

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

4/2007

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 №7 від 25.12.2007 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 Пухальська О.І.
Оформлення обкладинки Кушик П.С.

Підп. до друку 26.12.2007 Формат 60×84/8.
Гарнітура JournalSans Друк офсет. Папір офсет.№1
Ум. друк. арк. 4,42. Обл.-вид.арк. 3,79
Тираж 600. Зам. № 23.

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

За матеріалами проекту MATRA

Т.А. Пасенюк, Н.Л. Аряєв

Роль проектів “MATRA” у реформуванні первинної медико-санітарної допомоги в Україні

Л. Стаднюк, В. Чайковська

Про створення київського волонтерського інформаційного геріатричного центру

І.Р. Мисула, Н.Б. Галіяш, О.С. Усинська, Н.І. Балацька

Роль компетентності в процесі викладання і навчання в закладах медсестринської освіти

В.С. Бірюков, М.Л. Аряєв

Про політику співдоплат у громадському русі “гармонійне життя в будь-якому віці!”

О.І. Корнецький, Н.О. Ліщенко, О.С. Усинська

Впровадження медсестринського плану догляду та медсестринського процесу в медсестринській освіті в Україні

С.І. Климнюк, Л.Б. Романюк, Н.І. Ткачук

Аналіз впровадження методики “єдиного дня” при викладанні мікробіології для студентів нні медсестринства

Н.І. Балацька

Вивчення етики взаємовідносин в медичному колективі

Т.Я. Скарлош

Післядипломна підготовка медсестринських кадрів у тернопільській обласній комунальній клінічній лікарні

І.В. Кубей

Самовиховання та самовдосконалення в професійній діяльності середнього медичного персоналу

І.Я. Криницька, М.І. Марущак

Клінічна лабораторна діагностика в системі сучасної підготовки лаборанта-бакалавра

CONTENTS

4 According to the project materials MATRA

T. Pasenyuk, N. Aryaev

6 The role of “MATRA” projects on reforming of primary health care in Ukraine

L. Stadnyuk, V. Chajkovska

13 About creation of Kyjiv volunteer informational geriatric center

I. Mysula, n. Haliyash, O. Usynska, N. Balatska

16 Competences in the teaching and learning process in nursing schools

V. Biryukov, n. Aryaev

19 About politics ‘sodoplat’ in public movement “harmonic lifestyle to every age!”

O. Kornetsky, N. Lischenko, O. Usynska

22 Integration of care plans and the nursing process into nursing education in Ukraine

S.I. Klymnyuk, L.B. Romanyuk, N.I. Tkachuk

25 Analysis of introduction of the “unigue day” method in teaching of microbiology for students of nursing school.

N.I. Balatska

27 The ethics’ interrelation studying in medical society

T.Ya. Skarlosh

29 Postgraduate preparation of nursing staff in ternopil regional state clinical hospital

I.V. Kubey

33 Self-education and self-taught in paramedical professional activity

I.Ya. Krynytska, M.I. Marushchak

35 Clinical laboratory diagnostics in modern education system of bachelor-laboratory assistant

ЗА МАТЕРІАЛАМИ ПРОЕКТУ МАТРА

5 листопада 2007 року у м. Тернопіль в конгрес-центрі "Червона калина" ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського відбулася презентація та урочисте відкриття спільного українсько-нідерландського проекту "Підтримка та поліпшення догляду за людьми похилого віку на рівні громад", 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.

Проект фінансує Програма соціальних трансформацій MATRA [MAatschappelijke TRAnsfornatie або Трансформація суспільства] Міністерства закордонних справ Королівства Нідерландів.

Програма проекту передбачає діяльність у 2-ох напрямках:

1. Створення навчального плану для підготовки медсестер сімейної медицини, апробація його у 4-ох вищих навчальних медичних закладах та затвердження на рівні МОЗ України (1 робоча група в Тернополі).

2. Розробка та впровадження пілотних проектів практичного догляду за людьми похилого

віку, що будуть здійснюватись спільно вищими навчальними медичними закладами та службами соціальної допомоги і медичного забезпечення на місцях (4 робочі групи).

З українського боку в проекті беруть участь 4 обласні центри України, які будуть задіяні в розробці пілотних проектів, а саме:

- Тернопіль (Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського);
- Київ (Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Центр Філантропії);
- Сімферополь (Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського);
- Одеса (Одеський державний медичний університет),

а також 2 медичні коледжі:

- Куп'янський державний медичний коледж;
- Черкаське базове медичне училище.

Нідерландська сторона представлена кількома організаціями: Саксінський університет прикладних наук, Carint Group, компанії Consultants for Kevelopment Programs (СКР) та Eurosense.

Структура управління проектом є типовою для структур подібного роду, що складається з Наглядової ради проекту, Групи менеджменту проекту, Проектної групи та Робочих груп. Така структура проекту дасть змогу учасникам з української сторони засвоїти навички роботи проектних структур. Члени Групи менеджменту проекту є також членами Проектної групи.

Членами Наглядової ради стали ректори та керівники навчальних установ з української та нідерландської сторони, представники МОЗ України.

НАГЛЯДОВА РАДА

ТДМУ: проф. Л. Ковальчук ОДМУ: проф. В. Запорожан КДМУ: проф. А. Бабанін МОЗ: проф. О. Волосовець МОЗ: Т. Чернишенко Національна асоціація медичних сестер України: Г. Івашко	Saxion: drs. F. Pol Carint: I. Sales MHA CDP: drs. P. Sijssens Eurosense: drs. H. Busser [advisor]
---	--

В Проектну групу ввійшли представники 4-ох українських міст та Саксінського університету Нідерландів. Проектна група керує Робочими групами пілотних проектів та Групою розробки навчальної програми.

Склад Групи менеджменту проекту:

- Тернопільський ДМУ: проф. І.Р. Мисула;
- кдеський ДМУ: проф. М.Л. Аряєв;
- Центр Філантропії: С.А. Куц, президент;
- Саксінський університет: д-р К. Стомп, магістр;

• Саксіонський університет: д-р Т. Спійкер, магістр.

Робочі групи

У проєкті працюватимуть п'ять робочих груп:

1. З розробки навчальної програми національного рівня для підготовки медсестер сімейної медицини.

2. Пілотний проєкт з безперервного догляду за людьми похилого віку в м. Києві.

Голова: Віра Чайковська, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ.

3. Пілотний проєкт з безперервного догляду за людьми похилого віку в м. Одеса.

Голова: Віктор Бірюков, Одеський державний медичний університет.

4. Пілотний проєкт з безперервного догляду за людьми похилого віку в м. Сімферополь.

Голова: Тетяна Чешуїна, Сімферопольський медичний коледж.

5. Пілотний проєкт з безперервного догляду за людьми похилого віку в м. Тернопіль.

Голова: Любов Паливода, Тернопільський міський відділ соціального забезпечення.

В рамках трирічного проєкту в Україні пройдуть серії семінарів та тренінгів. Навчальний курс включатиме як оцінку проведеної роботи та досягнутих результатів, так і підготовку до продовження діяльності через навчання та вивчення досвіду. Таким чином, учасники проєкту з української сторони виконуватимуть завдання проєкту паралельно до своєї базової діяльності; результати цього будуть обліковуватись завдяки менеджменту та моніторингу проєкту безпосередньо на семінарах та через Інтернет. Роль нідерландської сторони полягає в фасилітації цього процесу та навчанні викладацького складу.

У попередньому номері журналу ми почали друкувати інформацію про цей проєкт для ознайомлення з ним громадськості. Пропонуємо Вам ряд статей за матеріалами проєкту **“Підтримка та поліпшення догляду за людьми похилого віку на рівні громад”** у цьому і наступних номерах.

РОЛЬ ПРОЕКТІВ “МАТРА” У РЕФОРМУВАННІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Т.А. Пасенюк, Н.Л. Аряєв

Одеський державний медичний університет

Стаття містить інформацію про мету, завдання й основні досягнення проектів “МАТРА” у процесі реформування охорони здоров’я України. Представлено висновки про роль міжнародного співробітництва й загальні рекомендації, необхідні для прийняття обрнтованих рішень щодо подальшого розвитку сімейної медицини.

THE ROLE OF “MATRA” PROJECTS ON REFORMING OF PRIMARY HEALTH CARE IN UKRAINE

T. Pasenyuk, N. Aryaev

Odessa State Medical University

The article contains information on the purpose, tasks and progress of the “MATRA” projects on reforming primary health care in the Ukraine. It includes conclusions concerning the role of international cooperation and general recommendations on problem-solving on the further development of general practice - family medicine.

Вступ. У період реформування системи охорони здоров’я України вибір найбільш оптимальної моделі її організації є відповідальним завданням, що стоїть як перед фахівцями в питаннях організації й управління системи охорони здоров’я, так і перед фахівцями органів практичної охорони здоров’я.

Основна частина. Від рівня їхньої компетентності, ступеня зацікавленості й громадянської відповідальності перед суспільством і пацієнтами, зокрема, залежить політика в області охорони здоров’я й просування реформ. У цих умовах дуже важливо мати достатній обсяг інформації про досвід організації й функціонування систем охорони здоров’я в країнах, де ефективність діючої системи охорони здоров’я очевидна як у вирішенні соціальних завдань зі зміцнення й підтримки здоров’я нації, так і в реалізації гуманістичних принципів медичної й соціальної підтримки найбільш нужденних членів суспільства.

У цьому плані досвід Нідерландів у створенні чітко продуманої й добре налагодженої системи

охорони здоров’я населення становить для України величезний науковий і практичний інтерес.

Уряд Нідерландів активно підтримує участь нідерландських організацій у здійсненні програм, спрямованих на реформування соціальної сфери в країнах Центральної й Східної Європи. Нідерландським організаціям надається можливість передачі партнерам із цих країн свого досвіду й інформації в організації й забезпеченні високої якості медичної й соціальної допомоги в рамках програми “МАТРА”. Цільова програма “МАТРА”, фінансована Міністерством закордонних справ Нідерландів, спрямована на сприяння процесу суспільних перетворень у 22 країнах світу. “МАТРА” – акронім, що складається з перших букв нідерландських слів *maatschappelijke transformatie*, що означає “соціальна трансформація”. Це соціальна програма, що надає допомогу у вигляді інформаційно-методичної підтримки для розвитку бази знань, досвіду й нарощування потенціалу на професійному рівні, інформації про досвід інших країн. Так, багаторічна співпраця в рамках декількох проектів “МАТРА” (“Розвиток первин-

ної медико-санітарної допомоги в Одеському регіоні" – 1996-1999 рр., "Соціальні аспекти первинної медико-санітарної допомоги" – 1999-2000 рр., "Розвиток медико-соціальної допомоги цільовим групам у рамках первинної медико-санітарної допомоги" – 2002-2005 рр.) різних організацій з Нідерландів із Одеським державним медичним університетом за активної участі органів практичної охорони здоров'я, органів управління охороною здоров'я і соціального захисту Одеського регіону, було етапним і спрямованим:

- на створення моделі лікаря загальної практики (сімейного лікаря);
- на підготовку програм навчання сімейних лікарів, практичних медичних сестер і соціальних працівників;
- на створення механізмів ефективної взаємодії сфер охорони здоров'я, соціального захисту й громадських організацій;
- на розвиток системи нестационарних послуг по місцю проживання, особливо послуг для найменш захищених груп населення (обслуговування людей похилого віку, інвалідів, важкохворих, ВІЛ-інфікованих, наркоманів);
- на поліпшення якості послуг у сфері медсестринського догляду;
- на створення системи збору, аналізу й використання інформації;
- на відпрацьовування системи обміну й поширення інформації про реформи – між владою й населенням, про послуги – між пацієнтами й установами, що їх надають;
- розробка моделі сімейної практики для широкого впровадження на національному рівні.

Вся робота в рамках цих проектів будувалася на основі аналізу існуючої ситуації в Одеському регіоні, консультування з боку нідерландських експертів, виробленню практичних рекомендацій із впровадження нових форм організації й діяльності установ охорони здоров'я й соціального захисту й постійного моніторингу процесів реформування.

Логічним продовженням завершених проектів в Одеському регіоні, став загальнонаціональний проект "MATRA": **«Підтримка розвитку національної системи первинної медико-санітарної допомоги в Україні» ("Supporting National PHC Dissemination, Ukraine")**, який був початий у січні 2004 року й успішно завершений у січні 2007 року.

Учасники й функціональна структура проекту

Проект здійснювався спільною роботою українських і нідерландських організацій: фонд MATRA, нідерландський інститут первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) (NIVEL) Утрехт, організація "EuroSense", організація "Carint" Хенгело – Нідерланди; Міністерство охорони здоров'я України; обласні адміністрації й відділи охорони здоров'я Одеської, Київської, Харківської областей і Автономної республіки Крим; медичні університети: Одеський державний медичний університет, Київський національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Харківський державний медичний університет, Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського – Україна.

За розпорядженням Міністерства охорони здоров'я України Одеський державний медичний університет був визначений провідною організацією в цьому проекті.

Керування проектом здійснювалося координаційною радою, яка була створена з метою затвердження стратегічних напрямків і планів, а також аналізу ходу роботи проекту. На рівні ради забезпечувалася взаємодія з органами державної влади в регіонах і на національному рівні, а також з регіональними експертними групами. До її склад увійшли представники Міністерства охорони здоров'я України, ректори названих університетів, експерти з Нідерландів, керівники проекту й координатор проекту.

