

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

# **МЕДСЕСТРИНСТВО**

**УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ**

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

# **NURSING**

**UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL**

**1/2008**

# МЕДСЕСТРИНСТВО

---

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

---

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор  
Чернишенко Т.І.  
Заступник головного редактора  
Ковальчук Л.Я.  
Заступник головного редактора  
Ястремська С.О.

Білик Л.С.  
Брянцев О.М.  
Галіаш Н.Б. – відповідальний редактор  
Господарський І.Я.  
Губенко І.Я.  
Мазур П.Є.  
Марценюк В.П.  
Мисула І.Р.  
Панченко М.С.  
Ревчук Н.Б. – відповідальний секретар  
Швидкий О.В.

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

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 №11 від 12.03.2008 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 11.03.2008 Формат 60×84/8.  
Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет№1  
Ум. друк. арк. 5,58. Обл.-вид.арк. 5,05  
Тираж 600. Зам. № 43.

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

---

## ЗМІСТ

- Т.І. Чернишенко, О.Ф. Кулик*  
Перший Всеукраїнський конгрес “розвиток медсестринської справи в Україні” **5**
- І.Я. Господарський, С.О. Ястремська*  
Навчання іноземних студентів у вищих медичних навчальних закладах різних рівнів акредитації **8**
- Л.П. Вашенюк, І.І. Москалик, О.М. Карпишина*  
Проект створення центру соціально-побутової реабілітації для людей літнього віку **14**
- Т.О. Чешуїна, О.І. Григоренко, О.В. Димченко*  
Про перспективи діяльності кримського державного медичного університету імені С.І. Георгієвського в рамках українсько-нідерландського проекту “Підтримка та поліпшення догляду за людьми похилого віку на рівні громад” **17**
- І.Я. Губенко, І.В. Радзієвська*  
Реформування системи підготовки медичних сестер в Україні **20**
- П.Є. Мазур, Л.Л. Стаднюк, В.А. Левчук, Г.З. Присяжнюк*  
Технологія новаторства у викладанні сестринської справи в Кременецькому медичному училищі **25**
- Я.Я. Боднар, Т.В. Дацко, П.Р. Сельський, Т.К. Головата, М.Я. Фурдела, О.В. Андрійчук*  
Особливості викладання клінічної патогістології на медсестринському факультеті **27**
- І.Я. Губенко, О.Т. Шевченко, Л.П. Бразалій*  
Співпраця та колегіальність лікаря і медичної сестри – запорука ефективного функціонування команди медичних фахівців **29**
- М.О. Кашуба, О.В. Лотоцька, О.М. Сопель*  
Профілактична медицина в медсестринстві **33**

## CONTENTS

- T.I. Chernyshenko, O.F. Kulyk*  
The first ukrainian-wide congress developing of nursing in Ukraine **5**
- I.Ya. Gospodarskiy, S.O. Yastrem'ska*  
Навчання іноземних студентів у вищих медичних навчальних закладах різних рівнів акредитації **8**
- L. Vashenyuk, I. Moskalyk, O. Karpushyna*  
Creation of elderly daycare center with units of social rehabilitation and consumer services **14**
- T.O. Cheshuina, O.I. Grigorenko, O.V. Dymchenko*  
About activities prospects of the crimean state medical university named after S.I. Georgievsky in the context of ukrainian-netherlands project “Supporting and strengthening community care for elderly people” **17**
- I.Ya. Hubenko, I.V. Radziyevska*  
Reforming of nursing preparation system in Ukraine **20**
- P.Ye. Mazur, L.L. Stadnyuk, V. A. Levchuk, H. Z. Prysyzhnyuk*  
The technology of new approach in nursing practice teaching at Kremenets' medical College named after Arseniy Richyns'kyi **25**
- Ya.Ya. Bodnar, T.V. Datsko, P.R. Selsky, T.K. Golovata, M.Ya. Furdela, O.V. Andriyчук*  
Features of teaching clinical patogistology on nurses faculty **27**
- I.Ya. Hubenko, O.T. Shevchenko, L.P. Brazaliy*  
Collaboration and colleague cooperation of a doctor and a nurse as a basis of effective functioning of the medical specialists' team **29**
- M.O. Kashuba, O.V. Lototska, O.N. Sopol*  
Preventive medicine in nursing **33**

- |   |           |   |
|---|-----------|---|
| <i>О.С. Усинська</i><br>Деякі правові аспекти роботи медсестри<br>у США   | <b>36</b> | <i>O.S. Usynska</i><br>Some legal issues in nursing in the USA  |
| <i>А.Р. Тарапата</i><br>Робота школи самоконтролю цукрового<br>діабету в Тернопільській обласній<br>комунальній клінічній лікарні | <b>38</b> | <i>A.R. Tarapata</i><br>School of independent care of diabetes<br>mellitus in Ternopil Regional Hospital. |
| <i>І.В.Корда</i><br>Скажімо “Ні” абортам  | <b>43</b> | <i>I. Korda</i><br>Let’s say no to abortion   |
| <i>С.О. Коноваленко</i><br>Медсестринська діагностика та лікування<br>гострого живота   | <b>47</b> | <i>S.O. Konovalenko</i><br>Nursing diagnosis and the treatment of<br>acute abdomen                        |

## ПЕРШИЙ ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ КОНГРЕС “РОЗВИТОК МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ В УКРАЇНІ”

Т.І. Чернишенко, О.Ф. Кулик

*Міністерство охорони здоров'я України*

*Чернівецький медичний коледж Буковинського державного медичного університету*

---

У статті автори інформують про роботу I Всеукраїнського конгресу “Розвиток медсестринської справи в Україні”, який відбувся 23-24 жовтня 2007 року в м. Чернівцях. Приводиться перелік питань, що розглядалися на конгресі та прийнята на ньому резолюція.

---

## THE FIRST UKRAINIAN-WIDE CONGRESS DEVELOPING OF NURSING IN UKRAINE

T.I. Chernyshenko, O.F. Kulyk

*Ministry of Health of Ukraine*

*Chernivtsi Medical College of Bukovinian State Medical University*

---

The article informs about the work of the first Ukrainian-Wide Congress, which took place on October, 23-24, 2007 in Chernivtsi. The article touches, the problems, considered at the Congress, its resolution.

---

**Вступ.** 23-24 жовтня 2007 року, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 11.10.2007 р. № 313, на базі Буковинського державного медичного університету та його медичних коледжів – Чернівецького базового, Вашковецького та Новоселицького, проведений I Всеукраїнський конгрес “Розвиток медсестринської справи в Україні”, який викликав жвавий інтерес серед медичної громадськості держави, особливо серед медичних сестер та викладачів медичних коледжів і училищ, які проводять підготовку молодших медичних спеціалістів.

Місцем проведення було вибрано Чернівці. Саме тут, у 1995 році, було проведено конференцію з міжнародною участю, на якій широко обговорювались питання реформування не тільки медсестринської освіти, але й всієї медсестринської справи в Україні. Продовженням розпочатого діалогу став I Всеукраїнський з'їзд молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів у вересні 1999 року, який також проходив у Чернівцях. У

ньому взяли участь провідні фахівці із медсестринства із США, Канади, Нідерландів, Польщі, Молдови та інших держав. У прийнятому з'їздом рішенні були намічені конкретні шляхи з удосконалення медичної (фармацевтичної), в тому числі і медсестринської, освіти в Україні, рекомендовано цілий ряд заходів по передачі окремих функцій від лікарів молодшим медичним спеціалістам.

**Основна частина.** Конгрес став наступним етапом у реформуванні медсестринства. У його роботі взяли участь: перший заступник міністра охорони здоров'я України О.М. Біловол; від Департаменту кадрової політики, освіти і науки МОЗ України М.В. Банчук, О.П. Волосовець, Т.І. Чернишенко; декани медсестринських факультетів медичних університетів та академій IV рівнів акредитації; директори вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I-II рівнів акредитації; керівники закладів післядипломної освіти молодших медичних спеціалістів; головні медичні сестри обласних (центральної міст Києва і Севастополя) клінічних лікарень; голови (пре-

зиденти) Асоціації медичних сестер від областей України; викладачі медичних коледжів та училищ; медичні сестри лікувальних закладів. Всього у роботі конгресу взяли участь 310 учасників. Матеріали конгресу надруковані в спеціальному випуску Українського науково-практичного журналу "Буковинський медичний вісник". 53 учасники конгресу були нагороджені Почесною грамотою МОЗ України, які їм вручив перший заступник міністра охорони здоров'я України О.М. Біловол.

