

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**

**3/2007**

# МЕДСЕСТРИНСТВО

---

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

---

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор  
Чернишенко Т.І.  
Заступник головного редактора  
Ковальчук Л.Я.  
Заступник головного редактора  
Ястремська С.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 № 11751-622Р 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>**

Затверджено вченою радою  
Тернопільського державного медичного  
університету імені І.Я. Горбачевського  
(протокол №6 від 20.11.2007 р.)

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

---

Редагування і коректура Мельник Л.В.  
Технічний редактор Демчишин С.Т.  
Комп'ютерне верстання Гуменюк Р.О.  
Оформлення обкладинки Кушик П.С.

Підп. до друку 26.11.2007 Формат 60×84/8.  
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсет.  
Ум. друк. арк. 5,23. Обл.-вид.арк. 4,74.  
Тираж 300. Зам. № 237.

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

- І.Р. Мисула, Н.Б. Галіяш*  
Українсько-Нідерландський проект  
“Підтримка та поліпшення догляду за  
людьми похилого віку на рівні громад” в  
Україні запрошує до співпраці **5**
- М.А. Андрейчин, В.С. Копча, І.С. Іщук*  
Сучасний підручник з епідеміології для  
вищих медичних навчальних закладів I-II  
рівнів акредитації: досвід і перспективи **8**
- В.О. Шідловський, С.Й. Запорожан,  
І.М. Дейкало, П.О. Герасимчук,  
Р.Я. Кушнір, О.В. Шідловський,  
Л.Ю. Іващук, С.Я. Костів*  
Досвід викладання хірургічних дисциплін в  
інституті медсестринства **12**
- К.А. Посохова, О.М. Олещук*  
Висвітлення етичних проблем безпечного  
застосування ліків при викладанні  
фармакології на медсестринському  
факультеті **14**
- С.М. Андрейчин, Н.З. Ярема, Н.А. Хабарова,  
Н.Я. Верещагіна, Н.А. Бількевич*  
Медична сестра – помічник сімейного  
лікаря: сучасні підходи до навчання в  
Тернопільському державному медичному  
університеті імені І.Я. Горбачевського **17**
- С.Н. Вадзюк, Н.М. Волкова, О.В. Денефіль*  
Організація практично-орієнтованого  
викладання нормальної фізіології  
студентам інституту медсестринства **20**
- О.С. Усинська*  
Проблеми та перспективи підготовки  
іноземних студентів у ННІ медсестринства  
Тернопільського державного медичного  
університету імені І.Я. Горбачевського **23**
- Н.Ф. Новосьолова*  
Сучасні погляди на зміст медсестринської  
освіти **26**
- Н.Ф. Новосьолова*  
Напрямки удосконалення неперервної  
післядипломної медсестринської освіти **31**

## CONTENTS

- I. Mysula, N. Haliyash*  
Ukrainian-Netherland project “Supporting  
and strenthening community care for older  
people” in Ukraine invites to cooperation **5**
- M.A. Andreychyn, V.S. Kopcha, I.S. Ishchuk*  
Modern textbook from epidemiology for higher  
medical educational establishments of I-II levels  
of accreditation: experience and prospects **8**
- V.A. Shidlovsky, S.J. Zaporozhan,  
I.M. Deykalo, P.O. Gerasymchuk,  
R.Ya. Kushnir, O.V. Shidlovsky,  
L.J. Ivashchuk, S.J. Kostiv*  
Experience of teaching of surgical  
disciplines in the institute of nursery **12**
- K.A. Posokhova, O.M. Oleshchuk*  
Ethical problems of safety drugs  
administration in pharmacology studying at  
nursing department **14**
- S.M. Andreychun, N.Z. Yarema,  
N.A. Khabarova, N.Ya. Vereshchahina,  
N.A. Bilkevuch*  
A nurse as an assistant of a family doctor:  
modern approaches to study in Ternopil state  
medical university by I.Ya. Gorbachevsky **17**
- S.N. Vadzyuk, N.M. Volkova, O.V. Denefil*  
Organizing of practically oriented teaching  
of normal physiology in the nursing school **20**
- O.S. Usynska*  
Problems and perspectives of foreign  
students’ training at nursing est of  
Ternopil state medical university  
by I.Ya. Horbachevsky **23**
- N.F. Novosyolova*  
Current views of contents in nursing  
education **26**
- N.F. Novosyolova*  
The ways to improve of postgraduate  
nursing education **31**

*І.Є. Герасимюк, Б.Я. Ремінецький,  
О.М. Киричок, М.В. Самборський*  
Нові підходи до вивчення анатомії  
людини при навчанні за програмою I-II  
рівнів акредитації

*Б.А. Локай*  
Отруєння токсичними грибами.  
Діагностика на догоспітальному етапі

*Н.В. Ревчук*  
Встановлення медсестринсько-  
акушерської служби у США

*І.В. Кубей, Н.І. Балацька*  
Оптимізація навчання медсестер-  
бакалаврів на кафедрі педіатрії

*I.Ye. Herasymyuk, B.Ya. Reminetskyy,  
O.M. Kyrychok, M.V. Samborskyy*  
The new approaches for the studying of  
human anatomy according the program of I-  
II nd accreditation level

**36**

*B.A. Lokay*  
Poisoning by toxic mushrooms. Diagnostics  
during pre-hospital stage

**39**

*N.V. Revchuk*  
Formation of midwifery service in USA

**41**

*I.V. Kubey, N.I. Balatska*  
Optimization of bachelor-nursing education  
at pediatrics department

**44**

## УКРАЇНСЬКО-НІДЕРЛАНДСЬКИЙ ПРОЕКТ “ПІДТРИМКА ТА ПОЛІПШЕННЯ ДОГЛЯДУ ЗА ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ НА РІВНІ ГРОМАД” В УКРАЇНІ ЗАПРОШУЄ ДО СПІВПРАЦІ

**І.Р. Мисула, Н.Б. Галіяш**

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

---

5 листопада 2007 року у м. Тернополі відбулася презентація та урочисте відкриття спільної українсько-нідерландського проекту, метою якого є запровадження багатогалузевого підходу та безперервної системи опіки за людьми похилого віку та забезпечення їх здоров'я та належної якості життя. Програма, яку реалізовуватимуть медичні університети, громадські організації та державні структури Нідерландів та України, підтримана урядом Нідерландів, спрямована на поліпшення стану значної частки населення України – людей похилого віку шляхом запровадження освітньої програми для медсестер сімейної медицини та її взаємозв'язку з практикою та оточенням, в якому перебуває цільова група людей похилого віку.

---

## UKRAINIAN-NETHERLAND PROJECT “SUPPORTING AND STRENGTHENING COMMUNITY CARE FOR OLDER PEOPLE” IN UKRAINE INVITES TO COOPERATION

**I.R. Mysula, N.B. Haliyash**

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

---

On November 5, 2007 the presentation and kick-off meeting of ukrainian-netherland project “Supporting and Strengthening Community Care for Older People” was held. The goal of the project is improving health and well-being for elderly people by strengthening community care with national family-medicine (community care) nursing education and its relation with practice and stakeholders context. The focus is on multidisciplinary and seamless care in well-being and care.

---

**Вступ.** Населення світу старіє все швидше і швидше. Прогнозують, що до 2050 року середній вік людства збільшиться від сьогоднішніх 28 років до 38. На даний час 10 % жителів Землі – люди 60 років і старші. За оцінками спеціалістів, до 2050 року більше однієї пятої (22 %) населення будуть належати до цієї вікової категорії. Тобто, коли в 2005 році у світі було 672 мільйони людей похилого віку, то до 2050 року їх кількість зросте майже вдвічі, сягнувши 2 мільярдів [1].

В Україні демографічні тенденції відповідають таким в Європі: кожен п'ятий українець є людиною похилого віку. Соціальна політика держави спрямована на те, щоб забезпечити самотніх стареньких, які не в змозі самі про себе подбати. Та, на жаль, в системі соціального захисту

існує багато недоліків та невідповідностей: немає структур, які б забезпечували співпрацю між медичними та соціальними службами заради безперервності догляду, відсутня медсестринська модель надання медичної допомоги, невідповідність навчального курсу медичних сестер сімейної медицини потребам сьогодення.

**Основна частина.** 5 листопада в конгрес-центрі “Червона калина” ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського відбулася урочиста презентація українсько-нідерландського проекту “Підтримка та поліпшення догляду за людьми похилого віку на рівні громад”. У рамках проекту протягом наступних трьох років здійснюватимуть співпрацю українських і нідерландських установ та організацій з метою поліпшення здоров'я та якості життя людей похилого віку.

Проект фінансує Програма соціальних трансформацій (МАТРА) Міністерства закордонних справ Королівства Нідерландів. Партнерами в його реалізації є установи соціального захисту, органи влади, освітні інституції та неприбуткові (скажімо, волонтерські) організації. Координація ж здійснюватиметься через державні медичні університети.

Нідерландська сторона представлена кількома організаціями: Саксіонський університет прикладних наук, Carint Group, компанії Consultants for Kevelopment Programs (СКР) та Eurosense. Представник Саксіонського університету доктор Ф.Дж.М. Пол, директор академії охорони здоров'я, під час представлення нідерландських партнерів сказав, що організація Carint Group, яка надає послуги в сфері опіки за людьми похилого віку та домашнього догляду в Нідерландах, впроваджує спільні з українськими організаціями проекти, що стосуються сімейної медицини, якості життя літніх людей та медсестринського догляду вдома. Організаційно-технічну підтримку таким проектам надає компанія Eurosense. Carint Group водночас тісно співпрацює із Саксіонським університетом. До університетського центру охорони здоров'я та соціальної роботи вони звернулися для реалізації нового проекту в Україні. В розробці проекту взяла участь голландська організація Consultants for Kevelopment Programs (СКР), яка працює в сфері розвитку потенціалу неприбуткових організацій.

Унікальність проекту "Підтримка та поліпшення догляду за людьми похилого віку на рівні громад" полягає в системному та комплексному підході до забезпечення добробуту та поліпшення якості життя однієї з найнезабезпеченіших та занедбаних категорій населення України. Програма ставить на меті створення системи безперервного догляду та поліпшення фаху працівників медичної та соціальної сфери для догляду за людьми похилого віку – самотніми, тими, що мають хронічні захворювання та розумові розлади. Сутність програми не тільки в медичному догляді, хоча цьому приділяється значна увага в рамках проекту, а й в привертненні уваги до координації зусиль влади, громадськості та приватного сектора на місцевому рівні.

Для цього в чотирьох регіонах України (Київ, Одеса, Тернопіль та Крим) пройдуть пілотні проекти забезпечення безперервного догляду людей похилого віку. Основними завданнями робочих груп, які очолюють та забезпечують розробку цих проектів, є:

1. Поліпшення догляду за людьми похилого віку на рівні громад шляхом створення місцевої мережі співпраці між медичними навчальними закладами (університетами та медичними коледжами), закладами охорони здоров'я, зацікавленими особами, фахівцями в громаді та волонтерами – неприбутковими організаціями. Інтеграція сімейної медицини в систему догляду за людьми похилого віку.

2. Підвищення рівня підготовки медсестер в галузі догляду на рівні громад (сімейної медицини) через створення національних стандартів програми навчання медичних сестер сімейної медицини, які відповідатимуть європейським стандартам (Болонським), поліпшення сучасного рівня освіти медичних сестер, якості надання послуг, підвищення ролі та функції Національної асоціації медичних сестер.

3. Зростання місцевого експертного потенціалу через поширення в інших навчальних закладах країни знань та досвіду проекту як системного елементу подальшої реструктуризації системи догляду на рівні громади.

У рамках трирічного проекту в Україні відбудуться семінари та тренінги. Навчальний курс – це і оцінка виконаної роботи та досягнутих результатів, і підготовка до продовження діяльності через навчання та вивчення досвіду. Щорічно відбуватиметься навчальна поїздка до міст Енчуде та Девентер в Нідерландах, що передбачає робочі візити, семінари та дискусії. Наприкінці цього терміну заплановано проведення підсумкової конференції для обговорення результатів. Очікується, що робота вестиметься в таких напрямках:

1. У чотирьох університетах та одному медичному коледжі різних областей України буде створена мережа практичного догляду та налагоджена співпраця між різними галузевими одиницями (університетами, місцевою владою, громадськими організаціями) для формування системи безперервного догляду за людьми похилого віку. Також посилиться вплив місцевих громадських (приватних) установ. (В Одесі, наприклад, буде створено будинок догляду за людьми похилого віку інтернатного типу як приклад установи на рівні громади). А саме:

- На місцевому рівні буде створена мережа співпраці між фахівцями з надання догляду на рівні громади, навчальними та освітніми установами, владою та громадськими (благодійними) організаціями.

· У 4 містах будуть реалізовані пілотні проекти безперервного догляду.

· Буде розроблено та реалізовано програми підвищення потенціалу громадських організацій з точки зору їх програмного та управлінського функціонування.

2. Будуть розроблені національні стандарти в галузі підготовки медсестер сімейної медицини, які відповідають європейським стандартам (Болонським), що сприятиме підвищенню рівня навчання медичних сестер сімейної медицини/догляду на місцевому рівні (в 4 університетах та 1 медичному коледжі) та створенню системи показників якості в даній сфері. Буде зміцнена роль та функції національної та обласних асоціацій медичних сестер. А саме:

· Буде впроваджена програма навчання медичних сестер догляду на рівні громади на засадах національних стандартів (вимог) до навчальної програми підготовки медсестер сімейної медицини.

· Буде налагоджено тривале партнерство та співпраця між організаціями (установами) Нідерландів та України.

**Висновки.** Проект "Підтримка та поліпшення догляду за людьми похилого віку на рівні громад" передбачає ряд взаємопов'язаних кроків. А саме: опіка людей похилого віку, що перебувають в групах ризику й потребують допомоги, сімейна медицина з наголосом на роботу медичних сестер, співпраця та координація зусиль різних установ для забезпечення безперервного догляду.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Доклад Генерального секретаря ООН "Основные тенденции в области старения после Второго Международного Форума по старению" (*Major*

*developments in the area of ageing since the Second World Assembly on Ageing*), E/CN.5/2007/7, 21 ноября 2006 года.

# СУЧАСНИЙ ПІДРУЧНИК З ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ДЛЯ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ I-II РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ: ДОСВІД І ПЕРСПЕКТИВИ

М.А. Андрейчин, В.С. Копча, І.С. Іщук

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

---

На підставі власного досвіду та аналізу даних літератури автори узагальнюють вимоги для створення сучасного підручника з епідеміології для вищих медичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації. Зазначено, що підручник новітнього зразка повинен містити певні структурні елементи, які логічно послідовні та взаємопов'язані один з одним. Текст підручника необхідно адаптувати передусім для самостійної підготовки майбутніх фахівців. Оптимальним є поєднання теоретичної епідеміології з практикумом. Поряд з традиційним тлумаченням епідеміології нинішня світова тенденція зобов'язує висвітлювати й епідеміологію неінфекційних захворювань.

---

## MODERN TEXTBOOK FROM EPIDEMIOLOGY FOR HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS OF I-II LEVELS OF ACCREDITATION: EXPERIENCE AND PROSPECTS

M.A. Andreychyn, V.S. Kopcha, I.S. Ishchuk

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

---

On the basis of own experience and data analysis of literature authors summarize the requirements for making of modern textbook from epidemiology for higher medical educational establishments of the I-II levels of accreditation. It is noted, that the textbook of the newest model must contain certain structural elements what logically successive and connected with each other. The textbook must be adapted foremost for independent preparation of future specialists. Combination of theoretical epidemiology with practical work is optimum. Next to traditional interpretation of epidemiology a present world tendency obligates to light epidemiology of uninfected diseases.

---

**Вступ.** Якісний підручник з будь-якої дисципліни є важливою умовою глибокого розуміння та засвоєння студентом предмета. Не є винятком і підручники, адресовані студентам вищих навчальних медичних закладів II рівнів акредитації. Адже функціональні обов'язки фельдшера і медсестри дуже важливі і від їх виконання залежить якість надання медичної допомоги населенню. Здекларована нашою державою інтеграція у західноєвропейський освітній простір вимагає вдосконалення навчального процесу з врахуванням світового досвіду.

**Основна частина.** Вісім років тому ми створили підручник "Епідеміологія", який був першим україномовним виданням з цього предмета для студентів фельдшерських відділень медичних училищ, коледжів і факультетів вищої медсестринсь-

кої освіти. Здобутий досвід і аналіз даних літератури дають нам змогу узагальнити вимоги для створення сучасних книг такого ґатунку.

Тривалий час епідеміологію розглядали як самостійну галузь медицини, що вивчає причини виникнення і поширення лише інфекційних хвороб, а також розробляє способи боротьби з ними, можливості їх викорінення і запобігання їм. Але на Заході говорять також про епідеміологію неінфекційних хвороб (наприклад, онкологічних захворювань, атеросклерозу, цукрового діабету) і, навіть шкідливих звичок (куріння, наркоманія, алкоголізм тощо). Таке розширене вживання терміну не завжди достатньо обґрунтоване, проте набуло широкого вжитку. Тому важливо розрізняти інфекційну та неінфекційну епідеміологію.

Наш підручник складається із двох взаємопов'язаних розділів. У першому розділі висвітлено сучасне уявлення про епідемічний процес, за-

---

© М.А. Андрейчин, В.С. Копча, І.С. Іщук, 2007



гальні принципи профілактики інфекцій, систему організації протиепідемічних заходів. Спочатку розкрито основні віхи розвитку епідеміології як науки, пріоритет українських вчених Д. Самойловича, Д. Заболотного, Л. Громашевського та ін. Далі послідовно висвітлено основні ланки епідемічного процесу: джерело збудника, механізм і шляхи його передачі, сприйнятливість людського організму (колективу), а також поняття про спорадичну захворюваність, епідемію і пандемію.