Крім координаційної ради, уже в ході виконання проекту, для ефективної реалізації завдань проекту й розробки пропозицій, були створені регіональні експертні робочі групи з місцевих фахівців різних відомств, учених, представників професійних і неурядових організацій. Очолили експертні робочі групи завідувачі кафедрами сімейної медицини регіональних університетів, на базі яких розроблялись пілотні проекти. Діяльність цих груп дозволяла ефективно вести діалог між представниками адміністрації, органами охорони здоров'я, медичними університетами й представниками громадських і професійних організацій у пілотних регіонах і на національному рівні. Робота експертів відображалася в регулярно надаваних звітах при тісній взаємодії з координаційною радою.

Слід зазначити, що спільна робота українських і нідерландських фахівців будувалася на партнерсь-

ких взаєминах, з урахуванням аналізу існуючої ситуації як у регіонах, так і в країні, в атмосфері відкритості й охоплювала усі компоненти проекту.

Ключові питання, які Проект MATRA поставив перед собою, були:

- якого роду підтримка необхідна для проведення реформ сфери охорони здоров'я в Україні?

- якого роду допомога була б найбільш корисна українським партнерам?

- яким чином повинна бути організована взаємодія між партнерами?

Мета проекту

Стратегічною метою проекту було надання експертно-консультативної, організаційно-методичної, матеріально-фінансової підтримки розпочатих в Україні реформ у сфері охорони здоров'я, для впровадження ефективних, гнучких, високоякісних послуг у цій сфері, орієнтованих на інтереси пацієнта й суспільства, що відповідають нагальним потребам.

Роль проекту "MATRA" і безпосередня допомога експертів і фахівців з Нідерландів полягала в 7 основних формах надання підтримки українських партнерів щодо розвитку й реалізації системи ПМСД, заснованої на принципах сімейної медицини:

1. Експертна допомога при визначенні основних аспектів і дій, спрямованих на просування початих реформ.

2. Консультативна допомога при формуванні стратегії процесу реформування.

3. Методико-консультативна допомога в питаннях подальшого розвитку сімейної медицини як професії.

4. Представницька роль при організації обміну досвідом на міжнародному рівні.

5. Надання матеріально-технічної допомоги.

6. Допомога із поширення досвіду й результатів проекту.

7. Допомога із визначення сильних сторін і потенційних можливостей українських партнерів, а також забезпечення життєздатності процесу реформ.

Експертна допомога при визначенні основних аспектів і дій, спрямованих на просування початих реформ (основні завдання проекту)

Зрозуміло, що в рамках реформи системи охорони здоров'я існує багато напрямків, які вимагають змін. Значно більше, ніж можна охопити за період одного проекту. Тому в умовах обмеженості за часом проекту винятково важлива кон-

центрація сил в одному напрямку. Крім того, дуже важливо, щоб усі учасники проекту мали ясне бачення мети й володіли чіткою стратегією для досягнення цієї мети, оскільки в проект була залучена велика кількість установ і організацій, які протиставляли один одному велику кількість інтересів. У цьому зв'язку координаційною радою на основі аналізу існуючої ситуації в області охорони здоров'я були визначені наступні ключові моменти реалізації проекту. Дані елементи були сформульовані як основні завдання проекту, і вони послужили основою для роботи експертних робочих груп у пілотних регіонах:

Ці подальший розвиток первинної ланки охорони здоров'я (створення моделі лікаря загальної практики (сімейного лікаря) і розвиток кадрового потенціалу; підготовка пропозицій щодо реформи системи охорони здоров'я в регіонах);

Ці поліпшення якості надання медичної допомоги, спрямоване на підвищення професійної компетентності сімейних лікарів (посилення співробітництва між університетами й практичною охороною здоров'я; створення навчального плану й програми післядипломної підготовки сімейних лікарів з урахуванням міжнародних критеріїв і досвіду ряду європейських країн; посилення ролі національних і регіональних професійних організацій);

Ці посилення ролі суспільної охорони здоров'я (підвищення ролі неурядових, громадських організацій із охорони й зміцнення здоров'я населення);

Ці удосконалювання інформаційно-комунікаційних технологій (створення інтернет-сайту української асоціації сімейної медицини, розробка плану моніторингу інформації; відпрацьовування системи обміну й поширення інформації про реформи між владою й населенням шляхом створення соціальних карт регіонів, міст і окремих амбулаторій).

Координацію стратегії процесу реформування й консультативну допомогу забезпечили експерти з Нідерландів, що мають досвід аналогічних процесів, здійснених в інших країнах Східної Європи, а також свої професійні персональні знання й досвід. Українські фахівці зі своєї сторони забезпечили знання українських умов і ресурсів, історії й культури. Експерти пілотних регіонів відслідковували роботу, фіксували потреби й напрямки, де необхідна підтримка з боку структур національного рівня й нідерландської сторони.

Проведено аналіз наявного механізму співробітництва й координації в діяльності різних установ, що займаються питаннями зміцнення здоров'я й профілактики захворювань. Були розроблені пропозиції із розробки комплексної політики суспільного здоров'я в регіонах, створені соціальні карти регіонів. Учасники проекту могли піднімати питання й визначати проблеми, виступати в ролі катализатора дискусій і впровадження нововведень. У ході роботи участь різних сторін у діалозі усе більш активізувалась, і дискусії проходили усе більш і більш жваво.

Для вирішення завдань проекту використовувалися такі форми роботи, як конференції, засідання, семінари, навчальні поїздки, тренінги, дискусії та інше. На робочих нарадах з медичною громадськістю у всіх пілотних регіонах були висловлені конструктивні пропозиції про механізми реформ системи охорони здоров'я. Надалі, вони одержали підтримку з боку практичних медичних працівників і громадськості.

Механізми реалізації проекту були представлені на засіданнях Круглого столу, у яких брали участь представники Міністерства охорони здоров'я України, представники адміністрацій, органів охорони здоров'я й соціального захисту пілотних регіонів, науковці, сімейні лікарі, представники неурядових організацій, медична громадськість, представники засобів масової інформації. В результаті роботи засідань з'явилися спільні заяви про підтримку проекту і плани із подальшого розвитку сектора охорони здоров'я.

Підсумки реалізації проектів були підбиті в січні 2007 року на національній конференції за участю представників Міністерства охорони здоров'я України, регіональних робочих груп, європейських і українських експертів, представників практичної охорони здоров'я й соціального захисту.

Методико-консультативна допомога в питаннях розвитку сімейної медицини як професії й розробці програм навчання була забезпечена в таких напрямках:

Ці обмін науковою інформацією між пілотними університетами й нідерланськими експертами;

Ці консультативно-методична допомога при підготовці навчального плану й програми післядипломної підготовки лікарів за фахом "сімейна медицина" за кредитно-модульним принципом;

Ці консультативно-методична допомога при підготовці підручника для сімейних лікарів "Най-

поширеніші симптоми й синдроми в практиці сімейного лікаря";

Ці консультативна робота з поліпшення процесу викладання і якості навчання (відвідування нідерланськими й українськими експертами практичних занять на кафедрах сімейної медицини в Україні, перегляд відеозаписів проведення практичних занять в Утрехтському Університеті);

Ці консультативна допомога із організації сімейної практики на місцях і навчання лікарів на робочому місці (обмін досвідом при спільній роботі нідерландських лікарів і викладачів пілотних університетів в амбулаторіях сімейних лікарів у м. Хенгело під час візитів у Нідерланди);

Ці забезпечення нідерланськими експертами кафедр сімейної медицини пілотних університетів навчальними матеріалами, клінічними вказівками і протоколами ведення хворих та інших друкованих видань;

Ці вироблення пропозицій про переосмислення ролі лікарів, медсестер, соціальних працівників у загальній практиці та догляді на рівні громад;

Ці навчання методології проведення досліджень у сімейній медицині.

Форми роботи: координаційні зустрічі, круглі столи, конференції, семінари, навчальні заняття, дискусії в Україні й у Нідерландах. Слід зазначити, що навчальні поїздки в Нідерланди стали катализатором появи нових ідей із вдосконалення навчального процесу, функціонування амбулаторій сімейної практики і впровадження наукової спеціальності "сімейна медицина".

Представницька роль при організації обміну досвідом на міжнародному рівні

Обмін досвідом на міжнародному рівні є одним з основних принципів програми МАТРА. Важливим елементом Проекту було не тільки співробітництво між експертами України й Нідерландів, але й співробітництво з іншими організаціями й експертами із країн-учасниць Європейського Союзу. Під час трьох 8-денних навчальних поїздок у Нідерланди завідувачі кафедрами й викладачі пілотних університетів змогли зустрітися із професорами й викладачами Утрехтського університету, Президентом і представниками Асоціації сімейних лікарів Нідерландів, співробітниками страхових компаній, представниками організацій із догляду вдома, представниками експертних груп із акредитації лікарів і розробці протоколів ведення хворих, що практикуються сімейними лікарями. У ході цих зустрічей ук-

раїнські партнери ознайомилися із проблемами політики охорони здоров'я й нових підходів із зміцнення здоров'я й профілактиці захворювань, з методами викладання, методами досліджень у сімейній медицині в європейських країнах.

Учасники проекту взяли участь у ряді міжнародних конференцій і семінарів; координатором проекту зроблено доповідь про реалізацію проектів "MATRA" в Україні на Європейському форумі із первинної медико-санітарної допомоги. Підготовлено друковані статті із проведення досліджень у сімейній медицині в рамках ряду інших міжнародних проектів.

Допомога у фінансово-матеріальному забезпеченні проекту

При фінансовій підтримці програми "MATRA" було:

- організовано навчальні поїздки в Нідерланди;
- створено Інтернет-Сайт Української Асоціації сімейних лікарів;
- придбано книги по сімейній медицині закордонних авторів для бібліотек пілотних університетів;
- підготовлено й видано практичне керівництво для сімейних лікарів "Найпоширеніші симптоми й синдроми в практиці сімейного лікаря".

Допомога й робота з поширення досвіду й результатів проекту

Протягом всієї реалізації Проекту поширення досвіду й результатів Проекту було частиною діяльності експертних регіональних груп у пілотних регіонах. Отримані в ході навчальних поїздок знання, а також привезені матеріали, одержали подальше поширення. Професорами й викладачами були організовані конференції, семінари, круглі столи, доповіді, лекції, робочі наради, наукові публікації, повідомлення в ЗМІ, випуск інформаційних бюлетенів, сторінки в Інтернеті. Можливо, якщо Проект буде продовжений, роль учасників Проекту зміниться, і експерти пілотних регіонів будуть виступати в ролі консультантів для інших областей України. Вони будуть надавати допомогу або в яких-небудь вузьких питаннях, або працювати як консультанти із вироблення висновків на основі здійсненої роботи. Це дає впевненість у тому, що процес реформ не завершиться разом із закінченням проекту.

Допомога й робота при визначенні сильних сторін і потенційних можливостей української сторони, а також при забезпеченні життєздатності процесу реформ

Проекти створюються на певний часовий проміжок, вони з'являються й зникають. А в країні, де радикальні зміни мають місце в сфері планування й реалізації реформ, можна легко схилитися у бік думки про недостатність власних ресурсів як матеріальних, так і нематеріальних, для рішення поставлених завдань. Тому найбільш важливе завдання проекту полягало в наданні допомоги українській стороні визначити її сильні сторони й потенційні можливості. Мета реформ не може бути досягнута, й реформи не можуть бути здійснені тільки за допомогою знань і досвіду. Мета досягається й реформи просуваються людьми, всі сили яких спрямовані на вирішення поставлених завдань. Отже, надзвичайно важливо, щоб після закінчення проектів залишалися люди, які усвідомлюють свої сильні сторони й можливості. Процес реформ може тривати тільки в тому випадку, якщо є люди, у яких є мрія, і які хочуть реалізувати цю мрію. Якщо в ході проекту ми, тобто українські партнери, набули почуття впевненості у власних силах і розуміння можливості продовжувати процес реформ, це значить, що нам і нашим колегам з Нідерландів вдалося виконати найважливіше завдання проекту. Досвід цього проекту й попередніх проектів "MATRA" показав, що в Україні є професіонали, стійкі прихильники подальших процесів реформування служби ПМСД.

Тоді виникає питання: чому через 12 років із часу початку реформи системи охорони здоров'я в більшості регіонів країни не відбулися помітні зміни? Цей процес, як показує досвід, залежить від багатьох адміністративних, фінансових, економічних, матеріально-технічних і часто суб'єктивних умов. Досвід, накопичений за час реалізації проекту, дозволив виділити трохи найбільш значимих причин повільних темпів реорганізації ПМСД в Україні:

- Недостатньо чітке розуміння ролі й функцій сімейної медицини або усе ще її повне заперечення як деякими організаторами охорони здоров'я, фахівцями, так і населенням. Достаток наказів, інструкцій, стереотипів дії лікарів первинних рівнів при надлишку адміністрування – це симптоми прояву недовіри керуючих рівнів до лікаря, перестраховальне заперечення надаваного йому права самостійно мислити, приймати відповідальні рішення й діяти на благо хворому. При наявності такої недовіри зверху навряд чи можна розраховувати на довіру до лікаря з боку пацієнтів. Не дивно, що хворий прагне обійти ліка-

ря первинного рівня, виходить на наступний рівень часто невиправдано, дарма гаючи час і випробовуючи стреси. ПМСД у розвинених закордонних країнах – найбільш соціалізована область охорони здоров'я. Вона є майже безкоштовною й захищає інтереси споживача. Ця захищеність забезпечується саме лікарями загальної практики й ще більше підсилюється з переходом на систему сімейного лікарського обслуговування. Адекватної альтернативи сімейній медицині дотепер не запропоновано. Тільки сімейна медицина здатна забезпечити інтегральну оцінку стану людини в умовах його динамічного спостереження в процесі життя. Це вираження реальної потреби повсякденної медичної практики у фахівця.

