовільного переривання вагітності. Надзвичайно важливим є питання про контакт зі шкідливими чинниками. Що стосується шкідливих звичок, то вони розповсюджені серед населення настільки, що наслідком може бути пошкодження генетичного апарату як соматичних, так і статевих клітин. Незаперечним є тератогенний та канцерогенний вплив куріння і вживання алкоголю. Таким чином, знання про причини, які впливають на ризик народження дитини зі спадковою патологією, дозволить планувати і проводити профілактичну роботу серед населення. Після проведеного рецензування НДР були зроблені такі зауваження: невміння аналізувати та підбирати літературу; недостатність цитування та порівняння даних літератури з власними результатами дослідження; механічне поєднання окремих кусків тексту першоджерел; дублювання матеріалу в таблицях та в тексті; висновки не відповідали завданням дослідження.

**Висновок.** Науково-дослідна робота сприяє більш активній життєвій позиції студентів, сприяє застосуванню на практиці професійних знань та вмінь, дає можливість проводити санітарно-просвітню роботу серед населення.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Дианкина М.С. Профессионализм преподавателей высшей медицинской школы (психолого-педагогический аспект). -М., 2002. -256 с.
2. Туркина Н.В. Дипломная работа на факультете высшего сестринского образования // Медици-

ная сестра. -2005. – № 6. -С. 3-4.

3. Учебные работы студентов: метод. указания / Сост. А.В. Голенков. -Чебоксары: Изд-во Чувашского ун-та, 2003. – 44 с.

УДК 614.253.52:373.6/.9

## ЗДОБУТКИ ТА АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СТУПЕНЕВОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ З ДОСВІДУ РОБОТИ РІВНЕНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО БАЗОВОГО МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ

Р.О. Сабадишин, В.О. Рижковський, С.Є. Бухальська

*Рівненський державний базовий медичний коледж*

У статті обговорюються актуальні проблеми ступеневої медсестринської освіти в Україні і наводиться інформація про відділення "Сестринська справа – бакалаврат" Рівненського державного базового медичного коледжу. Показана своєчасність, доцільність та ефективність діяльності даного відділення для підготовки високоякісних бакалаврів-медсестер.

## ACHIVEMENTS AND ACTUAL PROBLEMS OF GRADUATE NURSING EDUCATION FROM EXPERIENCE OF THE RIVNE STATE BASIC MEDICAL COLLEGE WORK

R.O. Sbadyshtn, V.O. Ryzhkovsky, S.Ye. Bukhalska

*Rivne State Basic Medical College*

The article is devoted to the actual problems of graduate nursing education at Ukraine and information about department "Nursing-bachelor" of the Rivne state basic medical college. Timeliness, expedience and effectiveness department's activity for the purpose to train well-skilled bachelors has been given.

**Вступ.** Вища медсестринська освіта займає особливе місце в умовах реформи і передбачає підвищення престижу спеціальності не тільки в галузі, але й у суспільстві в цілому. На жаль, не кожна медична сестра відчуває потребу у підвищенні свого освітньо-кваліфікаційного рівня, основна причина – медсестри із освітою бакалавра не мають можливості широко застосовувати знання на практиці через свої обмежені функціональні обов'язки і головне – не передбачена більш висока оплата праці. Але вища професійна медсестринська освіта необхідна для нашої держави, оскільки нині ми зорієнтовані на Європу [2, 3]. Згідно з цим, виникла нагальна проблема реорганізувати навчальний процес за світовими стандартами, покращити адміністративне регулювання підготовки медсестер. Основна мета роботи – показати своєчасність, доцільність та ефективність організації окремого структурно-функціонального підрозділу в межах навчального закладу для підготовки висококваліфікованих спеціалістів-бакалаврів.

© Р.О. Сабадишин, В.О. Рижковський, С.Є. Бухальська, 2007

**Основна частина.** У Рівненському державному базовому медичному коледжі здійснюється ступенева програма підготовки медсестринських кадрів: відбувається підготовка спеціалістів за першим освітньо-кваліфікаційним рівнем ("Медична сестра", "Фельдшер"), а з 1998 р. згідно з наказом МОЗ України №8.02-31/1237 від 27.07. – за другим рівнем зі кваліфікації "Медична сестра-бакалавр" (форма навчання – вечірня, термін підготовки – 3 роки на основі спеціальностей "Медична сестра", "Фельдшер", "Акушерка").

З метою покращання навчального процесу та підготовки висококваліфікованих медсестер-бакалаврів у коледжі виділено окрему структурну одиницю – відділення "Сестринська справа – бакалаврат". Основне завдання відділення – здійснювати концепцію розвитку медсестринства в Україні згідно з програмою МОЗ і забезпечити практичну ланку охорони здоров'я кадрами, які мають покликання по-новому, за світовими стандартами вирішувати проблеми сестринської справи за своїм II освітньо-кваліфікаційним рівнем. В програму підготовки медсестер-бакалаврів введені такі навчальні дисципліни, які дозволяють готувати не лише

висококваліфікованого фахівця, але й організатора і лідера сестринської справи, викладача медичного училища, медичну сестру загальної практики – сімейну сестру, яка буде здатною співпрацювати з родинами пацієнтів, кваліфіковано надавати допомогу пацієнтам вдома, здійснювати науково-дослідну роботу з проблем медсестринства.