Розглянуто принципи проведення та організації протиепідемічних заходів. Конкретно розповідається про заходи для нейтралізації джерела збудника, переривання механізму передачі та формування несприйнятливості колективу. Підручник вирізняється тим, що поряд із традиційними засобами для дератизації, дезінфекції та дезінсекції наведено відомості про новітні способи профілактики інфекцій та препарати для цього. Докладно представлено види і методи дезінфекції, описано препарати, які найчастіше використовуються, а у табличному варіанті – форми застосування і концентрації препаратів для дезінфекції. Наведено комплекси протиепідемічних заходів при інфекційних хворобах, а також схеми активної і пасивної специфічної імунізації.

Сприйняття текстового матеріалу полегшує простота викладення і чітка його структурованість на розділи та підрозділи, важливі визначення обрамлені й виділені сірим фоном. Книга містить понад 50 малюнків і схем, а також чимало форм професійної документації, що суттєво полегшує й унаочнює сприйняття матеріалу. Найкращим варіантом було б кольорове виділення зазначених складових, що робить підручник більш привабливим і сприяє кращому засвоєнню знань, привертає увагу студентів до найважливішої інформації.

У другому розділі висвітлено основні нозологічні форми інфекцій, сучасне уявлення про їх поширення і профілактику. Висвітлення різних нозологічних форм поєднано, якщо їх епідеміологічні особливості схожі. Це стосується вірусних гепатитів, поліомієліту та інших ентеровірусних хвороб, харчової токсикоінфекції і ботулізму, різних гельмінтозів, геморагічних гарячок, хвороб, що передаються статевим шляхом, тощо. Такий підхід позбавлений зайвої деталізації, сприяє легшому засвоєнню студентами великої кількості тем, передбачених програмою.

Підручник має уніфіковану схему викладання матеріалу, що пришвидшує пошук необхідної інформації. При висвітленні кожної нозологічної форми із сучасних позицій послідовно наведено дані про актуальність, етіологію, джерело, механізм і шляхи передачі збудника, особливості епідемічного процесу, основні напрямки епідеміологічного обстеження, протиепідемічні заходи і специфічну профілактику.

Особливої уваги заслуговують алгоритми практичної діяльності середнього медичного персоналу. У них викладено послідовність маніпуляцій, якими повинен володіти помічник епідеміолога, за необхідності дії медика проілюстровано. Отже, підручник водночас є і практикумом з епідеміології. Нам уявляється, що продовжувачам започаткованої справи доцільно наводити ще й опис і зображення обладнання, з яким доведеться працювати спеціалісту. Виклад маніпуляцій має бути достатньо детальним і зрозумілим, так щоб вчитись їх виконувати за підручником було легко й цікаво.

Мабуть, зайве говорити про те, що кожне наступне видання повинно враховувати найновіші досягнення науки і досвід боротьби з інфекційними хворобами. Власне, це і є застосуванням доказової медицини на практиці, починаючи вже з навчання.

Теоретичну частину нашого підручника доповнюють матеріали до практичних занять, у яких наведено основні принципи організації протиепідемічних заходів в осередку тієї чи іншої інфекційної хвороби, розібрано методику постановки деяких широко використовуваних лабораторних тестів, методику проведення імунізації людей та інших протиепідемічних заходів. Особлива увага приділена видам роботи, яку виконують помічники епідеміологів. Зокрема, у матеріалах до практичних занять детально викладено їх функціональні обов'язки, об'єм профілактичної і протиепідемічної роботи, оформлення звітної документації тощо. До тем додано ситуаційні задачі та контрольні питання, які сприятимуть самоконтролю знань і можуть бути використані при проведенні занять.

Окремі теми присвячені внутрішньошпитальним інфекціям і санітарно-протиепідемічному режиму лікувальних закладів, епідемічним наслідкам стихійних лих, протиепідемічним заходам у військах. Ці теми, без сумніву, стануть корисними не тільки для студентів, яким адресується підруч-

ник, але й для багатьох практикуючих епідеміологів і викладачів, оскільки подібних публікацій поки що обмаль. Важливо, що усі теми представлено дещо ширше, ніж передбачено навчальною програмою. На нашу думку розширення тематики відповідає сучасній епідемічній ситуації в Україні.

Оскільки Україна задекларувала свою орієнтацію на європейський варіант освіти, то ми зобов'язані адаптувати навчальну програму до європейської. Стосовно обговорюваної дисципліни у світі набула поширення епідеміологія інфекційних і неінфекційних захворювань (інша її назва – “клінічна епідеміологія”), предметом якої є вивчення причин виникнення і закономірностей поширення епідемічних захворювань і станів, що залежать від певних біологічних чинників і соціальних умов.

Основне завдання досліджень епідеміології неінфекційних захворювань полягає в накопиченні та аналізі матеріалів з етіології та патогенезу захворювань, на підставі яких розробляють і пропонують раціональні методи профілактики і боротьби із захворюваністю та зі смертністю від злоякісних пухлин, хвороб судин і серця, нервових, психічних, алергічних та інших хронічних інфекційних і неінфекційних захворювань, що мають масове поширення. Дослідження епідеміології неінфекційних захворювань проводяться сукупними прийомами, які дозволяють використовувати загальноприйняті в епідеміології, соціальній гігієні, медичній географії методи для розкриття причинних факторів і розробити систему ефективної профілактики.

Тож епідеміологія розширила свої повноваження, стала важливим науковим методом вивчення закономірностей будь-яких дисбалансів у нашій екосистемі. Передусім завдяки епідеміологічному аналізу виявлено причини деяких вроджених хвороб і патологічних станів, яких жодні інші методи не змогли б з'ясувати. Наприклад, жодними клінічними чи фізіологічними дослідженнями дітей з вродженими вадами розвитку неможливо було встановити, що виникнення цих вад спричинене краснухою, перенесеною матір'ю під час першого триместру вагітності, або зумовлене іншими причинами, у т.ч. й неінфекційними, зокрема вживанням під час вагітності деяких медикаментів, алкоголю тощо. Зв'язок раку легень чи силікозу з курінням також був встановлений методами епіданалізу.

Щоправда багато вітчизняних фахівців категорично не погоджується навіть з можливістю існування “епідеміології неінфекційних захворювань”. Не вдаючись до аналізу за і проти обох сторін, зазначимо, що висвітлення у новітньому підручнику основи епідеміології неінфекційних захворювань є вимушеним кроком через зазначені вище причини.

Доцільно порушити ще один аспект – екологічний. Всі періоди епідемічного процесу відбуваються в природі не ізольовано, а сукупно, інтегровано, через що їх не можна теж відділити від екологічних умов. З іншого боку, боротьба з епідемією чи навіть спорадичним захворюванням теж впливає на екологічну систему (в останньому випадку найбільше на мікроорганізми).

На жаль, вимушена медична спроба “корекції” екології не завжди може вважатись єдино правильною, а інколи, навіть шкідлива. Але тут враховуються передусім інтереси людської популяції, то ж така дія розцінюється як раціональна. Проте вже зараз потрібно переосмислити наприклад, причини виникнення антибіотикорезистентних штамів, щезання одних і появу інших мутантів, розбалансування мікробної флори в людей і природі – дисбіози; патологію травлення, ферментопатії та імунодефіцити. Нарешті з діяльністю людини значною мірою можна пов'язати появу нових хвороб, особливо вірусної природи. Тому протиепідемічні заходи і профілактика інфекційних хвороб мусять бути підконтрольні, відповідати основному принципу медицини: “*non nocere*”.

Безумовно, епідеміологію вже ніби-то давно інтегровано. Вона входить у комплекс медичних знань, який не може обійтись без інформації із суміжних дисциплін: мікробіології, гігієни, соціології й статистики, терапії і клінічної інфектології. Проте, відповідно до наших теперішніх програм, усі ці предмети вивчаються окремо. Але десь треба їх використати сукупно, інтегровано, і для цього повинні послужити саме підручники з епідеміології та інфекційних хвороб.

У комплекс “епідеміологія” входять також елементи санітарного законодавства, оскільки в ряді випадків доводиться вирішувати ще й питання санітарних обмежень – обсервації чи карантину. Вперте, хронічне заразозійство вимагає усунення носіїв від роботи на харчових чи інших декретованих об'єктах. Таким чином, необхідна максимальна інтеграція епідслужби з усіма іншими

структурами та виробництвами для забезпечення епідеміологічного благополуччя у суспільстві, заради здоров'я всіх людей.

Оскільки живий світ (люди, тварини, рослини, гриби, бактерії, віруси та інші мікроорганізми) входять у єдину взаємозалежну екосистему, то неможливо вивчати, а тим більше уявляти собі епідемії чи епізоотії без часткового або й тотального задіяння цієї системи у процес.

На відміну від клініцистів, які лікують конкретних пацієнтів, епідеміологи переважно мають справу зі здоров'ям колективу, громади або населення певної території, тобто працюють на популяційному рівні.

Вважаємо, що використання досвіду написання підручників такого типу та відповідна дискусія дадуть можливість вдосконалити медичну освіту і, відповідно, підвищити кваліфікацію середнього медичного персоналу.

**Висновки.** 1. Підручник новітнього зразка повинен містити певні структурні елементи, які логі-

чно послідовні та взаємопов'язані один з одним. Найбільш важливі елементи необхідно виділити друкарськими прийомами (обрамлення, тонування, кольоровий друк тощо).

2. Текст підручника необхідно адаптувати передусім для самостійної підготовки майбутніх фахівців і достатньо повного засвоєння кожної теми, висвітлення якої може виходити за межі чинної програми.

3. Оптимальним є поєднання теоретичної епідеміології з практикумом для освоєння найбільш важливих алгоритмів професійних дій.

4. Виклад матеріалу має бути доступним з урахуванням професійного спрямування майбутніх спеціалістів, насичений ілюстраціями, табличним і схематичним матеріалом.

5. Поряд з традиційним тлумаченням епідеміології як самостійної галузі медицини, спрямованої на боротьбу з інфекційними хворобами, нинішня світова тенденція зобов'язує висвітлювати й епідеміологію неінфекційних захворювань.

## ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН В ІНСТИТУТІ МЕДСЕСТРИНСТВА

В.О. Шідловський, С.Й. Запорожан, І.М. Дейкало, П.О. Герасимчук,  
Р.Я. Кушнір, О.В. Шідловський, Л.Ю. Іващук, С.Я. Костів

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

---

В статті наведено досвід викладання хірургії медсестрам на кафедрі загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією, ортопедією і травматологією.

---

## EXPERIENCE OF TEACHING OF SURGICAL DISCIPLINES IN THE INSTITUTE OF NURSERY

V.A. Shidlovsky, S.J. Zaporozhan, I.M. Deykalo, P.O. Gerasymchuk,  
R.Ya. Kushnir, O.V. Shidlovsky, L.J. Ivashchuk, S.J. Kostiv

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

---

The experience of teaching of surgery to the trained nurses on the department of general and operative surgery with a topographical anatomy, orthopaedy and travmatology is resulted in the article.

---

**Вступ.** На ранньому етапі розвитку хірургії роль медичної сестри зводилась до супроводу пацієнтів від палати до палати та роздавання ліків. Під час Кримської війни вперше почали працювати медичні сестри милосердя. І тільки на початку ХХ століття, з метою набуття клінічного досвіду, почали дозволяти навчання медичних сестер в умовах операційної. На перших етапах підготовки медичних сестер приділяли увагу навчання стерилізації хірургічних інструментів, підготовкою до перев'язок та операції, догляду за хірургічними хворими в перед і післяопераційному періоді. Одним із найважливіших завдань, які стоять перед навчальними медичними закладами України, є підготовка медичних сестер згідно з кваліфікованою характеристикою з належним рівнем знань та практичних вмінь і навичок.

У підготовці майбутніх медичних сестер на клінічних кафедрах важливим моментом є поєднання теоретичної і практичної підготовки студента, складовими якої слугує лекційний матеріал, самопідготовка з використання базових підручників, джерел всесвітньої мережі "Internet",

навчальні компакт-диски, що рекомендуються викладачами кафедр.

**Основна частина.** Програмний курс вивчення загальної хірургії займає чільне місце у формуванні "скелета" хірургічних знань та навичок, становлення у них клінічного мислення та професійної майстерності.

Важливим моментом професійної підготовки є відпрацювання необхідних практичних навичок, діагностично-лікувальних маніпуляцій на багатофункціональних муляжах у створеному на базі інституту медсестринства навчальному фантомному класі.

На кафедрі загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією, травматологією і ортопедією студенти навчаються догляду за хворими, оволодівають основними методами хірургічної пропедевтики, саме тут у них формується клінічне мислення на основі знань окремих нозологій хірургічних хвороб.

Практичні заняття із загальної хірургії проводяться в клініці, яка знаходиться на базі хірургічних відділень міської лікарні швидкої допомоги. Як правило, практичне заняття розпочинається із практичної роботи в хірургічних відділеннях, що включає в себе роботу в маніпуляційній, перев'язувальній, операційній, на сестринському по-

---

© В.О. Шідловський, С.Й. Запорожан, І.М. Дейкало,  
П.О. Герасимчук, Р.Я. Кушнір, О.В. Шідловський,  
Л.Ю. Іващук, С.Я. Костів, 2007

сту, в реанімаційному відділенні, лабораторіях і кабінетах функціональної діагностики.

На теоретичній частині заняття майбутні медсестри доповідають результати самостійної роботи в клініці, матеріали реферативних досліджень з теми заняття. Для кращого засвоєння матеріалу використовують навчальні відеофільми, таблиці, схеми, малюнки, алгоритми використання окремих маніпуляцій.

Професорсько-викладацький склад кафедри і лікарі-практики допомагають студентам в самостійній роботі і доведенні практичних дій до рівня навичок.

На кафедрі студентів залучають до виготовлення унаочнення навчального процесу, роботи в студентському науковому гуртку, де роблять перші кроки в наукових пошуках та дослідженнях.

Нами проведено моніторинг засвоєння матеріалу з курсу загальної хірургії медсестрами III курсу, який включав аналіз ефективності різних джерел інформації у вигляді письмового опитування та анкетування. До джерел інформації були включені: лекції, підручники, методичні вказівки, мультимедійні джерела, мережа "Internet", аутовізуальна інформація, навчальні відеофільми, практичні навички у фантомному класі на муляжах, практичні навички: робота в перев'язувальній, операційній, лабораторії, маніпуляційній, чергування в клініці.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Ковальчук Л.Я., Бех М.Д., Беденюк А.Д. та ін. Методологічні аспекти активізації самостійної позааудиторної роботи студентів // Актуальні питання оптимізації навчально-виховного процесу у медичному вузі: Матеріали конференції. – Тернопіль, 1998. – Ч. II. – С. 17-20.
2. Годлевський А.І., Жупанов О.О. Самостійна робота студентів в ургентній хірургічній клініці // Матеріали VI Всеукраїнської конференції заві-

дувачів кафедр загальної хірургії медичних вузів України (Вінниця, 21-22 травня, 1998). – Вінниця, 1998. – С. 12-13.

3. Кузнєцова Л.В. Управление самостоятельной деятельностью студентов // Спеціаліст. – 1996. – № 5. – С. 15-16.
4. Клінічне медсестринство в хірургії: Підручник / В.С. Тарасюк, А.О. Новицький, Л.А. Новицька; За ред. проф. В.С. Тарасюка. – К.: Медицина, 2006. – 384 с.

Опрацювавши отриману інформацію, ми отримали наступні дані. Найбільший відсоток знань студентами отримували від самостійної роботи з літературою, мультимедійними дисками та методичними вказівками – 30 %.

Практичні навички і самостійна робота – 25 %.  
Ситуаційні задачі множинного вибору – 20 %.  
Аутовізуальна інформація – 5 %.  
Лекції – 20 %.

Підсумки роботи з визначенням якості засвоєння студентами практичних навичок проводимо на студентській науковій олімпіаді і при складанні диференційованого заліку з виробничої практики.

**Висновки.** Таким чином, досвід кафедри загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією, ортопедією і травматологією із викладання хірургії в інституті медсестринства свідчить про те, що в засвоєння знань і практичних навичок медсестринства слід використовувати як традиційні методи навчання, так і сучасні інформаційні технології, включаючи мультимедійне відображення маніпуляцій, навчальні відеофільми, джерела мережі "Internet", а при визначенні якості рівня засвоєння матеріалу – тестові завдання теоретичної і практичної фахової підготовки медсестер. Обов'язковим етапом при цьому є дійова консультативна допомога професорсько-викладацького складу і кваліфікованих лікарів та медичних сестер хірургічних відділень.

# ВИСВІТЛЕННЯ ЕТИЧНИХ ПРОБЛЕМ БЕЗПЕЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКІВ ПРИ ВИКЛАДАННІ ФАРМАКОЛОГІЇ НА МЕДСЕСТРИНСЬКОМУ ФАКУЛЬТЕТІ

К.А. Посохова, О.М. Олещук

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

---

У статті висвітлюються особливості викладання фармакології на медсестринському факультеті. Зокрема, обговорюється важливість висвітлення етичних проблем, яких необхідно дотримуватись при клінічному застосуванні лікарських засобів.

---

## ETHICAL PROBLEMS OF SAFETY DRUGS ADMINISTRATION IN PHARMACOLOGY STUDYING AT NURSING DEPARTMENT

К.А. Posokhova, O.M. Oleshchuk

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

---

The article deals with peculiarities of pharmacology studying at nursing department. The importance of ethical problems discussion in clinical drugs' administration is emphasized.

---

**Вступ.** З розвитком суспільства зростає роль медичної сестри в системі охорони здоров'я. Функції медичної сестри стають значно ширшими, ніж просте виконання вказівок та призначень лікаря. На неї покладено обов'язки з догляду за пацієнтами, профілактики захворювань, збереження здоров'я, реабілітації і полегшення страждань. Вона повинна бути добрим керівником, який володіє задатками лідера, менеджера, педагога і психолога. Це все вимагає удосконалення навчального процесу у системі освіти медичних сестер. Важливе значення у реформуванні медсестринської освіти в Україні має ознайомлення із особливостями навчального процесу в середніх медичних навчальних закладах інших країн, які мають значний досвід у здійсненні медсестринської освіти та медсестринської діяльності. Викладачі Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського знайомилися з особливостями навчального процесу в медичних школах Австрії, Словаччини, Сполучених Штатів Америки [1]. Вже другий рік в Інституті медсестринства нашого університету проводиться дворічне ("Nursing") та чотирирічне ("Bachelor of Nursing") навчання за американськими програмами [2]. Викладання проводиться

англійською мовою кваліфікованими викладачами, більшість з яких мають вчений ступінь, є бакалаврами медсестринства та мають високий рівень володіння іноземною мовою. При вивченні фармакології студентами медсестринського факультету значна увага приділяється етичним проблемам, які у наш час стали надзвичайно актуальними у сфері просування на ринок та призначення пацієнтам лікарських засобів [3].