- Непослідовність, різночасність і непогодженість перетворень ПМСД і спеціалізованих медичних служб. Реструктуризація ПМСД за принципом сімейної медицини створює сприятливі передумови для структурних і кадрових перетворень на всіх рівнях надання медичної допомоги – амбулаторно-поліклінічному й госпітальному. Одночасно з підготовкою сімейних лікарів і створенням баз для їхньої практики, адекватно новій системі не організована підготовка вузьких фахівців, а також не проводиться якісно інша, координована робота всіх служб, з огляду на особливості їхнього функціонування в регіонах. Погано розвиваються стаціонарзамісні технології в охороні здоров'я.

- Помилкове визначення пріоритетних структур у системі підготовки сімейного лікаря. Для розуміння проблем підготовки сімейного лікаря, насамперед, необхідно уявляти, які завдання він буде вирішувати. Сімейний лікар надає допомогу кожному хворому, що звернувся до нього. І цим він відрізняється від лікаря-фахівця, що здійснює медичну допомогу хворим, захворювання яких відповідають його спеціальності. Практичне післядипломне навчання сімейних лікарів повинне проводитися переважно на базі амбулаторій сімейної медицини в тісному зв'язку з повсякденною лікарською практикою. Кафедри сімейної медицини покликані надавати методичну допомогу й повинні концентрувати свою педагогічну діяльність на переддипломній і первинній післядипломній підготовці молодих лікарів. Співробітники таких кафедр повинні працювати в клініках сімейної медицини, що виконують функцію клінічної бази. Створення регіональних

центрів для організації, підготовки, розподілу й контролю за діяльністю сімейних лікарів і медичних сестер може забезпечити безперервність процесу підготовки фахівців ПМСД і прискорить реалізацію реформ.

- Відсутність тісного зв'язку сімейної практики з органами місцевого самоврядування, які здатні здійснювати як постійний контроль, так і допомогу в діяльності клінік сімейної медицини. За 2000-2006 роки через зміни політичного середовища реформа охорони здоров'я в Україні неодноразово виявлялася в критичній ситуації через небезпеку відкоту назад, що відбивалося на темпах проведених реформ. Слід зазначити, найбільш ефективно реалізація реформи ПМСД здійснювалася в тих регіонах, де медична адміністрація й керівництво медичних університетів діяли узгоджено. У подібних випадках активно формувалися місцева нормативно-правова, матеріально-технічна й організаційно-методична бази для прискорення реалізації реформи. В остаточному підсумку приймалися реальні для впровадження цільові програми "Сімейна медицина", розраховані на кілька років як, наприклад, у Харківській області.

- Практично відсутні умови для навчання, взаємодії й розподілу обов'язків у мультидисциплінарній команді первинної медико-санітарної допомоги (сімейний лікар – сімейна медсестра – соціальний працівник – менеджер), тому що підготовка відповідних фахівців здійснюється різними освітніми установами. Немає єдиної навчальної бази, де можна продемонструвати механізм такої взаємодії. Хоча така підготовка і в теоретичному й практичному відношенні повинна бути орієнтована, в першу чергу, на роботу в єдиній організаційно-технологічній бригаді, на погодженість дій і вироблення довіри один до одного, через знання можливостей і навичок членів бригади, а також збільшення можливостей для самостійної роботи медичної сестри й соціального працівника.

- Структура надання медико-соціальних послуг на даний момент не пристосована до вирішення нових соціальних проблем, оскільки відсутній єдиний підхід до надання послуг між органами охорони здоров'я й соціального захисту.

- Відсутність реальної економічної моделі й забезпечення правової основи роботи сімейного лікаря. Недосконала система матеріального стимулювання медичних працівників під час їхнього

навчання й роботи за контрактом з органами місцевого самоврядування.

- Дефіцит інформаційного забезпечення лікарів, медичних сестер і соціальних працівників, громадськості про роль і значимість реформ у первинній медико-санітарній допомозі. У цей час інформаційні системи охорони здоров'я, соціального захисту й догляду функціонують паралельно, майже не перетинаючись, хоча мають спільних пацієнтів. Разом з тим, більш тісна взаємодія цих служб буде сприяти розвитку і становленню сімейної медицини.

- Відсутність спеціальності "загальна практика – сімейна медицина" у переліку наукових дисциплін унеможлиблює оцінку якості й забезпечення якості медичної допомоги в ПМСД, тому що якість медичної допомоги може визначатися тільки тоді, коли діяльність базується на науково підтверджених фактах, а не тільки на думках.

Висновки. Даючи в цілому позитивну оцінку підсумкам проекту, хотілося б сказати, що процес переходу до сімейної медицини є східчастим і тривалим, і не варто забувати, що термін, відведений на його реалізацію, досить малий для докорінних змін в системі охорони здоров'я й управління. Але експеримент взагалі сам по собі тим і хороший, що дозволяє більш гнучко підходити до заданої проблеми, шукати й знаходити оптимальні шляхи її розв'язання.

Слід зазначити, що успішна реалізація проекту – це, насамперед, поєднання нашого бажання до реформ, доброї волі й професіоналізму нідерландських експертів при фінансовій допомозі фонду "MATRA". Проект органічно вписав у концепцію розвитку ПМСД в Україні. Хочеться подякувати нашим колегам з Нідерландів за те, що вони в умовах нестабільної політичної ситуації та економічних змін, незважаючи на кількарізову зміну уряду в нашій країні, змогли взяти на себе сміливість і відповідальність за проведення теоретичного обґрунтування проекту й подальшу підтримку виконання його завдань. Особливу подяку ми висловлюємо проект-менеджерів про-

екту Хюго Бассеру, експертам Вієнке Боерма, Петеру Ван Хазелту, Йос де Блоку, сімейному лікарю Арьє Фаас, високий професіоналізм, досвід аналогічних процесів, здійснених в інших країнах, а також особисті якості яких багато в чому сприяли успішному завершенню проекту.

Реалізація проекту проекту "MATRA" «Підтримка розвитку національної системи первинної медико-санітарної допомоги» показала, що:

- Міжнародне співробітництво в період реформування соціальних галузей є важливим і необхідним. Проект "MATRA" створив умови, при яких для українських фахівців стало можливим обмінюватися досвідом, учитися в нідерландських фахівців, намічати шляхи розвитку ПМСД на регіональному рівні.

- Стажування й навчальні поїздки, організовані в ході проекту, відіграли винятково важливу роль для розуміння сутності й особливостей реформ охорони здоров'я в Україні.

- Проект "MATRA" виступив інструментом в активізації процесу реформ і сприяв поліпшенню співробітництва представників сектора охорони здоров'я й соціального захисту.

- Мета й завдання, сформульовані на початку проекту, вибір стратегій знайшли підтвердження в практичній реалізації проекту.

- У процесі роботи в проекті вдалося здійснити поєднання дослідницької роботи й практичної діяльності (розроблений і затверджений навчальний план і програма післядипломної підготовки сімейних лікарів, видано підручник для сімейних лікарів "Найпоширеніші симптоми й синдроми в практиці сімейного лікаря" з урахуванням міжнародних рекомендацій).

- Для успішної реалізації реформ системи охорони здоров'я важливе значення має підтримка їх з боку місцевих органів влади й системний підхід на регіональному рівні.

- Отримані результати й досвід, безумовно, корисні й вимагають розширеного використання в Україні в цілому.

ПРО СТВОРЕННЯ КИЇВСЬКОГО ВОЛОНТЕРСЬКОГО ІНФОРМАЦІЙНОГО ГЕРІАТРИЧНОГО ЦЕНТРУ

Л. Стаднюк, В. Чайковська

Державний навчально-методичний геріатричний центр НМАПО імені П.Л. Шупика

Швидке збільшення частки людей літнього віку в структурі населення України та усього світу зумовлює необхідність підвищення ефективності роботи системи медико-соціальної допомоги даній верстві населення.

ABOUT CREATION OF KYIV VOLUNTEER INFORMATIONAL GERIATRIC CENTER

L. Stadnyuk, V. Chajkovska

National Medical Academy of Post-Graduate Education by P.L. Shupik

Rapid increase of amount of elderly population in Ukraine, as well as in the whole world, stimulates the necessity to make the work of medical-social services for these people more effective.

Вступ. Швидке збільшення частки людей літнього віку в структурі населення України та усього світу зумовлює необхідність підвищення ефективності роботи системи медико-соціальної допомоги цій верстві населення. У цьому контексті Мадридським міжнародним планом дій із проблем старіння вказується на необхідність адекватної стандартизованої геріатричної підготовки спеціалістів різного рівня та волонтерів, адаптування програм безперервного навчання пенсіонерів, працівників передпенсійного віку для їх адаптації до змін у способі життя, вирішення їх власних інтересів і інтересів держави.

Основна частина. Вищевказані завдання покладені в Україні на Державний навчально-методичний геріатричний центр Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика та Інституту геронтології АМН України. Центром розпочата важлива робота із стандартизації та узгодження мультидисциплінарної підготовки медичних і соціальних працівників, волонтерів і самого населення.

Координація зусиль органів охорони здоров'я, соціального захисту, освіти можуть дозволити

успішно вирішувати питання, пов'язані з прогресуючим старінням і використати найбільш повноцінно потенціал людей літнього віку.

Враховуючи вищенаведене в межах проекту МАТРА „SUPPORTING ANK STRENGTHENING COMMUNITY CARE FOR ELDERLY PEOPLE”, заплановано виконання пілотного проекту із створення Київського волонтерського інформаційного геріатричного центру. Виконавці: Державний навчально-методичний геріатричний центр НМАПО імені П.Л. Шупика, Київський палац ветеранів, Центр Філантропії, київське відділення Товариства Червоного Хреста, Рада у справах людей похилого віку м. Києва. Керівник – доктор мед. наук В.В. Чайковська. Членами робочої групи є директор державного навчально-методичного геріатричного центру НМАПО імені П.Л. Шупика проф. Л.А. Стаднюк, працівник цього ж центру Д.П. Стаднюк та президент благодійної організації “Центр Філантропії” Світлана Куц.

Головна мета проекту – створення Київського волонтерського інформаційного геріатричного центру на базі Київського палацу ветеранів для координації роботи волонтерських та інших недержавних організацій у наданні безперервної медико-соціальної допомоги людям літнього віку

Завдання:

1. Створення міського банку даних для недержавних і державних організацій про поточні потреби у наданні геріатричної допомоги і для населення про шляхи отримання медико-соціальних послуг для людей літнього віку на базі Київського палацу ветеранів. Випуск довідника для населення про адреси сервісних структур для людей літнього віку.

2. Створення бібліотеки і фільмотеки Інформаційного центру щодо допомоги людям літнього віку та підтримки здорового способу життя, активного довголіття для членів недержавних організацій.

3. Створення на базі Київського палацу ветеранів та районних ветеранських організацій структури, яка забезпечить передачу інформації про потреби старих людей у медико-соціальній допомозі і можливі шляхи їх вирішення на рівні взаємодії недержавних організацій і населення, а також державних установ.

4. Організація Київським волонтерським інформаційним геріатричним центром циклів навчання членів волонтерських організацій по допомозі людям літнього віку та пропаганді здорового способу життя і активного довголіття за участі Державного навчально-методичного геріатричного центру НМАПО імені П.Л. Шупика.

5. Пошук додаткових коштів для фінансування проекту за допомогою державних і благодійних організацій.

Основними чинниками, які зумовили мету і завдання даного проекту, є наступні: швидкозростаюча кількість людей літнього віку; недостатньо розвинута і слабопрофінансована державна система геріатричної допомоги; недостатньо скоординована робота численних волонтерських та інших недержавних організацій між собою та з державними структурами у наданні геріатричної допомоги; відсутність стандартизованої багатопланової підготовки представників волонтерських і благодійних організацій по допомозі людям літнього віку та сприянню активного довголіття.

Можливості організацій-учасників проекту:

1. Державний навчально-методичний геріатричний центр – нещодавно створений підрозділ Національної медичної академії післядипломної освіти, який має державну ліцензію на підготовку медичних і соціальних працівників різного рівня, а також волонтерів для допомоги людям літнього віку.

2. Київський міський палац ветеранів – спеціальна державна структура, яка координує роботу ветеранських організацій міста, має хороше приміщення і готова співпрацювати за даним проектом.

3. Учасники робочої групи входять у групу керівництва по організації геріатричної допомоги та навчання медичних і соціальних працівників, що забезпечує обізнаність з проблемами, полегшує взаємодію з різними структурами при виконанні даного проекту.

Умови і можливості виконання проекту:

1. Наявність у Києві великої кількості волонтерських, громадських організацій, які надають допомогу людям літнього віку.

2. Бажання співпрацювати і координувати роботу різних організацій.

3. Велика кількість людей літнього віку у Києві.

Обмеження і труднощі виконання проекту:

1. Велике місто по території і населенню.

2. Недостатнє державне фінансування системи геріатричної допомоги.

3. Недостатньо тісна взаємодія структур МОЗ та МПСП України, недержавних організацій у наданні геріатричної допомоги.

4. Відсутність необхідного законодавчого врегулювання участі волонтерів у наданні геріатричної допомоги, а також недостатня підготовка волонтерів до цієї роботи.

5. Відсутність інформаційної бази (попит-пропозиція) при наданні медико-соціальної допомоги населенню літнього віку м. Києва.

6. Недостатня інформованість населення про шляхи вирішення проблем допомоги людям літнього віку.