На пленарному засіданні з питань стратегії розвитку та реформування медсестринства в Україні виступили: перший заступник міністра охорони здоров'я України О.М. Біловол; директор Департаменту кадрової політики, освіти і науки МОЗ України М.В. Банчук; заступник директора Департаменту кадрової політики, освіти і науки МОЗ України О.П. Волосовець та головний спеціаліст цього ж Департаменту Т.І. Чернишенко; декан медсестринського факультету Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького В.І. Пирогова; директор Львівського державного базового медичного коледжу імені Андрія Крупинського М.Б. Шегадин; директор Житомирського Інституту медсестринства В.Й. Шатило; від Інституту медсестринства Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського О.В. Олійник.

Виступаючи відмічали, що невтомна і щоденна подвижницька праця майже півмільйонного загалу медичних сестер, фельдшерів, акушерок, фармацевтів, помічників стоматолога та інших молодших спеціалістів спрямована на благо здоров'я народу і є запорукою позитивних перетворень у галузі охорони здоров'я. Молодші медичні спеціалісти – це, по суті, ті професії медиків, які супроводжують людину протягом всього її періоду життя: від народження до останнього подиху. А тому необхідно визначити стратегічні засади розвитку та реформування підготовки медичних сестер в Україні на найближчу перспективу.

На секційному засіданні "Розвиток медсестринства та завдання Асоціації медичних сестер", яке проходило під головуванням президента Асоціації медичних сестер України, Головного позаштатного спеціаліста по роботі з середнім медичним персоналом МОЗ України Г.М. Івашко, відбувся обмін досвідом роботи Асоціації медичних сестер різних областей України, з питань управління сестринськими кадрами в ліку-

вально-профілактичних закладах, намічені заходи із удосконалення роботи Асоціації.

Проблемні питання впровадження основних принципів Болонського процесу у навчальний процес вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I-II рівнів акредитації піднімалися та обговорювалися на секційному засіданні "Медсестринська освіта в Україні: проблеми і перспективи розвитку". Основна увага при цьому приділялася питанням медсестринської освіти та шляхам їх вирішення, інноваційним технологіям в підготовці молодших медичних спеціалістів і бакалаврів, актуальним питанням удосконалення виховної роботи у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах I-II рівнів акредитації, досвіду спільної роботи асоціації медичних сестер та медичних коледжів.

На секційному засіданні "Реформування післядипломної освіти молодших медичних (фармацевтичних) спеціалістів та бакалаврів медицини" відбулося серйозне обговорення проекту наказу Міністерства охорони здоров'я України з післядипломної освіти зазначеної категорії спеціалістів. Обмін досвідом про організацію роботи з даного питання в різних областях України.

З обговорених доповідей та пропозицій було прийнято відповідне рішення конгресу, яке подаємо повністю.

1. Забезпечити неухильне виконання Програми розвитку медсестринства України до 2010 року.

2. Схвалили Концепцію розвитку вищої медичної та фармацевтичної освіти в Україні, розвиток ступеневої медсестринської освіти та досвід запровадження нового трирічного плану підготовки медичних сестер.

3. Інтенсифікувати міжнародне співробітництво у ВМФНЗ I-IV рівнів акредитації.

4. Міністерству охорони здоров'я України:

4.1. Залишити ВМФНЗ I-II рівнів акредитації в системі вищої освіти та забезпечити їх організаційно-методичне підпорядкування МОЗ України.

4.2. Рекомендувати збільшити обсяги прийому до вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I-IV рівнів акредитації за державним замовленням.

4.3. Забезпечити дієву атестацію керівників та їх заступників ВМФНЗ I-II рівнів акредитації у МОЗ України.

4.4. Порушити клопотання перед Кабінетом Міністрів України щодо приведення у відповідність показників заробітної плати працівників медичної галузі до відповідних показників у промисловості.

4.5. Вжити заходів щодо встановлення в повному обсязі пільг медичним працівникам, які працюють у лікувально-профілактичних закладах сільської місцевості.

5. Міністерству охорони здоров'я України, Центральному кабінету підготовки молодших спеціалістів забезпечити підвищення якості підготовки нового покоління підручників та навчальних посібників у ВМФНЗ ІІ рівнів акредитації та створення відповідно до нової нормативної бази навчально-методичного забезпечення в закладах післядипломної освіти молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів і бакалаврів медицини.

6. Міністерству охорони здоров'я України та Центру тестування забезпечити постійне оновлення банку даних тестових завдань ліцензійного інтегрованого іспиту "Крок М – Сестринська справа".

7. Міністерству охорони здоров'я України, Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим та управлінням охорони здоров'я обласних (Київської та Севастопольської міських) державних адміністрацій:

7.1. Вжити заходів щодо забезпечення випускників медичних училищ, коледжів, медсестринських відділень (факультетів), інститутів медсестринства першим робочим місцем з обов'язковим наданням житла.

7.2. Вжити дієвих заходів щодо призупинення негативних тенденцій у кадровому забезпеченні молодшими медичними спеціалістами, що склався в первинній ланці охорони здоров'я та закладах, розташованих у сільській місцевості.

7.3. Забезпечити створення структурних підрозділів з управління сестринськими службами в МОЗ АР Крим, управліннях охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської державних адміністрацій.

7.4. Передбачити уведення в типові штатні розписи закладів охорони здоров'я посад для бакалаврів медицини (медична сестра-бакалавр, лаборант-бакалавр) та заступників головного лікаря по роботі із середнім медичним персоналом.

7.5. Сприяти створенню в регіонах хоспісів та відділень сестринського догляду.

8. Міністерству охорони здоров'я України, ректорам та директорам вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів ІV рівнів акредитації:

8.1. Запровадити педагогічні інновації в медсестринській освіті, враховуючи міжнародний досвід.

8.2. Забезпечити покращання соціального статусу викладачів, працівників та студентів ВМФНЗ ІІ рівнів акредитації.

8.3. Розглянути питання щодо встановлення нових термінів навчання (рівень молодшого спеціаліста):

- лікувальна справа;
- акушерська справа;
- лабораторна діагностика.

8.4. Забезпечити впровадження нових форм навчального процесу, використовуючи засоби дистанційної освіти у ВМФНЗ ІV рівнів акредитації.

8.5. Здійснювати заходи щодо забезпечення ВМФНЗ ІV рівнів акредитації кваліфікаційними педагогічними та науково-педагогічними працівниками.

8.6. Вжити заходів щодо забезпечення виконання планів цільового прийому, затверджених МОЗ України.

8.7. Розробити новий навчальний план із спеціальності "Сестринська справа" (рівень бакалавра).

9. Міністерству охорони здоров'я України, Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управлінням охорони здоров'я обласних (Київських та Севастопольської міських) державних адміністрацій, Асоціації медичних сестер України:

9.1. Забезпечити розробку нових стандартів практичної діяльності медичних сестер.

9.2. Рекомендувати забезпечити опрацювання нормативно-правової бази щодо встановлення вимог до призначення на посади старших і головних медичних сестер осіб, які мають освітньо-кваліфікаційний рівень бакалавра.

9.3. Здійснити заходи щодо проведення атестації робочих місць медичних сестер відповідно до новостворених стандартів їх професійної діяльності.

10. Міністерству охорони здоров'я України, Центральному кабінету підготовки молодших спеціалістів та директорам вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів ІV рівнів акредитації:

10.1. Активізувати роботу опорних циклових комісій у ВМФНЗ ІІ рівнів акредитації з метою удосконалення навчально-методичної роботи та визначення базових навчальних підручників і посібників.

10.2. Розробити нормативну базу документів із підвищення кваліфікації молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів і бакалаврів медицини.

10.3. Розширити роль студентського самоврядування у ВМФНЗ ІІ рівнів акредитації.

Першим дієвим результатом роботи Конгресу став наказ МОЗ України від 02.11.2007 р. № 688, яким було введено посаду заступника головного лікаря з медсестринства у лікарнях.



## НАВЧАННЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ РІЗНИХ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ

І.Я. Господарський, С.О. Ястремська

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

У статті обговорені питання і проблеми, пов'язані з навчанням іноземних студентів різних рівнів акредитації у вищих медичних навчальних закладах України. Показано, що важливим методом реальної оцінки знань і вмінь студента є використання стандартизованих пацієнтів під час клінічних екзаменів.