У штат відділення входять не тільки викладачі вищої категорії, викладачі-методисти, а й доктор та кандидати наук. Викладачі відділення є колективом новаторів, ентузіастів, справжніх майстрів своєї справи. Ними розроблено низку нових підручників та посібників, продуктивних теоретичних концепцій для комп'ютеризації навчання і проблемно-розвиваючого навчання, оптимізації навчально-виховного процесу. Підбираючи педагогічні кадри, на відділенні велика увага приділяється спеціалістам з практичної ланки охорони здоров'я, які систематично реалізують на заняттях зв'язок теорії з практикою.

На відділенні 100 % загальна успішність, висока якісна успішність і середній бал. Це досягається шляхом впровадження у навчальний процес новітніх інтерактивних технологій викладання, використання передових наукових положень на лекційно-семінарських заняттях, використання сучасного медичного обладнання, нових медичних технологій на практичних базах коледжу і розробленого навчально-методичного забезпечення.

Нині підготовлено більше 100 медсестер-бакалаврів, деякі з них займають такі посади: старша медична сестра, соціальний працівник, завідувач операційного блоку, викладач сестринської справи.

Випускник, який пройшов перший рівень підготовки на "відмінно", має можливість без перерви навчатися на другому рівні підготовки, а в майбутньому – і на третьому, здобувши освітньо-кваліфікаційний рівень магістра. Вважаємо, що

такий підхід зменшить матеріальні витрати в підготовці спеціалістів, дозволить провести якісний відбір майбутніх фахівців.

Щодо можливості підготовки за третім освітньо-кваліфікаційним рівнем – "Магістр", то це ми пов'язуємо з державною "Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України", з програмою розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр. МОЗ України, окремим пунктом якої є забезпечення поступового розвитку ступеневої сестринської освіти до світових стандартів.

Як один із механізмів практичної реалізації щодо розвитку ступеневої медсестринської освіти до світових стандартів вбачаємо у створенні навчального комплексу "медучилище-коледж-інститут медсестринства". Наразі доцільність такої інтеграції вузів в одному навчальному закладі полягає у спільній матеріально-технічній, науковій, навчально-методичній базі, що врешті-решт покращить рівень підготовки спеціалістів. Пропонуємо один із механізмів рішення проблеми ступеневої освіти "коледж – інститут", при якому можливо законодавчо та юридично поступово створити вищий навчальний заклад III рівня акредитації – інститут медсестринства на базі коледжу, узгоджуючи цю проблему з відповідними завданнями "Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр. [1].

**Висновки.** 1. Процес реформування вищої медсестринської освіти і підготовки високоякісних спеціалістів залежить від організації роботи окремого структурно-функціонального підрозділу в рамках навчального закладу.

2. Основні функціональні обов'язки окремої структурної одиниці полягають у забезпеченні висококваліфікованими науково-педагогічними кадрами, розробці навчально-методичної літератури та документації, впровадженні у навчальний процес новітніх інтерактивних технологій.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Сабадишин Р.О., Рижковський В.О. Наукові дослідження викладачів-бакалаврів та студентів-бакалаврів медичних коледжів як один із механізмів реформування у інститути медсестринства та запорука якісної ступеневої вищої сестринської освіти // Медична освіта. – 2006. – № 3. – С. 79-82.

2. Чернишенко Т.І. Медсестринська освіта в Україні і Болонський процес // Медсестринство України. – 2005. – № 1. – С. 5-11.

3. Чернишенко Т.І. Програма розвитку медсестринства України (2005-2010 рр.) // Медсестринство України. – 2005. – № 2. – С. 2-7.



УДК: 614.251.3+614.2(477)

**РЕФОРМУВАННЯ МЕДСЕСТРИНСТВА. ДОСВІД І ПЕРСПЕКТИВИ****Н.П. Леонченко, С.В. Степанова***Житомирський інститут медсестринства*

У статті викладено досвід реформування медсестринства згідно з "Програмою розвитку медсестринства на Житомирщині", де зокрема, передбачено: забезпечення приведення системи підготовки та післядипломної освіти медичних спеціалістів відповідно до основних принципів Болонської декларації та продовження розвитку ступеневої медсестринської освіти – відкриття у вищих медичних навчальних закладах магістратури зі спеціальності "Сестринська справа".