7. Відсутність стандартизованої підготовки членів волонтерських і благодійних організацій із надання геріатричної допомоги та впровадженню заходів для забезпечення активного довголіття.

Основні завдання і порядок їх виконання:

1. Створення міського банку даних для недержавних і державних організацій про поточні потреби у наданні геріатричної допомоги і для населення про шляхи отримання медико-соціальних послуг для людей літнього віку на базі Київського палацу ветеранів. Випуск довідника для населення про адреси сервісних структур для людей літнього віку.

Створюється силами робочої групи проекту, співробітниками Київського палацу ветеранів та членів недержавних установ м. Києва протягом 2008 року і у подальшому постійно поновлюється.

Результат – полегшення, прискорення та підвищення ефективності надання геріатричної допомоги.

2. Створення бібліотеки і фільмотеки Інформаційного центру щодо шляхів допомоги людям літнього віку та підтримки здорового способу життя, активного довголіття для членів недержавних організацій.

Створюється силами робочої групи проекту, співробітниками Київського палацу ветеранів та членів недержавних установ м. Києва протягом 2008- 2009 років і у подальшому поповнюється.

Результат – стимуляція бажання літніх людей до здорового способу життя, підвищення якості геріатричної допомоги з боку недержавних структур та членів сімей пацієнтів.

3. Створення на базі Київського палацу ветеранів та районних ветеранських організацій структури, яка забезпечить передачу інформації про потреби старих людей у медико-соціальній допомозі і можливі шляхи їх вирішення на рівні взаємодії недержавних організацій і населення, а також державних установ.

Створюється силами робочої групи протягом 2008-2009 років.

Результат – покращення, прискорення та підвищення ефективності надання геріатричної допомоги.

4. Організація Київським волонтерським інформаційним геріатричним центром циклів навчання членів волонтерських організацій по допомозі людям літнього віку та пропаганді здорового способу життя і активного довголіття за участі Державного навчально-методичного геріатричного центру НМАПО імені П.Л. Шупика.

Проводиться у 2008-2010 рр.

Результат – підвищення якості геріатричної допомоги з боку недержавних структур.

Висновок. Очікується, що створення Київського волонтерського інформаційного геріатричного центру буде мати значний соціально-медичний та економічний ефект, підвищить роль волонтерства у демократичному розвитку держави та виконанню головних принципів ООН відносно літніх людей.

РОЛЬ КОМПЕТЕНТНОСТІ В ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ І НАВЧАННЯ В ЗАКЛАДАХ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

І.Р. Мисула, Н.Б. Галіяш, О.С. Усинська, Н.І. Балацька

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

Оскільки Україна перебуває на етапі активного впровадження Болонського процесу на рівні вищих навчальних закладів та предметних областей, а медсестринська освіта потребує особливої уваги в плані модернізації та приведення до Європейських стандартів, дуже важливим є вивчення останніх методологічних розробок для перегляду, розвитку, впровадження та оцінювання навчальних програм.

COMPETENCES IN THE TEACHING AND LEARNING PROCESS IN NURSING SCHOOLS

I. Mysula, N. Haliyash, O. Usynska, N. Balatska

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

As Ukraine is being on its way to implement the Bologna Process at the level of higher education institutions and subject areas, a nursing education requires special attention to be modernized and to reach European standards. Thus, learning new methodologies to (re-) design, develop, implement and evaluate study programs is very important.

Вступ. Останніми тенденціями в розвитку світової медичної та медсестринської освіти стала розробка *competences* – рівнів компетентності. Вважається, що це може значною мірою посприяти початкові *спільних роздумів і роботи на рівні університетів Європи* над новою парадигмою освіти, необхідністю підвищення якості, конкурентноздатності на ринку праці, готовності до громадянства та над створенням Європейського простору вищої освіти.

Зосередження уваги на рівнях компетентності сприяє розробці ступенів, які легко зрозуміти та сумістити і, таким чином, сприяє прозорості європейської системи освіти. Вважається, що ступені порівнянні та сумісні, якщо порівнянні кінцеві результати навчання, а також академічні та професійні профілі [1].

Порівнянність - це не те ж саме, що одноманітність; при звертанні до академічних і професійних профілів стає зрозумілим, що різноманіття – це не крок назад, а важлива перевага. Визначення професійних профілів пов'язане з потребами суспільства і соціальними потребами, і ці потреби дуже різноманітні. Це вимагає консультацій з соціальними групами; необхідно також врахувати вимоги професійних організацій на місцевому, національному чи міжнародному рівні (відповідно до цілей певного ступеня). Необхідно наголосити, що профілі є не лише професійними, але й академічними.

Основна частина. З точки зору навчальних закладів, ступені чи рівні компетентності повинні відповідати вимогам академічної спільноти на національному та міжнародному рівнях і забезпечувати можливість порівняння знань та вмінь випускника. Дослідники вважають, що виразити

порівнянність в термінах того, що повинна вміти виконувати особа, яка отримала ступінь, можна за допомогою мови компетентностей [2]. Нею можна також описати спільні точки прив'язки для різних предметних областей, пропонуючи академічній спільноті (у випадку Європейської академічної спільноти) гнучку систему зв'язків, описану мовою, зрозумілою європейським соціальним групам, професійним організаціям та всім іншим зацікавленим сторонам у суспільстві.

Ця ідея тісно пов'язана з більш широким тлумаченням поняття освіти: безперервність навчання протягом життя, коли особа потребує такого рівня компетентності, щоб бути здатною опанувати знання, оновлювати їх, вибирати те, що потрібне в певному контексті, постійно навчатися, розуміти вивчене настільки, щоб бути здатним його адаптувати до нових ситуацій, що швидко змінюються.

Як зміна, так і різноманітність навколишньої ситуації, вимагають постійної перевірки професійних і академічних профілів на відповідність соціальним потребам. Це підкреслює потребу в консультаціях у суспільстві і постійній перевірці інформації на актуальність. Саме з такою метою і створюються різноманітні проекти і, зокрема, українсько-нідерландський проект **МАТРА**, в рамках якого планується розробка національних стандартів освітньої програми для медичних сестер сімейної медицини та її взаємозв'язку з практикою та оточенням, в якому перебуває цільова група – люди похилого віку.

Крім того, мова компетентностей, оскільки вона походить із зовні сфери вищої освіти, може розглядатися як більш придатна для консультацій і діалогу з групами, не залученими безпосередньо до академічного життя. Це сприяє необхідним роздумам про розробку нових ступенів і про постійно діючу систему вдосконалення існуючих.

Таким чином, при формулюванні академічних і професійних профілів рівні компетентності є важливим елементом, який може направляти вибір знань, що відповідають певним цілям. Вони дають інтегративну можливість вибрати з усього багатства варіантів те, що найбільш підходить.

Наголос на отриманні студентом певного рівня компетентності чи їх сукупності також призводить до прозорості у визначенні цілей певної освітньої програми, доповнюючи їх показниками, які з високою ймовірністю можуть бути вимірянні, і одночасно робить ці цілі більш динамічними, враховуючи нові потреби суспільства і в

кінцевому рахунку пов'язуючи їх з працевлаштуванням. Це зміщення акцентів показує зміну підходу до навчальної діяльності, навчальних матеріалів і велике різноманіття навчальних ситуацій, тому що воно стимулює систематичне залучення студента до індивідуальної та групової підготовки відповідних питань, презентацій, організованого зворотного зв'язку і т.д.

Визначення компетентності

Деякі терміни: здібність, властивість, здатність, вміння, навичка, компетентність використовуються іноді як взаємозамінні, значення яких певною мірою збігається. Всі вони стосуються особи і того, що вона здатна досягти. Але часто вони мають більш конкретне значення. Здатність (англ.: *ability*), від латинського "*habilis*" означає "спроможність легко зрозуміти, утримувати в пам'яті або справлятися з чимось", похідне від нього слово "*habilitas*" можна перекласти як "здібність, здатність, придатність або вправність".

Термін "вправність" (англ.: *skill*) є, можливо, найбільш вживаним, із значенням "бути спроможним, здатним, умілим". Він часто вживається в множині "вміння, навички" (англ.: *skills*) і часом у більш вузькому значенні, ніж компетентність (англ.: *competence*). Незважаючи на це, два терміни "універсальні навички і вміння" (англ.: *transferable skills*) і "загальні компетентності" (англ.: *generic competences*) можна розглядати як такі, що мають однакове значення. Вони належать до тих компетентностей, які є загальними і можуть бути ототоженні з певним рівнем різних програм на здобуття ступеня [4].

Було зроблено спробу розвинути концепцію рівнів компетентності в руслі єдиного комплексного підходу, розглядаючи здатності як динамічне поєднання властивостей, які разом роблять можливим компетентне виконання, або як частину кінцевого продукту навчального процесу. В першу чергу, вважається, що компетентності включають в себе *знання і розуміння* (теоретичні знання з академічної дисципліни, здатність знати і розуміти), *знання як діяти* (практичне або оперативне застосування знань в певних ситуаціях), *знання як жити* (цінності як інтегральний елемент сприйняття і співіснування з іншими в соціальному контексті). Компетентності являються поєднанням властивостей (відносно до знань та їх застосування, установок, навичок, умінь та обов'язків), які описують рівень або ступінь, до якого особа здатна виконувати їх.

В такому контексті компетентність або сукупність компетентностей означає, що особа застосовує певну здатність або вміння для виконання завдання, в якому він/вона здатна продемонструвати, що він/вона може виконати його в такий спосіб, який дозволяє оцінити рівень досягнень. Компетентності можуть бути оцінені і розвинені. Це означає, що, як правило, люди мають або не мають якусь компетентність не в абсолютному значенні, а володіють нею певною мірою, тобто компетентності можна вважати безперервними і можна розвивати через досвід та навчання.

Звичайно, розглядають дві різні сукупності компетентностей: по-перше, ті компетентності, які залежать від предметної області. Вони є ключовими для будь-якого ступеня і безпосередньо пов'язані із спеціальними знаннями предметної області. Вони названі академічними спеціальними (фаховими) компетентностями. Ці компетентності роблять кожну окрему програму на здобуття ступеня індивідуальною і послідовною. По-друге, була зроблена спроба визначити спільні властивості, які можуть бути загальними для будь-якого ступеня, і які вважаються важливими певними соціальними групами (в даному випадку випускниками навчальних закладів і роботодавцями). Є деякі властивості, такі як здатність до навчання, здатність до аналізу і синтезу тощо, які є спільними для всіх або більшості ступенів. В суспільстві, яке змінюється, запити якого мають тенденцію до постійного переформулювання, ці загальні ком-

петентності також стають дуже важливими, тому що вони можуть надати більше перспектив для працевлаштування.

Щодо медсестринської освіти, Інститутом медицини США були розроблені такі фахові компетентності для медичних сестер:

- здатність забезпечувати догляд, спрямований індивідуалізовано на пацієнта;
- здатність співпрацювати в міждисциплінарній команді та міжособистісні навички і вміння;
- науково-доказова практика;
- турбота про якість надання догляду;
- безпека діяльності;
- застосування новітніх технологій [2].

Дослідниками були запропоновані характеристики по кожній з категорій, які дають професійний профіль компетентної і шанованої медичної сестри. Беручи до уваги визначення компетентності, для кожної з вищевказаних категорій розроблено перелік знань, навичок та умінь, а також професійного відношення (англ.: *knowledge, skills, attitudes* (KSAs)), які необхідно розвивати за період додипломної освіти.

Висновок. При розробці і модифікації навчальних програм надзвичайно важливо, щоб університет враховував зміни в потребах суспільства, а також наявні на поточний момент та майбутні можливості з працевлаштування. Хоча ці загальні компетентності повинні бути збалансованими з фаховими компетентностями предметної області, при розробці навчальних програм вони є життєво важливими.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вступне слово до проекту ТЬОНІНГ – гармонізація освітніх структур у Європі. – Socrates-Tempus. – 2006. – С.19-25.
2. Cronenwett, L., Sherwood, G., Bansteiner J., Kisch, J., Johnson, J., Mitchell, P., Taylor Sullivan, K., & Warren, J. Quality and safety education for nurses // Nursing kutlook. – 2007. № 55(3). – P. 122-131.
3. Comparison of nurse competence in different hospital work environments // J Nurs Manag. – 2004. –№ 12(5). – P. 29-36.

4. The impact of clinical placement location on nursing students' competence and preparedness for practice. / Nurse Educ Today. – 2004. – № 24(4). – P. 48-55.
5. Issues in practice based learning in nursing in the United Kingdom and the Republic of Ireland: Results from a multi professional scoping exercise // Nurse Educ Today. – 2007. – № 27(1). – P. 2-9.
6. <http://qsen.org/competencydomains>

ПРО ПОЛІТИКУ СПІВДОПЛАТ У ГРОМАДСЬКОМУ РУСІ “ГАРМОНІЙНЕ ЖИТТЯ В БУДЬ-ЯКОМУ ВІЦІ!”

В.С. Бірюков, М.Л. Аряєв

Одеський державний медичний університет

Одеський державний медичний університет не перший рік бере активну участь у вирішенні такої соціальної проблеми, як поліпшення якості життя літніх людей, що пов'язано зі значним збільшенням частки людей похилого віку серед населення України.

ABOUT POLITICS 'SODOPLAT' IN PUBLIC MOVEMENT “HARMONIC LIFESTYLE TO EVERY AGE!”

V. Biryukov, N. Aryayev

Odessa State Medical University

Odessa State Medical University actively participates in solving the problem of elderly people that is connected with gradual aging of population in Ukraine.