## TRAINING OF FOREIGN STUDENTS AT HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL ESTABLISHMENT OF DIFFERENTS ACCREDITATION LEVELS

I.Ya. Hospodarsky, S.O. Yastremaska

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

The questions and problems of foreign students of different accreditation level studying in higher medical schools of Ukraine have been discussed in the article. It has been shown that patients-simulated standard patients method is important evaluation of patients' knowledge and skills in clinical examinations

**Вступ.** В останні роки розвитку медичної освіти в Україні все більшої ваги починають набувати проблеми, пов'язані з навчанням іноземних студентів. Актуальність "конвертованості" медичної освіти пов'язана як з економічними, так і з міграційними, соціокультурними та іншими причинами.

Проте до цього часу немає достатньої кількості серйозних досліджень, які б дозволили зробити об'єктивну оцінку існуючих методів викладання іноземним студентам, їх навчання, оцінювання тощо. Загострюється потреба у розробці нових методів об'єктивного навчання і тестування, які б забезпечили значний прогрес у бік професійно орієнтованого клінічного оцінювання на всіх рівнях та етапах навчання і практики [1]. Фокус оцінювання в медичній, у тому числі в медсестринській, освіті зміщується з простої перевірки запам'ятованих медичних наукових фактів до оцінки дій студента безпосередньо в клінічних умовах, тобто зсувом оцінювання з першого ("маю уявлення, знаю і розумію") та другого ("знаю як саме, бачив") рівнів до третього ("демонструю на фантомі"), а інколи навіть четвертого ("виконую сам під контролем викладача") і

п'ятого ("виконую самостійно") [2]. Зрозуміло, що робота з майбутніми медсестрами повинна не обмежуватися 3-м рівнем, а сприяти максимальному використанню 4-го і навіть 5-го. У медичній освіті такий підхід не тільки формує комплекс активно функціонуючих алгоритмів, але й дозволяє ефективно оцінити клінічну компетентність студентів.

**Основна частина.** Серед основних проблем, з якими стикаються іноземні студенти, найважливішим є мовний бар'єр. Ситуація ускладнюється ще й фактом неофіційного домінування російської мови у багатьох медичних навчальних закладах Центральної і Східної України. Тому для належного засвоєння матеріалу іноземцям часто доводиться вивчати не одну, а навіть дві досить важкі для опанування слов'янські мови. При цьому жодна з цих мов не матиме ніякого практичного застосування після отримання диплому, оскільки жодна з них не буває робочою на серйозних міжнародних форумах, не відповідає серйозним інформаційним ресурсам Internet чи іншим пошуково-бібліотечним базам даних. Після втрати Росією статусу наддержави російська мова остаточної втратила шанси на те, щоб стати однією з мов міжнародного спілкування. Не



можна забувати і про те, що складна і об'ємна медична термінологія є, по суті, ще однією іноземною мовою. Вивчені протягом 6-7 років навчання декілька тисяч медичних термінів слов'янською мовою теж залишаються "мертвим багажем" у подальшій практиці медсестри з арабських країн, Африки чи Індії.

Враховуючи наведені аргументи, альтернативним методом підготовки є проведення навчання іноземною мовою. Оптимальним вибором на сьогодні залишається англійська мова:

- більшість іноземних студентів тією чи іншою мірою вже володіє цією мовою, що принаймні на 1 рік скорочує тривалість навчання;

- англійська мова підвищує «конвертованість освіти», відкриваючи для заможніших студентів можливість стажування чи спеціалізації у країнах Західної Європи, Канади, США. Не можна забувати ще й про факт гострої нестачі медсестер у цих країнах, що відкриває дорогу для успішних англомовних випускників закладів І-II рівнів акредитації;

- більшість інформаційних ресурсів Internet та інших пошуково-бібліотечних баз даних англомовні;

- робочою мовою більшості міжнародних конгресів залишається англійська. А згідно з сучасними рекомендаціями, фахівцям практичної охорони здоров'я необхідно не менше 1 разу на рік, а науковим працівникам – не менше 2-3 разів, брати участь у міжнародних конгресах для підтримки належного фахового рівня [3];

- викладання іноземною мовою відкриває нові економічні резерви для вітчизняних медичних вузів і збільшує їх конкурентоздатність на міжнародних ринках вищої освіти.

Єдиним винятком залишаються араби з країн МАГРИБу (Туніс, Мароко, Алжир тощо), для яких більш привабливим варіантом часто є французька мова.

Проблеми, які з'являються при викладанні іноземною мовою:

- підготовка достатньої кількості англомовних фахівців з кожного предмету. Ця проблема достатньо легко долається за рахунок внутрішніх ресурсів вузу і з часом забезпечує досить серйозні переваги (активація міжнародного співробітництва, обміну, участі у грант-проектах, збільшення відсотка викладачів, які активно користуються англомовними інформаційними ресурсами);

- підготовка англомовних навчальних матеріалів і документації. За наявності англомовних фахівців це питання вирішується в достатньо короткий термін;

- інформаційно-рекламна робота для належної поінформованості потенційних закордонних абітурієнтів про можливості такої форми навчання;
- вирішення проблеми клінічної підготовки (у першу чергу – контакт "студент-пацієнт").

Можливі декілька шляхів вирішення цього питання:

- викладання англійською мовою лише базових фундаментальних дисциплін з поступовим опануванням української протягом перших 2-3 років навчання. Цей варіант практично зводить нанівець основні переваги англомовного навчання, за винятком скорочення тривалості навчального процесу. Безсумнівно, його необхідно залишити як альтернативний лише для тих студентів, які оберуть такий спосіб продовження студіювання;

- можливість спілкування через викладача як посередника і перекладача. Такий варіант допустимий на 3-5-му курсах (2-3-й рівні засвоєння матеріалу).

Використання тільки одного із сучасних прогресивних методів підвищення клінічної компетентності – методу стандартизованих пацієнтів – згадувалося на цій конференції в доповідях представників щонайменше з 15 країн. Метод оцінки за допомогою стандартизованих пацієнтів входить до випускних, ліцензійних та сертифікаційних програм, а також використовується з метою поточного контролю, клінічної підготовки та самооцінки студентів.

Іспит з оцінки клінічної компетентності студентів є однією з форм практично орієнтованого оцінювання. Він передбачає вимірювання широкого спектра взаємопов'язаних, але різних навичок та вмінь студента, необхідних для взаємодії лікаря з хворими, зокрема збір анамнезу, проведення фізикального обстеження пацієнта, спілкування з хворими тощо. Деякі медичні освітяни додають до переліку вмінь та навичок, які можуть перевірятись у формі іспиту з оцінки клінічної компетентності, також уміння інтерпретувати лабораторну та іншу діагностичну інформацію, принципи діагностики [3] й ведення хворих [4]. Крім того, в іноземних медичних випускників можна оцінити володіння іноземною мовою для спілкування з хворими [5].

У широкому розумінні оцінку клінічної компетентності можна проводити в будь-яких клінічних умовах (стандартизованих і нестандартизованих) з використанням будь-яких пацієнтів (реальних, стандартизованих пацієнтів або симуляторів) та за допомогою лікарів-викладачів у ролі екзаменаторів.

Тобто, поширені в Україні традиційні іспити з оцінки практичних навичок "біля ліжка хворого" також є однією з форм оцінки клінічної компетентності. Але сучасні наукові дослідження продемонстрували незадовільну об'єктивність, валідність та надійність звичайного методу оцінки практичних навичок. Саме тому світовою тенденцією є відмова від нього, і сьогодні під фразою "оцінка клінічної компетентності" часто розуміють стандартизований клінічний іспит.

Яким чином стандартизований іспит з оцінки клінічної компетентності забезпечує кращу об'єктивність, валідність та надійність, ніж традиційний іспит "біля ліжка хворого"?

У процесі встановлення клінічної оцінки беруть участь три суб'єкти: студент, хворий та екзаменатор, і від кожного з них та їхньої взаємодії залежить результат. Метою створення стандартизованого клінічного іспиту є бажання максимально уніфікувати хворого та екзаменатора з тим, щоб єдиним фактором, який визначатиме результат іспиту, були знання, вміння, навички та особисті якості студента – тобто його клінічна компетентність.

Стандартизація хворого може проводитись через використання симуляторів або шляхом підготовки стандартизованих пацієнтів.

Стандартизація екзаменаторів може проводитись шляхом структурування процедури оцінювання за допомогою контрольних таблиць (checklists), рейтингових шкал, використання декількох екзаменаторів та проведення загального контролю об'єктивності та точності оцінки за допомогою різних методів візуалізації роботи студента.