**REFORMING OF NURSING. AN EXPERIENCE AND PERSPECTIVES****N.P. Leonchenko, S.V. Stepanova***Zhytomyr Institute of Nursing*

The work enlightens the experience of reforming nursing according to the Programme of the development of nursing in Zhytomyr region. At specifically relates ensuring of putting a system of training and postgraduate education of medical specialists in according with the main principles of Bologna declaration and continuation of developing a leveled nursing education – opening of a magistrate with a specialty "Nursing" in higher medical educational establishments.

**Вступ.** Медсестринство – важлива складова системи охорони здоров'я України. Реформування охорони здоров'я вимагає подальших кардинальних змін у підготовці середніх медичних працівників, підвищення рівня їх освіти. Вивчення міжнародного досвіду з питань розвитку медсестринства засвідчує, що раціональне використання сестринських кадрів сприяє значному покращанню якості, доступності та економічності надання медичної допомоги населенню, ефективному використанню ресурсів в охороні здоров'я, профілактиці захворювань [1, 2, 3].

**Основна частина.** На підставі Всеукраїнської програми розвитку медсестринства України на 2005/2010 рр. управлінням охорони здоров'я Житомирської облдержадміністрації розроблено план заходів з реалізації Програми розвитку медсестринства на Житомирщині.

Зокрема, передбачено:

- забезпечення приведення системи підготовки та післядипломної освіти медичних (фармацевтичних) спеціалістів у відповідність до основних принципів Болонської декларації;
- продовження розвитку ступеневої медсестринської освіти – відкриття у вищих медичних навчальних закладах магістратури зі спеціальності "Сестринська справа".

© Н.П. Леонченко, С.В. Степанова, 2007

Ступеневість навчання передбачає кваліфікаційні характеристики: медична сестра, медична сестра-бакалавр, магістр. Акцент при цьому ставиться на необхідності вдосконалення підготовки медичної сестри. Позитивним, на нашу думку, є те, що продовжено термін навчання до 3-х років зі спеціальності "Сестринська справа" за освітньо-кваліфікаційним рівнем – молодший спеціаліст.

Житомирським інститутом медсестринства розроблено програму підвищення ефективності підготовки медичних сестер:

- а) в аспекті професійної підготовки:
  - удосконалення навичок роботи з комп'ютерною технікою;
  - оволодіння навичками роботи із сучасним діагностичним обладнанням;
  - формування навичок спілкування з пацієнтом, звернення особливої уваги на психологічні аспекти роботи;
  - вивчення законодавства з питань охорони здоров'я, особливо дотримання прав пацієнта;
  - розширення переліку практичних навичок і лікувально-діагностичних процедур, які може виконувати медична сестра: інтубація, проведення простих хірургічних маніпуляцій (наприклад, пункції поверхнево розташованих гнояків та гематом, дренивання нескладних ран та ін.);
- б) поглиблення знань іноземних мов.

Реалізація зазначеної програми полягає у створенні робочої групи у складі викладачів коледжів та фахівців практичної охорони здоров'я, які б розробили відповідні стандарти підготовки. При цьому також необхідно враховувати досвід інших країн.

Зростає необхідність підготовки нової формації медичних сестер, здатних не тільки виконувати сестринські функції, але й організовувати підготовку та навчання середнього медичного персоналу, роботу сестринських відділень та лікарень. Усім цим якостям відповідає медична сестра-бакалавр.

На даний час не визначено місце, роль медичної сестри-бакалавра в закладах охорони здоров'я. Фахівців даного рівня підготовки повинні використовувати на посадах керівників структурних підрозділів, керівників лікарень із сестринського догляду, спеціалізованих служб (реанімації тощо).

На думку фахівців, для вирішення цього питання необхідно:

- прийняти відповідні зміни та доповнення до штатних розкладів закладів охорони здоров'я, в яких передбачити посади та ділянки роботи, де б були залучені медсестри-бакалаври; одночасно переглянути оплату праці відповідно до освітнього рівня;

- внести додаткові зміни до програми підготовки медичних сестер-бакалаврів на до- та післядипломних рівнях: після отримання диплома бакалавра запровадити піврічне стажування відповідно до обраного профілю (хірургія, травматологія); розробити програму післядипломної підготовки, підвищення кваліфікації, а також стандарти атестації згідно з категорією.

Позитивним кроком у розвитку медсестринства в Україні є введення магістратури зі спеціальності "Сестринська справа", адже центральною фігурою в процесі підготовки молодших медичних спеціалістів в Україні, як і в більшості країн Європи, США, Канади, повинна бути медична сестра з високим рівнем сестринської освіти, тобто магістр. Зазначені фахівці потрібні у лікувально-профілактичних закладах як керівники сестринського процесу; в медичних навчальних закладах – як викладачі дисциплін сестринського профілю.