**Основна частина.** Сучасну людину не дарма називають "медикаментозною" людиною, а її нестримне бажання приймати ЛЗ і сподівання на їх всемогутність – "синдромом таблетки". Лавиноподібне наростання кількості та застосування хворими людьми потужних ліків не могло пройти безслідно. Відомо, що 2-3 % людей у популяції страждають від побічної дії лікарських засобів (ПД ЛЗ), смертність від ПД ЛЗ посідає 5 місце серед усіх причин смертності і становить 0,1 %. У США щорічно госпіталізують з приводу ПД ЛЗ 3,5-8,8 млн людей (з них помирає в середньому 100 тис.). У США щорічно на корекцію ускладнень медикаментозної терапії витрачають 4,2 млрд \$ (близько 3,2 тис. \$ на 1 пацієнта), виписують 76,3 млн додаткових рецептів. З часів Парацельса відомо, що абсолютно безпечних ліків немає: "Все є отрутою. Тільки доза

© К.А. Посохова, О.М. Олещук, 2007



робить отруту непомітною". Незважаючи на ретельну перевірку всіх препаратів перед впровадженням у клініку, поштовхом до якої стала низка всесвітніх трагедій, пов'язаних із застосуванням медикаментів (талідомідова 60-х, диетилстільбестролова 70-х тощо), ми не можемо бути повністю впевненими у їх безпечності. Більш свіжий приклад це підтверджує. Рофекоксиб вийшов на ринок у 1999 році, коли вимоги до доклінічного дослідження безпечності ЛЗ у всьому світі давно були достатньо жорсткими. Внаслідок вдалої та ефективною рекламної кампанії він став одним з найдоходніших ЛЗ в історії – тільки за 2003 р. обсяги його продажу перевищили 2,5 млрд \$. Але за 5 років його використання він призвів до смерті багатьох пацієнтів і зараз використовується за суворими показаннями. Доволі частим помилковим поглядом є те, що препарат, дозволений до медичного застосування, всебічно вивчений і всі його можливі побічні ефекти описані в інструкції для медичного застосування. Насправді, статистика стверджує, що за 25 років застосування будь-якого препарату вірогідність його відклику з ринку внаслідок ПД становить 20 %.

Серйозною проблемою, з якою зіштовхнулося в останні десятиліття населення розвинених країн світу, є медикалізація життєвих ситуацій і, як наслідок, гіпердіагностика та гіперлікування. Яскравим прикладом такого підходу є діагноз „гіперактивний розлад з дефіцитом уваги” у дітей (Keficit Hyperactivity Kisorder), що набув популярності, для якого доведена спадкова схильність і який проявляється неухважністю, гіперактивністю, нетерплячістю, непосидючістю, імпульсивністю дитини. Раніше подібні розлади розглядалися у рамках мінімальних мозкових дисфункцій і рідко потребували призначення ліків. Та й дотепер ми схильні такі ознаки відносити більше на рахунок індивідуальних особливостей індивідуума, ніж думати про якесь захворювання. Проте сьогодні 3-5 % дітей у світі (2 млн у США, 17 млн – в інших країнах) з приводу гіперактивного розладу з дефіцитом уваги отримують потужні психотропні препарати: Ritalin (methylphenidate), Adderall (amphetamine dextroamphetamine), які мають значну здатність (і це загальновідомо) спричиняти медикаментозну залежність [4].

Чи справді ці ліки потрібні пацієнтам? Це питання необхідно розглядати не лише в аспекті медичному, але й етичному. Якщо сильнодіючі

небезпечні психотропні агенти призначаються тривалий час в якості засобів симптоматичного лікування, тим більше дітям, це виходить за межі здорового глузду. Психіатри і навіть фармацевтичні компанії віднедавна змушені визнати, що подібні ліки, які вільно призначаються мільйонам людей, тягнуть за собою такі наслідки, як зростання схильності до суїцидів та частоти позбавлення життя однієї людини іншою.

Третю частину всіх ПД ЛЗ, відповідно до світової статистики, становлять ускладнення, які можна попередити шляхом раціонального використання препаратів. Щорічні витрати на корекцію погіршення здоров'я при розвитку ПД, яку можна попередити, оцінюються від 17 до 29 млрд \$ США. Медичні помилки мають таку структуру: – вибору ЛЗ (не той препарат) – 50 % ; не та доза – 10 % ; некоректний режим приймання (частіше, ніж треба) – 10 % ; помилки середнього медичного персоналу та фармацевтів – 10 % від всіх ятрогенних реакцій. Як це не прикро, велика кількість лікарських помилок пов'язана з неухважністю та халатністю медичного персоналу (це може бути введення іншого препарату, замість призначеного, помилка при обранні шляху введення, помилки у дозуванні препарату). Таким чином, наголошується, наскільки уважно і ретельно повинні підходити медсестри до будь-яких маніпуляцій з медичними засобами. Проте, за даними США, 28 % лікарських помилок, в результаті яких розвивається ПД ЛЗ, завдячує неадекватному поданню інформації про препарат фірмами-виробниками, причому 1/2 цих ПД – серйозні. Лікарські помилки при виписуванні рецептів є важливим джерелом медичних помилок, зокрема у США. За рік у цій країні виписують 3,5 млрд рецептів, з них помилкові – 280 млн, несуть серйозну небезпеку – 56 млн, фатальні наслідки – 112 тис.

Важливою сферою застосування ЛЗ, де недотримання етичних норм може суттєво позначитись на частоті розвитку ПД ЛЗ, є геронтофармакологія, якій відводиться окремий розділ при вивченні предмета. Літні пацієнти складають 18 % популяції, а споживають 45 % всіх ліків. Відповідно до статистичних даних, у США люди віком понад 60 років застосовують: 1 з 3-х транквілізаторів, 1 з 2-х снодійних препаратів, 1 з 3-х антидепресантів, 2 з 3-х антигіпертензивних засобів, 2 з 5-ти ЛЗ, які впливають на ШКТ. Частота ПД ЛЗ у цього найбільш уразливого контингенту хворих

прогресивно зростає залежно від кількості ЛЗ, які використовуються для лікування, і становить 18 % при одночасному прийманні менше 6-ти препаратів і 80 % – при прийманні понад 6-ти препаратів. На жаль, медичні працівники, в тому числі медичні сестри, замість підвищеної уваги до літніх і старих пацієнтів нерідко при спілкуванні з ними нехтують простими етичними нормами. Лікарі користуються принципом "краще призначити щось, ніж нічого не призначити", тому що це набагато простіше, ніж переконувати пацієнта у користі немедикаментозних методів лікування, у небезпечності надмірного призначення ЛЗ. Часто призначення препаратів проводиться в неадекватних дозах, без урахування особливостей фармакокінетики, наслідків взаємодії ЛЗ. Старі люди частіше користуються порадами сторонніх осіб, даними реклами та ЗМІ, заміняють ЛЗ на БАД, знижують дози, змінюють режим лікування після читання інструкцій (внаслідок страху

ускладнень). У них буває важче досягнути комплаєнс між лікарем і пацієнтом внаслідок їх недовіри до лікаря (причини: самовпевненість останнього, поспішність при призначенні лікування, загальний негативізм пацієнтів). Однією із загальносвітових тенденцій є наростання "кризи довіри" між медичними працівниками та їх пацієнтами. Серед причин цього явища називають ігнорування лікарями побічних ефектів, якими супроводжується приймання ЛЗ, що ставить під загрозу людське здоров'я та нерідко призводить до ситуації, коли пацієнт змушений відмовитися від необхідного йому лікування життєво важливими препаратами.

**Висновок.** Таким чином, враховуючи зростання ролі медичної сестри в забезпеченні ефективної та безпечної фармакотерапії, обговорення етичних проблем при вивченні фармакології на медсестринському факультеті є велінням часу.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Олещук О.М. Особливості медсестринської освіти в Австрії // Медична освіта. – 2006. – № 3. – С. 46-47.
2. Олійник О.В. Особливості професійних обов'язків медичних сестер у США та Австрії // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 99-101.

3. Посохова К.А. Етичні проблеми і контроль за безпекою лікарських засобів // Вісник фармакології і фармації. – 2007. – № 7. – С. 24-35.
4. Заваденко Н.Н. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: диагностика и лечение // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 7 (211). – С. 20-22.



## МЕДИЧНА СЕСТРА – ПОМІЧНИК СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО НАВЧАННЯ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

С.М. Андрейчин, Н.З. Ярема, Н.А. Хабарова, Н.Я. Верещагіна, Н.А. Бількевич

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

У статті висвітлено погляди на роль сімейних медичних сестер, їх співпрацю з сімейними лікарями. Порушено деякі аспекти викладання основ терапії з позицій сімейної медицини студентам Навчально-наукового інституту медсестринства.

Обґрунтовано важливість практичної роботи студентів за методикою “єдиного дня” у світлі впровадження засад Болонської декларації у медичну освіту України.

## A NURSE AS AN ASSISTANT OF A FAMILY DOCTOR: MODERN APPROACHES TO STUDY IN TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY BY I. YA. GORBACHEVSKY

S.M. Andreychun, N.Z. Yarema, N.A. Khabarova, N.Ya. Vereshchahina,  
N.A. Bilkevuch

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

In this article the point of view is presented on the role of family medical nurses in Health Care System and on their collaboration with family doctors. There are discussed some aspects of therapy basis teaching for students of Scientific Educational Study Institute of Nursing according to positions of family medicine. The necessity of effective work of students in educational process according to the method of “entire day” is determined by inculcation of international standards into the medical education of Ukraine.

**Вступ.** Для поліпшення медичного обслуговування населення України проводиться реформування охорони здоров'я та медичної освіти, зокрема медсестринської, на засадах сімейної медицини. У медсестринській освіті вже проведено значне реформування, однак потреби часу вимагають їх продовження [1, 3, 7].

У майбутньому медична сестра має бути не тільки помічником лікаря, але й фахівцем, здатним самостійно надати невідкладну допомогу, виконувати потрібні лікувальні заходи. Для цього необхідно підвищити якість підготовки фахівців.

**Основна частина.** Нині спостерігається тенденція до зближення медичного персоналу і хворої людини, розвитку партнерських стосунків між ними. Найбільше відповідає таким прагненням

система сімейної медицини, в центрі якої знаходиться сімейний лікар та його перший і надійний помічник – медична сестра. [5] Ці люди мають бути найкращими спеціалістами з хвороб, що виникають у членів родини, оскільки вони добре знають своїх пацієнтів, постійно контактують з ними.

Медична сестра сімейної медицини є тією ланкою в системі охорони здоров'я, від знань і вмій якої значною мірою залежить успіх вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення України.

Фахівці з сімейної медицини переконані, що здійснення первинної медико-санітарної допомоги членам сім'ї повинно передбачати цілу низку заходів. Сюди слід віднести діагностику, лікування, профілактику поширених захворювань у дорослих і дітей, динамічне спостереження за здоров'ям своїх підопічних, надання невідкладної допомоги, організацію консультації вузьких

спеціалістів, консультації з приводу планування сім'ї тощо. Сімейна медична сестра часто може ставати консультантом і порадином з питань етики, психології, гігієни, різних соціальних та сексуальних аспектів життя, проблем вигодовування, виховання і профорієнтації дітей [5, 6].

Надзвичайно важливими питаннями, які вирішує сімейна медицина, є стосунки у сім'ї, збереження здоров'я осіб похилого віку (батьки, бабусі, дідусі). Саме для них сімейний лікар і медична сестра є відповідальними не тільки за фізичне самопочуття, але й за стан психічного і душевного здоров'я.

Одним із найбільш важливих завдань, які має вирішувати сімейна медицина, є профілактика захворювань. Це включає виявлення і вивчення факторів ризику розвитку захворювання як кожного члена сім'ї зокрема, так і всієї сім'ї і родини, вивчення морально – психологічного клімату в сім'ї. В цьому світі необхідно підкреслити важливість формування здорового способу життя, особливо серед підлітків. Авторитетним і досвідченим медичним працівникам це іноді вдається краще, ніж батькам чи вчителям.

Варто зазначити, що неоціненою є допомога медичної сестри у періоди підвищеного ризику: період статевого дозрівання, вагітності, клімактеричний. Важливими є і рекомендації щодо раціонального харчування, вироблення активних заходів загартування, особливо дітей і підлітків.

Збереження репродуктивного здоров'я, яке є основою зародження та розвитку плода, а в подальшому і здоров'я дитини, зумовлюється такими чинниками, як економічний стан сім'ї, зайнятість членів родини, умови життя сім'ї взагалі, а також релігійні, соціальні, громадські та інші, в рамках яких живуть люди, – все це повинно знаходитись в полі зору сімейної медицини.

Саме від сімейної медичної сестри значною мірою залежить ефективність усіх вищевказаних заходів. Адже вона більше часу, порівняно з лікарем, спілкується з хворим і має можливість впливати на його психологію, стимулюючи тим самим активну співпрацю пацієнта з лікарем.

Часто медична сестра є моральною підтримкою для членів сім'ї, особливо для хворої людини, плекаючи віру в ефективність лікування і надію на одужання. Бо власне віра і надія – це ті дві великі складові, які забезпечують силу духу людини перед лицем надзвичайних обставин, в тому числі і перед лицем хвороби.

Тому ще в 60-ті роки минулого століття Комітет експертів ВООЗ з сестринської справи визначив сестринський догляд як "практику людських взаємовідносин, вважаючи, що медична сестра має вміти розпізнати потреби пацієнтів, розглядаючи хворих як індивідумів".

Таким чином, сімейна медицина має бути сфокусована на надання первинної медичної допомоги і поліпшення медичного забезпечення населення в цілому, а медичні сестри, які знаходяться на передовій лінії, мають гарантувати баланс у наданні допомоги за всім спектром послуг охорони здоров'я, включаючи зміцнення здоров'я та профілактику захворювань.

Основою для розширення діяльності медичних сестер у сфері первинної медико-санітарної допомоги, охорони здоров'я населення та в суспільстві в цілому мав би стати закон про середню медичну допомогу, який озроблений і прийнятий в інших європейських країнах. Законодавство про середню медичну допомогу сприяло б поліпшенню освіти медичних сестер, організації, послідовності, якості сестринської допомоги, могло б визначити внесок медичних сестер, задовольнити соціальні запити і сприяти підвищенню авторитету сестринської освіти.

З 1 вересня 2006 р. введено в дію нові навчальні плани зі спеціальності 110102 "Сестринська справа", які базуються на засадах кредитно-модульної системи [2, 4].

Дисципліни, які сьогодні вивчають майбутні медичні сестри-бакалаври, відповідають вимогам підготовки кваліфікованого, різнобічно і фахово орієнтованого помічника сімейного лікаря. Вивчення таких клінічних дисциплін, як "Основи медсестринства", "Медсестринство в сімейній медицині", "Медсестринство у внутрішній медицині", "Медсестринські теорії та процес", "Обстеження та визначення стану здоров'я", "Клінічне медсестринство в терапії" сприяє отриманню саме тих професійних знань та вмінь, які в майбутньому зможе використовувати медична сестра, працюючи не просто "сліпим" виконавцем призначень лікаря, а його помічником і партнером в сім'ях пацієнтів.

Викладання клінічних дисциплін у Навчально-науковому інституті медсестринства Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського безпосередньо ведеться в клініках – базах університету. Заняття проводиться

згідно з затвердженою методикою "єдиного дня", за якою студенти працюють на одній і тій самій кафедрі від 9 до 15 год. Це дає змогу набути клінічний досвід спілкування з хворим, збору анамнезу, встановлення сестринського діагнозу, вироблення індивідуальних рекомендацій стосовно догляду за конкретним хворим, покращує засвоєння практичних навичок.

У процесі навчання використовуються також муляжі, фантоми, компакт-диски.

На кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини навчаються майбутні медичні сестри і медичні сестри-бакалаври, лаборанти-бакалаври. Вони тут опановують такі дисципліни, як "Основи медсестринства", "Медсестринство у внутрішній медицині", "Медсестринство в сімейній медицині", "Медсестринські теорії та процес", "Обстеження та визначення стану здоров'я", "Клінічне медсестринство в терапії", "Медсестринство в геронтології та геріатрії", "Діагностика внутрішніх хвороб", "Сучасні методи діагностики". Для навчання використовується клінічна база багатoproфільної міської лікарні № 2 м. Тернополя. Це дає

змогу не тільки опанувати загальними навичками догляду за хворими, а й вивчити особливості догляду за хворими геронтологічного, ендокринологічного, пульмонологічного, ревматологічного та інших профілів, що буде необхідним у подальшій практичній діяльності медичних сестер, в тому числі, які працюватимуть з сімейними лікарями.

**Висновки.** 1. Необхідно постійно працювати над вдосконаленням сестринської освіти взагалі і підготовки медичних сестер для роботи з сімейними лікарями, зокрема, використовуючи власний досвід і досвід зарубіжних країн.

2. Для підготовки медичних сестер ширше впроваджувати нові сучасні технології навчання, водночас спираючись на клінічно зорієнтовану підготовку фахівців.

3. Основою для розширення діяльності медичних сестер у сфері первинної медико-санітарної допомоги взагалі і сімейної медицини зокрема мав би стати закон про середню медичну допомогу, який прийнятий в багатьох європейських країнах.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бражников А.Ю., Камынина Н.Н. Болонский процесс и высшее сестринское образование // Медицинская сестра. - 2006. - № 1. - С. 28-31.

2. Журавель Г.П. Про особливості впровадження і використання модульно-рейтингової системи контролю знань студентів: Наук. – метод. зб. - К., 2003. - С. 48-54.