Стандартизація пацієнта проводиться, по-перше, з метою уніфікації клінічних ситуацій, по-друге, ліквідації розбіжностей в оцінюванні складності захворювань, якості та ступеня прояву фізикальних даних, поведінки хворих, спроможності представляти свій анамнез тощо. Стандартизовані пацієнти (СП) – це "люди з наявним або відсутнім захворюванням, яких навчили демонструвати клінічний випадок в постійній, однаковій манері. Ці люди можуть демонструвати власні проблеми (*реальні хворі*) або проблеми інших (*симульовані хворі*)" [7]. Стандартизовані пацієнти використовуються з метою контролю та навчання студентів, а також для оцінки роботи лікаря в реальних умовах. Під час клінічного іспиту стандартизовані пацієнти можуть виконувати декілька функцій. Головним їхнім завданням є забезпечити демон-

стрування проблеми без змін та варіацій для кожного студента протягом усього часу контакту зі студентами. Крім того, стандартизований пацієнт може виконувати функцію "записувача" (особи, яка фіксує виконання студентом деяких дій без оцінки якості їх виконання) або "оцінювача" (особи, яка не тільки фіксує деякі дії студента, а й оцінює їх за наданими шкалами).

Більшість стандартизованих пацієнтів вимагають ретельного тренінгу, щоб забезпечити достатній рівень точності та надійності під час презентації "своїх" проблеми. Симульовані пацієнти повинні забезпечити ще й достатню достовірність симуляції з тим, щоб досвідчений клініцист не міг відрізнити симульованого пацієнта від справжнього хворого [8]. Ступінь тренінгу стандартизованих пацієнтів залежить від складності симульованої клінічної ситуації, активності або пасивності пацієнта за сценарієм, необхідності імітувати фізикальні дані, необхідності виконувати функції "оцінювача" та "записувача", ступеня стандартизації тощо. Існує невелика категорія справжніх хворих, які можуть функціонувати як стандартизовані пацієнти без додаткового тренінгу, це хворі з реальними фізикальними даними та симптомами (серцевий шум, збільшення печінки, деформація опорно-рухового апарату, вагітність тощо). Але таких хворих можна використовувати лише для вузькофокусованої оцінки наявних фізикальних даних. Крім того, як правило, існують обмеження щодо кількості хворих, часу можливого контакту зі студентами, розбіжності в поведінці, комунікабельності тощо. В інших випадках для організації стандартизованого іспиту проводять тренінг.

Уперше метод симульованих пацієнтів був застосований у 1964 р. Барроузом та Абрамсоном [9] з метою вивчення практичних навичок. Із часом симульованих та стандартизованих пацієнтів почали використовувати в оцінюванні, і саме такий підхід надзвичайно поширився у світі. Наприклад, уже в 1993 році зі 125 медичних шкіл США 39 (за іншими даними – 55 шкіл) вимагали від студентів обов'язкового складання такого іспиту для отримання диплому [10-14]. З 1999 р. його складання є обов'язковим для отримання ліцензії на практикування в Канаді. У Великій Британії метод OSCE використовують майже всі медичні школи, і навіть у певній модифікації під іншою назвою – OSPRE – цей іспит використовує поліція. Аналогічні тенденції спостерігаються в інших краї-

нах. 1992 р. щонайменше в доповідях з 15 країн згадується використання стандартизованих пацієнтів, у 1994 р. створена Лондонська ініціатива з підтримки Проектів по стандартизованих пацієнтах, у 1997 р. впроваджено національні іспити зі стандартизованими пацієнтами для оцінювання медичних студентів та випускників в Іспанії, з 1998-1999 рр. іспит є обов'язковим для отримання ліцензії в Сполучених Штатах. З початку нового тисячоліття метод використовують у Канаді, Австралії, Новій Зеландії, Німеччині, Ірландії, Великій Британії, Тайваню, Швеції, Нідерландах та багатьох інших країнах.

Існує багато варіацій в організації іспитів із клінічної компетентності за допомогою стандартизованих пацієнтів, наприклад, поєднання в одному іспиті симульованих та реальних хворих (що може підвищити достовірність усього іспиту) і навіть симуляторів, іспит може складатись з різної кількості (7 - 40) станцій (станція – це місце роботи екзаменованого з конкретним стандартизованим пацієнтом), тривалість станції може коливатись від 4 до 25 хвилин, використовуються різні форми контролю (контрольні таблиці (checklists), рейтингові шкали (rating scales), відеозапис. Але в основі іспитів лежить одна типова структура:

- попереднє інформування студента щодо стандартизованого пацієнта;
- робота студента з хворим на станції;
- письмова робота студента (наприклад, заповнити коротку історію хвороби або відповісти на запитання, пов'язані з обстеженням хворого). Якщо стандартизований пацієнт виконує функцію "оцінювача" або "записувача", то він заповнює контрольні таблиці та рейтингові шкали в той час, коли студент працює над своєю письмовою роботою.

Одна з форм організації контролю із залученням стандартизованих пацієнтів була апробована в Україні. У 1994-1995 навчальному році в Національному медичному університеті в межах міжнародного проекту ECFMG (Освітня комісія іноземних медичних випускників, США) проводився експериментальний іспит "Оцінка клінічних навичок". Іспит за такою ж схемою проводили в шести країнах світу – США, Ізраїлі, Іспанії, Росії, Україні та Бразилії [15].

Іспит складався з 10 інтегрованих клінічних станцій, за кожною з них післястанційний період. Перед входом у кімнату зі стандартизованим па-

цієнтом студент отримує коротку інформацію щодо хворого (стать хворого, вік, головна скарга, необхідний анамнез та фізикальні дані, які студент не може отримати від хворого, наприклад, ректальне обстеження, показники життєво важливих функцій – артеріальний тиск, пульс, частота дихання, температура) та завдання для студента.

Станції розташовуються в окремих кімнатах. Під час іспиту студент працює з хворим наодинці, але в умовах експерименту присутність спостерігачів не була заборонена. Кожна станція триває 15 хвилин, під час яких студент має отримати сфокусовану мінімально достатню інформацію щодо проблем хворого, провести відповідне обстеження хворого, отримати у хворого необхідні дані для встановлення діагнозу та подальших дій, дати хворому якусь інформацію щодо діагнозу, подальшої тактики та обстеження. Метою кожної станції є оцінювання вміння збирати інформацію, оцінювання комунікативних навичок студента. Основний інструмент оцінювання – контрольні таблиці та оцінювальні шкали, що заповнюються стандартизованим пацієнтом. Кожна інтегрована клінічна станція супроводжується післястанційним періодом, який триває 7 хвилин. У цей період стандартизований пацієнт (СП) заповнює контрольну таблицю, де відображено, яку інформацію студент зібрав від СП, які дії студент виконав під час фізикального обстеження, а також чи дав студент якісь поради хворому в контексті його захворювання. Для кожної клінічної ситуації розроблена своя контрольна таблиця. Додатково СП заповнює анкету з оцінки комунікативних навичок за п'ятибальною шкалою Лікерта (1 – дуже слабо, 5 – відмінно). Анкета містить 5 запитань щодо вміння збирати інформацію, навичок спілкування, взаєморозуміння, особистих манер та загальну оцінку. Анкета є однаковою для всіх станцій.

Одночасно протягом цих 7 хвилин студент заповнює міні-історію хвороби, яка структурована за 4-ма розділами: суб'єктивні дані, об'єктивні дані (позитивні та негативні), попередній діагноз, рекомендований попередній план обстеження. Головною метою цього етапу іспиту є оцінка навичок студента документувати та інтерпретувати клінічну інформацію. Основним інструментом оцінювання є перевірка письмової роботи лікарем за допомогою ключових слів та контрольної таблиці, які є індивідуальними для кожної клінічної ситуації.

Додатково до клінічної частини іспиту проводився тестовий іспит (100 тестових завдань типу А), який мав на меті оцінку теоретичних знань з діагностики, ведення хворих та вміння інтерпретувати лабораторну інформацію.

Використання СП має багато переваг над використанням справжніх хворих та штучних симуляторів. Зокрема, це:

- можливість забезпечити уніфіковане, точне та надійне подання та демонстрацію багатьох медичних проблем для великої кількості студентів протягом певного періоду часу та в різних місцях;
- можливість уніфікувати поведінку хворих під час іспиту;
- можливість контролювати складність клінічного тесту та підбирати відповідний рівень складності для відповідного освітнього рівня студентів;
- відсутність ризику завдати шкоду реальному хворому діями студента;
- можливість тривалого контакту зі студентами;
- можливість оцінки роботи студента в складних етичних умовах (наприклад, із хворим на рак чи його родичами або з психічно хворим);
- можливість використати стандартизованого пацієнта як "оцінювача" та "записувача" (дослідження показали високу точність та надійність такої роботи СП [16, 17, 18]);
- наявність стандартизованих пацієнтів певного профілю в будь-який момент часу;
- більша достовірність порівняно зі штучними або комп'ютерними симуляторами;
- високе задоволення студентів від складання клінічного іспиту у такій формі.