Житомирський інститут медсестринства має досвід співпраці з магістрами сестринської спра-

ви Університету Кенесаві (США). Проведено спільні семінари, навчання, обмін досвідом з питань підготовки медичної сестри, медичної сестри-бакалавра, магістра сестринської справи. В ході проведення міжнародного пілотного проекту запроваджена програма підготовки медичної сестри, яка розроблена фахівцями з інформаційних технологій. Це дозволяє виявляти недостатню підготовку з певного розділу знань, проводити цілеспрямовану роботу з конкретних питань, використовуючи спеціально напрацьовані методики (практичні рекомендації, збірники тестів тощо). Після завершення пілотного проекту рівень знань медичної сестри підвищився з 65-70 % правильних відповідей до 95 %.

На сьогодні завдяки проведеній роботі викладачі інституту володіють сучасними досконалими технологіями підготовки медичної сестри. Одним із шляхів досягнення мети є нагальна необхідність розробки та затвердження освітніх стандартів підготовки медичних сестер-керівників, менеджерів в охороні здоров'я.

Важливим розділом підготовки молодших медичних спеціалістів, бакалаврів, а в недалекому майбутньому – магістрів сестринської справи є підготовка наукових кадрів, самовдосконалення викладачів. На сьогодні в інституті затверджено план науково-пошукових робіт і підготовки вчених кадрів на період до 2011 року. Відповідно до плану, в даний час виконується 40 дисертаційних робіт, з них 35 – на отримання наукового ступеня кандидата наук, 5 – доктора медичних наук. За останній рік відбувся захист однієї докторської дисертації та підготовлені до захисту 1 докторська, 4 кандидатські дисертації. В подальшому щорічно планується до захисту 5-6 дисертацій. На даний момент до навчального процесу в інституті й на кафедрі сімейної медицини залучено 29 викладачів з науковим ступенем.

**Висновки.** Медичні сестри у всьому світі все з більшою рішучістю відстоюють своє право робити самостійний професійний внесок у підвищення якості та доступності високопрофесійної медичної допомоги. Ми віримо, що реформування медсестринства в Україні зробить значний внесок у цю важливу справу.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Шегедин М.Б. Медсестринство в Україні. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 279 с.
2. Перфильева Г.Н. Сестринское дело в России:

Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1995. – 46 с.

3. Євтодюк А.В. Синергетичні засади моделювання освітніх систем: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – 2002. – 26 с.

УДК: 614.251.3+61.001.8

## ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В МЕДСЕСТРИНСТВІ

В.Й. Шатило, К.С. Васьков, Л.М. Козирацька, В.З. Свиридчук

*Житомирський інститут медсестринства*

У статті висвітлено переваги комп'ютерних технологій інформаційного забезпечення навчального процесу в медсестринстві за допомогою електронних підручників для дистанційної форми навчання.

## NEW TECHNOLOGY OF INFORMATION MAINTENANCE IN NURSING

V.Y. Shatylo, K.S. Vaskov, L.M. Kozyratska, V.Z. Svyrydyuk

*Zhytomyr Institute of Nursing*

In work the advantages of computer technologies of information maintenance of educational process in nursing are covered through the electronic textbooks for remote training.

**Вступ.** Відомо, що однією з найважливіших складових якості медичної допомоги є високий рівень професійної підготовки медичних сестер, який забезпечується доступністю для них сучасних інформаційних матеріалів та використанням в додипломній і післядипломній підготовці сучасних телекомунікаційних технологій [1, 2, 3].

**Основна частина.** Поряд з професійними знаннями одними з найважливіших складових якісної вищої освіти медсестер є вільне володіння англійською мовою, знання європейських та американських стандартів і протоколів надання медичної допомоги та вміння користуватися міжнародними інформаційними ресурсами за допомогою сучасних телекомунікаційних технологій. Одним з пріоритетних напрямків розвитку сучасної освіти є широке впровадження дистанційних форм навчання, яке забезпечує студентам віддалений доступ до навчальної інформації, а також надає можливість удосконалювати автономність та самостійність в навчанні [2,4].

При цьому ефективність від впровадження сучасних комп'ютерних технологій зростає лише за умови, якщо вони дозволяють перевести репродуктивну модель організації навчального процесу в продуктивну, суб'єктно-орієнтовану [2,4].

Такий підхід вимагає таких передумов:

- відповідної матеріально-технічної бази (придбання необхідної комп'ютерної техніки та створення локальної комп'ютерної мережі);
- належного програмного забезпечення – придбання готових і створення власних програмних продуктів: повнотекстової колекції науково-методичних матеріалів на електронних (електронні підручники та відеофільми) і паперових носіях;
- високого рівня комп'ютерної грамотності викладачів і слухачів;
- забезпечення телекомунікаційного доступу до місцевих, регіональних та світових інформаційно-освітніх ресурсів;
- розробки програм педагогічного експерименту, спрямованого на впровадження нових інформаційних технологій у навчальний процес.