3. Л.Я. Ковальчук Застосування європейських стандартів і рекомендацій щодо внутрішнього забезпечення якості медсестринської освіти в Тернопільському медичному університеті // Медсестринство. - 2006. - № 1. - С. 13-17.

4. Локай Б.А. Стан та проблеми медсестринської освіти. // Медсестринство. - № 1. - С. 45-49.

5. Пирогова В. І., Заремба Є. Х.. Сімейна медицина і медсестринство – завдання і проблеми // Здоров'я України. - 2001. - № 2. - С. 1-4.

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

7. Шегедин М.Б. Основні напрямки реформування і використання медсестринської освіти в Україні // Медична освіта. - 1999. - № 1. - С. 35-43.

## ОРГАНІЗАЦІЯ ПРАКТИЧНО-ОРІЄНТОВАНОГО ВИКЛАДАННЯ НОРМАЛЬНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ СТУДЕНТАМ ІНСТИТУТУ МЕДСЕСТРИНСТВА

С.Н. Вадзюк, Н.М. Волкова, О.В. Денефіль

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

---

За умов формування системи сімейної медицини актуальним є забезпечення високого рівня підготовки медсестер, яким потрібно буде вільно орієнтуватися в усіх питаннях сучасної медицини. Але ефективне засвоєння знань не можливе без їх інтеграції з інформацією інших медичних дисциплін та галузей практичної охорони здоров'я. Тому організація навчально-методичної роботи на кафедрі нормальної фізіології орієнтована на кінцеву мету навчання – професійну медсестринську діяльність.

---

## ORGANIZING OF PRACTICALLY ORIENTED TEACHING OF NORMAL PHYSIOLOGY IN THE NURSING SCHOOL

S.N. Vadzyuk, N.M. Volkova, O.V. Denefil

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

---

Under formation conditions for the system of family medicine it is necessary to ensure the high level of training nurses, for which will have freely to be oriented in all questions of contemporary medicine. Mastering by the students of the bases of the functioning of healthy human organism is important for understanding of diagnostics, treatment of diseases, conducting of rehabilitative measures and bases of the organization of the healthy means of life.

---

**Вступ.** У практичній діяльності медичного фахівця часто бувають ситуації, коли потрібно пояснити нові явища, факти, процеси і прийняти креативне, творче рішення. Це завдання полегшується, якщо навчальна програма спрямована не лише на засвоєння результатів наукового пізнання, а й на розвиток творчих здібностей майбутніх медсестер. За умов формування системи сімейної медицини актуальним є забезпечення високого рівня підготовки медсестер, яким потрібно буде вільно орієнтуватися в усіх питаннях сучасної медицини. Тому організація практично-орієнтованого викладання нормальної фізіології є актуальним завданням [1].

**Основна частина.** На кафедрі закріплені за викладачами тематичні кімнати, де проводяться практичні заняття з вивчення основ функціональної діагностики систем організму відповідно до вимог Z-системи навчання. Заняття тривалістю 7 год проводяться за такою схемою: 3 год прак-

тичної роботи, 3 год семінарського обговорення і 1 год відводиться на тестовий контроль по темі заняття.

Впровадження елементів клінічних досліджень у викладання фізіології є важливою засадою організації педагогічного процесу, оскільки матеріал даної дисципліни дає теоретичне підґрунтя для вивчення багатьох розділів медицини. Зокрема, засвоєння студентами практичних навичок при вивченні нормальному функціонування організму людини потребує ознайомлення з найновішими методами клінічних досліджень, які вони в подальшому будуть застосовувати при вивченні внутрішньої патології та у практичній роботі. На етапі доклінічної підготовки медичного працівника важливо створити умови для самостійного творчого опрацювання студентами результатів найпоширеніших методів клінічних обстежень [2].

Один із поширених способів залучення студентів до вирішення практично-орієнтованих завдань є виконання ними дослідів і медичних обстежень,

які ілюструють певні фізіологічні функції. Протягом практичної частини заняття, окрім безпосереднього виконання практичних робіт, діяльність студентів спрямовується на теоретичне пояснення явищ, фактів, можливої невідповідності між ними. Це вимагає пошукової роботи студентів і активного засвоєння нових знань. При формулюванні висновків до практичних робіт акцентують межі норми основних показників життєдіяльності організму людини. Важливий етап заняття – заповнення протоколів практичних робіт. Додаткове спрямування думки студента створюється завдяки проблемним питанням, які сформульовані в кінці кожної практичної роботи і мають висвітлюватись у висновках до практичних робіт. Колективом кафедри підготовлені і видані друкарським способом навчальні посібники "Основні показники життєдіяльності організму людини" і "Основи функціональної діагностики". У них подані, відповідно, нормальні межі результатів найпоширеніших сучасних клінічних і лабораторних обстежень та методики виконання практичних навичок, які включені до матрикулуму. Методична база кафедри щороку переглядається і оновлюється.

Практичного спрямування вивчення нормальної фізіології можна досягти також за допомогою використання навчальних і життєвих ситуацій, що виникають при виконанні фахових завдань. Фактичний матеріал студент може засвоїти більшою мірою самостійно, перечитавши рекомендовану літературу, матеріали для підготовки до практичного заняття, які розміщені на веб-порталі університету, конспекти лекцій тощо. Всі ці матеріали з нормальної фізіології підготовлені і доступні студентам. Але цінність практичного заняття полягає у можливості інтеграції студентом усіх теоретичних знань при через практичну роботу і спілкування. Тому на наших заняттях застосовуються ситуаційні задачі до кожної теми, які розглядають вирішення практичних ситуацій і експериментальне дослідження фізіологічних функцій. З такої точки зору, теоретичні знання є засвоєними найкраще, якщо студент може застосувати їх для вирішення певної проблемної задачі. Тому питання для тестового контролю на занятті і підсумкового модульного контролю також містять ситуаційні задачі. Для опитування студентів протягом останньої години заняття колективом кафедри підготовлено 400 тестових завдань, створений банк тестових зав-

дань для проведення єдиного тестового комплексного іспиту, які щороку оновлюються з матеріалів центру тестування. Завдання, які уже були включені у білети, вивчаються на валідність і можуть коригуватися, у разі необхідності.

Важливим елементом організації практично-орієнтованого навчання є унаочнення навчальних занять. Як відомо, використання наочного приладдя під час лекції збільшує запам'ятовування матеріалу від 14 до 38 %, економить до 40 % часу, утричі ефективніше за одні лише слова. Тому всі лекції з нормальної фізіології читаються з мультимедійним супроводом. На веб-порталі університету міститься колекція відеозаписів виконання практичних навичок, навчальних відеоматеріалів, анімованих фрагментів, таблиць і схем, які використовуються для ілюстрації лекцій і практичних занять. Кафедрою підготований навчальний компакт-диск "Основи функціональної діагностики". Відеопрезентації лекцій та матеріали для підготовки студентів до лекцій розміщені на веб-сторінці кафедри і доступні студентам. Це дозволяє їм використати лекційний матеріал для підготовки практичного заняття, навіть якщо лекції не будуть випереджати практичні заняття за розкладом.

Кафедра щороку удосконалює методичні матеріали для іноземних студентів. Підручники з фізіології є в електронному варіанті, всі необхідні методичні матеріали представлені на Web-сторінці кафедри, на кожне практичне заняття підготовлені набори тестових завдань, відповідно до кількості студентів у групі. У викладачів, які ведуть іноземні групи, накопичений демонстраційний матеріал по усіх темах. На кафедрі є набір англomовних таблиць.

Важливим є здійснення міждисциплінарної інтеграції у викладанні нормальної фізіології. Студент має не тільки осмислити і засвоїти інформацію, а й оволодіти способами її практичного застосування і прийняття рішень [3]. За таких умов зменшується частка зовнішнього інформування і розширюється застосування інтерактивних форм роботи студентів під керівництвом викладача, що включає самостійну роботу в лабораторіях, читальних залах.

Протягом організації самостійної роботи студентів доцільно спонукати їх до аналізу фактів і явищ дійсності на основі протиріч між життєвими вміннями і науковими знаннями про ці факти, висування гіпотез (пропозицій), їх дослідницької перевірки та формулювання висновків. Само-

стійна робота студентів включає такі види діяльності: підготовка до практичних занять и опрацювання практичних навичок, підготовка до занять з використанням бібліотеки інституту та мережі Інтернет, складання практичних навичок відповідно до рівнів, указаних у матрикулах. Щоб полегшити студентам підготовку до занять, на web-сторінці кафедри розміщені матеріали для підготовки до практичних занять, матеріали для підготовки студентів до лекцій, відеопрезентації лекцій, методрекоме́ндації, робочі програми, календаризовані тематичні плани з дисципліни. На індивідуальних сторінках викладачів розміщені

додаткові рекомендації для підготовки до занять. Студенти можуть також користуватися за бажанням електронними підручниками, робити тематичний пошук інформації.

**Висновки.** Таким чином, впровадження практично-орієнтованого викладання нормальної фізіології можна досягти завдяки використанню елементів клінічних досліджень, виконання студентами медичних обстежень для спостереження фізіологічних функцій, застосування ситуаційних задач, унаочнення навчальних занять, здійснення міждисциплінарної інтеграції і залучення студентів до науково-дослідної роботи.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Вивчення досвіду реформування освіти у Віденському медичному університеті // Медична академія. – 2006. – № 7 (168). – С. 8-9.

2. Кайдалова Л.Г., Карамішева Т.В. Мотивація учіння в процесі професійної підготовки студентів для фармацевтичної галузі // Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних

навчальних закладах IV рівнів акредитації МОЗ України: Тези доп. навч.-метод. конфер. – Київ-Тернопіль, 1999. – С. 102-104.

3. Модернізація вищої освіти України і Болонський процес: Матеріали до першої лекції / М.Ф. Степко, Я.Я. Болюбаш, К.М. Левківський, Ю.В. Сухарніков; відп. ред. М.Ф. Степко. – К., 2004. – 24 с.



## ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ У ННІ МЕДСЕСТРИНСТВА ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

О.С. Усинська

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

---

Стаття розглядає проблеми і перспективи підготовки іноземних студентів у ННІ медсестринства Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.

---

## PROBLEMS AND PERSPECTIVES OF FOREIGN STUDENTS' TRAINING AT NURSING EST OF TERNOPIIL STATE MEDICAL BY I.YA. HORBACHEVSKY

O.S. Usynska

*Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky  
ESI of Nursing*

---

The article considers the problems and perspectives of foreign students' training at Nursing ESI of Ternopil State Medical University by I.YA. Horbachevsky.

---

**Вступ.** Тернопільський державний медичний університет має тривалий досвід міжнародної співпраці з навчальними закладами багатьох країн, результатом чого є підписані угоди про співпрацю та реальна співпраця університетів. Восени 2006 року така угода була підписана і з Університетом Південної Кароліни Апстейт (США), що дало можливість започаткувати нову навчальну програму підготовки медичних сестер за програмами американського зразка. Підставами для створення програми став дефіцит медичних сестер у США [1], який постійно зростає, основною причиною якого є нестача викладачів клінічних дисциплін у медсестринських школах. Основна ідея програми полягає у підготовці медичних сестер з американських студентів медсестринських шкіл, які закінчили перший рік навчання у американській медсестринській школі чи коледжі і занесені в лист очікування для початку навчання за програмою другого року.

**Основна частина.** Для початку даної програми було проведено стажування викладачів ННІ медсестринства у школі медсестринства Університету

Південної Кароліни Апстейт (США), які вивчали підготовки медичних сестер у США, надалі розроблено навчальні плани, в основу яких лягли навчальні плани американської медсестринської школи. Зараз за цими планами у ННІ медсестринства навчаються 2 групи студентів з країн Африки, і ми вважаємо це дуже позитивним для початку роботи, усвідомлюючи, що навчання студентів з країн "третього світу" є своєрідним дуже ефективним тренінгом для підготовки до максимально ефективного викладання майбутнім студентам із США.

Ми усвідомлювали, що цей проект є надзвичайно престижним, але водночас і вимагає значних зусиль. Зараз, базуючись вже не лише на теоретичних розробках, але і на певному практичному досвіді, ми можемо виділити основні з проблем, які постануть перед викладачами будь-якого навчального закладу, що зацікавиться даною програмою:

1. Хороший рівень володіння англійською мовою та розуміння англійської мови.

2. Використання для навчання планів, створених на базі навчальних планів американських медсестринських шкіл.

3. Наявність оригінальних англомовних підручників та компакт-дисків і вміння працювати з ними.

4. Знання викладачами основних принципів функціонування американської системи охорони здоров'я та госпіталів, а також обов'язків медичної сестри у них, у тому числі і роботи з документацією.

5. Наявність клінічних баз для практики студентів або таких, що імітують клінічні, з американським устаткуванням для ін'єкцій, внутрішньовенних введень тощо.

6. Урахування у навчальному процесі особливостей попередньої підготовки та походження студентів.

7. Застосування для контролю знань студентів тестових питань з бази підготовки до NCLEX (ліцензійний іспит для американських медсестер).

Більшість із цих проблем ми змогли передбачити ще до початку роботи у програмі, і університет забезпечив практично усе необхідне для їх вирішення.

Так, для роботи за даною програмою були відібрані викладачі з високим рівнем володіння англійською мовою, постійно функціонують курси з удосконалення мови для викладачів університету, які відвідують практично усі англомовні викладачі.

Під час стажування у США викладачі нашої медсестринської школи мали можливість ознайомитись з навчальними планами американських колег та придбати підручники з медсестринства провідних американських видавництв разом з компакт-дисками, які зараз використовуються у процесі викладання.

Може виникнути питання – а чи так потрібні оригінальні підручники з теоретичних дисциплін (оскільки щодо клінічних сумнівів практично не виникає)? Ми глибоко переконані – так! Слід пам'ятати, що випускник закладу, який планує працювати у США, повинен скласти ліцензійний іспит, і навчання за такими підручниками дає змогу засвоїти основи медичної термінології, яка використовується у США, а також дозволяє вивчити американські назви медикаментів, перш за все, викладачам, а далі і студентам. Таким чином, ми зможемо досягти високого рівня складання ліцензійного іспиту нашими випускниками – а це основний критерій престижності навчального закладу.

Необхідним виявилось і клінічне стажування – це дозволило створити уявлення про реальну

роботу медичної сестри, обов'язки якої суттєво відрізняються від того, що повинна робити медсестра в українському госпіталі. Для навчання наших студентів ми створили віртуальний сестринський пост, який дозволяє певною мірою зімітувати госпітальний пост, хоча проблема клінічного стажування ще не є цілком вирішеною.

Вже у процесі навчання ми виявили, що необхідно суттєву увагу приділяти розділам, які в українській програмі практично не вивчаються. Перш за все, це розрахунки доз ліків – цілий розділ, успішна здача екзамену з якого є допуском до роботи у клініці, і якому ми практично цілком присвячуємо перший тиждень навчання. І, як виявляється, це не лише проста арифметика – студент повинен чітко знати, що значить кожна цифра і слово на етикетці лікарського засобу, для чого у підручнику та компакт-диску до нього наводяться оригінальні етикетки та інструкції, як розрахувати, підготувати до застосування та ввести будь-який лікарський засіб і оформити необхідну документацію.

Інший важливий пункт, який не був очевидним спочатку – медична документація. Ми звикли, що у наших лікарнях медсестра заповнює досить невелику кількість документів, а основна відповідальність за хворого покладена на плечі лікаря. Зовсім іншою є ситуація у США, і велика відповідальність медсестри вимагає чіткого документування кожного кроку – це дозволить в майбутньому захистити себе від можливого незадоволення хворого та судового позхову. Сьогодні ми використовуємо у навчальному процесі оригінальні зразки документів Грінвільської госпітальної системи, і вважаємо, що це полегшить в майбутньому адаптацію студента до реальної роботи.

Сама організація навчального процесу вимагає урахування того, хто саме є вашими студентами. Річ у тому, що американська система освіти передбачає значну автономність студента – його сприймають як дорослу людину, що цілком відповідає за свої вчинки і чітко знає, що їй потрібно у житті. Цілком звичайним явищем є оцінювання студента за цілий вивчений цикл, а не за кожну тему зокрема, хоча студент готується і до кожного заняття. У випадку з нашими іноземними студентами (з країн Африки) такий підхід себе, на жаль, не виправдав. Досвід показав, що успішність є значно вищою у випадку постійного



контролю знань, а не лише підсумкового – це забезпечує постійну стабільну підготовку.

З 2 року навчання ми застосовуємо питання з бази NCLEX під час контролю знань. Доцільним є і введення спеціального курсу підготовки до ліцензійного іспиту, вести який повинен викладач, що успішно склав принаймні імітацію NCLEX з використанням ліцензованого компакт-диску, а в ідеалі – власне ліцензійний іспит. Слід зазначити, що в американських медсестринських школах усі

викладачі клінічних дисциплін повинні мати ліцензію медичної сестри.

**Висновки.** Підготовка іноземних студентів для роботи у госпіталях США є дуже перспективним і престижним напрямком роботи медсестринських навчальних закладів. Проте для забезпечення високого рівня випускників потрібна спеціальна підготовка викладацького складу, що зумовлено суттєвими відмінностями в системі освіти та охорони здоров'я України і США.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Auerbach Kavid I., Buerhaus Peter I., Kouglas K. Staiger Better Late Than Never: Workforce Supply

Implications of Later Entry Into Nursing // Health Affairs. – 2007. – № 1. – С. 178-185.

## СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЗМІСТ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

Н.Ф. Новосьолова

*Білоцерківський базовий медичний коледж*

---

У статті розглянуто підходи до формування змісту навчання фахівців, пропонуються сучасні погляди на зміст медсестринської освіти.

---

## CURRENT VIEWS OF CONTENTS IN NURSING EDUCATION

N.F. Novosyolova

*Bila Tserkva regional medical college*

---

A new approach to the content to training specialists is analysed and current views of content in nursing education are suggested in the article.