Коллінз та Харден [19] також вказують на користь для суспільства завдяки співпраці між населенням та медичною школою.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Hart I.R. Trends in Clinical Assessment // Approaches to the assessment of clinical competence. - 1992. - P. 17.
2. Miller G.E. "The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance" // Academic Medicine. - 65:9. - September Supplement. - 1990.
3. Swartz M.H., Friedman M., Gambert S., Anderson-Kline S., Regan M.B. and Stimmel B. Assessment of Clinical Competence Utilizing Standardized Patients: What are we Really Measuring? // Approaches to the assessment of clinical competence. - 1992. - P.261.

Звичайно, існують певні обмеження під час організації іспиту з оцінки клінічної компетентності за допомогою СП, наприклад, обмеження щодо демонстрації аномальних фізикальних даних, можлива менша достовірність СП, порівняно з реальними хворими, вартість тренінгу та роботи стандартизованих пацієнтів вища за іспит з реальними хворими, необхідні значні витрати часу на пошук, тренінг СП, на організацію і проведення стандартизованого іспиту та необхідна наявність зацікавленої команди викладачів-ентузіастів.

Метод стандартизованих пацієнтів є ефективним та якісним методом оцінювання клінічної компетентності. Він має кращі психометричні властивості, ніж традиційні засоби оцінювання студентів біля ліжка хворого. Світове поширення цього методу з метою навчання та оцінювання підтверджує, що його переваги більші, ніж недоліки та обмеження, а також свідчать про прийнятність його апробації в Україні. Цілком природно і те, що дискусія про впровадження стандартизованих пацієнтів викликає посилення на переваги реальних хворих.

**Висновки.** 1. Одним з методів виявлення реальних клінічних знань і вмінь студента є оцінка компетентності за допомогою стандартизованих пацієнтів.

2. Перевагами цього методу є безпечність, оскільки не залучають хворих людей, відсутність мовного бар'єру (стандартизований пацієнт може вільно володіти англійською чи французькою мовами), відсутність юридичних колізій (ми прямуємо до світових стандартів роботи з хворими, які передбачають захист прав пацієнтів та чимало інших юридичних формальностей).

4. Suinick A.I. The global value of standards in medical knowledge and competence // Changing medical education. - 1993. - P. 27.

5. Sutnick A.L., Stillman P.L., Norcini J.J., Friedman M., Regan M.B., Williams R.G., Kachur E.K., Haggerty M.A., Wilson M.P. ECFMG Assessment of Clinical competence of graduates of foreign medical schools // JAMA. - 1993. - № 270(9).

6. Collins J.P., Harden R.M. The use of real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations // Medical Teacher. - 1999. - № 20, - P. 508-521.

7. RCSA/ "Consensus statement of the Researchers in Clinical Skills Assessment (RCSA) on the use of standardized patients to evaluate clinical skills" // *Academic Medicine*. – 2004. – № 6. – P. 475-477.
8. Norman G.R., Tugwell P., Feightner J.W. A comparison of residents' performance on real and simulated patients // *Journal of Medical Education*. – 1982. – № 57. – P. 705-715.
9. Barrows H.S., Abrahamson S. The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology // *Journal of Medical Education*. – 1994. – № 39. – P. 805-809.
10. Barrows H.S. Simulated patient in medical teaching // *Canadian Medical Association Journal*. – 1968. – № 98. – P. 676-676.
11. Lamorst C.T., Hennen B.K.E The use of simulated patients in certification examinations in family medicine // *Journal of Medical Education*. – 1972. – № 47. – P. 789-795.
12. Harden R.M., Stevenson Mm Downie W.W., Wilson G.M. Assessment of clinical competence using objective structured examination // *British Medical Journal*. – 2005. – № 1. – P. 447-451.
13. Stillman P.L., Sabers D.L., Redfield D.L. The use of paraprofessionals to teach interviewing skills // *Pediatrics*. – 1976. – № 57. – P. 769-774.
14. Anderson M.B., Stillman P.L., Wang Youde Growing use of standardized patients in teaching and evaluation in medical education // *Teaching and Learning in Medicine*. – 1994. – 6(1). – P. 15-21.
15. Ziv A., Ben-David M.F., Sutnick A.L., Gary N.E. Lessons learned from six years of international administrations of the ECFMG's SP-based clinical skills assessment // *Academic medicine*. – 1998. – № 73(1). – P. 84-91.
16. Stillman P.L., Swanson D.B., Smees S. Assessing clinical skills of residents with standardized patients // *Annals of Internal Medicine*. – 1986. – № 105. – P. 762-771.
17. Vu N.V., Marcy M.M., Colliver J.A., Verhulst S.J., Travis T.A., Barrows U.S. Standardised (simulated) patients' accuracy in recording clinical performance check-list items // *Medical Education*. – 2002. – № 16. – P. 99-104.
18. Boulet J.R., Ben-David M.F., Ziv A., Burdick W.P., Curtis M., Peitzman S., Gary N. Using standardized patients to assess the interpersonal skills of physicians // *Academic Medicine*. – 1998. – № 73(10). – P. S94-S96.
19. Collins J.P., Harden R.M. The use of real patients-simulated patients and simulators in clinical examinations // *Medical Teacher*. – 1999. – № 20. – P. 508-521.



## ПРОЕКТ СТВОРЕННЯ ЦЕНТРУ СОЦІАЛЬНО-ПОБУТОВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ВІКУ

Л.П. Вашенюк, І.І. Москалик, О.М. Карпишина

*Територіальний центр соціального обслуговування пенсіонерів та самотніх непрацездатних громадян*

*Управління соціального обслуговування та захисту населення головного управління праці та соціальної політики Тернопільської ОДА*

*Управління охорони здоров'я Тернопільської міської ради*

---

Проблема старіння набуває все більшої гостроти. Людство стрімко старіє. Сьогодні кожен п'ятий житель розвинених країн – людина літнього віку, а в недалекому майбутньому – в їх числі буде кожен четвертий. В Україні, за даними Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України, ситуація сьогодні трохи гірша. Частка людей старших 60 років становить 20,4%, а в 2050-му, за попередніми прогнозами, в структурі населення майже третину становитимуть люди, які перетнули цю вікову позначку. Тож створення ефективної системи із надання послуг для людей похилого віку стає все більш актуальним.

---

## CREATION OF ELDERLY DAYCARE CENTER WITH UNITS OF SOCIAL REHABILITATION AND CONSUMER SERVICES

L. Vashenyuk, I. Moskalyk, O. Karpushyna

*Territorial Center of Social Services for Pensioners and Lonely Citizens  
Ternopil Regional Department of Social Services and Protection of Citizens  
City Department of Health Care*

---

The problem of aging becomes more and more critical. The world's population gets older. One out of every ten persons is now 60 years or above; by 2050, one out of five will be 60 years or older; and by 2150, one out of three persons will be 60 years or older. Population experts estimate that more than 50 million Americans – about 17 % of the population – will be 65 or older in 2020. The number of old people is growing around the world chiefly because more children reach adulthood. According the data of Institute of Demography and Social Research [National Academy of Sciences of Ukraine] the current situation in Ukraine is worse. The amount of people 60 years or older is 20.4 %. The latest population forecasts display that by 2050 aged people will comprise almost the third part of the population. So creation of effective system of elderly care becomes of great importance.

---

**Вступ.** В м.Тернополі на даний час проживає 42 тисячі пенсіонерів, що від загальної кількості мешканців становить близько 19%. Тенденція не дуже оптимістична – кількість пенсіонерів збільшується, а кількість тих, хто працює – зменшується. Один з виходів із подібної ситуації – продовжити активне життя громадян похилого віку.

Міська громада повинна здійснювати роботу, направлену на розширення функцій міської

територіальної громади із надання послуг для людей похилого віку та ветеранів.

**Основна частина.** Майже 40 видів соціальних послуг жителям Тернополя надають структурні підрозділи управління праці та соціальної політики. Проте зростає й потреба у розширенні спектра послуг для людей похилого віку, ветеранів.