Стосовно професійної медичної підготовки перспективним підходом є поєднання активної та інтерактивної форм навчання з використанням сучасних телекомунікаційних технологій. Активна форма передбачає спілкування з викладачем, інтерактивна – з комп'ютером. Викладач веде заняття, подаючи через мультимедійний проектор відеофільми і озвучені фрагменти з електронного підручника згідно з темою, що вивчається, для всієї групи. При інтерактивному навчанні слухачі мають змогу користуватись електронним підручником індивідуально і на свій вибір. Тільки за такої

умови вдається досягти відповідного рівня знань та практичних навичок.

Найбільш вагомий позитивний ефект підвищення інформаційного та навчально-методичного забезпечення навчального процесу нами виявлено при використанні власноруч розроблених електронних підручників.

На сьогодні в Україні можна придбати широкий спектр електронних підручників на компакт-дисках. Однак провідні компанії ("TeachPro", "IC", "Кирилл и Мефодий", "МедиаХауз") поставляють їх у вигляді продукту, який не передбачає можливості внесення будь-яких змін, навіть на рівні тестового контролю.

Альтернативою може служити використання програм-оболонки "LearningSpace", "Edugen", "Прометей". Такі програми-оболонки не тільки передбачають розробку електронних підручників на власний розсуд, але й дають можливість організації навчального процесу в мережі за принципом "віртуального деканату". Остання перевага дозволяє реалізувати поєднання активної та інтерактивної форм очного навчання та є досить зручною для організації дистанційного навчання.

Порівняно з традиційними паперовими підручниками електронна книга має такі переваги:

- практично вічне збереження інформації, тоді як паперові книги з часом стають нечитабельними;
- компактність: на одному CD чи DVD диску вміщується кілька трикілограмових паперових томів, а на сервері – сотні відеофільмів та електронних підручників;
- миттєвий пошук потрібної інформації за ключовим словом;
- висока мобільність, практично весь набір необхідної навчальної, довідкової, монографічної та періодичної літератури з певної теми поміщається на одному компакт-диску, котрий можна сховати до кишені;
- невелика вартість і можливість будь-коли отримати за допомогою принтера паперовий варіант будь-якого розділу чи електронного підручника в цілому;

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бенько О.Г., Грідасова Л.М., Котельникова Ю.В., Бесєдіна А.С. До проблем інформаційного забезпечення інноваційних процесів в медицині // Український терапевтичний журнал. – 2003. – № 1. – С. 57-59.
2. Іванова І.Ш. Оптимізація інформаційно-бібліо-

- можливість необмежено доповнювати та змінювати інформацію, тобто попереджувати моральне старіння підручника.

Для реалізації останньої переваги електронний підручник повинен бути розміщений на сервері локальної мережі. Серверну частину програми умовно ділять на змістовну і керівну. Змістовна частина і є по суті електронним підручником і може включати всі необхідні складові: модулі, розділи, теми, блоки оперативного контролю і самоконтролю, блоки тестування і т. д.

Керівна частина дає можливість змінювати його зміст: добавка контенту, внесення змін до тестових питань, зміна дизайну і под.

Доступ до керівної частини обмежений і має кілька рівнів. Перший рівень (низький) передбачає лише перегляд результатів тестового контролю.

Другий рівень дає можливість вносити зміни в тестові питання.

Третій рівень забезпечує повний доступ до адміністрування всього підручника. Його мають лише ті, хто безпосередньо займається розробкою даного підручника, – його автори, координатор курсу, програміст.

**Висновки.** 1. Перспективність електронних підручників не викликає сумніву. Є всі підстави очікувати, що вони стануть основним видавничим продуктом XXI століття. Створення електронних підручників у медсестринстві – нагальна суспільна потреба.

2. Найбільш зручним є використання програм-оболонки, які передбачають не тільки розробку електронних підручників на власний розсуд, але й дають можливість організації навчального процесу в мережі шляхом поєднання активної і інтерактивної форм навчання.

Перспективи подальших досліджень в цьому напрямку полягають в розробці й удосконаленні систем інформаційного забезпечення, розробці та затвердженні відповідних змін в навчальних програмах додипломної та післядипломної освіти з опорою на сучасні комп'ютерні технології підвищення ефективності медичної освіти.

течного забезпечення навчання англомовних студентів-іноземців / Библиотеки и ассоциации в меняющемся мире: новые технологии и новые формы сотрудничества. Тр. 10-й юбил. междунар. конф. "Крым 2003". – М.: ГПНТБ России, 2003. – Т. 3. – 408 с.

3. Парій В.Д., Сорочинська Т.В., Шимотюк В.В., Бенедичук Ю.В. Досвід використання сучасних інформаційних технологій у Житомирському обласному медичному центрі // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 1. – С. 23-26.

4. Sheridan J. Information Literasy in an ESL Environment / Библиотеки и ассоциации в меняющемся мире: новые технологи и новые формы сотрудничества. Тр. 10-й юбил. междунар. конф. "Крым 2003". – М.: ГПНТБ России, 2003. –Т. 3. – 408 с.