---

**Вступ.** Визнаючи необхідність інтеграції України в єдиний європейський простір, ми повинні вже сьогодні здійснювати практичні кроки для підготовки нової генерації фахівців, здатних виконувати свої професійні функції на рівні європейських стандартів. Зміст навчання медичних сестер повинен формуватися відповідно до сучасного уявлення європейської спільноти про мету, напрямки діяльності і функції сестринського персоналу з урахуванням результатів прогнозу професійних і соціально важливих завдань діяльності, які в майбутньому буде виконувати випускник вищого навчального закладу у своїй практичній діяльності на рівні компетенції, що вимагається.

**Основна частина.** Зміст навчання розкриває освітньо-кваліфікаційна характеристика, яка розробляється на основі аналізу існуючих моделей професійної діяльності спеціаліста з урахуванням перспектив розвитку конкретного виду діяльності. Опис діяльності випускника ВНЗ повинен віддзеркалювати стратегічний прогноз змін цієї діяльності [1].

Підходи до відбору навчальної інформації, необхідної в процесі освіти, бувають різними. З метою удосконалення діючої системи підготовки на практиці частіше використовується емпі-

ричний підхід, який ґрунтується на аналізі якості підготовки спеціалістів та виявленні недоліків, що заважають спеціалісту виконувати свої обов'язки на необхідному рівні. Емпірично формується зміст навчання навіть для нових спеціальностей, коли автори спираються на зміст навчання із суміжних спеціальностей.

Найраціональнішим, послідовним та науково обґрунтованим вважається діяльнісний підхід, який базується на прогностичному аналізі професійної діяльності майбутнього спеціаліста, визначенні умінь, необхідних для успішного виконання його майбутніх професійних обов'язків, та знань, які забезпечуватимуть свідоме оволодіння цими уміньми [2].

Аналіз професійної діяльності починається з визначення первинних посад, на які доцільно призначити осіб, що отримали освіту із певної спеціальності. Аналіз професійної діяльності передбачає визначення структури праці, детальний аналіз професійних функцій, визначення необхідних умінь для їх ефективного виконання. Структура праці складається з таких елементів: мета (кінцевий результат чи продукт праці), об'єкт і предмет праці, засоби діяльності, процедури. Так, метою діяльності медичної сестри освітньо-кваліфікаційного рівня "молодший спеціаліст" є підтримка максимального рівня здоров'я пацієн-

та, вирішення його проблем, пов'язаних зі станом здоров'я; об'єктом – пацієнт протягом всього його життя; предметом – здоров'я пацієнта; засобами діяльності – лікарські засоби, обладнання, засоби комунікації, медичні апарати, предмети догляду, інструменти та інші вироби медичного призначення; процедурами – сестринський процес (догляд за здоровим та догляд за хворим пацієнтом), психологічні та педагогічні методи і технології, виконання медсестринських маніпуляцій тощо.

На підставі аналізу процедур (способів) діяльності у структурі праці фахівця встановлюється перелік типів професійної діяльності, який узгалянюється у переліку виробничих функцій (наприклад, обстеження, аналіз, планування, розрахунки, координація та узгодження, навчання, контроль, виконання процедур тощо). Наступним кроком є визначення переліку типових задач, після аналізу яких формується система умінь, які необхідні фахівцю для їх вирішення. Розумові вміння і навички використовуються головним чином при розв'язанні задач, які орієнтовані на здатність мислити, вміння робити висновки та приймати своєчасні обґрунтовані рішення. Практичні вміння та навички використовуються головним чином при вирішенні задач, орієнтованих на психомоторику та регламентовані алгоритми діяльності [1].

Здійснивши аналіз навчальних планів та програм підготовки медичних сестер освітньо-кваліфікаційного рівня "молодший спеціаліст", ми прийшли до висновку, що вони були розроблені на основі емпіричного підходу, орієнтовані на шпитальну модель сестринської допомоги, не враховують особливостей діяльності медичної сестри на первинному рівні. Керуючись рекомендаціями ВООЗ, необхідно переорієнтувати зміст навчання медичних сестер зі шпитальної на комунальну модель, оскільки до 80 % пацієнтів повинно отримувати допомогу саме на цьому рівні. Особливе місце у програмі підготовки медичної сестри має займати організація сестринської допомоги здоровим пацієнтам на різних стадіях їхнього розвитку з метою сприяння населенню в досягненні максимального рівня здоров'я, його збереження і зміцнення. Майбутній медичній сестрі необхідно починати навчання з понять здоров'я, здорова людина, здорове навколишнє середовище, здорове суспільство, і лише потім розпочати вивчення відхилень від оптимального рівня здоров'я. Акцентування уваги

на здоров'ї не означає, що вивченню захворювань та питань надання допомоги хворим не буде приділятися увага. Але логіка співпраці медичної сестри з пацієнтом повинна бути зовсім іншою: в основному і насамперед – робота зі здоровими пацієнтами, і тільки при виникненні у пацієнта хворобливих станів чи захворювань – робота з хворим. Аналогічно має бути і логіка вивчення навчального матеріалу – від здоров'я до хвороби. Такий підхід сприяє забезпеченню рівноваги в процесі навчання, усвідомленню медичними сестрами багатозцільової концепції здоров'я [4].

Існує кілька класифікацій умінь і навиків, необхідних для медичної сестри. Учасники консультативної наради ВООЗ з розробки програм підготовки медичних сестер зазначили, що після закінчення курсу навчання медична сестра повинна:

- збирати інформацію, необхідну для визначення обсягу допомоги, планувати, забезпечувати і визначати якість сестринської допомоги для окремих людей, родин та груп населення;
- навчати пацієнтів з питань сприяння здоров'ю та контролю за своїм здоров'ям, надавати консультативну допомогу;
- застосовувати результати наукових досліджень у сестринській практиці;
- надаючи медичну допомогу, застосовувати підхід, орієнтований на проблему пацієнта;
- сприяти вдосконаленню організації та підвищенню якості медичної допомоги;
- брати участь у навчанні інших медичних сестер, контролювати якість наданої ними допомоги;
- брати участь у роботі багатопрофільних медико-санітарних бригад;
- дотримуватися вимог діючого законодавства та етичних норм професійної діяльності;
- оцінювати політику та діяльність органів управління з питань сестринської практики чи аспектів, що на неї впливають [4].

Основними предметами програми підготовки медичних сестер має бути медсестринство, тобто догляд за здоровими і догляд за хворими. Інші дисципліни, такі як природничі чи соціально-гуманітарні, повинні мати прикладний характер, з точки зору їх використання в сестринській справі.

Програма підготовки медичних сестер має ґрунтуватися на моделях сестринської допомоги і догляду. ВООЗ рекомендує використовувати у на-

вчальному процесі модель сестринської справи, розроблену Roper на основі моделі Henderson. Вона є чіткою і послідовною схемою для визначення та аналізу як існуючих, так потенційних проблем зі здоров'ям людини, а, значить, і для формування конкретних тем навчальної програми. Ця модель передбачає особистісний підхід, який розглядає сестринську справу як надання населенню допомоги у попередженні, зменшенні, вирішенні та подоланні проблем, пов'язаних з життям. Він підтверджує вплив біологічних, психологічних, соціальних, культурних, освітніх, політичних та інших факторів навколишнього середовища на здатність людини забезпечити свої життєві функції. Врешті-решт він визнає, що медичні сестри спроможні і дійсно надають допомогу людям протягом всього їхнього життя, в будь-який момент на шляху від здоров'я до нездоров'я, від незалежності до залежності. Їхня мета – створити для людей умови для реалізації максимального потенціалу і якомога більшої незалежності [4].

Традиційно в Україні сестринська освіта була і залишається орієнтованою на забезпечення діяльності медичних сестер в ЛПЗ стаціонарного типу для роботи з хворими. Вивчення циклу дисциплін професійної та практичної підготовки зосереджується на окремих хворобах, принципах їх діагностики, лікування і деякою мірою догляду. Одночасно програми навчальних дисциплін недостатньо пропонують для вивчення питання здоров'я, догляду за здоровими пацієнтами протягом їхнього життя в різних життєвих ситуаціях, а також питання організації первинної медико-санітарної допомоги. Важливо звернути увагу на досвід інших країн в організації практичного навчання медичних сестер, коли навчальна практика студентів з "Основ сестринської справи" на першому році навчання проводиться в кабінетах доклінічної практики, де основним формами засвоєння матеріалу є активні методи навчання, такі як моделювання професійної діяльності, рольові ігри, тренінги, дискусії, обговорення і вирішення ситуаційних завдань в малих групах тощо. Лише наприкінці першого року навчання, коли студенти вже опанували філософські принципи професійної діяльності, основи спілкування з пацієнтами, основи психології та педагогіки, теоретичні основи сестринського догляду, знання з анатомії, фізіології та основ фармакології, студенти допускаються до підсумкової практики в лікувально-профілактичних закладах для безпосередньої

роботи з пацієнтами. До того ж прийнята у європейських країнах модульна система вивчення матеріалу дійсно забезпечує міждисциплінарну інтеграцію, сприяючи системному засвоєнню навчального матеріалу, а не засвоєнню окремих дисциплін, які між собою малопов'язані. На нашу думку, низькі якісні показники навчання українських студентів на першому році навчання – результат не стільки складної адаптації до нових вимог, скільки не завжди правильно організованого навчального процесу та недостатньої міжпредметної інтеграції.

Робочі місця для проходження підсумкової практики з окремих дисциплін і, передусім, переддипломної практики повинні надаватися переважно в закладах первинної медико-санітарної допомоги, а не в стаціонарах, як тепер. Студентам необхідно проходити навчання в умовах, близьких до реальних, щоб вони могли на практиці реалізувати усі аспекти своєї майбутньої професійної ролі. В перелік практичної навчальної діяльності повинні бути включені такі:

- піклування про родину, якій надається допомога впродовж тривалого часу, як на первинному, так і на вторинному рівні;
- робота в міській, селищній чи сільській громаді;
- участь у епідеміологічному обстеженні, діагностиці та плануванні дій, участь у програмах імунізації, санітарної просвіти, організації харчування, проведенні протиепідемічних заходів тощо;
- робота в закладах первинної медико-санітарної допомоги [4].

Варто зазначити, що новий навчальний план із спеціальності 5.110.102 "Сестринська справа" є значним і вкрай важливим кроком вперед у реформуванні медсестринської освіти. Збільшення терміну навчання, введення нових дисциплін, впровадження підсумкової практики після закінчення кожного циклу основних клінічних дисциплін з медсестринства, яка буде проводитися на робочому місці під контролем викладача, дозволить значно поліпшити якість підготовки студентів. Одночасно здійснений нами порівняльний аналіз навчальних планів підготовки медичних сестер України, Фінляндії та програми, рекомендованої учасниками консультативної наради ВООЗ, підтверджує, що новий навчальний план за своїм змістом все ще суттєво відрізняється від європейських зразків. Викликає стурбованість відсутність у навчальному плані "Основ педагогі-

ки" і "Вступу до медсестринської професії", недостатній обсяг "Основ психології і міжособового спілкування", непослідовність у вивченні окремих навчальних дисциплін тощо. Ще більше питань виникає через переважно традиційний зміст запропонованих тематичних планів з окремих дисциплін першого року навчання. Так, наприклад, позитивним елементом розробленої у Черкаському медичному коледжі програми з "Основ медсестринства" є перенесення розділу (модуля) "Сестринський процес" на початок вивчення дисципліни. Це дозволить студентам логічно сприймати навчальний матеріал, опанувавши спочатку методологію догляду, а потім догляд при наявності певних проблем чи порушень у стані здоров'я. Але хотілося б, щоб розробники програми врахували рекомендації експертів ВООЗ, що вивчати догляд за пацієнтом потрібно у напрямку від здоров'я до нездоров'я, а значить, після модуля "Сестринський процес" повинен вивчатися модуль "Основи санології", який має розкривати догляд за здоровими, і тільки потім – "Догляд за хворими". Варто переглянути і зміст кожного модуля відповідно до сестринських моделей догляду за пацієнтом.

Програма підготовки медичних сестер освітньо-кваліфікаційного рівня "бакалавр" в Україні абсолютно не адаптована до тих завдань, які сестра має виконувати після закінчення навчання. Згідно з Міжнародною Стандартною Класифікацією Освіти (МСКО-96) програма підготовки на додипломному рівні (для отримання першого академічного ступеня "бакалавр") повинна бути сконцентрована на конкретній предметній галузі (напрямі підготовки). Перші два роки мають бути присвячені вивченню курсів, що мають широку основу (фундаменталізація), а останні два роки – основному предмету, що вивчається (професіоналізація). Таким чином, умовою ефективного формування програми підготовки фахівця є чітке визначення майбутньої професійної діяльності (видів діяльності, посад), на основі якої можна проаналізувати структуру майбутньої праці та визначити її зміст. Підготовка бакалаврів повинна мати не тільки професійну, а й академічну спрямованість. Сучасні концепції вищої освіти, незалежно від майбутньої професії бакалаврів, вимагають наявності загальних базових кваліфікацій:

- професійного підходу до опанування сучасних знань;

- вміння інтегрувати відповідні знання у професійних функціях;

- вміння застосовувати відповідні теорії у професійній практиці;

- вміння використовувати знання, навички та інтуїцію в різноманітних професійних ситуаціях;

- підхід, орієнтований на проблеми;

- творчий та комплексний підхід до вирішення проблем;

- вміння методично мислити та діяти;

- загальні комунікативні навички;

- навички виконувати управлінські функції;

- усвідомлення соціальної відповідальності [3].

Необхідно розробити освітньо-професійні програми підготовки медичних сестер у бакалавраті з кількох напрямків, залежно від потреб суспільства. Наприклад, підготовка бакалаврів сестринських наук може здійснюватися для отримання медичними сестрами таких кваліфікацій: менеджер сестринської справи, викладач медсестринства, медична сестра з інфекційного контролю, медична сестра загальної практики – сімейної медицини, медична сестра швидкої медичної допомоги, медична сестра з догляду за пацієнтами з психічними розладами тощо. Зміст навчання з кожного напрямку медсестринства повинен формуватися відповідно до задач діяльності. Необхідно відмовитися від нинішнього становища, коли підготовлені бакалаври медицини не мають попиту в системі охорони здоров'я через невизначеність їхнього статусу та невідповідність змісту навчання виробничим функціям.

Програми магістратури та докторантури сприяють отриманню сучасної дослідної кваліфікації. Вони мають переважно академічну спрямованість, включають програми, присвячені оригінальним дослідженням. Кваліфікації в межах цих програм необхідні для заняття університетських викладацьких посад, а також для дослідної роботи в сестринській науці та громадській охороні здоров'я. Програми магістратури та докторантури з медсестринства можуть бути індивідуальними, повинні складатися за активної участі самих магістрантів та докторантів.

**Висновки.** Рівень сучасної медсестринської практики у світі вимагає удосконалення підготовки медичних сестер усіх освітньо-кваліфікаційних рівнів. Формування змісту навчання медичних сестер повинно здійснюватися на основі наукових досліджень з урахуванням як діючої, так і перспективної моделі сестринської діяльності, а також рекомендацій ВООЗ.

Таким чином, з метою удосконалення змісту навчання медичних сестер необхідно:

1. Створити робочу групу з метою розробки та наукового обґрунтування пропозицій для внесення змін у законодавчі та нормативні документи щодо медсестринської освіти (кількість і назви спеціальностей і кваліфікацій, ступеневість освіти, напрямки підготовки, терміни навчання, ОКХ, ОПП) і практичної діяльності медичних сестер (посади, функціональні обов'язки, норми навантаження, оплата праці залежно від рівня освіти, атестація та ін).

2. Створити авторські колективи фахівців з медсестринства для розробки робочих програм дисциплін нового (експериментального) навчального плану підготовки медичних сестер освітньо-кваліфікаційного рівня "Молодший спеціаліст" з 3-річним терміном підготовки.

3. Розробити та запровадити програми навчальних дисциплін циклу професійної та прак-

тичної підготовки на основі сестринських моделей допомоги населенню. Переорієнтувати навчальні програми дисциплін із вторинного (переважно стаціонарного) на первинний рівень медико-соціальної допомоги.

4. Збільшити частку клінічних баз переддипломної практики студентів на рівні первинної медико-соціальної допомоги.

5. Здійснювати моніторинг освітньо-професійних програм з медсестринства з метою їх своєчасного оновлення.

6. Переглянути ОКХ і ОПП бакалаврів сестринських наук відповідно до визначених напрямків підготовки.

7. Розробити типові програми підготовки науково-педагогічних та управлінських кадрів з медсестринства в магістратурі, орієнтовані на отримання сучасної дослідної кваліфікації. Варіативна частина ОПП має бути значною, і повинна плануватися індивідуально за активною участю студента.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Нормативно-методичні положення по розробці ОКХ випусника ВНЗ/ Законодавчі та нормативні акти про освіту в Україні. – Том XI. – Київ, 2001. – С. 274-301.  
2. Семушкіна Л.Г. Дидактические основы взаимосвязи содержания, форм и методов обучения в средних специальных учебных заведениях. – М.: НИИ проблем высшей школы, 1990. – 11 с.

3. Сухарніков Ю. Вища освіта України в контексті Болонського процесу // Освіта: технікуми, коледжі. – № 1. – 2004. – С. 12 –20.  
4. Развитие сестринского дела / Подготовлено к печати Jane Salvage. –Региональные публикации ВООЗ, Европейская серия – 1995, № 48. – 162 с.



## НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ НЕПЕРЕРВНОЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

**Н.Ф. Новосьолова**

*Білоцерківський базовий медичний коледж*

---

У статті проаналізовано стан післядипломної освіти медсестер в Україні, розглянуто досвід інших країн, запропоновано напрямки удосконалення організації неперервної післядипломної медсестринської освіти.

---

## THE WAYS TO IMPROVE OF POSTGRADUATE NURSING EDUCATION

**N.F. Novosyolova**

*Bila Tserkva regional medical college*

---

The article deals with the state of postgraduate education of nurses in Ukraine, the experience of other countries is analysed, the ways to improve of postgraduate medical nursing education are suggested.