Вступ. “До 2025 року населення України може зменшитися на 12 мільйонів чоловік» – про це мовиться в регіональному звіті Всесвітнього банку (червень 2007 року) про демографічні тенденції в країнах Східної Європи і колишнього СРСР. Невтішні прогнози Всесвітнього банку відносно майбутнього українського населення мають пряме відношення як до Одеси, так до одеського регіону. Частка немолодих осіб в регіоні склапає в 2007 році 12 % і в місті – 14 %.

Одним з шляхів рішення даної соціальної проблеми є продовження активного періоду життя для немолодих осіб, надання їм можливості повної соціальної адаптації, що дозволяє продовжувати свої соціальні функції – в гуманітарній сфері, сфері виховання, в самих різних сферах суспільного життя. При такому підході вивільняються додаткові людські ресурси для молодих осіб, які можуть реалізувати свої здібності в найпрестижніших галузях господарської діяльності, які швидко розвиваються, там, де потрібні мобільність, ентузіазм, виправданий ризик тощо.

Основна частина. Одеський державний медичний університет не перший рік бере активну участь у вирішенні даної медико-соціальної проблеми. Позаду плідна 7-річна робота з колегами з Нідерландів із формування працівників соціальної служби. З 2007 року університет бере участь в міжнародній програмі «Підтримка і зміцнення спільних зусиль із догляду за літніми людьми в Україні. Проект Matra UA 15174». Координатор проекту – професор М.Л. Аряєв.

Основна мета даного проекту: «Поліпшення медичної і соціальної турботи про літніх людей в Одесі шляхом зміцнення суспільної допомоги спільно з сімейною медициною (СМ), навчанням медичних сестер і поширенням досвіду багатопрофільної і безперервної допомоги».

У своїй ініціативі Одеський державний медичний університет (ОДМУ) не один і успішно працює пліч-о-пліч з партнерами по місії. Нам допомагають вирішити соціальні завдання різні організації.

- З боку України: МОЗ України, Одеська міська адміністрація, ОДМУ, Одеське міське управління охороною здоров'я, Одеська обласна Асоціація медичних сестер, Асоціація

по підтримці сім'ї. Пізніше до складу партнерів можуть увійти деякі нові неурядові організації (зараз ОДМУ ініціює утворення філантропічної медичної Асоціації студентів).

Ці з боку Нідерландів: Саксіонський університет прикладних наук, організація Care Group Carint (Карінт), що надає послуги в сфері опіки за людьми похилого віку та домашнього догляду в Нідерландах, компанія Eurosense, а також нідерландська організація Consultants for Kevelopment Programs (СКР).

Особливість розвитку нашого проекту полягає в тому, що ми будемо розвивати заходи із поліпшення якості життя літніх людей у двох напрямках. Перший напрямок – підтримка розвитку інституту сімейної медицини через перепідготовку лікарів і медичних сестер. Другий напрямок – створення будинків сестринського догляду для осіб похилого віку. Для реалізації першого напрямку створюється Центр Сімейної Медицини. На нього покладатимуться такі функції.

- Організовує курси підвищення кваліфікації сімейних лікарів і медсестер по геріатрії.

- Проводить тренінги з лікарями і медсестрами із освоєння передових методів надання медпослуг для людей старшого віку.

- Організовує зустрічі з провідними фахівцями країни і зарубіжжя в області сімейної медицини і геріатрії.

- Через друкарський орган створює єдине інформаційне поле із обміну досвідом в області сімейної медицини і геріатрії.

- Пропагує міжнародні стандарти якості медичних послуг в геріатрії.

- Надає консультативну допомогу в організації ефективної служби геріатрії для сімейного лікаря.

Що стосується будівництва будинків сестринського догляду, то в їх створенні нам допомагають фахівці з соціального будівництва з Нідерландів, що мають великий досвід розробок і впровадження подібних програм. Ними запропоновано різні варіанти будівель котеджного плану (рис.1) із спеціальним оснащенням, що роблять життя осіб похилого віку, там проживають вельми комфортабельним.

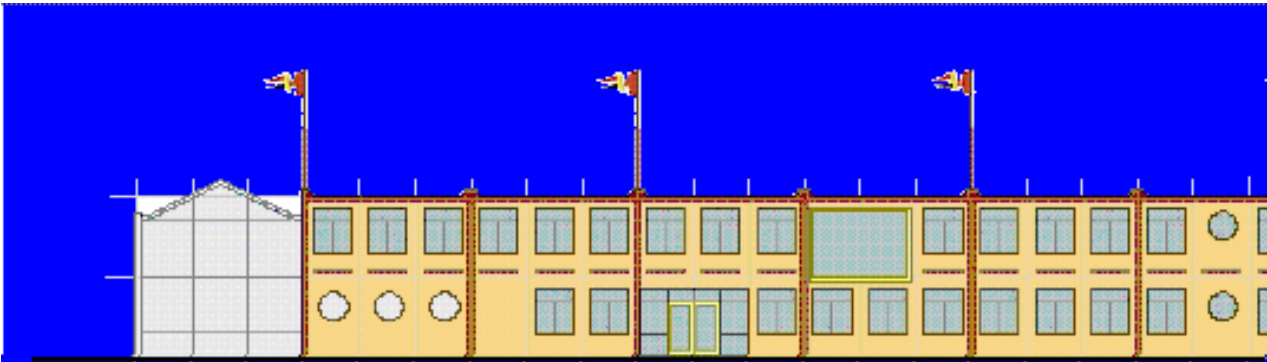


рис.1

Окрім цього, ми проводимо соціологічне дослідження, яке дозволить відобразити особливості нашого національного менталітету у сприйнятті подібного зарубіжного досвіду. Нами розроблена анкета, яка починається з роз'яснення сенсу роботи, що проводиться.

АНКЕТА – ОПИТУВАЛЬНИК

Вельмишановні одесити, в нашому чудовому місті живуть поряд з нами немолоді громадяни: це наші родичі, знайомі, а іноді і дуже самотні люди. Вік, нові умови життя, нові культурні цінності створили певний бар'єр між ними і сучасним поколінням ділових людей. Так було завжди – нове

покоління приносить нові цінності і нові проблеми. Проте завжди з нами – наше особисте життя. У розвинених країнах люди, що пішли на пенсію і відсторонилися від робочих буднів, присвячують своє життя відпочинку, реалізації невиконаних в робочому періоді духовних і культурних програм. Для здійснення цих чудових можливостей потрібні певні умови: відносна самостійність, можливість спілкування з однолітками, гарантоване забезпечення повноцінного харчування, відходу і медичного спостереження.

Одеський державний медичний університет спільно з соціальною службою Данії бере участь в проекті будівництва санаторію для літніх людей

і осіб похилого віку. У цьому санаторії за розумну плату необмежено в часі можуть повноцінно жити, спілкуватися з друзями, працювати, розважатися, займатися фізичною культурою, стежити за своїм здоров'ям і приймати необхідну терапію літні люди.

Враховуючи, що для кожної країни властивий свій менталітет і свої культурні цінності, для об'єктивізації проекту ми проводимо соціологічне дослідження. Мета дослідження – визначити різноманітність очікувань і побажань майбутніх клієнтів відносно умов життя, які створюватимуться і підтримуватимуться персоналом даного санаторію. Ваші зауваження будуть з вдячністю враховані в майбутньому менеджменті.

Дякуємо за співпрацю! Разом ми зробимо більше!

У коло питань, що цікавлять нас, входили, зокрема, відомості про вік, стаж роботи респондента, його заробітну платню і готовність до оплати

послуг з догляду за його немолодими батьками (родичами). Цікавим було, на наш погляд, питання про психологічну готовність родичів або самих людей похилого віку поміщати або бути поміщеним в подібній санаторій для немолодих осіб. З'ясувалася велика настороженість нашого населення до подібного роду соціальних дослідів. Причиною такого недовір'я є факт стрімкого зростання цін на квартири в крупних містах, що привело до появи різного роду кримінальних або шахрайських структур, що полюють за власниками квартир. Особливо, якщо власники – самотні люди похилого віку. Догляд за безпорадною людиною в обмін за його квартиру – часта угода, на яку важке життя примушує йти літніх людей. Це компромісне здирство практикується досить часто. Як же бути, якщо держава не в силах вирішити дане питання?

Нами пропонується на розгляд одеситів перспективний комерційний вихід, для вирішення фінансової сторони цієї справи. Це – політика СПІВДОПЛАТ (рис. 2).



рис.2

ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПЛАНУ ДОГЛЯДУ ТА МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ОСВІТІ В УКРАЇНІ

О.І. Корнецький, Н.О. Ліщенко, О.С. Усинська

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Стаття присвячена важливості впровадження медсестринського процесу у систему медсестринської освіти та догляд за пацієнтами у лікувальних закладах.

INTEGRATION OF CARE PLANS AND THE NURSING PROCESS INTO NURSING EDUCATION IN UKRAINE

O. Kornetsky, N. Lischenko, O. Usynska

Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky

The article describes the importance of the nursing process in education of student nurses and in care of patients in a hospital setting. Detailed descriptions of the nursing process and components of a care plan are included.

Вступ. Відповідно до визначення Американської Асоціації медсестер, медсестринство є «захистом, пропагандою та оптимізацією здоров'я, попередженням хвороб та пошкоджень, полегшенням страждань шляхом діагностики та лікування, захисту та догляду за пацієнтами, сім'ями, громадами та популяціями» (American Nurses Association, 2004). Це визначення достатньо загальне і включає в себе багато ролей медсестри. Однією з найважливіших є здатність допомогти пацієнтам та їх сім'ям у підтриманні здоров'я. Щоб робити це, медсестра повинна мати глибокі наукові знання, зокрема наукові та в галузі психології. Якщо ці знання є, медсестра повинна вміти застосувати їх у догляді за пацієнтом. У США таке практичне застосування знань здійснюється через медсестринський процес. Медсестринський процес дозволяє медсестрі застосувати критичне мислення і робити обґрунтовані висновки. Він включає в себе оцінку, медсестринський діагноз, планування, впровадження і повторну оцінку (American Nurses Association, 2003). Медсестринський план догляду окреслює заходи, що повинні входити до догляду за пацієнтом при використанні медсестринського про-

цесу. План догляду забезпечує організаційну структуру, що допомагає студентам застосувати необхідні знання та навички, що разом з критичним мисленням забезпечить оптимальний догляд за пацієнтом. Тому дуже важливо впровадити медсестринський процес у навчання українських та закордонних медсестер для забезпечення систематичного мислення і оптимального догляду.

Основна частина. Уся медсестринська практика та робота медсестри будуються на основі медсестринського процесу. Це науковий метод, що застосовується для систематичної оцінки, аналізу, планування, впровадження та визначення якості сестринського догляду. Це не лише використання фактів та знань, набутих під час навчання, але також акцент на застосування критичного мислення у процесі прийняття рішень щодо пацієнта. Дуже важливо, щоб медсестра мала певну систему для роботи з різноманітними клінічними ситуаціями, які можуть зустрітись під час роботи.

Відповідно до Carpenito (2000), оцінка стану пацієнта є обдуманим та систематичним процесом збору даних для визначення стану здоров'я пацієнта, стану його організму та минулих проблем зі здоров'ям і реакції на минулі захворювання. Метою оцінки є встановлення потреб пацієнта, проблем зі здоров'ям, способу життя па-

цієнта, завдань, вірувань та очікувань у даному випадку. Оцінка відбувається у два етапи. У першому дані збираються від пацієнта чи його сім'ї, медичних працівників та медичних записів. У другому ці дані аналізуються для визначення відповідного медсестринського діагнозу та індивідуалізації плану догляду за пацієнтом (Potter and Perry, 2005). Лише після проведення оцінки медсестра може визначити очікувані результати та план догляду. Для проведення ретельної оцінки медсестра повинна застосувати принципи критичного мислення. Критичне мислення – це активний, організований та когнітивний процес, що використовується для оцінки та аналізу ситуації. Критичне мислення застосовується на основі знань, досвіду, стандартів медсестринської практики та власної позиції медсестри для того, щоб зробити обґрунтований висновок про догляд за пацієнтом.

Після того, як дані зібрані, наступним кроком у медсестринському процесі є формулювання медсестринського діагнозу. Відповідно до визначення Північноамериканської асоціації медсестринських діагнозів, це клінічне судження про реакцію індивідуума, сім'ї чи громади на існуючу чи потенційну проблему зі здоров'ям чи життєвий процес. Метою діагнозу є ефективне представлення потреб пацієнта іншим медичним працівникам, що прийматимуть участь у догляді за ним. Ці потреби включають фізіологічні, рольові функції, самовизначення, взаємозалежність та духовні аспекти. Різниця між медичним та медсестринським діагнозом полягає в тому, що медичний діагноз визначає специфічне захворювання чи патологічний стан, тоді як медсестринський діагноз визначає реакцію пацієнта на захворювання, ризик захворювання чи його стан (Kaniels, 2004). Після встановлення медсестринського діагнозу медсестра переходить до наступного кроку медсестринського процесу – створенню плану догляду.

Планування є стадією медсестринського процесу, в якій встановлюються завдання та очікувані результати догляду та визначаються необхідні для цього втручання. Під час планування пріоритетів повинен надаватися основному діагнозу, тобто тому, що має найбільш значний вплив на здоров'я пацієнта. Після визначення основного діагнозу необхідно знайти найкращі способи для вирішення проблеми. Це здійснюється з урахуванням досвіду попередньої роботи з подібними пацієнтами, проте дотримуючись встановлених клінічних

стандартів для даної проблеми. Завдання, що ставляться перед пацієнтом, повинні відповідати його потребам, специфічними, такими, які можна спостерігати та визначати, і фіксованими в часових рамках. Вони повинні не лише задовольняти нагальні потреби пацієнта, але й бути спрямованими на подальшу реабілітацію та профілактику.