Проект із створення денного центру із соціально-побутовою реабілітацією осіб літнього віку спрямований на вирішення їх проблем:

---

© Л.П. Вашенюк, І.І. Москалик, О.М. Карпишина, 2008

- у відновленні або компенсації порушеної чи втраченої здатності до різних видів трудової, побутової та суспільної діяльності;
- до максимально можливого самостійного проживання в суспільстві (громаді, колективі);
- у соціально-психологічній адаптації;
- у самореалізації;
- в матеріально-побутовій підтримці.

*Зовнішня ситуація та положення цільової групи у громаді*

Тернопільська область є регіоном із значною часткою населення, що мешкає у селах та невеликих провінційних містах. Рівень економічного розвитку, рівень зайнятості осіб працездатного віку обмежує можливість допомагати людям літнього віку.

Значний рівень трудової міграції сприяє зростанню частки людей похилого віку, їх самотності та безпомічності. Місцева громада повинна поважати право літніх громадян на гідне та незалежне життя, сприяти їх участі у соціальному і культурному житті. Цьому сприятиме відкриття центру денного перебування із соціально-побутовою реабілітацією.

*Соціальні послуги для осіб літнього віку в Україні*

В Україні існує система соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян територіальними центрами. Їх мережа охопила всю країну. Нині 743 територіальні центри функціонують у кожному районному центрі, у всіх містах та районах великих міст. У їх складі діють відділення: соціальної допомоги вдома, соціально-побутової реабілітації, медико-соціальної реабілітації, організації надання грошової та натуральної допомоги, стаціонари тимчасового чи постійного проживання. Аби врахувати потреби кожного, потрібні нові підходи, а для цього необхідно впроваджувати сучасні інноваційні моделі надання соціальних послуг і вдосконалення існуючих форм соціального обслуговування громадян. Відсутність у м. Тернополі спеціалізованих денних центрів для людей літнього віку ускладнює їх соціально-побутову реабілітацію. Відкриття таких центрів сприятиме підтримці літніх людей, їх активному довголіттю, додасть роки до життя та життя до років.

*Ціллю проекту є допомога людям літнього віку у адаптації до життя в суспільстві.*

Новизна даного проекту для Тернополя полягає в тому, що центри денного перебування для людей літнього віку створюються вперше. На-

томість в інших містах України вони зарекомендували себе дуже позитивно. Міська громада з відкриттям центру отримає можливість надавати людям літнього віку додаткові послуги, що сприятиме зміцненню їх здоров'я, соціальної активності, самореалізації та адаптації до життя в сучасному суспільстві.

#### *1. Необхідні зовнішні зміни*

Впровадження проекту не потребує змін у законодавстві, бо передбачає розробку схваленої Кабінетом Міністрів України Концепції реформування системи соціальних послуг (розпорядження Кабінету Міністрів від 13 квітня 2007р. №178-р).

*2. Перелік та опис послуг, які будуть створені в межах проекту:*

- надання соціально-медичних послуг (організація консультацій лікарів, здійснення профілактичних та оздоровчих заходів, працетерапія);
- соціально-педагогічні послуги (організація дозвілля тощо);
- психологічні послуги (надання консультацій з метою психологічної корекції або психологічної реабілітації);
- надання побутових послуг (кравецькі, перукарські, у дрібному ремонті тощо). Реабілітаційні програми повинні розроблятися індивідуально з урахуванням потреб та можливостей літньої людини.

В умовах проведення соціально-трудова реабілітації центр може залучати широке коло пенсіонерів до волонтерства для надання різних видів соціальних послуг одиноким непрацездатним громадянам літнього віку.

#### **Стандарти діяльності**

##### *1. Загальні стандарти*

Загальні вимоги до надавачів та користувачів соціальних послуг викладені у законі України «Про соціальні послуги» (19.06.2003 р., № 966-IV). Йдеться, насамперед, про ст.10 та II, які визначають основні права отримувачів соціальних послуг та обов'язки надавачів.

Згідно з цими статтями, при одержанні соціальних послуг громадяни мають право на:

- вибір установи та закладу, а також форми соціального обслуговування;
- згоду (відмову) від соціальних послуг;
- конфіденційність інформації особистого характеру, що стала відомою суб'єкту, який надає соціальні послуги.

Особи, що надають соціальні послуги, зобов'язані:

- сумлінно надавати соціальні послуги;



## Робочий план і методика реалізації проекту

Етап реалізації проекту	Строки	Необхідне фінансування
Збір інформації про діючі центри соціально-побутової реабілітації	3 місяці	500 грн
Складання кошторису ремонтних робіт приміщення, в якому буде розмішуватися центр соціально-побутової реабілітації	2 місяці	5 тис. грн
Робота із підготовки розпорядження міського голови про відкриття центру соціально-побутової реабілітації	1 місяць	
Здійснення ремонтних робіт	6 місяців	150 тис. грн
Придбання обладнання	3 міс.	80 тис. грн
Набір штату		Оплата праці працівників на рік 100 тис. грн
Робота із оповіщення мешканців міста про відкриття центру соціально-побутової реабілітації		1 тис. грн

- не допускати негуманних та дискримінаційних дій щодо одержувачів послуг;
- зберігати в таємниці інформацію, отриману в процесі своїх обов'язків.

### 2. Етичні стандарти діяльності

#### Стандарти етичної відповідальності у процесі діяльності:

- працівники не повинні проявляти, підтримувати дискримінацію за будь-якою ознакою;
- працівники не повинні через власні проблеми, психологічну втому погіршувати якість роботи;
- працівники мають критично оцінювати власні вміння та постійно підвищувати свій професійний рівень.

#### **Ресурси, необхідні для відкриття центру**

##### 1. Персонал

Штат центру денного перебування з соціально-побутовою реабілітацією:

- керівник центру;
- культурорганізатор;
- лікар-геріатр;
- психолог;
- медична сестра, масажист;
- перукар, швачка, робітник з комплексного обслуговування та ремонту будинків.

Нормативи чисельності працівників центру розроблені центром продуктивності Міністерства праці та соціальної політики України для закладів соціального захисту населення.

##### 2. Обладнання

Специфіка роботи із людьми похилого віку в денних центрах потребує обладнання таких кабінетів:

- кабінету ЛФК та масажу;
- кабінету для роботи лікаря, психолога;
- майстерні для роботи швачки, робітника з комплексного обслуговування та ремонту будинків;
- кімнати для роботи перукаря;
- залу-кімнату для спілкування.

#### *Показники успішності та життєздатності проекту після його завершення*

Економічний ефект від проекту можна буде визначати за даними, що засвідчують зниження захворюваності серед людей літнього віку, зниження потреби у влаштуванні в стаціонарні геріатричні заклади, збільшення кількості людей літнього віку, які можуть самостійно себе обслуговувати і не потребують допомоги медичних та соціальних працівників. Планується регулярно проводити моніторинг діяльності.

**Висновок.** Створення центрів соціально-побутової реабілітації для людей літнього віку забезпечить розширення спектра надання різних видів соціальних послуг самотнім непрацездатним громадянам літнього віку і, таким чином, покращиться їх соціальний захист.

**ПРО ПЕРСПЕКТИВИ ДІЯЛЬНОСТІ КРИМСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО  
МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ С.І. ГЕОРГІЄВСЬКОГО В РАМКАХ  
УКРАЇНСЬКО-НІДЕРЛАНДСЬКОГО ПРОЕКТУ “ПІДТРИМКА ТА ПОЛІПШЕННЯ  
ДОГЛЯДУ ЗА ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ НА РІВНІ ГРОМАД”**

**Т.О. Чешуїна, О.І. Григоренко, О.В. Димченко**

*Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського  
Медичний коледж КДМУ, м. Сімферополь*

---

Стаття містить інформацію про заходи щодо реалізації пілотного проекту “Безперервний догляд за людьми літнього віку», можливі шляхи реформування медсестринської діяльності й актуальності створення моделі взаємодії медичних і соціальних служб для вирішення проблем організації допомоги людям похилого віку в м. Сімферополі (Автономна Республіка Крим).

---

**ABOUT ACTIVITIES PROSPECTS OF THE CRIMEAN STATE MEDICAL  
UNIVERSITY NAMED AFTER S.I. GEORGIEVSKY IN THE CONTEXT OF UKRAINE-  
NETHERLANDS PROJECT “SUPPORTING AND STRENGTHENING COMMUNITY  
CARE FOR ELDERLY PEOPLE”**

**T.O. Cheshuina, O.I. Grigorenko, O.V. Dymchenko**

*The Crimean State Medical University named after S.I. Georgievsky  
Medical College of CSMU, Simferopol*

---

The information about the arrangements on realization of the project “Seamless Care for Elderly People”, about possible ways of reforming Medical Nurse activity and urgency of creation of model of cooperation of medical and social services in order to solve the problem of rendering assistance to elderly people in Simferopol (The Autonomous Republic of the Crimea) is presented in the article.