УДК 616.083

## СПІВРОБІТНИЦТВО НА ЕТАПАХ РОЗВИТКУ МЕДСЕСТРИНСТВА

**К.І. Шаповал, Н.П. Яковенко**

*Кременчуцький медичний коледж*

Про роль та місце вищих навчальних закладів I-II рівнів акредитації, їх взаємодію з лікувально-профілактичними закладами області щодо забезпечення проведення освітньо-професійної підготовки медичних сестер у період розвитку медсестринства України.

## COOPERATION ON THE STAGES OF NURSERY DEVELOPMENT

**K.I. Shapoval, N.P. Yakovenko**

*Kremenchuh Medical College*

The article is about the role & place of higher educational establishments of first-second level of accreditation, their co-assistance with cure-prophylactic establishments of region concerning providing of educational preparation of nurses in the given period of development of nursery in Ukraine.

**Вступ.** Реформа медсестринства передбачає підготовку медичної сестри нового типу. Медична сестра повинна володіти клінічним мисленням, уміти орієнтуватися в характері патологічних змін в організмі, правильно вибрати тактику при наданні екстреної долікарської допомоги при невідкладних станах, досконало володіти технікою сестринських маніпуляцій, уміти скласти плани сестринського догляду за пацієнтом і диспансерного спостереження за ним, пропагувати здоровий спосіб життя.

**Основна частина.** Основою діяльності медичних сестер є медсестринський процес – системний, добре продуманий і обґрунтований, спрямований на досягнення мети, план, який потрібно реалізувати відповідно до потреб і зробити оцінку його проведення.

Важливими умовами цього процесу є встановлення взаєморозуміння, теплих, доброзичливих і

довірливих стосунків між медичною сестрою і пацієнтом, необхідність залучати пацієнта і його членів сім'ї до процесу планування дій, необхідність застосування індивідуального підходу до кожного, враховуючи специфічні потреби, зумовлені станом пацієнта та перебігом хвороби. Медсестринський процес, при якому розвиваються доброзичливі взаємовідносини між медичною сестрою та пацієнтом, гарантує йому високий рівень допомоги й догляду, а медсестрі – відчуття задоволення від своєї роботи, почуття виконаного обов'язку.

Саме актуальність цієї проблеми зумовила проведення в березні 2007 року на базі Кременчуцького медичного коледжу 3-ї обласної конференції. Тема – "Програма розвитку медсестринства України на 2005-2010 роки та впровадження медсестринського процесу в лікувально-профілактичних закладах області". Емблемою конференції стало серце як символ найважливі-

© К.І. Шаповал, Н.П. Яковенко, 2007

ших цінностей сестринської справи: гуманізму, любові, доброти та піклування про людину. Зі змістовними доповідями з питань практичного поетапного впровадження медсестринського процесу виступили президент Полтавської обласної асоціації медичних сестер Самолеліс Л.М., головна медична сестра Полтавської області Сидоренко О.К., головна медична сестра м. Кременчука Влох Т.Ю. Ряд цікавих доповнень організаційно-методичного плану, зумовлених дворічним досвідом впровадження медсестринської моделі догляду, внесені головними лікарями, головними медичними сестрами центральних районних лікарень, лікарень міста, викладачами коледжу. З науково-методичної точки зору викладачами коледжу проаналізовано питання медсестринського процесу, характеристика його етапів, особливості оформлення та ведення медичної документації, результати впровадження медсестринського процесу в лікувально-профілактичних закладах області, етико-деонтологічні аспекти роботи медичної сестри, імідж сучасного керівника сестринського процесу. Представлено сигнальні зразки ведення первинної обліково-медичної документації: лист сестринської оцінки загального стану пацієнта, лист сестринського обстеження пацієнта і план сестринського догляду пацієнта. Директор коледжу, заслужений лікар України Литвиненко В.І., за ініціативою якого був проведений даний захід, доповів про принципи взаємодії, за якими коледж і лікувально-профілактичні заклади області здійснювали підготовку до реформування медсестринства, адже навчальний заклад поглиблює практичну підготовку медичних сестер за медсестринською моделлю, тому кожна нова думка лікувальних закладів враховується в навчально-виховному процесі. Нові наукові, організаційно-методичні ідеї розробляються і обґрунтовуються викладачами, проходять експертну практичну доробку в лікувально-профілактичних закладах і "повертаються" вже як конкретні рекомендації для поглиблення практичної фахової підготовки медичних сестер нового типу. Таким чином, наша співпраця допомагає молодшому спеціалістові в майбутньому більш швидко й конкретно адаптуватися на робочому місці.

Зацікавленість присутніх викликали стандартні моделі та схеми ведення документації, що відображає етапи медсестринського процесу. Моніторинг організації роботи за даними документами, узагальнення досвіду може сприяти в подаль-

шому створенню стандартів професійної діяльності медичних сестер у лікувально-профілактичних закладах. Адже згідно з Європейським регіональним бюро ВООЗ "Суть сестринської справи полягає в догляді за людиною, а те, яким чином сестра здійснює цей догляд, є суттю сестринського процесу. В основі цієї роботи повинна лежати не інтуїція, а продуманий і формований підхід, розрахований на задоволення потреб і вирішення проблем пацієнта". Відповідно стандартна модель сестринського процесу має п'ять етапів.