Наступним є встановлення очікуваних результатів. Це специфічні зміни в стані пацієнта, що піддаються вимірюванню та повинні виникнути в результаті лікування. Вони є об'єктивним критерієм досягнення поставлених завдань.

Після цих кроків медсестра визначає перелік необхідних медсестринських втручань. До них належать будь-які види лікування та маніпуляцій, які медсестра буде виконувати для досягнення запланованих результатів, і базуючись на клінічному мисленні, знаннях, досвіді та клінічних стандартах. Ці втручання також повинні включати обґрунтування, що вказують наукові підстави для кожної дії.

Після планування усе заплановане повинно втілюватись в життя. Впровадження є етапом медсестринського процесу, що передбачає роботу з пацієнтом для виконання поставлених завдань та досягнення очікуваних результатів, тобто виконання медсестринських втручань. Цей процес може бути прямим та опосередкованим. Прямий догляд передбачає взаємодію з пацієнтом і може включати фізичні методи, допомогу в щоденних гігієнічних процедурах, навчання, консультування і контроль побічних реакцій. Непрямий догляд, з іншого боку, включає опосередковані дії, такі як документацію, дедегування, нагляд і оцінку роботи іншого персоналу. У процесі роботи з пацієнтом медсестра повинна постійно оцінювати його стан, переглядати і змінювати при потребі план догляду та організувати його забезпечення. Забезпечення включає обладнання, персонал, фактор навколишнього середовища та комфорт пацієнта (Potter & Perry, 2005).

Останньою стадією медсестринського процесу є повторна оцінка. Ця стадія є однією з найважливіших, оскільки визначає користь та ефективність медсестринського процесу. Медсестра порівнює ефективність втручань і вирішує, чи були досягнуті заплановані результати. Після повторної оцінки медсестра може змінити план догляду, якщо втручання були менш ефективними, ніж очікувалось. Це може вимагати повторного встановлення медсестринського діагнозу, завдань та

результатів та втручань. Оцінка в медсестринському процесі є постійною і триває до тих пір, поки проблеми пацієнта не будуть вирішені. Якщо проблеми залишаються, план догляду повинен продовжуватись. Як і інші кроки в медсестринському процесі, оцінка також потребує критичного мислення. Вона також передбачає застосування знань, досвіду, професійних стандартів та навичок медсестри (Potter & Perry, 2005).

Глобальним завданням медсестринського процесу є покращення якості та результатів. Покращення якості передбачає постійне навчання і вдосконалення процесу забезпечення охорони здоров'я. Результати є важливими, оскільки вони показують ефективність втручань і те, наскільки були досягнуті очікувані результати. Якщо якість медичної допомоги є низькою і результати не досягнені, заклад охорони здоров'я повинен переглянути стандарти роботи. В іншому випадку йому загрожує втрата акредитації.

Як видно з назви, план догляду є власне планом роботи з пацієнтом і тому повинен не лише вивчатись у коледжах, але також застосовуватись у роботі з пацієнтом. У госпіталях США кожний пацієнт має план догляду, за який відповідає медична сестра. Більшість госпіталів мають комп'ютеризовані системи документації і тому плани

догляду також є комп'ютеризованими. Після оцінки та формулювання діагнозів комп'ютер автоматично створює стандартний список маніпуляцій для даного пацієнта. Медсестра потім може додавати ще якісь втручання або видалити непотрібні конкретно для даного випадку. Якщо госпіталь не має такої комп'ютеризованої системи, то застосовується спеціальна карткова система Kardex, що дозволяє визначити потреби пацієнта. Подібно до комп'ютерного планування, медсестра виконує оцінку та вибирає відповідний діагноз з наявних карток Kardex. Кожна картка містить також очікувані результати та втручання для даного діагнозу. Єдина різниця між планом догляду, що створюється під час навчання, та тим, що застосовується в госпіталях, є обґрунтування, що відсутнє в практичній роботі. Це передбачає, що професійна медсестра вже знає обґрунтування для кожного втручання (Potter & Perry, 2005).

Висновки. Хоча медсестринський процес вже застосовується у системі медсестринської освіти в Україні, він ще не впроваджений в українських лікарнях (Pasechko, Lemke, & Mazur, 2002). Запровадження і використання медсестринського процесу у догляді за пацієнтами підвищить його якість та буде мати позитивні наслідки для системи охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. American Nurses Association. (2004) Nursing: Scope and Standards of Practice. Retrieved June 26, 2007 from <http://www.nursingworld.org/about/faq.htm#def>.
2. American Nurses Association. (2003) Nursing's social policy statement. (2nd ed.). Washington KC: The Association
3. Carpenito L.J. (2000) Nursing diagnosis; application to clinical practice. (6th ed). Philadelphia: JB Lippincott
4. Kaniels, R. (2004). Nursing fundamentals; caring & clinical decision making. New York: Kelmar learning.
5. NANKA International: NANKA nursing diagnoses: definitions and classifications. (2003). Philadelphia: NANKA international
6. Pasechko, Lemke, & Mazur, 2002
Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005) Fundamentals of nursing. (6th ed.). St. Louis: Mosby.

АНАЛІЗ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДИКИ “ЄДИНОГО ДНЯ” ПРИ ВИКЛАДАННІ МІКРОБІОЛОГІЇ ДЛЯ СТУДЕНТІВ ННІ МЕДСЕСТРИНСТВА

С.І. Климнюк, Л.Б. Романюк, Н.І. Ткачук

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Впровадження методики “єдиного дня” в умовах кредитно-модульної системи на кафедрі медичної біології, мікробіології, вірусології та імунології дає змогу студентам відводити більше часу на практичну роботу, а викладачам якісніше подавати матеріал, ретельніше контролювати виконання практичних навичок і пов’язувати їх засвоєння з наступною професійною діяльністю.

ANALYSIS OF INTRODUCTION OF THE “UNIGUE DAY” METHOD IN TEACHING OF MICROBIOLOGY FOR STUDENTS OF NURSING SCHOOL

S.I. Klymnyuk, L.B. Romanyuk, N.I. Tkachuk

Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky

Introduction of the «unigue day» method in the credit-module system conditions on the medical biology, microbiology, virology and immunology department, make students enable to take more time on practical work. Teachers give material and control practical skills fulfilling more carefully according to this system. The teachers also are able to connect student’s practical skills with future nursing professional activity.

Вступ. У світлі розвитку медичної освіти в Україні та інтеграції нашої країни у Європейський освітній простір, вирішального значення набуває реалізація ідей Болонського процесу. Підготовка фахівців за спеціальністю “Сестринська справа” на даний момент для держави є надзвичайно актуальною, оскільки відмічається гостра потреба в медичних сестрах як в Україні, так і за кордоном. Таким чином, постає питання якісної практичної та теоретичної підготовки фахівців і відповідності їх знань вимогам міжнародних стандартів освіти.

Основна частина. У нашому університеті впроваджено засади кредитно-модульної системи, і в зв’язку з цим навчання організовано за методикою “єдиного дня”. Кафедра медичної біології, мікробіології, вірусології та імунології належить до теоретичних, але незважаючи на це, значна увага приділяється практичній роботі студентів. Згідно з вимогами типової робочої програми

для студентів спеціальності “Сестринська справа” відводиться певна кількість годин як на практичні заняття, так і на лекційний курс. Окрім цього, у студентів є ряд тем, що належать до самостійного позааудиторного засвоєння. Викладачами кафедри розроблено методичні рекомендації для студентів і викладачів, створено мультимедійні презентації лекцій для кожної спеціальності згідно з календарно-тематичним планом, оскільки навчання на кафедрі організовано у дві зміни (денна і вечірня форма). Навчання медичних сестер проводиться на двох рівнях: молодший спеціаліст і бакалавр.

Підготовку медичних сестер проводять на засадах кредитно-модульної системи, що дає змогу систематизувати та впорядкувати знання студентів з певних розділів мікробіології. Розроблена робоча програма включає 3 модулі: “Загальна мікробіологія”, “Імунологія”, “Спеціальна мікробіологія”. Тематику для практичних занять, завдяки методиці “єдиного дня”, об’єднані таким чином, що студенти мають змогу ознайо-

митись з новим матеріалом, відпрацювати практичні навички, і за умови достатнього їх засвоєння, здати їх, зафіксувавши у матрикул. Така організація дозволяє студентам краще засвоювати матеріал, інтегрувати теоретичні знання в практичну роботу. Для медичних сестер важливим в підготовці є взаємозв'язок теоретичних і практичних дисциплін, що успішно впроваджується у нас на кафедрі. Студентам 1 курсу зі спеціальності "Сестринська справа" надзвичайно цікаво слухати лекції з теоретичної дисципліни, коли теми прив'язуються до практичної медицини. Зокрема, при викладі матеріалу лекції на тему "Екологія мікроорганізмів. Вплив факторів зовнішнього середовища на мікроорганізми" викладач проводить паралелі між роллю бактерій у функціонуванні здорового організму людини та при певних соматичних патологіях. Виклад теми, що стосується аспектів стерилізації та дезінфекції, тісно пов'язаний з аналогічною темою з предмета "Сестринська справа", тому лекція проходить у формі діалогу студентів з викладачем, що відразу підвищує їх інтерес до теми.

Об'єднання лекцій з різних предметів в один день, з одного боку, є позитивним моментом, оскільки звільняє студентів від підготовки до конкретного предмета, а з іншого – що було б краще, власне з точки зору мікробіології, щоб лекція була прочитана в той же день, коли проходить практичне заняття, і що також важливо, – на базі кафедри. Це дало б змогу викладачу побудувати так план лекцій, щоб їх теми передували практичним заняттям. Такий графік роботи сприятиме кращому засвоєнню студентами теоретичного матеріалу, а викладачу при потребі продемонструвати необхідні слайди чи роботу певних приладів на практичному занятті. Для прикладу: при оформленні протоколу практичної роботи з теми "Морфологія і класифікація мікроорганізмів. Прості методи фарбування. Метод Грама" студенти повинні замалювати в протокол різноманітні мікроорганізми за формою, а відповідний матеріал містить і лекція на цю тему. Така побудова

ЛІТЕРАТУРА

1. Перфильева Г.М. Концепция семейной медсестры в европейской политике ВООЗ "Здоровье-21" // Медицинская сестра. – 2000. – № 2. – С. 5-6.
2. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства/ І.Я.Губенко,

занять стає можливою завдяки методиці "єдиного дня" і дає можливість синтезувати теоретичні знання і практичні навички.

Позитивним моментом при проведенні практичних занять є також наявність годин для самопідготовки перед тест-контролем, завдяки чому студент може повторити та закріпити інформацію, отриману на парі, і звернути більше уваги на питання, в яких він недостатньо компетентний.

Навчання медсестер-бакалаврів, що мають базову середню медичну освіту, зводиться до акцентування на певних темах, які мають вирішальне значення для практичної фахової діяльності. Для прикладу, з теми "Віруси гепатитів. СНІД" викладач прагне звернути увагу на профілактичні заходи, котрих повинна дотримуватись медична сестра при роботі з хворими на СНІД, на накази МОЗ України, що регламентують поведінку медперсоналу у випадках аварій з кров'ю тощо.

Викладачі кафедри доклали чимало зусиль для створення баз даних для тестового іспиту з мікробіології. На завершальній частині заняття акцентується увага на тестах з певної теми, подібні до яких будуть використовуватись на екзамені. Важливе значення в підготовці студентів, оскільки методика "єдиного дня" передбачає достатньо великий обсяг матеріалу, відводиться методичним рекомендаціям до практичних занять та презентаціям лекцій на Web-сторінці кафедри. Це дає змогу студенту в будь-який час, скориставшись Web-сайтом, почерпнути необхідну інформацію.

Висновки. Таким чином, методика "єдиного дня" на кафедрі медичної біології, мікробіології, вірусології та імунології з предмета мікробіологія створює ряд позитивних моментів, котрі дають змогу студентам ефективніше засвоїти предмет, про що свідчить зростання середнього бала успішності за останні 2 роки, а також проводити практично-орієнтоване навчання відповідно до вимог стандартів вищої освіти МОЗ України. Для викладачів, у свою чергу, створюються умови для більш раціонального розподілу робочого часу, що залежить від обсягу та структури теми заняття.

О.Т. Шевченко, Л.П. Бразалій, В.Г. Апшай. – К.: Здоров'я, 2001. – 208 с.

3. Саркисова В.А. Роль медсестры в семейной медицине: задачи и проблемы // Сестринское дело. – 2004. – № 6. – С. 15.

ВИВЧЕННЯ ЕТИКИ ВЗАЄМОВІДНОСИН В МЕДИЧНОМУ КОЛЕКТИВІ

Н.І. Балацька

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

У статті наведені основні положення етики взаємовідносин, які слід дотримуватися середньому медичному працівнику під час виконання своїх функціональних обов'язків.

THE ETHICS' INTERRELATION STUDYING IN MEDICAL SOCIETY

N.I. Balatska

Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky

The article presents the main positions of ethics and interrelation which the paramedical personnel should follow during fulfillment their duties.

Вступ. Незаперечним фактом є те, що робота в дружньому колективі із здоровим психологічним кліматом сприяє максимальній віддачі сил, знань та досвіду працівників, досягненню високих результатів роботи.