---

**Вступ.** Однією із умов підтримання рівня компетентності сестринського персоналу та гарантії безпеки пацієнтам у процесі сестринського догляду є неперервна освіта фахівців упродовж всього життя. Система післядипломної освіти молодших медичних спеціалістів (середніх медичних працівників) не переглядалася в Україні більше трьох десятиліть, тобто з моменту її створення. Тоді її характерними ознаками було суворе державне регулювання обсягу та освітніх програм, уніфікація програм на всій території країни, гарантована можливість підвищення кваліфікації не рідше одного разу кожні 5 років. Протягом десятиліть у системі післядипломної освіти сестринського персоналу науковці вказували на значні недоліки, зокрема недостатню кваліфікацію викладацького складу, незадовільну матеріально-технічну базу та вкрай низьку ефективність застарілих форм і методів навчання, що не відповідали потребам охорони здоров'я [1, 5, 6, 8, 11, 14]. Нинішній кризовий стан та вкрай низька ефективність неперервної післядипломної підготовки сестринського персоналу вимагає невідкладного удосконалення її структури і організації [2, 3, 10].

**Основна частина.** Здійснений нами огляд офіційних джерел показав, що діюча в Україні мережа

закладів післядипломної освіти молодших медичних спеціалістів на даний момент включає 4 медичні училища підвищення кваліфікації, 14 постійно діючих курсів та 18 відділень післядипломної освіти медичних училищ і коледжів. Щорічно на 155 циклах спеціалізації і удосконалення на постійно діючих курсах і в медичних училищах підвищують кваліфікацію понад 68 тисяч молодших медичних та фармацевтичних спеціалістів, що становить 20,3 % від їх загальної кількості [1]. З введенням очно-заочної форми навчання в останні роки обсяги підвищення кваліфікації молодших медичних та фармацевтичних спеціалістів збільшилися з 9,2 % в 1996 р. до 20,3 % у 2002 р. З розвитком сімейної медицини в Україні, удосконаленням первинної медико-санітарної допомоги збільшилися обсяги підвищення кваліфікації молодших медичних спеціалістів первинної ланки.

З радянських часів основними видами навчання в системі неперервної післядипломної підготовки сестринського персоналу є:

- 1) спеціалізація – опанування знань, умінь і навичок, орієнтованих на їх застосування в локальній (вузькій) сфері професійної діяльності за спеціальністю; її тривалість коливається від 1 до 5 місяців;
- 2) підвищення кваліфікації:

- короткочасні (до 72 годин) курси інформації з окремих питань професійної діяльності, що проводяться переважно за місцем роботи;

- тематичне удосконалення (від 72 до 100 годин) на семінарах з актуальних проблем регіону чи галузі;

- загальне удосконалення, яке передбачає курсове навчання, що проводиться не рідше, ніж через кожні 5 років з метою поглиблення знань та опанування необхідних практичних навичок за спеціальністю з урахуванням останніх наукових досягнень та розвитку технологій; його тривалість – від 1 до 3 місяців [8].

Навчання на циклах спеціалізації та удосконалення (підвищення кваліфікації) здійснюється за типовими навчальними планами та програмами навчальних дисциплін, ухваленими МОЗ України. Останнім часом молодші медичні спеціалісти вимагають високого рівня освітніх послуг, отримання тієї навчальної інформації, яка виявлялася б необхідною для здійснення професійної діяльності, але викладачі мають обмежені можливості змінити структуру ухваленого навчального плану та зміст програм навчальних дисциплін. Крім того, керівники ЛПЗ не зацікавлені у підвищенні кваліфікації сестринського персоналу через додаткові витрати на навчання та відсутність суттєвих результатів, тобто поліпшення якості сестринського догляду після проходження курсів.

У процесі дослідження нами визначено, що медичні училища підвищення кваліфікації та відділення післядипломної освіти медичних училищ і коледжів акредитовані, пройшли атестацію та ліцензування на предмет здійснення освітньої діяльності за програмами післядипломної підготовки молодших медичних спеціалістів. Якісний склад викладачів практично не відрізняється від того, що здійснює додипломну підготовку молодших медичних спеціалістів. Викладачами клінічних предметів є переважно лікарі, які мають досвід педагогічної роботи.

Постійно діючі курси підвищення кваліфікації молодших медичних та фармацевтичних спеціалістів організовують цикли переважно на базах обласних лікарень чи інших потужних лікувально-профілактичних закладів області, а також, як виняток, – на базах медичних навчальних закладів II рівня акредитації. Керівниками циклів спеціалізації чи підвищення кваліфікації призначаються на суспільних засадах (без оплати праці) завідувачі відділень або провідні лікарі, рідше – старші медичні сест-

ри відповідних підрозділів ЛПЗ. Викладачами циклів спеціалізації чи підвищення кваліфікації працюють за сумісництвом практикуючі лікарі, які не мають спеціальної психолого-педагогічної підготовки, а здебільшого – і досвіду педагогічної діяльності. До того ж лікарі практичної охорони здоров'я не знайомі з основами медсестринства, науковими основами сестринського процесу, сучасними моделями сестринської діяльності, а тому не здатні дати нових, сучасних знань з медсестринства, не можуть підготувати медичних сестер до виконання ними нової ролі у піклуванні про здоров'я пацієнтів. *Весь час навчання переважно витрачається на повторення застарілих знань, давно опанованих навичок та закріплення стереотипної (традиційної) сестринської діяльності, яка вже не задовільняє ні пацієнтів, ні самих медичних сестер.* Нещодавно запроваджена очно-заочна форма навчання молодших медичних спеціалістів проводиться ще формальніше, насамперед, через відсутність сучасної матеріально-технічної, організаційної, методичної та інформаційної бази для здійснення дистанційного навчання. Постійно діючі курси підвищення кваліфікації молодших медичних спеціалістів здійснюють освітню діяльність всупереч нормам українського законодавства без наявності ліцензії та сертифікату.

У вітчизняній системі охорони здоров'я визначення виду, періодичності та тривалості післядипломної підготовки сестринського персоналу жодним чином не пов'язане з атестацією фахівця. На наш погляд, не можна розглядати неперервну післядипломну освіту молодших медичних спеціалістів як навчання, що наперед регламентоване з певною періодичністю без урахування будь-яких обставин. З огляду на науку управління, під час щорічної атестації (оцінки компетентності у вирішенні виробничих завдань та визначення перспектив професійного розвитку) за місцем роботи фахівця має визначатися його кваліфікація, а також необхідність проведення, вид, час і тривалість післядипломної підготовки. Провідну роль у атестації сестринського персоналу повинна відігравати асоціація медичних сестер. Додатковими умовами для обов'язкової післядипломної освіти можуть бути визнані такі ситуації:

- період професійної орієнтації та адаптації;
- призначення на нову посаду, яка вимагає додаткових знань та умінь;
- оволодіння суміжними спеціальностями.



Програмою розвитку медсестринства України передбачено здійснити реорганізацію постійно діючих курсів у центри післядипломної освіти. На нашу думку, це матиме сенс лише у тому випадку, коли центри післядипломної освіти будуть організовані як навчально-наукові заклади з відповідною матеріально-технічною базою, фінансовими, кадровими, технологічними, методичними та сучасними інформаційними ресурсами, пройдуть акредитацію та ліцензування. Проста "зміна вивісок", як нерідко буває у вітчизняній системі охорони здоров'я, до жодних позитивних змін не приведе, а, навпаки, викличе ще більшу невдоволеність молодших медичних спеціалістів. На базі Центрів післядипломної освіти, крім курсового навчання за програмами післядипломної освіти, доцільно організовувати регіональні, міжрегіональні та всеукраїнські конференції і семінари медичних сестер з основних проблем сестринської діяльності.

Систематичне неперервне навчання молодших медичних спеціалістів на робочих місцях та шляхом самоосвіти в Україні на сьогодні, на жаль, не організоване. Майже не використовується підвищення кваліфікації шляхом стажування та горизонтальної ротації фахівців. Практично забулими формами навчання медичних сестер стали наставництво, а також сестринські конференції, семінари, "круглі столи", під час яких розглядалися найактуальніші аспекти сестринської діяльності. Епізодичні безсистемні заняття чи проведення заліків з окремих тем за місцем роботи в ЛПЗ важко вважати освітніми програмами.

Система неперервної післядипломної освіти медичних сестер освітньо-кваліфікаційного рівня "бакалавр" в Україні ще не сформована.

Результати аналізу стану неперервної післядипломної освіти сестринського персоналу України вказують на те, що вона за організацією, змістом навчання та ресурсним забезпеченням не відповідає вітчизняному законодавству та загальноєвропейським вимогам, а також не задовільняє вимог системи охорони здоров'я, молодших медичних працівників та споживачів сестринських послуг – пацієнтів.

Одним із найефективніших шляхів удосконалення післядипломної неперервної підготовки медичних сестер є розбудова відділень післядипломної освіти у медичних коледжах.

Важливою формою підвищення кваліфікації є неперервне навчання медичних сестер за місцем роботи, а також активна самоосвіта. Основною

умовою проведення організованого навчання в ЛПЗ є участь у їх підготовці та реалізації кваліфікованих спеціалістів, знаних у відповідних галузях з медсестринства. Навчання за місцем роботи повинне мати послідовний та систематичний характер. Для організації та систематичного проведення такої роботи у штатний розпис кожного лікувально-профілактичного закладу необхідно ввести посаду сестри-методиста з неперервної освіти та атестації медичних сестер. Вимогою до кандидата на посаду методиста повинна бути наявність академічного ступеня "бакалавр" за напрямком підготовки науково-педагогічних кадрів з медсестринства. Основним завданням методиста має бути розробка і реалізація внутрішньолікарняних програм розвитку сестринських кадрів, а також мотивація систематичної керованої самоосвіти медичних сестер. Основними формами неперервного навчання медичних сестер можуть бути наставництво, школи молодих медсестер, навчальні семінари, проблемні заняття, залікові заняття, сестринські конференції, робота в асоціації медичних сестер, професійні конкурси, самостійне опрацювання теми, підготовка рефератів, доповідей, повідомлень, підготовка до заліків чи конкурсів та інше.

Розвиток системи неперервної післядипломної освіти медичних сестер вимагає наукового опрацювання та обґрунтування, розробки на їх основі методичної та нормативної документації, проведення організаційних заходів. Досвід колег з Північної Америки дозволяє реалізувати принцип "Від освіти на все життя – до освіти через усе життя". Вказане передбачає накопичення залікових одиниць протягом усього часу, що передуює черговому підтвердженню права на здійснення професійної діяльності (ресертифікації та продовженню терміну дії ліцензії) за рахунок участі як у формальних, так і неформальних освітніх заходах та програмах [2, 3, 4, 12, 13, 15].

Так, у США з 1971 по 1976 роки радою директорів ААМ була створена робоча група з питань підвищення кваліфікації, під егідою комісії з питань сестринської освіти створено раду з неперервної освіти, яка щорічно проводить свої засідання, регіональні та національні конференції з проблем неперервної освіти, розробила та ухвалила низку документів – "Стандарти неперервної освіти медичних сестер", "Керівництво з неперервної освіти для Асоціації медичних сестер штатів", "Керівництво для систем обов'язкового і добровільного підвищення кваліфікації штатів" та інші [2]. У країні діє обов'яз-

кове та добровільне підвищення кваліфікації медичних сестер. Рада медичних сестер кожного штату визначає вимоги до обсягу, видів та організаційних форм навчання, які зараховуються до залікових. У більшості штатів для продовження терміну дії ліцензії від медичних сестер вимагається не менше 15 залікових одиниць у рік. За визначенням 1 універсальна залікова одиниця підвищення кваліфікації дорівнює 10 годинам участі у організованих освітніх заходах підвищення кваліфікації (1 УЗОПК = 10 годин). Система залікових одиниць передбачає створення системи перманентної реєстрації. У інших штатах країни критерієм для продовження ліцензії визнається не сам факт підвищення кваліфікації, а професійна компетентність медичної сестри, яка визначається шляхом складання іспитів (вирішення ситуаційних завдань або складання тестів). Вимоги до добровільного підвищення кваліфікації значно вищі. Рада з неперервної освіти ААМ рекомендує не менше 30 залікових одиниць (післядипломних кредитів) підвищення кваліфікації. Участь медичних сестер у програмах добровільного підвищення кваліфікації є одним із критеріїв акредитації сестринських служб медичних установ та медичних центрів для присвоєння їм статусу "Магніт", що є своєрідним знаком якості, розповсюдженого в країнах Північної Америки та Європи. Три регіональні комісії здійснюють акредитацію програм підвищення кваліфікації, які пропонуються сестринськими асоціаціями штатів, національними асоціаціями спеціалізованих медичних сестер, університетами і коледжами, федеральними сестринськими службами та радами з питань сестринської справи окремих штатів [3, 15].

Ми не пропонуємо відмінити чи замінити накопичувальною системою діючу в Україні систему підвищення кваліфікації сестринського персоналу. Модель накопичувальної системи підвищення кваліфікації може бути ефективним доповненням існуючої, надасть можливість скоротити терміни стаціонарного курсового навчання та поліпшити активність медичних сестер у отриманні нових професійних знань. Досвід Американської асоціації медичних сестер підтверджує, що накопичувальна система надає:

- можливість вибору тематики занять у межах загальної структури навчальної програми;
- можливість вибору викладача (лектора, навчального закладу) самим слухачем, що, в свою чергу, сприяє пошуку найкращого варіанту навчання та вільній конкуренції навчальних закладів;

- можливість залучення провідних спеціалістів з вузьких областей знань до разових занять за своєю тематикою;

- свободу управління часом (навчання без відриву від виробництва);

- можливість створення єдиного інформаційного простору неперервної сестринської освіти в країні [2].

З метою неперервної освіти медичних сестер з академічним ступенем (бакалавра, магістра, доктора сестринських наук) доцільно створити факультети підвищення кваліфікації сестринських кадрів в Інституті медсестринства медичних університетів.

Безперечно, майбутнє належить гнучким освітнім моделям післядипломної освіти, в яких активно використовуються різноманітні засоби, методи і технології, у тому числі і дистанційні [4]. Особливістю дистанційного навчання є те, що слухач (студент) має можливість самостійно обирати програми навчання та викладачів, тривала самостійна робота слухача чергується з короткими консультаціями (тьюторіалами) через комп'ютерні мережі чи електронну пошту. Перед початком навчання слухач отримує комплект навчально-методичних матеріалів на паперових чи електронних носіях, а опанувавши модуль, складає залік. Основними бар'єрами на шляху широкого застосування дистанційного навчання медичних сестер на нинішньому етапі розвитку нашого суспільства є недостатній розвиток інформаційних технологій та відсутність необхідної нормативної бази.

Хотілося б підкреслити, що забезпечити якісний прорив до підготовки медичної сестри нового типу спроможна лише неперервна післядипломна освіта [7]. У зв'язку з цим, необхідно вирішувати проблеми кваліфікованої діагностики та відбору здатних і соціально активних медичних сестер, виявляти і стимулювати їхні до продовження освіти, створювати оптимальні умови для професійного, посадового і соціального зростання, ліквідувати усі перешкоди на шляху їхнього розвитку, а кращим – забезпечити можливості для продовження освіти за рахунок медичної установи у будь-якому місці та у будь-який час. Так, цікавим є досвід фінансування очно-заочного навчання старших та головних медичних сестер провідних ЛПЗ м. Самари та Самарської області (Росія) на факультеті вищої сестринської освіти медичного інституту "РЕАВІЗ" за рахунок закладів, в яких вони працювали.

Змістовному вирішенню проблеми допомагає поняття "кваліфікація". У сфері праці (контексті

Міжнародної стандартної класифікації занять (ISCк-8), а також згідно із Законом України "Про вищу освіту" та діяльним підходом до розробки Стандартів вищої освіти) кваліфікація – це рівень компетентності фахівця, його здатність виконувати конкретні завдання та обов'язки в межах певного виду діяльності, тобто вирішувати певні класи професійних і соціальних задач. Такий підхід зумовлює необхідність розробки адекватних способів атестації сестринських кадрів, на основі яких можна приймати рішення про їх направлення на навчання та оцінювати його результати. І, ймовірно, що в майбутньому медичним сестрам з академічним ступенем магістра чи доктора наук не потрібно буде проходити курсові заняття на факультетах підвищення кваліфікації кожні 5 років, щоб бути на рівні кваліфікаційних вимог. Їм можна буде обмежитися розробкою навчально-методичних матеріалів, авторських сестринських моделей чи технологій, участю у роботі проблемних науково-практичних конференцій чи семінарів, виступами на організованих наукових чи освітніх заходах, публікаціями результатів досліджень, розробкою місцевих (регіональних) міжнародних

проектів з удосконалення сестринської практики освіти, експертною роботою з оцінки якості сестринської освіти чи діяльності тощо.

**Висновки.** Неперервна післядипломна сестринська освіта в Україні потребує удосконалення. З цією метою необхідно:

1. Переглянути та доопрацювати з урахуванням сучасних тенденцій у неперервній професійній освіті нормативну документацію, що регламентує її організацію.

2. Розбудувати мережу навчальних закладів підрозділів післядипломної освіти.

3. Запровадити акредитацію та атестацію усіх структурних підрозділів, що надають освітні послуги у сфері післядипломної підготовки медичних сестер.

4. Інтегрувати традиційну і накопичувальну системи післядипломної освіти медичних сестер.

5. Переглянути та удосконалити систему атестації сестринських кадрів.

6. У штатний розпис кожного лікувально-профілактичного закладу ввести посаду сестри-методиста з неперервної освіти та атестації медичних сестер.

#### ЛІТЕРАТУРА

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

2. Бахтина И. Найти выход из кризиса // Сестринское дело. – 2006. – № 1. – С. 28-29.

3. Бахтина И. Найти выход из кризиса // Сестринское дело. – 2006. – № 2. – С. 30-32.

4. Бахтина И.С. Новые направления в совершенствовании непрерывного медицинского образования // Сестринское дело. – 2006. – № 4. – С. 11-16.

5. Ваганов Н.Н. Проблема медицинских кадров в системе охраны материнства и детства // Медицинская сестра. – 1992. – № 3. – С. 7-9.