---

**Вступ.** За прогнозами науковців, у світі до 2025 року частка людей похилого віку 65 років і більше буде становити до 20 %, тобто в перспективі люди похилого віку складатимуть одну з найбільш численних соціально-демографічних верств населення, у тому числі й в Україні. А це прямо пов'язане з ростом витрат на догляд за літнім населення країни. У зв'язку із цим варто шукати методи надання довгострокових медичних послуг. Існуюча в нашій країні нормативна й організаційна база надання соціально-медичних послуг даній групі населення вкрай недостатня, що становить гостру проблему сьогодення.

Наприклад, в Автономній Республіці Крим (АРК) усього 5 інтернатних закладів для громадян похилого віку й інвалідів (4 геріатричні пансіонати й

будинки-інтернат), включно людей літнього віку з погіршенням функцій, зниженням здатності до самообслуговування, потребою у догляді, тобто втратою незалежності. Природно, вони не вирішують проблеми літніх самотніх людей, які потребують безпечних і гідних умов життя. Медична допомога, що надається в стаціонарах, поліклініках, вдома професійними медичними сестрами, лікарями різних спеціальностей; медико-соціальна допомога, що надається медичними сестрами міських і районних відділків товариства Червоного Хреста м. Сімферополя й співробітниками управління праці й соціального захисту населення, волонтерськими службами, також недостатня й не забезпечує доступну безперервну допомогу людям похилого віку, особливо з захворюваннями, що призводять до часткової чи повної втрати працездатності.

Тому наша участь в українсько-нідерландському проекті «Підтримка та поліпшення догляду за людьми похилого віку на рівні громад» є дуже важливою, насамперед, для розширення інформаційного поля для обміну досвідом із догляду за людьми літнього віку, рішення питань реформування медсестринської освіти. Реалізація представленої проекту «Безперервний догляд за людьми літнього віку» дозволить поліпшити надавану їм медико-соціальну допомогу й підвищити якість життя людей похилого віку.

**Основна частина.** Розпочинаючи проект, ми виходили з головних існуючих проблем із організації допомоги людям похилого віку в м. Сімферополі. Це є відсутність безперервного належного догляду за людьми похилого віку в м. Сімферополі й регіоні; відсутність моделі взаємодії й узгодженості діяльності медичних, соціальних та інших служб міста із надання допомоги людям літнього віку залежно від їхніх потреб; відсутність програми для спеціальної підготовки медичних сестер для сімейної медицини й геріатричних служб.

З огляду на вищесказане, були визначені такі цілі й завдання із реалізації проекту:

- систематизувати основні недоліки роботи медичних служб, що надають допомогу людям похилого віку;
- забезпечити узгодженість діяльності між різними службами міста (медичним, соціальними, товариством православних лікарів, волонтерськими організаціями, товариством Червоного Хреста), що беруть участь в обслуговуванні конкретної літньої людини;
- підвищити якість життя конкретних людей похилого віку (особливо самотніх із захворюваннями, що призводять до часткової чи повної втрати працездатності) з огляду на можливості медико-соціальних служб міста;
- удосконалити підготовку медичних сестер для служби сімейної медицини й геріатрії на додипломному етапі підготовки;
- акцентувати увагу громадськості, населення про необхідність надання можливої допомоги конкретним людям похилого віку (сприяти вихованню милосердя й стимулювати добродійність).

На початку грудня 2007 року була проведена стартова зустріч членів робочої й проектної групи з керівниками медичних, соціальних служб і представниками Міністерства охорони здоров'я АРК із інформацією про українсько-нідерландський проект «Підтримка й поліпшення догляду за людьми

похилого віку на рівні громад», на якій були обговорені можливі спільні дії на 2008-2010 роки.

На першому етапі реалізації нашого проекту для визначення потреби людей похилого віку в первинній медико-санітарній допомозі були сформовані 3 волонтерські бригади (по 10 чоловік у бригаді) зі студентів медсестринського відділення медичного коледжу КГМУ, одним із завдань яких є проведення анкетування й виявлення контингенту людей похилого віку, особливо самотніх, з ознаками інвалідності.

Представляємо концепцію анкети для опитування людей похилого віку, розроблену членами нашої робочої групи.

1. Визначення проблем людей похилого віку, особливо тих, хто страждає від хронічних захворювань, які призводять до часткової або повної втрати здатності до самообслуговування.
2. Оцінка морально-психологічного клімату в сім'ї, умов життя й фінансового становища.
3. Задоволення людей похилого віку надаваною медико-соціальною допомогою, у тому числі медсестринською.
4. Виявлення пробілів (недоліків) у роботі медико-соціальних служб і власне уявлення людей похилого віку про роботу медико-соціальних служб із побажаннями конкретної літньої людини.

Наступний аналіз анкетування дозволить, на наш погляд, визначити контингент людей похилого віку, які терміново потребують безперервної медичної і соціальної допомоги.

У перспективі нами запланована розробка й впровадження уніфікованого щоденника, який буде зберігатися в літньої людини, що будуть вести не тільки представники медико-соціальних служб, але й сам пацієнт. Це дозволить значно зменшити дублювання роботи різних служб, поліпшити інформаційну медичну підтримку людей похилого віку й створити умови для більш узгодженої діяльності фахівців, що надають допомогу літній людині. Немаловажно, що сам пацієнт і члени його сім'ї будуть активними учасниками процесу.

Для залучення уваги громадськості, населення, благодійних організацій і волонтерів до можливої участі в реалізації нашого проекту із поліпшення догляду за людьми літнього віку передбачене розміщення інформаційних матеріалів у пресі, на телебаченні («біжучий рядок»).

З огляду на вже визнану першорядну роль медсестри із надання первинної медико-санітарної допомоги людям похилого віку, у ході реалізації

проекту буде розглядатися питання про доцільність перепідготовки дипломованих медичних сестер у медичну сестру сімейної медицини з більш широким колом функціональних обов'язків і професійних умінь та навичок для прийняття самостійних рішень; також передбачене збільшення кількості навчальних годин із дисципліни «Медсестринство в сімейній медицині» у рамках існуючого навчального плану для підготовки медичних сестер за рахунок годин елективного курсу й внесення допустимих змін в кількість годин на вивчення окремих дисциплін (у рамках ОПП і ОКХ).

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Програма розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр. (МОЗ України. Наказ № 585 від 08.11.2005 р.)
2. Журилов Н.В., Сокорева І.Е. Медико-правове забезпечення геріатричної допомоги населенню // Медична сестра. – 2006. – № 6. – С. 5-6.

І, звичайно, розробка нової навчальної програми для підготовки медичних сестер сімейної медицини наблизить підготовку вітчизняної медичної сестри до європейських стандартів.

**Висновок.** Реалізації нашого проекту з використанням досвіду роботи європейських країн дозволить наочно визначити регіональні можливості участі різних медико-соціальних служб у загальному процесі догляду за людьми літнього віку з урахуванням оптимального розмежування їхніх сфер компетентності.

3. Кайгородова Т.В., Камініна Н.Н. Діяльність ВООЗ по розвитку медичної й соціальної допомоги людям похилого віку // Медична сестра. – 2006. – № 6. – С. 3-4.
4. Панорама охорони здоров'я населення України. – Київ.: Здоров'я, 2003. – 395 с.

# РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УКРАЇНІ

І.Я. Губенко, І.В. Радзівська

*Черкаський медичний коледж*

---

У статті обґрунтовується актуальність введення кредитно-модульно-рейтингової системи медсестринської освіти, у зв'язку із входженням України в Болонський процес.

---

## REFORMING OF NURSING PREPARATION SYSTEM IN UKRAINE

I.Ya. Hubenko, I.V. Radziyevska

*Cherkasy Medical College*

---

The article deals with importance of introduction of credit-module-rating system into nursing education of Ukraine as the part of joining to BOLOGNA process.

---

**Вступ.** Уже близько восьми років європейський освітній простір живе під знаком Болонського процесу. Його суть полягає у формуванні на перспективу загальноєвропейської системи освіти, названою зоною європейської вищої освіти, яка ґрунтується на спільних фундаментальних принципах функціонування.