1. Збір необхідної інформації про пацієнта та первинна оцінка його стану. Оцінка потреб пацієнта і необхідних для сестринського догляду ресурсів (дані суб'єктивного та об'єктивного методів обстеження записуються у сестринську історію хвороби).

2. Медсестринський діагноз (медсестринська діагностика зосереджується на проблемі пацієнта, наявній чи потенційній, яка потребує втручання, активних дій медсестри, щоб усунути проблему, розв'язати або хоча б пом'якшити її наслідки).

3. Планування медсестринських дій (план має включати критерії оцінки догляду й очікуваних результатів, дозволяє визначити економічні витрати, оскільки в плані треба зазначити матеріали та обладнання, необхідні для виконання сестринського догляду).

4. Виконання (реалізація сестринського плану дій: беручи за основу медсестринський план надання пацієнту допомоги і догляду, медична сестра може здійснювати будь-які заплановані медсестринські заходи).

5. Підсумкова оцінка ефективності сестринського догляду, оцінка результатів і прогресу в стані здоров'я пацієнта (підсумовуються нові досягнення, знання, уміння, набуті під час практичної роботи з пацієнтом, а також досвід, який збагачує не лише медичну сестру, а й усіх працівників медичного закладу).

Сестринська історія хвороби

I. Дані про пацієнта (загальний розділ).

II. Сестринський діагноз (проблеми).

1. Дійсні.

2. Потенційні.

III. Сестринське обстеження.

1. Суб'єктивне обстеження (скарги, анамнез захворювання, анамнез життя).

2. Об'єктивне обстеження (фізичний стан, дихальна система, серцево-судинна система, травна система, сечовидільна система, нервова систе-

## План сестринського догляду — для здійснення 3-5 етапів сестринського процесу

| Дата | Проблема пацієнта | Мета (очікуваний результат) | Медсестринські втручання (дії медсестри) | Періодичність, кратність, частота оцінки | Кінцева дата досягнення мети | Підсумкова оцінка ефективності догляду |
|------|-------------------|-----------------------------|--|--|------------------------------|--|
|      |                   |                             |  |  |                              |  |

ма, визначення місця для парентерального введення лікарських засобів, визначення місця можливого проведення найпростіших процедур, психологічне обстеження, лабораторні дані).

Лист сестринської оцінки стану пацієнта (для здійснення 1-2 етапів сестринського процесу) включає такі розділи: оцінка дихання, харчування та вживання рідини, фізіологічні відправлення, рухова активність, сон, відпочинок, комфорт, потреба в безпеці, здатність спілкування, навчання пацієнта та родини з питань їхнього здоров'я.

У процесі підготовки до конференції також був проведений аналіз нових програм медсестринської освіти, який показав, що загалом у більшості звертається належна увага відповідно на питання реформування та оновлення змісту медсестринської освіти для того, щоб зміст програми був адекватний соціальним, економічним, суспільним та науковим змінам, які відбуваються в нашій країні. Адже успішне виконання нових завдань, поставлених перед медсестринським персоналом сьогодні і на майбутнє, вимагає рішучого та інтенсивного підйому рівня професійної та освітньої підготовки фахівців, переорієнтації професійної освіти з проблем патології та захворювань на проблеми здоров'я, його збереження та розвиток громадянського здоров'я, громадянського медсестринства та первинної медико-санітарної допомоги, тісної взаємодії між системою підготовки і практичного медсестринського персоналу в службах охорони здоров'я (у ЛПЗ).

Запроваджена "медсестринська модель" підготовки медсестер-бакалаврів включає питання обстеження та визначення стану здоров'я пацієнта, організації та забезпечення медсестринського процесу, клінічне медсестринство, медсестринство у вузьких спеціалізаціях, менеджмент та лідерство в медсестринстві, основ педагогіки, громадянського здоров'я та громадського медсестринства, медсестринство в сімейній медицині; сформульовані вміння з пропаганди медико-гігієнічних знань, профілактики захворювань, формування здорового способу життя населення, навчання та виховання свідомого ставлення до здоров'я.

Таким чином, новий пакет документів, який регламентує концептуальні підходи до змісту та форм підготовки медичної сестри, в т.ч. бакалавра, визначає кінцеві цілі підготовки майбутнього фахівця і стає одночасно конструктивною основою для відбору змісту підготовки, його вдосконалення та створення контекстного методичного забезпечення навчально-виховного процесу.