Успіх лікування хворого, догляд за ним багато в чому визначається змістом та формою ділових взаємостосунків медичних працівників між собою. І, навпаки, коли в колективі медичного закладу є непорозуміння, інтриги, сварки, неповага одне до одного, то знижується якість роботи та ефективність праці. Зазвичай, така обстановка в товаристві породжується хворобливим самолюбством окремих його членів, частим порушеннями трудової дисципліни, їх небажанням прислухатися до корисних порад колег. Така поведінка часто породжена низькою культурою людини, її невихованістю, а іноді є прикритим бажанням не працювати в повну силу. Тому є дуже важливим у процесі навчання медичних сестер привити їм почуття колективізму, відповідальності за виконувану роботу, вміння працювати в одній команді [1-3].

Основна частина. Одним з важливих моментів в у навчальному процесі середніх медичних працівників є виховання почуття колегіальності. Під цим поняттям розуміють прагнення людей вирі-

шувати всі питання спільними зусиллями на основі принципів самоповаги та взаємодопомоги. Потрібно розуміти, що колегіальність не є всепрощенням і покриванням помилок. Навпаки, колега повинен вказати на недоліки в роботі і допомогти їх виправити, скориставшись своїми знаннями і досвідом.

Молодій медсестрі, акушерці чи фельдшеру особливо необхідна підтримка їх старших товаришів. Усвідомлення того, що поряд є людина, яка готова поділитися своїми знаннями та вмінням, порадою, надає їм наснаги і впевненості в роботі.

Студентська група – це маленький колектив. Викладач є тим координатором, який має можливість виховувати почуття колективізму у майбутніх фахівців.

Важливим моментом у взаємостосунках медпрацівників є ставлення один до одного. Перш за все, це стосується форми звертання. Недопустимим зі сторони старшого за посадою є звертання до підлеглого на «ти» чи по імені, коли людина зрілого віку.

При виконанні професійних обов'язків форма звертання між персоналом може бути лише офіційно прийнятою. При цьому не можна робити винятків на якість близькі сімейні чи родинні стосунки.

У студентів необхідно виховувати бережливе ставлення до авторитету свого та товаришів.

Дуже часто пацієнти, оцінюючи роботу медиків, керуються результатами спостережень за взаємовідносинами медичного персоналу.

Недопустимою є критика медичною сестрою призначень чи дій лікаря, недоброчесне виконання маніпуляцій чи процедур, які призначено хворому.

З іншого боку, неприйнятним є фамільярне ставлення лікаря до медичного персоналу.

Виховання почуття субординації постійно проводиться під час заняття. Рекомендації чи зауваження викладача повинні бути виконані студентом повною мірою. Це не є проявом високомірного ставлення вищестоящого до підлеглого, а тільки форма нормальних взаємовідносин членів колективу.

Обов'язком кожного лікаря та медичної сестри є взаємне збагачення отриманим досвідом, результатами своїх спостережень. Лікар може багато чому навчити медичну сестру чи фельдшера, але нерідко цінним є і досвід середнього медичного персоналу, який слід запозичити ліка-

рю. Особливо це стосується молодих лікарів. Медична сестра є безпосереднім помічником лікаря. Вона постійно знаходиться біля хворого, має змогу помічати зміни у стані пацієнта і повідомити лікареві.

Якщо лікар не знатиме про раптове погіршення стану хворого, то відповідно не буде вчасно проведено корекції лікування. Тому лікар та палатна медична сестра повинні працювати спільно задля здоров'я пацієнта.

Ще одним акцентом взаємовідносин у медичному колективі є лікар-родичі-медсестра. Медична сестра не повинна брати на себе обов'язки лікаря: інформувати хворих чи родичів про діагноз, результати обстежень, тощо. Вона може коротко інформувати лише про загальний стан хворого.

Висновок. Важливою умовою здорового психологічного клімату в медичному колективі є згуртованість та взаєморозуміння всіх працівників незалежно від посад, що вони займають.

ЛІТЕРАТУРА

1. Острополец С.С. Врачебная этика и медицинская деонтология в педиатрии // Здоровье ребёнка. – 2006. – № 2. – С. 8-10.

2. Лисицин Ю.И. Медицинская этика, деонтология и биоэтика // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1998. – № 2. – С. 7-13.

ПІСЛЯДИПЛОМНА ПІДГОТОВКА МЕДСЕСТРИНСЬКИХ КАДРІВ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСНІЙ КОМУНАЛЬНІЙ КЛІНІЧНІЙ ЛІКАРНІ

Т.Я. Скарлош

Тернопільська обласна комунальна клінічна лікарня

У статті проаналізовано стан післядипломної підготовки медсестринських кадрів у Тернопільській обласній комунальній клінічній лікарні з урахуванням сучасних вимог, та зроблено висновок про необхідність розвитку подальших дій у цьому напрямку.

POSTGRADUATE PREPARATION OF NURSING STAFF IN TERNOPIL REGIONAL STATE CLINICAL HOSPITAL

T.Ya. Skarlosh

Ternopil Regional State Clinical Hospital

The article deals with analysis of postgraduate preparation of nursing staff in Ternopil Regional State Clinical Hospital according to recent requirements, conclusion about the necessity of further development of such activity is made.

Вступ. Питання післядипломної підготовки медсестринських кадрів залишається актуальним, оскільки при навчанні у медичних училищах та коледжах досить часто домінує теоретична спрямованість підготовки медичних сестер. Тож випускники відчувають нестачу практичного досвіду на початку своєї професійної діяльності.

Основна частина. В лікарні працює 367 молодших медичних спеціалістів, в тому числі:

з вищою кваліфікаційною категорією – 42 % – 154 медичні сестри;

з першою кваліфікаційною категорією – 12 % – 48 медичних сестер;

з другою кваліфікаційною категорією – 16 % – 57 медичних сестер;

без категорії – 108 – стаж до 5 років, що складає 30 %.

Організація роботи молодших медичних спеціалістів та молодших медичних сестер здійснюється згідно з розробленими заходами, планів оперативних нарад, сестринських конференцій, загальнолікарняних семінарських занять, планів робо-

ти сестринської Ради та планів старших медичних сестер кожного відділення.

Практично роботу, яка проводиться сестринським персоналом у лікарні, можна поділити на 3 основних напрямки:

1. Навчання медсестер за етапами післядипломної освіти.

2. Дотримання вимог режимних наказів МОЗ із санепідрезиму, оскільки 90 % виконання даних вимог (всі види прибирань, обробка інструментарію, стерилізація ВМП) здійснюється середнім та молодшим персоналом.

3. Сестринський догляд: дотримання стандартів сестринського догляду, контроль за її виконанням та оцінювання, згідно з розробленими критеріями.

В лікарні працює сестринська Рада, до складу якої входить кадровий авангард сестринства лікарні, і 4 спектри сестринської Ради, а саме:

- навчальний сектор;
- сектор із дотримання санепідрезиму;
- виробничий сектор;
- сектор із культури обслуговування та харчування пацієнтів.

Не даремно на першому місці по роботі сестринства стоїть навчання медперсоналу, адже чим

вища кваліфікація медичної сестри, тим якісніше буде здійснений сестринський догляд за пацієнтом.

Організація навчання молодших медичних спеціалістів в нашій лікарні проводиться згідно зі схемою післядипломного навчання медсестер, розробленої сестринською Радою та затвердженої головним лікарем лікарні, а саме:

1. При поступленні на роботу:

- співбесіда;
- тестування за «Обов'язковою програмою для медичних сестер».

2. На робочих місцях:

- місячне стажування на робочому місці згідно з наказом по ТОККЛ № 49 від 01.03.2003р. «Про стажування молодших медичних спеціалістів та молодших медичних сестер при прийомі на роботу»;
- цілеспрямоване особисте навчання медичних сестер;
- щомісячні заняття по профілю відділень;
- відвідування загальнолікарняних семінарських занять, сестринських конференцій;
- оволодіння суміжними спеціальностями;
- проходження курсів з відривом від виробництва через кожних 5 років.

3. Протягом перших 5 років:

- тестування за комп'ютерними програмами для медичних сестер 1 раз на рік;
- курси спеціалізації з відривом від виробництва.

4. Після 5 років стажу:

- атестацію на другу кваліфікаційну категорію;
- тестування за ускладненими програмами 1 раз на рік.

1. Припоступленні на роботу:

На основі співбесіди, на якій визначається теоретичний рівень підготовки медичної сестри з фундаментальних питань анатомії та фізіології, інфекції, вимог режимних наказів МОЗ із дотримання санітарного режиму та правил сестринського догляду. Практика показала, що 90 % медичних сестер співбесіду за першим разом не проходять і найчастіше через незнання елементарних питань з анатомії, фізіології, фармакології тощо. Медичній сестрі дається час на підготовку, до речі, вона сама визначає термін другої співбесіди. Після проходження співбесіди члени навчального сектора сестринської Ради проводять комп'ютерне тестування молодого спеціаліста за "Обов'язковою програмою для медичних сестер".

Тест містить 20 питань з варіантами відповідей (приклад тесту). Тест зараховується, якщо результат містить 80 % правильних відповідей. Як правило, всі хто пройшов теоретичну співбесіду, комп'ютерний тест складають позитивно.

І завершальний третій етап – це заключна співбесіда в головного лікаря, де визначається з переліку вакантних посад, на якій саме молодший медичний спеціаліст хотів і міг би працювати відповідно до своїх знань. Після вибору місця роботи у супроводі старшої медсестри та завідувача відділення проводиться огляд відділення, ознайомлення з функціональними обов'язками, які повинно виконувати на даній посаді.

Важливим етапом адаптації медичної сестри в новому колективі, наступним етапом навчання є запровадження в нашій лікарні стажування на робочому місці середнього та молодшого медичного персоналу, який прийнято на роботу у лікарню, яке функціонує з 01.03.2003р.

Цілі, які ставить перед собою сестринська Рада:

1. Психологічна адаптація молодого спеціаліста в новому колективі, знайомство з колективом відділення та лікарні.

Графік роботи регламентований посадою, на яку прийнята медична сестра (а найчастіше – це позмінний графік роботи), молодий спеціаліст на час стажування переводиться на щоденний графік, що дає змогу в процесі роботи ознайомитись з всіма членами колективу відділення.

2. Ознайомлення з стаціонарними відділеннями лікарні та параклінічними підрозділами, графіками їх роботи та розташуванням.

При переведенні пацієнтів з одного стаціонарного відділення в інше, при супроводі пацієнтів у відділення функціональної діагностики тощо медична сестра повинна чітко орієнтуватися, де знаходиться дане відділення, для вибору шляху транспортування пацієнта. Оскільки в нашій лікарні нараховується 18 стаціонарних відділень, 25 параклінічних підрозділів, тому одна чи дві екскурсії не дадуть абсолютно ніяких результатів для досягнення даної мети. А за місяць, коли в процесі роботи йде поступове ознайомлення з відділеннями лікарні за участю працівників відділення (молодий спеціаліст бере участь в супроводі пацієнтів на обстеження та інші відділення), залишившись на чергуванні після стажування, медична сестра достатньо впевнено орієнтується в розташуванні відділень та території лікарні.

3. Удосконалення теоретичної та практичної підготовки.

Під час стажування старша медична сестра відділення, згідно з розробленою тематикою, в яку входять питання з правил сестринського догляду, вимог нормативно діючих документів із санепідрезиму, невідкладних станів, специфіці роботи відділення, щоденно проводить семінарські заняття.

За молодим спеціалістом закріплені кваліфіковані медичні сестри, які вчать виконанню практичних навичок, допомагають вдосконалити маніпуляційну техніку.

Тривалість стажування для медичних сестер триває 1 місяць, для молодших медичних сестер – 2 тижні.

Після закінчення стажування комісія, регламентована наказом лікарні, куди входять представники всіх секторів сестринської Ради лікарні, медичні сестри з вищою кваліфікаційною категорією, бакалаври, приймає залік у молодого спеціаліста у 2 етапи:

- **перший** – **на робочому місці**: алгоритми проведення сестринських маніпуляцій, ведення сестринської документації, дотримання вимог наказів із санепідрезиму, а також обізнаність в наданні інформації при виникненні тих чи інших ситуацій, що можуть скластися у відділенні черговому лікарю, відповідним службам та інстанціям.

- **другий етап** – **залік із теоретичної підготовки**, на якому старші медичні сестри ознайомлюють комісію з проведеною роботою з молодим спеціалістом про питання, які потребують доопрацювання.

Оцінювання заліку не проводиться, але цей етап надзвичайно важливий як для молодого медичного спеціаліста (оскільки стимулює їх до підвищення фахових знань та вмій), так і для сестринської Ради, адже жоден молодий спеціаліст не проходить повз її увагу, і кожен сектор сестринської Ради, аналізуючи практичну та теоретичну підготовку, особисті якості працівника, бачить, де потрібно і в якому напрямку допомогти. Тому стажування дає можливість молодому спеціалісту вдосконалити свої теоретичні та практичні знання під контролем кваліфікованого наставника, реально оцінити свої можливості, побачити слабкі місця в фаховій підготовці і виправити їх.

Згідно з планами навчального сектора сестринської Ради проводять:

1. Загальнолікарняні семінарські заняття для:
 - старших медичних сестер та резерву;

- маніпуляційних, перев'язувальних та операційних медичних сестер;

- палатних медсестер;

- сестер–господиень та їх резерву;

- молодшого медперсоналу;

з наступним комп'ютерним тестуванням за розробленими програмами.

2. Загальнолікарняні сестринські конференції.

3. Щомісячні заняття по профілю відділення.

4. Організація і планування фахової кваліфікації здійснюється згідно з наказом МОЗ України № 146 "Про атестацію середніх медичних та фармацевтичних працівників", згідно з перспективним планом.