6. Великорецкий Д.А. Об аттестации средних медицинских работников // Фельдшер и акушерка. – 1988. – № 11. – С. 3-9.

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

8. Задворная О.Л. Непрерывное последипломное образование медицинских сестер (состояние и перспективы: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1995. – 184 с.

9. Исаков Ю.Ф. Совершенствование подготовки кадров в медицинских вузах // Советское здравоохранение. – 1984. – № 8. – С. 48-54.

10. Кузьменко М.М. Медицинские кадры: Научно-практические аспекты (современное состояние проблемы) // Проблемы соц. гиг. и орг-ция здравоохранения. 1996. – № 4. – С. 43.

11. Попов Г.А. Состояние и перспективы подготовки средних медицинских кадров в СССР // Медицинская сестра. – 1961. – № 2. – С. 3-10.

12. Рябчикова Т.В., Солина З.Е. Некоторые подходы к организации повышения квалификации средних медицинских работников // Главная медицинская сестра. – 2005. – № 9. – С. 93-100.

13. Туркина Н.В., Камынина Н.Н., Бахтина И.С., Павлов Ю.И., Балабанова А.В. Накопительная система повышения квалификации средних медицинских работников // Медицинская сестра. – 2005. – № 6.

14. Якубовский В.А., Антимонов А.В., Белокопытова В.Г. Повышение квалификации главных медицинских сестер // Советское здравоохранение. – 1983. – № 4. – С. 46-49.

15. American Nurses Association: Standards for nursing professional development: continuing education and staff development, Washington, KC, 1994 The Association.

## НОВІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ ПРИ НАВЧАННІ ЗА ПРОГРАМОЮ I-II РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ

**І.Є. Герасимюк, Б.Я. Ремінецький, О.М. Киричок, М.В. Самборський**

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

---

Впровадження у навчальний процес і ознайомлення з деякими даними клінічних обстежень (рентгенографія, комп'ютерна та магніто-резонансна томографія), зіставлення їх з традиційними анатомічними методами дослідження, клінічна інтерпретація анатомічних даних збільшує мотивацію і зацікавленість студентів предметом, що, в свою чергу, сприяє його кращому засвоєнню.

---

## THE NEW APPROACHES FOR THE STUDYING OF HUMAN ANATOMY ACCORDING THE PROGRAM OF I-II ND ACREDITATION LEVEL

**I.Ye. Herasymyuk, B.Ya. Reminetskyu, O.M. Kyrychok, M.V. Samborskyu**

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

---

The introduction into the studying process and the acquaintance with some data of the clinical examination (X-ray, CT, MRI), their compairance with the traditional anatomical examination methods, clinical interpretation of anatomic data increases the motivation and interest of students for the subject, which in its term causes for its better mastering.

---

**Вступ.** З кожним роком зростає співпраця української медичної галузі з медициною різних країн світу. Україна швидкими темпами інтегрується в систему міжнародного обміну професійними ресурсами [1]. Це водночас потребує вдосконалення й української медичної освіти. Тому інтеграція України у світовий освітній простір, де, безперечно, домінують два напрями – європейський і американський, змушує звертатися до досвіду викладання морфологічних дисциплін в країнах, які їх представляють. Це стосується не тільки ВНЗ III-IV, але і I-II рівнів акредитації, де закладаються основи знань майбутнього спеціаліста-медика [2].

Особливе місце серед базових предметів в медичній освіті займає анатомія людини. Тут, як і з інших теоретичних та клінічних дисциплін, рівень сучасної медичної науки і практики вимагає нових підходів до підготовки висококваліфікованих медичних фахівців. Рівняючись на цивілізований світ, на сьогодні виникла необхідність реформувати цю

підготовку, а також перепідготовку медсестринських кадрів. Усі види організації навчальної роботи повинні бути підпорядковані головній меті – систематичному цілеспрямованому впровадженню нових форм і методів навчання, його оптимізації, що забезпечить високоякісну підготовку спеціалістів [3]. Саме запозичений в медичних школах та університетах Європи і Сполучених Штатів Америки досвід дозволив впровадити ряд нових технологій у навчальний процес на кафедрі анатомії людини і наблизити його до світових стандартів [4, 5].

Тому метою нашого дослідження стало вивчити ступінь впливу на якість вивчення предмета при практично-орієнтованому викладанні та ступінь сприйняття студентами нової методики викладання в умовах проведення робочого часу за системою "єдиного робочого дня".

**Основна частина.** Дослідження було проведено в україномовних студентських групах 1-го курсу Навчально-наукового інституту медсестринства протягом одного року.

За основними положеннями Болонської системи підготовка спеціаліста повинна бути спря-

мована на більш ефективне професійне навчання з індивідуальним підходом до кожного студента. Однією із переваг даної системи є ефективна самостійна підготовка студента до занять, що можливе лише за наявності достатньої кількості якісних підручників, лекційного матеріалу та умови цілодобового доступу до послуг Інтернету з розміщенням на відповідних Web-сторінках та сайтах необхідного матеріалу.

На кафедрі анатомії Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського за останні роки прикладається багато зусиль для розв'язання цієї проблеми. При складанні тематичного плану лекційного та практичного курсу значна увага приділяється клінічній спрямованості предмета. Колективом кафедри створено і розташовано на кафедральній Web-сторінці порталу університету усі необхідні матеріали для підготовки до практичних та лекційних занять з предмета українською та англійською мовами. Матеріали є вільно доступними для всіх студентів. Структура матеріалів побудована таким чином, що включає не лише теоретичний текстовий матеріал, а й насичення малюнками, схемами та фотографіями до кожної теми відповідно.

Наявність такої бази матеріалів дає можливість студентам самостійно в домашніх умовах повністю теоретично підготуватися до практичного заняття чи лекції. Самі лекції набувають більш практичного, а не тільки суто теоретичного сенсу. Попередня підготовка студентів дає можливість викладачам не зупинятися на простих і зрозумілих питаннях лекції. А час, що звільнився, використати для розгляду більш складних моментів лекційного матеріалу та наведення наглядних клінічних прикладів з метою застосування відповідних знань в клінічних умовах. Це сприяє більшій зацікавленості студентів у лекції, нерідко виникають дискусії над цікавими клінічними випадками, в яких особливу увагу лектори звертають на анатомічну сторону предмета дискусії. Такі лекції запам'ятовуються набагато краще.

Практичні заняття супроводжуються рядом клінічних ілюстрацій важливості вивчення тієї чи іншої теми, розглядаються найбільш показові та

добре відомі анатомічні аспекти захворювань та випадків з клінічної практики. З метою вдосконалення викладацької майстерності та поповнення багажу знань професорсько-викладацький склад кафедри проходить регулярні стажування на клінічних кафедрах університету, викладачі відвідують клініки, беруть участь в лікарських медичних обходах, клінічних конференціях, спостерігають за роботою медичних сестер в операційній, перев'язувальній, маніпуляційній та у палатах. Отриманий таким чином досвід вони максимально впроваджують в навчальний процес під час практичних занять з урахуванням специфіки анатомічних знань та особливостей нашого предмета.

Під час щоденних практичних занять використовується демонстрація рентгенівських знімків, комп'ютерних та магніто-резонансних томограм (КТ та МРТ-грам) в нормі. Знайомство із рентгенанатомією та даними комп'ютерної томографії дає можливість майбутнім медичним сестрам краще зрозуміти можливість та ефективність використання цих методів обстеження та їх значення в клінічних умовах.

Для динамічного вивчення анатомічних структур органів та частин тіла також використовується комп'ютерна програма перегляду КТ та МРТ-грам, яка дає можливість подивитися різні ділянки тіла в різних проекціях та збільшеннях, виміряти розміри та обчислити об'єми на моніторі комп'ютера.

На практичних заняттях використовуються також натуральні препарати та проводиться зіставлення відповідності анатомічних утворів натуральних препаратів з рентгенограмами та томограмами. Окремі практичні навички студенти можуть набути під час препарування окремих ділянок людського тіла відповідно до тематики практичних занять.

**Висновки.** За результатами проведених спостережень можна сказати, що перший рік викладання анатомії людини за методикою практично-орієнтованого навчання показав, що студенти виявляють більшу зацікавленість до предмета, заняття проходять із залученням студентів до дискусій, рівень засвоєння предмета зріс, а також з'явилася мотивація вивчення предмета.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Особливості професійних обов'язків медичних сестер у США та Австрії / О.В. Олійник, І.Р. Мисула, Н.О. Ліщенко та ін. // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 99-101.

2. Викладання морфологічних дисциплін у ВНЗ І-ІІ рівнів акредитації в Україні, деяких європейських державах і США / Ю.Ф. Педанов, А.І. Гоженко, Р.Ф. Макулькін // Медична освіта. – 2006. – № 2. – С. 87-88.

3. Сучасні погляди на медсестринську освіту / Н.А. Хабарова, С.М. Андрейчин, Н.А. Бількевич // Медична освіта. – 2006. – № 3. – С. 20-22.

4. Медсестринська освіта в університеті Південної Кароліни Апсейт (США) / За редакцією чл.-кор. АМН України, д-ра мед. наук, проф.

Л.Я. Ковальчука. – Тернопіль, ТДМУ: "Укрмедкнига", 2006. – 397 с.

5. Дворічна медсестринська освіта в США (за узагальненням досвіду штату Каліфорнія) / Н.О. Ліщенко, О.С. Усинська, О.В. Шманько та ін. – Тернопіль, ТДМУ: "Укрмедкнига", 2006. – 263 с.



# ОТРУЄННЯ ТОКСИЧНИМИ ГРИБАМИ. ДІАГНОСТИКА НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Б.А. Локай

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

---

У статті наведено дані про поширеність токсичних уражень грибами в Україні, основні групи токсичних грибів, симптоматику отруєнь на догоспітальному етапі. Зроблено висновок про необхідність просвітницької роботи серед населення для запобігання росту числа отруєнь та необхідність ранньої госпіталізації з метою зниження смертності від отруєнь.

---

## POISONING BY TOXIC MUSHROOMS. DIAGNOSTICS DURING PRE-HOSPITAL STAGE

B.A. Lokay

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

---

The article represents the data concerning prevalence of toxic damages by mushrooms in Ukraine, main groups of toxic mushrooms, signs of poisoning during pre-hospital stage. In was made the conclusion about the necessity of educational work among the population directed onto prevention of increase of poisoning frequency and necessity of early hospitalization with the purpose of lowering the mortality from poisoning.

---

**Вступ.** Гострі отруєння шапинковими токсичними грибами є серйозною медичною та екологічною проблемою. Щорічно в Україні в літньо-осінній період реєструються масові отруєння шапинковими грибами, які в окремі роки сягають декількох тисяч постраждалих із загальною летальністю 10-25 % (наприклад, в 2000 р. із 2750 осіб загинули 192, в тому числі 43 дітей, в 2004 р. – з 1003 стаціонарних хворих померло 93, серед яких 20 дітей)) [1]. В останні роки спостерігався значний ріст отруєнь токсичними грибами.

Міжнародний досвід свідчить, що при грибних отруєннях 20-95 % від загального числа смертельних наслідків випадає на долю блідої поганки [1, 2, 3, 4]. Ситуація зумовлена низкою причин – кліматичними особливостями, соціально-економічними негараздами, недостатнім досвідом розпізнавання грибів у населення тощо [5, 6].

**Основна частина.** Важливу роль в догоспітальній діагностиці отруєнь токсичними грибами має анамнез. Практично в усіх випадках захворювання при опитуванні хворого можна виявити вживання свіжозібраних грибів за декілька годин або днів

до появи перших клінічних ознак. Одночасно необхідно звертати увагу на те, з ким хворий вживав гриби, так як отруєння грибами часто носять груповий або сімейний характер. Поряд з тим необхідно уточнити досвід потерпілого у збиранні або розрізненні різних видів грибів.

Залежно від клінічних проявів отруєнь, зумовлених системно-органною тропністю грибних токсинів, отруйні гриби поділені на 3 групи: 1) гастроентеротропні; 2) нейротропні; 3) гепатонейротропні.

Отруйні гриби першої групи містять речовини, які мають місцеву подразнювальну дію на слизові оболонки травного каналу. Хімічний склад цих речовин майже не вивчався. Токсичними складовими нейротропних ТГ є алкалоїди мускарин, мускаринин, іботенова кислота тощо, а також близько 10 біогенних амінів, які чинять на організм сильну фізіологічну дію. У вітчизняній літературі, крім блідої поганки, відсутні описані випадки отруєнь іншими гепатонейротропними ТГ. Токсичність блідої поганки зумовлена циклічними поліпептидами аманіта- і фалотоксинами.

Латентний період при отруєннях токсичними грибами короткий, з гострим початком захворювання.

Для першої та другої груп характерний латентний період, що не перевищує 3 год з часу вживання грибів. Слід зауважити, що короткий латентний період (1-4 год) може бути зумовлений наявністю у грибній страві, крім білої поганки, грибів з гастроентеротропним і нейротропним механізмом дії, що ускладнює діагностику [1, 4, 7, 8].

Клінічно захворювання при отруєнні гастроентеротропними грибами характеризується картиною гострого гастроентериту: різкий біль у верхній половині живота, нудота, блювання, пронос. Ознаки загальної інтоксикації виражені у різному ступені. Видужання настає через 1-2 доби [9].

При отруєнні нейротропними ТГ уражається травний канал (нападоподібний біль у животі, блювання, пронос), але в клінічній картині превалюють симптоми ураження вегетативної нервової системи: при переважному вмісті в грибах мускарину спостерігається надмірне пото- і слиновиділення, рясні виділення з носа, міоз, брадикардія (холінергічний синдром); при переважанні мускаридину – сухість шкіри, слизових оболонок, порушення свідомості, марення, галюцинації, судоми, мідріаз, тахікардія (холінолітичний синдром) [10].

Латентний період при отруєнні білою поганкою триває від 6 год до 2 діб і більше. Для отруєння характерні раптово виникаючі та швидко наростаючі симптоми ураження травного каналу: різкий біль в животі (іноді нестерпний, колькоподібні), нудота, блювання, профузний пронос

з тенезмами. У блювотних масах і випорожненнях часто можна виявити шматки грибів, слиз і кров. Внаслідок великої втрати води та солей виникають сильна спрага, слабкість, адинамія, розлади кровообігу (акроціаноз, холодні кінцівки, судоми, особливо в литкових м'язах). З першого ж дня з'являються ознаки зниження функціональної здатності печінки і нирок, які з 3-ї доби можуть призвести до гострої печінково-ниркової недостатності і коми [11].

При виявленні хворих з подібною симптоматикою необхідно терміново госпіталізувати їх, оскільки успіх лікування, особливо при отруєннях токсичними грибами 3 групи, майже повністю залежить від строків початку інтенсивної терапії в умовах стаціонару. Несвоєчасно розпочате лікування (через 2-3 доби після появи перших клінічних симптомів) при отруєннях білою поганкою може призводити до летальних наслідків.

**Висновки.** Для зниження рівня отруєнь токсичними грибами в Україні необхідно регулярно проводити просвітницьку роботу серед населення.

Необхідно посилити контроль санітарно-епідеміологічних станцій над ринками, де можлива торгівля свіжозібраними грибами.

Для зниження рівня смертності населення від отруєнь грибами необхідно велику увагу приділяти ранній їх діагностиці на догоспітальному етапі та своєчасній госпіталізації у відділення інтенсивної терапії.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Черний В.И., Кузнецова Н.В., Тюменцева С.Г. и др. Фульминантная недостаточность печени как проявление отравления гепатотоксичными грибами // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2003. – № 3. – С. 61-69.
2. Дагаев В.Н., Лужников Е.А., Казачков В.И., Держак В.Д. Анализ массовых грибных отравлений в Российской Федерации за период с 1990 по 1992 гг. // Токсиколог. вестн. – 1993. – № 2. – С. 8-11.
3. Циганенко О.І., Матасар І.Г., Григор'єва Л.І. Матеріали про грибні отруєння серед населення України. – Київ, 1997. – 100 с.
4. Trim G.M., Lepp H., Hall M.J. et al. Poisoning by *Amanita phalloides* ("death cap") mushrooms in the Australian Capital Territory // Med. J. Aust. – 1999. – 171, N 5. – P. 247-249.
5. Бойчук Б.Р. Отруєння грибами. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1997. – 200 с.
6. Мальш И.Р., Макарук В.А., Цепляев В.И. Алгоритмы дифференцированной интенсивной терапии

- пациентов с отравлением гепатотропными грибами // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2000. – № 1 (д). – С. 128-130.
7. Острая почечная недостаточность / П.С.Серняк, А.Ф.Возианов, Н.В.Коваленко, Л.В.Логвиненко.– К.: Здоров'я, 1988.– 144 с.
8. Studien uber den Mechanismus der Giftwirkung des Phalloidiens mit radioactev markierten Giftstoffen / K.Rehbinder, G.Loffler, K.Wieland, T.Wieland // Z. Physiol. Chem.- 1963.- Bd 331.- S. 132-142.
9. Бойчук Б.Р. Особливості клінічного перебігу отруєнь гастроентеротропними грибами // Актуальні питання клінічної і експериментальної медицини: Тези наукової конференції. – Тернопіль, 1994. – С. 10-12.
10. Лудевиг Р., Лос К. Острые отравления: Пер. с нем. – М.: Медицина, 1983. – 180 с.
11. Лужников Е.А., Костомарова Л.Г. Острые отравления. – М.: Медицина, 1989. – 432 с.



# ВСТАНОВЛЕННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКО-АКУШЕРСЬКОЇ СЛУЖБИ У США

Н.В. Ревчук

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

---

Стаття розглядає основні етапи становлення медсестринської акушерської служби у США та особливості її функціонування на сучасному етапі.

---

## FORMATION OF MIDWIFERY SERVICE IN USA

N.V. Revchuk

*Ternopil State Medical University named by I. Ya. Horbachevskyi*

---

This article reviews main aspects of midwifery service formation in USA and peculiarities of its nowadays functioning.