**Висновки.** Таким чином, ведення медсестринського процесу скоригує центр уваги на загальний стан здоров'я людини, а не вирішення окремих завдань лікувального процесу, стає моделлю надання ефективної медсестринської допомоги. Зважаючи на завдання навчальних закладів і лікувально-профілактичних установ щодо реалізації цієї моделі, учасники конференції вирішили питання про подальшу поетапну співпрацю з питань реформування медсестринства.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Програма розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр. (МОЗ України. Наказ № 585 від 08.11.2005 р.).
2. Губенко І.Я. Медсестринський процес. — К.: Здоров'я, 2001. — 208 с.

3. Демченко О.К. Медсестринство в терапії. — К.: Здоров'я, 2001. — 333 с.
4. Шегедин М.Б. Медсестринство у світі. — Львів: Край, 1999. — 364 с.

УДК 611./612

**МЕТОДОЛОГІЯ ВИКЛАДАННЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН  
У ВНЗ I-II РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ****Ю.Ф. Педанов, А.І. Гоженко, Р.Ф. Макулькін***Одеське обласне базове медичне училище,  
Одеський державний медичний університет*

---

Встановлення єдиного Європейського простору вищої освіти потребує опису навчальних дисциплін, структури-  
рування їх, створення зрозумілої та прозорої системи навчання.

---

**METHODOLOGY OF MORPHOFUNCTIONAL SUBJECTS TEACHING IN THE  
HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS OF I-II LEVELS ACCREDITATION****Yu.F. Pedanov, A.I. Hozhenko, R.F. Makulkin***Odessa Regional Basic Medical School,  
Odessa State Medical University*

---

Creating united European space for higher learning requires a description of teaching disciplines, of grouping them,  
providing for comprehensible and transparent system of teaching.

---

**Вступ.** На сьогодні проблемам вищої медичної освіти присвячена велика кількість наукових робіт, що пояснюється курсом України в Європейський та світовий освітній простір та потребує комплексу заходів, серед яких важливе місце відводиться підвищенню якості підготовки спеціалістів-медиків, приведення їх до європейських норм та стандартів. Це стосується не тільки ВНЗ III-IV рівнів акредитації, де студенти також отримують спеціальність "Медична сестра", але й більшості медичних коледжів, училищ та шкіл, що відповідає ВНЗ I-II рівнів акредитації.

У зв'язку з цим великий інтерес представляє співставлення вітчизняного та закордонного досвіду.

**Основна частина.** Медичні сестри – базисна спеціальність для абсолютної більшості країн Європи. У медичних школах Європи навчання триває, як правило, три роки. Для спеціалізації випускники додатково проходять курс підготовки тривалістю в межах одного року навчання. В низці країн спеціалізація медсестер (педіатрія, психіатрія) відбувається на ранніх етапах. У деяких країнах (наприклад, Болгарія) підготовка медичних сестер відбувається на перших трьох курсах медичних університетів і тому морфофункціональні

дисципліни вивчаються у різних семестрах на відповідних кафедрах. У медичних школах та коледжах абсолютної більшості країн Європи ці морфофункціональні дисципліни вивчаються як інтегрована дисципліна "Анатомія і фізіологія" на першому курсі, а "Патологія" на другому або третьому курсі. В коледжах США також викладають дві дисципліни – "Анатомія і фізіологія людини" та "Патологія". В ВНЗ I-II рівнів акредитації Росії з 2002 року також була прийнята єдина програма за цими дисциплінами для всіх основних спеціальностей.

Аналіз навчальних програм і планів 12 країн Європи, а також США свідчить про те, що принципи їх формування не мають постійний характер, фрагментарні, мають недостатнє співвідношення між теоретичними та практичними заняттями, мають специфічність.

У вітчизняній історії медичної освіти в ВНЗ I-II рівнів акредитації є досвід одночасного викладання на першому курсі двох дисциплін (до середини 80-х років): "Анатомія" і "Фізіологія" для спеціальностей "Лікувальна справа" і "Акушерська справа". Дана система не сприяє ефективному засвоєнню знань з функціональних характеристик тканин, органів, систем, організму, тому що

---

© Ю.Ф. Педанов, А.І. Гоженко, Р.Ф. Макулькін, 2007



роз'єднує в часі структури та функції. Даний досвід свідчить про найбільшу доцільність вивчення інтегрованої дисципліни "Анатомія і фізіологія людини" зі збереженням сумарної кількості годин та окремої дисципліни "Патологія", що відповідає уявленням та структуруванню знань за структурою і функціями здорового організму, а також принципам формування і розвитку процесів патології.

**Висновки.** Враховуючи традиції вітчизняної медичної освіти та закордонний досвід, вважаємо за доцільне вивчення на першому курсі в ВНЗ I-II рівнів акредитації інтегрованої дисципліни "Анатомія і фізіологія людини" з наступним вивченням дисципліни "Патологія". Така практика може сприяти підвищенню якості підготовки спеціалістів для виконання своїх функціональних обов'язків, та в подальшому підвищує зацікавленість в продовженні освіти в ВНЗ III-IV рівнів акредитації.