5. Для підтримки високого кваліфікаційного рівня медсестер проводять стажування із підвищення кваліфікації з окремих алгоритмів сестринського догляду (медичні сестри терапевтичних відділень, де переливання крові, кровозамінників проводять не так часто, проходять стажування в хірургічних відділеннях, гематології), із вдосконалення маніпуляційної техніки (медичні сестри приймального відділення стажування проходять у хірургічних відділеннях). Постійно проводиться ротація операційних медичних сестер по роботі на різних операційних столах для опанування всіх оперативних втручань, які виконуються в нас в лікарні.

Що стосується роботи сестринства із виконання вимог нормативно діючих документів із санепідрезиму, розроблено алгоритми, включно з усіх видів прибирань, обліків деззасобів, згідно з використаних площ, всіх видів обробки інструментарію, стерилізації; опрацьовані методичні рекомендації по роботі з деззасобами.

Навчальним сектором сестринської Ради випрацьовані стандарти сестринського догляду, критерії їх оцінювання, які щорічно удосконалюються.

Особливу увагу ми приділяємо студентам навчальних медичних закладів, що проходять на базі нашої лікарні сестринську, виробничу та переддипломну практики. За ними закріплюються висококваліфіковані медичні сестри, що вчать, допомагають вдосконалити теоретичні та практичні знання, які передають свій досвід, допомагають оволодіти спеціальністю, адже отримавши диплом, вони повертаються до нас в лікувальні заклади. І на першій зустрічі із студентами ми їм завжди говоримо, що шлях який вони обрали – це шлях постійного навчання і вдосконалення, це шлях постійного двобою зі смертю.

Висновок Навчальним сектором сестринської Ради випрацьовані стандарти сестринського догляду, критерії їх оцінювання, які щорічно удосконалюються. Важливим етапом адаптації медичної сестри в новому колективі, наступним етапом її практичного навчання, є запровадження в нашій лікарні стажу-

вання на робочому місці середнього та молодшого медичного персоналу, який прийнято на роботу у лікарню, розроблено плани розвитку подальших дій щодо підвищення кваліфікації медичних сестер, які працюють, що дозволяє якісніше здійснювати сестринський догляд за пацієнтами.

САМОВИХОВАННЯ ТА САМОВДОСКОНАЛЕННЯ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

I.B. Кубей

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Обрунтована необхідність самовдосконалення та самовиховання працівників середньої ланки охорони здоров'я, що сприятиме підвищенню їх професійного рівня та покращенню якості надання медичної допомоги.

SELF-EDUCATION AND SELF-TAUGHT IN PARAMEDICAL PROFESSIONAL ACTIVITY

I.V. Kubey

Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky

Self-education and self-taught is important for paramedical personal. It promotes professional level increasing and improves the quality of medical care.

Вступ. Моральне обличчя середнього медичного персоналу визначається його загальною культурою та світосприйняттям.

Висока громадянська позиція, відданість своєму професійному обов'язку, гуманність – ось необхідні моральні якості медичного працівника.

Обравши професію медичного працівника, людина тим самим бере на себе високе моральне зобов'язання. Останнє, як відомо, визначається його загальною культурою та світоглядом. Медичний працівник повинен вміти себе поводити з кожним пацієнтом індивідуально, а тому він мусить бути освідченним, цікавитися суспільним життям, літературою, мистецтвом. Це допомагає легше знайти контакт з пацієнтами різних вікових груп та соціальних прошарків населення, що сприяє якіснішому проведенню лікувально-діагностичних маніпуляцій і процедур [1-3].

Основна частина. Навички навчання контактів з хворими медичні працівники повинні набувати ще в студентські роки під час практичних занять, самостійної роботи студентів з пацієнтами. Їм необхідно спілкуватися з дітьми різного віку, інтелектуального та культурного розвитку. Студент

повинен знайти підхід до хворого, налаштувати його на відверту, щирю розмову, щоб вичерпно з'ясувати його скарги та анамнез життя і захворювання. Таким чином, студент значною мірою виконає поставлене перед ним завдання викладача.

Викладач допомагає усвідомити, що велика відповідальність, яка покладається на медичних працівників, вимагає від них максимально добросовісного ставлення до своєї справи. Неуважність, халатне відношення до своїх обов'язків, порушення професійної дисципліни є неприпустимі, бо часто негативно відбиваються на здоров'ї пацієнтів, а інколи можуть спричинити його смерть, а тому розцінюється як злочин не лише перед пацієнтом і його родичами, але й перед суспільством взагалі.

Невпинний ріст науково-технічного прогресу зумовлює необхідність самовдосконалення медичних працівників. На сьогодні дуже актуальним стало вироблення творчого відношення до праці, вміння швидко орієнтуватися в інформаційному просторі. Для набуття цих навичок студенти навчаються науковій організації праці (НОТ). Остання дозволяє економно та доцільно використовувати час як свій та оточуючих, удосконалити своє вміння.

Використання системи алгоритмів під час засвоєння навичок та маніпуляцій дозволяє оволодіти ними швидко та надійно, якісно. Особливо важливо це під час вивчення невідкладних станів, коли від правильності надання допомоги пацієнту залежить його життя. Важливе місце в роботі медичного працівника належить ознайомленню з науковою, довідковою та популярною медичною літературою. Під час занять студенти завжди мають у своєму розпорядженні належні наукові та медичні журнали, довідники. Хорошим прикладом для наслідування є наявна бібліотека у навчальній кімнаті.

Процес самовдосконалення включає в себе і виховання певних моральних та естетичних принципів мислення та почуттів, поведінки в робочій обстановці та побуті. Викладач постійно знаходиться в центрі уваги студентської аудиторії. Саме тому він повинен бути взірцем для наслідування. Це проявляється шляхом пропаганди здорового способу життя (боротьба з шкідливими звичка-

ми, підтримання фізичної форми), слідуванням за своїм зовнішнім виглядом, манерами, виразом обличчя. Під час занять викладач повинен постійно демонструвати професійну ерудицію, доброзичливість, вміння спілкуватися з пацієнтами різного рівня культури.

Самовдосконалення є процес плановий та поступовий. Складаючи індивідуальний план, медичний працівник враховує свій досвід та стаж роботи, професійні інтереси та особисті уподобання.

Майбутній фахівець повинен обов'язково пам'ятати, що процес самовдосконалення є безперервним. Немає межі досконалості. Лише усвідомивши цю істину, людина завжди почуватиме себе потрібною для суспільства.

Висновок. На сьогодні створенні усі умови для самовдосконалення середнього медичного працівника. Ступінь реалізації їх залежить від громадянської позиції кожного працівника, від відповідності своєму професійному обов'язку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вибір оптимальної моделі підготовки медичної сестри в Україні / І.А. Плеш, Каленюк В.І., Борейко Л.Д. та ін. // Медсестринство. – 2007. – № 2. – С. 34-35.

2. Проблемні питання при освоєнні предмета "Основи сестринської справи" в світлі реформування медсестринської освіти в Україні / В.В. Лойко, З.О. Кушнір, Л.В. Слободенюк, Н.І. Кочерга // Матеріали доповідей науково-

методичної конференції "Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних закладах освіти I-V рівнів акредитації МОЗ України". – Київ-Тернопіль, 1999. – С. 498-499.

3. Проблеми підвищення ефективності використання досягнень галузевої медичної науки в практиці охорони здоров'я / Є.М. Горбань, А.Р. Уварено, П.Р. Петрашенко та ін // Лік. справа. – 2002. – № 1. – С. 3-7.

КЛІНІЧНА ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА В СИСТЕМІ СУЧАСНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛАБОРАНТА-БАКАЛАВРА

І.Я. Криницька, М.І. Марущак

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

У статті подано досвід викладання клінічної лабораторної діагностики лаборантам-бакалаврам на курсі клінічної біохімії і лабораторної діагностики. Доведено ефективність організації навчального процесу за системою “єдиного дня”, що сприяє покращенню засвоєння практичних навичок та розвитку професійних якостей майбутнього спеціаліста.

CLINICAL LABORATORY DIAGNOSTICS IN MODERN EDUCATION SYSTEM OF BACHELOR-LABORATORY ASSISTANT

I.Ya. Krynytska, M.I. Marushchak

Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky

The article shows the results of bachelor-laboratory assistant education experience at clinical biochemistry and laboratory diagnostics course. It explains the effects of all-day studding system which increased the skills of creative work and development of necessary professional qualities of future specialist.

Вступ. Реформування охорони здоров'я на національній основі з переорієнтацією на удосконалення первинної медико-санітарної допомоги та впровадження принципів сімейної медицини ставлять нові вимоги до якості підготовки фахівців охорони здоров'я, в тому числі і лаборантів [1].

Одним із найважливіших завдань підготовки лаборантів-бакалаврів в інституті медсестринства Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського є формування спеціалістів охорони здоров'я ХХІ століття, конкурентноспроможних на національному, європейському та міжнародному ринках праці згідно з кваліфікаційною характеристикою, з належним рівнем знань, практичних вмінь і навичок [2, 3].

Основна частина. Провідною дисципліною в системі підготовки лаборанта-бакалавра є клінічна лабораторна діагностика, яка має не тільки діагностичне, але і соціально-економічне значення. Предметом клінічної лабораторної діагностики є дослідження взаємозв'язків між фізіологічним і

патологічним станами з одного боку, та клітинним і хімічним складом біологічних рідин – з іншого, а також розробка методів об'єктивного дослідження клітинного та хімічного складу біологічних рідин та використання відомостей, отриманих з допомогою даних методів, для виявлення відхилень від норми, встановлення діагнозу захворювання і контролю за лікуванням [4].

Відповідно КЛД включає такі складові:

- клінічна патобіологія та патобіохімія;
- клінічна аналітика;
- клінічна лабораторна інформація.

Останнім часом у світі спостерігається бурхливий розвиток лабораторної діагностики за рахунок автоматизації та запровадження нових методів у повсякденну практику. Зміст професійної діяльності лабораторного працівника – об'єктивне дослідження клітинного і хімічного складу біологічних рідин лабораторними методами з метою отримання інформації про стан здоров'я пацієнта та вид патології. Слід відмітити, що спеціаліст з клінічної лабораторної діагностики активно бере участь в уточненні, а іноді й у встановленні діагно-

зу. Тому йому необхідні знання основних симптомів захворювання, етіології, патогенезу та змін лабораторних показників в нормі і при патології. Сьогодні близько 70 % всієї об'єктивної діагностичної інформації про стан органів і систем пацієнтів поступає до клініцистів з клініко-діагностичної лабораторії. Саме лабораторна діагностика дозволяє виявляти органі, клітинні, молекулярні і навіть субмолекулярні причини виникнення хвороби [5].

Клінічна лабораторна діагностика вивчається лаборантами-бакалаврами на курсі клінічної біохімії і лабораторної діагностики й включає 54 год лекцій, 104 год практичних занять та 85 год самостійної роботи студентів.

Завданнями клінічної лабораторної діагностики є:

а) розробка оптимальних методів та засобів дослідження хімічного і клітинного складу біологічних рідин;

б) розробка вимог до умов реалізації аналітичних методів;

в) вивчення закономірностей внутрішньо- та міжіндивідуальних коливань хімічного і клітинного складу біологічних рідин;

г) встановлення референтних меж коливань для кожного параметра складу біологічних рідин і нормальних коливань для окремих контингентів (за віком, статтю, родом занять та ін.);

д) вивчення закономірностей взаємозв'язку патологічних відхилень складу біологічних рідин з конкретними формами патології;

е) встановлення діагностичної цінності окремих лабораторних тестів та їх комбінацій, розробка оптимальних способів їх використання в діагностиці захворювань та контролі за лікуванням.

Викладання КЛД здійснюється шляхом читання систематичного курсу лекцій і проведення практичних занять. Самостійна індивідуальна робота

включає в себе написання реферату або короткого тематичного повідомлення про новітні лабораторні технології.

На практичних заняттях під керівництвом викладача студенти закріплюють інформацію, отриману на лекції, виконують лабораторну роботу, вирішують ситуаційні задачі. Навчальний процес значно покращився внаслідок запровадження в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського системи "єдиного дня", оскільки збільшилась частка самостійної роботи студентів в лабораторії. Під час практичної роботи студенти-бакалаври мають змогу оволодіти необхідними професійними навичками, використовуючи сучасне лабораторне обладнання. Разом з тим викладач не тільки здійснює контроль, але й допомагає освоїти заплановані практичні навички.

Семинарська частина заняття проходить у вигляді дискусії, в якій беруть участь всі члени групи. До того ж, один студент відповідає на поставлене запитання, а інші вказують на помилки, які були допущені при відповіді колеги. Як правило, на семінарі роздаються тематичні задачі. Лаборант-бакалавр повинен вказати можливі зміни в результатах лабораторних обстежень. Інший варіант ситуаційної задачі вже містить результати обстежень, а студент повинен їх правильно інтерпретувати.

Закінчується заняття програмованим контролем, який включає в себе тестові завдання і теоретичні питання.

Висновок. Правильна організація навчального процесу сприяє кращому засвоєнню практичних навичок та розвитку необхідних професійних якостей лаборанта-бакалавра.

ЛІТЕРАТУРА

1. Реформа сестринської освіти / За ред. О. Зюкова // Головна медична сестра. – 2006. – № 7. – С. 50–55.

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

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

4. Горячковский А.М. Клиническая биохимия в лабораторной диагностике – Одесса: Экология, 2005. – 616 с.

5. Проценко В.Н. Основы обеспечения качества клинических лабораторных исследований. – Харьков, 2002.