---

**Вступ.** З давніх-давен жінки допомагали одна одній у пологах. Для декого це стало професією – міська чи сільська акушерка, яка володіла мистецтвом зцілення, відповідно до своєї епохи та культури. Саме акушерка допомагала у більшості пологах за весь час існування людства. І в сучасному суспільстві Данії, Нідерландів та Швеції пологи за участю лише акушерки є нормою. Фактично у шести країнах із найнижчим показником перинатальної смертності провідну роль у пологах відіграє саме акушерки, які приймають близько 70 % усіх новонароджених. Сполучені Штати, де кількість пологів за участю акушерки складає лише 5 %, знаходиться на 26 місці [5].

Та, незважаючи на ефективну своєї діяльність, акушерки переслідувалися у всі історичні часи, особливо на Заході. В часи Інквізиції та "період вогнищ" акушерки були головною мішенню. Зцілення силами природи протирічило основним догматам церкви. Недарма "Malleus Maleficarum", настільна книга інквізиторів, проповідувала: "...Ніхто не наносить більшої шкоди католицькій церкві, як акушерка" [5].

**Основна частина.** У США гоніння акушерок посилювалося на початку ХХ століття, коли медицина стала прибутковою і лікарі-чоловіки намагалися захопити таку "грошовиту" галузь, як народження дітей. На той час 50 % усіх новонароджених приймалися акушерками, а решта – лікарями.

Більшість акушерок були емігрантами з Європи чи Мексики або мали афроамериканське походження. Європейці зазвичай мали формальну освіту та володіли прийомами прийняття пологів навіть краще за лікарів, афроамериканці ж переймали досвід одна від одної. Показники материнської та дитячої смертності на той час у США були вищими, ніж у економічно-розвинених країнах Європи [5].

У пошуках шляхів покращення стану здоров'я матерів та новонароджених акушерок часто звинувачували у поганих наслідках пологів та вимагали відсторонити їх від практики та заборонити цю спеціальність, щоб ліквідувати конкурентів для чоловіків-акушерів.

До 1930 року кількість прийнятих пологів акушерками знизилася до 15 %. Разом з тим через постійну проблему високих показників смертності з'явилася концепція медсестри-акушерки, тобто бачення медсестри, яка має спеціальну медичну освіту та володіє прийомами ведення нормальних пологів під наглядом лікаря [1].

Так, у статті лікаря Fred J. Taussig з Сент-Луїса, штат Міссурі, в 1914 році було запропоновано створити школи акушерок, до яких би приймали медсестер з певним рівнем освіти. Така практика успішно існувала у Великобританії. Вже тоді в об'єм їх функціональних обов'язків входила підтримка здоров'я матері та дитин. Але ще до появи першої медсестри-акушерки вже велася дискусія про те, як обмежити її практику [4].

Перша успішна служба медсестер-акушерок в США була створена у 1925 році в сільській місцевості штату Кентуккі, де Mary Breckinridge після навчання у Великобританії заснувала Frontier Nursing Service (FNS) – службу для охорони здоров'я матері та дитини. Медсестри цієї організації обслуговували певні регіони, об'їжджаючи їх на конях та надаючи допомогу у пологах, проводячи імунізацію населення, лікуючи нескладні захворювання та направляючи хворих до лікаря у випадку необхідності.

Усвідомлюючи потребу у створенні професійної організації, в 1929 році Mary Breckinridge заснувала Американську асоціацію медсестер-акушерок.

Одночасно з цим Центральна асоціація материнства м. Нью-Йорк розпочала планування служби, в якій би медсестри-акушерки працювали із місцевим населенням. Перша така клініка – The Lobenstine Midwifery Clinic, Inc. була створена у 1938 році. Там же була створена перша школа медсестер-акушерок [1].

Хоча за період між 1930 та 1950 роками спостерігався ріст кількості медсестер-акушерок в зв'язку з відкриттям декількох шкіл, можливості мати власну практику в акушерських закладах перешкоджали дві причини. По-перше, збільшилася кількість пологів у лікарнях, де акушерки не мали можливості працювати, по-друге, у багатьох штатах взагалі заборонялася акушерська медсестринська служба як така.

В окремих великих клініках акушерок включали в штат працівників, оскільки лікарів не вистачало через зростання кількості пологів. Поступово об'єм їхньої роботи зростав у відповідь на потреби лікарні. Медсестри-акушерки були під прямим контролем лікарів та у їх функції входили різні технічні навички, такі як виконання епізіотомій, внутрішньовенне введення розчинів, а в подальшому – і моніторинг стану плода.

У 1944 році в Національній організації медсестер (НОМ) громадської охорони здоров'я з'явилося відділення медсестер-акушерок. До 1952 року цим відділенням була сформульована філософія служби медсестер-акушерок. Проте у цьому ж році НОМ перестала існувати, її місце зайняли Американська асоціація медсестер (ААМ) та Національна ліга медсестер (НЛМ). Керівники цих організацій вважали неможливим включати акушерок у медсестринські організації [3].

В зв'язку з цим, у 1955 році було створено Американське товариство медсестер-акушерок

(ACNM), яке у 1968 році об'єдналося з Американською асоціацією медсестер-акушерок. У 70-ті роки розгорнувся рух за визнання професії медсестри-акушерки як самостійної. В 1974 році ACNM затвердило документ, в якому чітко були окреслені взаємостосунки між медсестрами-акушерками, медсестрами, медициною та визначено унікальне місце цієї служби у системі охорони здоров'я [3].

У 1976 році в передовій колонці журналу *"Journal of Nurse-Midwifery"* Jean Cassidy запропонував професії "зайняти тверду й рішучу позицію у питанні майбутнього в охороні материнства. Медсестра-акушерка, яка працює в лікарні, повинна відроджувати стратегію на розвиток системи медичної допомоги, орієнтованої на сім'ю" [4].

Як альтернатива лікувальним закладам були створені спеціальні пологові центри. Їхня мета полягала у забезпеченні орієнтованої на сім'ю допомоги матері, створенні умов, схожих на домашні. Перші пологові центри були створені у сільській місцевості на початку 40-их років, а у 1975 році перший пологовий міський центр було створено у верхньому Манхеттені. В 1999 р. вже працювало 160 таких центрів. Важливим було те, що вони не залежали від лікарень, практикували там самі акушерки і тут могли уникнути "високотехнологічних пологів". Дослідження національних пологових центрів показало їхню необхідність і те, що 80 % допомоги в них дійсно надавали акушерки.

У 1966 році ACNM вперше опублікувало "Функції, стандарти та кваліфікаційні вимоги", які визначали роботу медсестер-акушерок.

Наприкінці 70-х років медсестри-акушерки стали надавати медичну допомогу жінкам у перименопаузальному та менопаузальному періоді.

У 1978 році було відозмінено визначення служби медсестер-акушерок. Основна зміна стосувалася введення слова "незалежна". У 1992 році це визначення було таким: "Акушерство, яке практикується сертифікованими медсестрами-акушерками, включає незалежну охорону здоров'я жінки та новонародженого, особливо під час вагітності, пологів, в післяпологовому періоді, та планування сім'ї і вирішенні гінекологічних потреб жінки". Сертифікована медсестра-акушерка чи сертифікована акушерка виконує свої функції в межах системи охорони здоров'я, яка дозволяє вести пацієнтку консультативно, в

співпраці чи направити її до іншого спеціаліста відповідно до стану здоров'я. Вона виконує свою роботу відповідно до стандартів практики медсестри-акушерки, які визначені Американським товариством медсестер-акушерок" [2].

Дослідження, проведене у 1994 році, виявило, що акушерки виконують багато акушерських процедур: УЗД, накладання щипців та вакуум-екстрактора, кольпоскопію, біопсію ендометрія, є першими асистентами під час операції кесарського розтину та зовнішньому повороті при тазовому передлежанні. Дослідження також виявило, що медсестри-акушерки проводять лікування за допомогою гомеопатичних препаратів, чаїв, трав, настоїв, масажу.

У 90-ті роки спостерігається зростання кількості жінок різного віку, які отримували медичну допомогу від сертифікованих медсестер-акушерок. Дослідження 1994 року показало, що їм доводилося лікувати бронхіт, астму, ГРВІ, анемії, дерматити. Тому АСНМ зробило заяву, згідно з якою сертифіковані медсестри-акушерки та сертифіковані акушерки первинну медичну допомогу жінкам та новонародженим.

З 1996 року термін дії сертифікату обмежений вісьмома роками (до цього часу сертифікат на право працювати видавався без обмеженого терміну). Була розроблена спеціальна програма, яка вимагала або прездавати сертифікаційний іспит, або пройти певні курси із підвищення кваліфікації.

Окрім медсестер-акушерок, усі ці роки, хоча і в невеликій кількості, мирські акушерки продовжували свою діяльність і навіть у тих штатах, де вони були заборонені. Ці акушерки займалися переважно прийманням пологів у домашніх умовах. У деяких штатах, де визнавали їхню діяльність, були створені власні асоціації мирських акушерок і навіть школи із їх підготовки. В міру того, як встановлювалися ліцензування, реєстрація та умо-

ви практики в окремих штатах замість терміну "мирські акушерки" стали використовувати терміни "традиційні акушерки", "незалежні акушерки", "акушерки прямого входження". Останній термін "акушерки прямого входження" (КЕМ) використовувався для того, щоб підкреслити, що вони працюють без формальної освіти. Інші мали на увазі, що такі акушерки не мали попередньої підготовки в якості медсестри.

У середині 1990-х років Північний реєстр акушерок (NARM) разом із союзом акушерок Північної Америки (MANA) розробили процес сертифікації для КЕМ і дали їм нову скорочену назву СРМ (сертифікована професійна акушерка). Для здачі сертифікаційного екзамену АСНМ КкА (відділ акредитації) вимагає, а NARM – не вимагає формальної освіти; остання організація визнає підготовку акушерок на основі переймання досвіду у інших досвідчених акушерок. Таким чином у США існує два різних підходи до сертифікації традиційних акушерок [2].

**Висновок.** У США уряд штату відіграє відповідну роль у визначенні тих меж, в яких акушерки беруть участь у охороні здоров'я жінки та новонародженого. Закони та правила штату встановлюють об'єм дозволених функцій акушерки, вимоги до ліцензування, а також можливість оплати медичними страховими компаніями та програмами "Медікейд" та "Медікеар". У більшості штатів страхові компанії зобов'язані платити за послуги акушерок. Щодо сертифікованих медсестер-акушерок, то законодавство штатів еволюціонувало від практично випадковим чином прийнятих дуже різноманітних моделей практики до чітко встановленого однорідного порядку та вимог, які збігаються у різних штатах. Щодо акушерок прямого входження існує значно менше одноманіття. І кожен штат має свої вимоги та заборони щодо їхньої діяльності [2].

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Susan E. Stone, "The evolving scope of nurse-midwifery practice in the United States", *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2000, V45, 6.
2. Alyson Reed, Joyce E. Roberts, "State regulation of midwives: Issues and options", *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2003, V45, 2

3. Katy Kawley, "Origins of nurse-midwifery in the United States and its expansion in the 1940s", *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2003, V48, 2
4. Иванов Е.Г. Служба медсестер – акушерок в США // А.В. № 6. – 2003.
5. <http://www.midwifery.ru/today/akusherka.htm>.

## ОПТИМІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ МЕДСЕСТЕР-БАКАЛАВРІВ НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ

I.V. Кубей, Н.І. Балацька

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

---

У статті подано досвід викладання педіатрії медсестрам-бакалаврам. Доведено ефективність організації навчального процесу за системою "єдиного дня", що сприяє покращенню засвоєння практичних навичок та розвитку необхідних професійних якостей майбутнього спеціаліста.

---

## OPTIMIZATION OF BACHELOR-NURSING EDUCATION AT PEDIATRICS DEPARTMENT

I.V. Kubey, N.I. Balatska

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

---

The article shows the results of bachelor-nursing education at pediatrics department. It explains the effects of "all-day studding system" which increased the skills of creative work and development of necessary professional and personal qualities of future specialist.

---

**Вступ.** За роки незалежності України стало можливим вивчення досвіду зарубіжних країн в сфері освіти. Це дало змогу провести реформу медсестринської освіти, яка стала максимально орієнтована на міжнародні стандарти. Досягнути бажаних результатів можна, реалізувавши основні завдання та принципи Болонської декларації. З цією метою було прийнято Програму розвитку медсестринства України (2005-2010 рр.), затверджену наказом МОЗ України № 583 від 08.11.2005 р. [1]. В документі підкреслено, що одним із стратегічних напрямків розвитку є удосконалення підготовки молодших медичних спеціалістів та медсестер-бакалаврів відповідно до вимог Болонського процесу [2-5].

**Основна частина.** Запровадження системи "єдиного дня" в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського дало змогу оптимізувати навчальний процес, збільшивши частку самостійної роботи студентів з хворими. Це стосується і проведення практичних занять із медсестрами-бакалаврами на кафедрі педіатрії з дитячою хірургією.

Навчальний процес "єдиного дня" складається з декількох етапів:

- практична робота з хворими;
- семінарське заняття;
- програмований контроль.

Більша частина часу відводиться на самостійну роботу студентів з хворими. Викладач визначає основні завдання та обсяг обстеження пацієнта. Крім цього, куратор підказує деякі моменти щодо спілкування з дитиною, які допоможуть налагодити потрібний з нею контакт. Адже відомо, що захворювання, особливо з хронічним перебігом, спричинює певний вплив на психоемоційний стан хворих. Це особливо часто зустрічається в педіатричній практиці. Досягнення хорошого контакту з пацієнтом дозволяє більш повно обстежити його, уникнути непорозуміння під час спілкування.

Збирання анамнезу в дитини здійснюється за певною схемою, якою студенти оволоділи на перших заняттях з педіатрії. Для оптимізації їх роботи на кафедрі розроблено схематичну карту медсестринського обстеження пацієнта. Кожен студент отримує її перед початком практичної роботи. Наявність цієї схеми дозволяє повністю обстежити дитину, запобігаючи пропущенню важливих деталей.

Застосування карти обстеження на кожному занятті (при вивченні нозологій) сприяє запам'ятовуванню методик опитування та проведення

огляду дитин, що є необхідним в подальшій професійній роботі.

Слід зазначити, що студенти працюють сам-на-сам із хворим. Під час самостійної роботи викладач має змогу оцінити вміння медсестри-бакалавра спілкуватися з дітьми та батьками, правильність виконання обстеження дитини та її послідовність. Разом з тим викладач не тільки здійснює контроль, але й допомагає освоїти заплановані практичні навички.

Після проведення обстеження студент повинен вказати основні синдроми, які виявлено у даного пацієнта, виділивши провідний. Встановивши синдромальний діагноз, студент переходить до наступного етапу – написання плану обстеження хворого. На цю частину роботи викладач звертає особливу увагу, оскільки на практиці медсестра-бакалавр є безпосереднім помічником лікаря.

Сестринська допомога не може бути інтуїтивною. Вона повинна здійснюватися осмислено, за певною схемою, враховуючи дані отримані при обстеженні дитини.

Семінарська частина заняття проходить у вигляді дискусії, в якій беруть участь всі члени групи. До того ж, один студент відповідає на поставлене завдання, а інші вказують помилки, які були допущені при відповіді колеги.

Як правило, на семінарі роздаються тематичні задачі, які містять короткий опис захворювання та синдромальний діагноз. Медсестра-бакалавр повинна вказати можливі зміни в результатах лабораторних та інструментальних методів обстеження. Інший варіант ситуаційної задачі уже містить результати обстежень, а студент повинен їх правильно інтерпретувати. Так, наприклад, якщо в ситуаційній задачі описано клініку при гострій пневмонії, то медсестра отримує результати загального аналізу крові, біохімічного аналізу крові, посіву харкотин-

ня, дані рентгенографії органів грудної клітки. При захворюваннях нирок обговоренню підлягають загальний аналіз сечі та аналіз за Нечипоренко, Зимницьким, біохімічний аналіз крові, дані ультразвукового обстеження нирок, опис урограми.

Певна частина часу обов'язково виділяється на засвоєння методики підготовки хворого до певних інструментальних та лабораторних методів обстеження. Зокрема, забору матеріалу на бактеріальний посів, рН-метрії, внутрішньовенної екскреторної урографії, іригографії, ультразвуковому обстеженні хворого, фіброезофагогастроудоденоскопії та інших.

Якщо на занятті вивчаються певні нозології, то ситуаційна задача передбачає визначення студентом провідного синдрому та визначення об'єму долікарської допомоги хворому. Крім цього, проводиться засвоєння практичних навичок із надання долікарської допомоги при невідкладних станах.

Закінчується заняття програмованим контролем, який включає в себе тести другого рівня складності.

Загальна оцінка студента складається із наступних складових:

- робота із пацієнтом (максимальна кількість балів – 5);
- робота із ситуаційною задачею (максимальна кількість балів – 3);
- оцінка за тестовий контроль (максимальна кількість балів – 3);
- самостійна індивідуальна робота, яка включає в себе написання реферату, короткого тематичного повідомлення (максимальна кількість балів – 1).

**Висновок.** Організація навчального процесу за системою "єдиного дня", сприяє покращенню засвоєння практичних навичок та розвитку необхідних професійних якостей медсестри-бакалавра.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Реформа сестринської освіти / За ред. О. Зюкова // Головна медична сестра. – 2006. – № 7. – С. 50-55.
2. Стецько М.Ф., Болюбаш Я.Я., Лемківський К.М., Сухарніков Ю.В. Модернізація вищої освіти України і Болонський процес // Освіта. – 2004. – С. 12-17.
3. Ковальчук Л.Я., Мисула І.Р., Пашко К.О. Запровадження положень Болонського процесу у Тернопільському медуніверситеті // Медична освіта. – 2004. – № 3-4. – С. 4 – 6.

4. Пидаев А.В., Передерий В.Г. Болонский процесс в Европе. Что это такое и нужен ли он Украине? Возможна ли интеграция медицинского образования Украины в Европейское образовательное пространство? – Одесса: Одес. Гос. мед. ун-т, 2004. – 192 с.
5. Вибір оптимальної моделі підготовки медичної сестри в Україні / І.А. Плеш, В.І. Каленюк, Л.Д. Борейко та інші // Медсестринство. – 2007. – № 2. – С. 34-35.