Головна мета цього процесу – консолідація зусиль наукової і просвітницької громадськості та урядів європейських держав для підвищення конкурентоспроможності європейської системи науки та вищої освіти у світовому вимірі (протягом останніх 15-20 років вона стала значно поступатись американській системі), а також для підвищення ролі цієї системи в суспільних перетвореннях. З 1998 по 2007 рік у рамках Болонського процесу відбулося багато різнорівневих зустрічей, робочих нарад, конференцій тощо.

Реформування системи освіти в розвинутих державах світу орієнтоване на створення таких умов навчання для студентів, щоб вони могли самостійно отримувати потрібну інформацію, аналізувати проблемні питання, знаходити шляхи раціонального їх вирішення, застосувати знання для вирішення нових завдань. Засвоєння нових знань не є самоціллю, а стає засобом під час підготовки спеціаліста – самостійного, який вміє критично мислити та творчо вирішувати проблеми.

**Основна частина.** Проведений нами аналіз системи підготовки медичних сестер в Україні з країнами Європи, США та Канади показує, що за деякими показниками існує ряд подібностей і водночас розбіжностей.

Так, наприклад, до основних характерних ознак, які вказували на подібність змісту освіти зі спеціальності "Сестринська справа" в Україні з іншими країнами можна було віднести те, що підготовка медичних сестер здійснюється на основі сестринської моделі (в Україні – починаючи з 2002 року) та наявність доклінічного і клінічного етапів підготовки в медичних навчальних закладах.

Принципова різниця поляла в наступному.

1. В ієрархічній системі підготовки спеціалістів медичного спрямування, на відміну від України, в більшості країн Європи відсутнє поняття такого визначення, як "молодший спеціаліст".

2. Майже у всіх країнах Європи, зокрема і в Росії, термін підготовки дипломованої медичної сестри становить 3 роки навчання, тоді як в Україні до 2006 року становив тільки 2 роки. Відповідно до зазначеного, в країнах Європи медичні сестри проходять більшу теоретичну і практичну підготовки, зокрема і на клінічних базах.

3. У більшості країн Європи, США та Канади викладачами у підготовці медичних сестер, в тому числі і керівниками навчальних закладів або їх структурних підрозділів, є медичні сестри з високим рівнем медсестринської освіти (магістра-

тура або докторат з медсестринства) тоді як в Україні центральною фігурою в підготовці медичних сестер залишаються лікарі.

Порівнюючи навчальні плани підготовки медичних сестер, ми звернули увагу на відмінності, які визначили за циклами навчальних дисциплін.

*Цикл гуманітарної та соціально-економічної підготовки.*

В Україні цикл гуманітарної та соціально-економічної підготовки був представлений переліком навчальних дисциплін, який визначено Міністерством освіти і науки України, і він є загальноосвітнього спрямування, тоді як в країнах Європи навчальні дисципліни, які можна віднести до циклу гуманітарної та соціально-економічної підготовки, є адаптованими до спеціальності, за якою здійснюється підготовка.

Так, наприклад, в Україні зі спеціальності "Сестринська справа" до циклу гуманітарної та соціально-економічної підготовки входили навчальні дисципліни: "Історія України", "Українська мова" (за професійним спрямуванням), "Культурологія", "Основи філософських знань", "Економічна теорія", "Основи правознавства", "Соціологія", "Іноземна мова" (за професійним спрямуванням), "Фізичне виховання". В країнах Європи до навчальних дисциплін гуманітарної та соціально-економічної підготовки можна віднести такі дисципліни: соціологія і здоров'я, філософські теоретичні і практичні основи медсестринства, професійна відповідальність, логіка і філософія науки, педагогіка загальна і спеціальна тощо.

До цього слід додати, що аналіз порівняльної характеристики загальної кількості годин навчальних дисциплін циклу гуманітарної та соціально-економічної підготовки медичних сестер в Україні склав 756 годин, із них аудиторних – 492 години/25,2 кредитів ECTS. В країнах Європи: Польща (Медична академія в Катовіцах – 240 аудиторних годин/20 кредитів ECTS; Вища професійна школа в Кросно. Заклад медсестринства – 285 аудиторних годин/12 кредитів ECTS); Італія (Міланський університет – 230 аудиторних годин/7,8 кредитів ECTS); Велика Британія (Бірмінгемський університет – 87 аудиторних годин/5 кредитів ECTS); Велика Британія (Університет Глазго, Каледонія – 36 аудиторних годин/10 кредитів ECTS); Швеція – 30 аудиторних годин / 3 кредити ECTS; Фінляндія – 37,5 кредитів ECTS (25,5 кредитів ECTS відводиться на дисципліну – філософські теоретичні і практичні осно-

ви медсестринства); США (Небраска, Медичний центр) – 15 кредитів ECTS.

*Цикл природничо-наукової підготовки*

До переліку навчальних дисциплін циклу природничо-наукової підготовки, що є складовими навчальних планів як в Україні, так і в більшості країн Європи, США, Канади, можна віднести наступні дисципліни: анатомія і фізіологія, фармакологія, мікробіологія, медична генетика, гігієна, медична інформатика, психологія.

Основними характеристиками, що відрізняли навчальні плани підготовки медичних сестер в Україні з іншими країнами, слід зазначити: в країнах Європи більше значення приділяється вивченню психології (основи психології для професіоналів в охороні здоров'я, соціальна психологія, вікова психологія та психологія навчання, психологія здоров'я, психологія консультування, психологія-філософія, психологія-етика), клітинній діагностиці (мікробіології з клітинною мікробіологією, біохімії клінічній, молекулярній біології клінічній), патології (основи патології I, основи патології II та патологія III, системна і клітинна патологія).

*Цикл професійної та практичної підготовки*

Перелік навчальних дисциплін, що входили до циклу професійної та практичної підготовки, підтверджує, що навчальні плани підготовки медичних сестер в країнах Європи, США, Канади базуються на сестринській моделі і передбачають вивчення таких дисциплін: медсестринські теорії та процес, професійну етику, психологію спілкування, основи сестринської справи, медсестринство в терапії, медсестринство в педіатрії, медсестринство в хірургії, обстеження та визначення стану здоров'я пацієнта, медсестринство в сімейній медицині, історії медицини.

Разом з тим, порівняльна характеристика засвідчила відмінності навчальних планів України (2002 р.) з іншими країнами, які полягали в тому, що під час підготовки медичних сестер в країнах Європи більше значення приділяється вивченню психіатрії (перша допомога хворим на психічні захворювання, медсестринство в психіатрії та наркології, гострі психічні захворювання), медицині, фізичної інвалідності та догляду, вивченню методології та написанню наукової роботи з вивчення оцінки і менеджменту болю, охороні здоров'я людей працездатного віку, медсестринства, паліативній допомозі, менеджменту (менеджмент в сестринській справі, організація господарювання, економіка господарювання),



медсестринству в гематології, медсестринству в ендокринології, сексології.

#### *Практичне навчання*

Основною умовою здійснення практичної підготовки студентів у країнах Європи є її безперервність та послідовність проведення після отримання необхідного обсягу теоретичних знань, умінь та навичок відповідно до різних освітньо-кваліфікаційних рівнів.

В українських навчальних планах підготовки спеціалістів зі спеціальності 5.110100 "Сестринська справа" (2002 р.) практика (виробнича і переддипломна) виділені окремо та відповідно до графіка навчального процесу проводяться в літній період, наприкінці весняного семестру до або після сесії. У співвідношенні до загального обсягу годин питома вага практики складає близько 14%. Практична підготовка проводиться під організаційно-методичним керівництвом викладача вищого навчального закладу та спеціаліста з даного напрямку. Програма практичної підготовки та терміни її проведення визначаються навчальним планом.

У країнах ЄС, відповідно до кредитної-модульної системи, практична підготовка здійснюється безпосередньо під час практичних занять з клінічних дисциплін, під час самостійної роботи в клініках. Практичне навчання чергується з заняттями у навчальному закладі декілька разів на рік або організоване за методом "сендвіча", коли між заняттями у навчальному закладі є тривалий (до 0,5-1 року) період практичного навчання. Питома вага практики складає до 42% в деяких країнах ЄС. Таким чином, не розривається у часі теоретичне та практичне навчання та не використовується літній канікулярний час студентів. Практична підготовка проводиться під керівництвом викладача-інструктора, який є співробітником клініки. Програма практики узгоджується між навчальним закладом та клінічною базою. Практичні навички та вміння, що набувалися під час попереднього навчання, поглиблюються в лікарнях. Практичне навчання біля ліжка хворого підкріплюється регулярним теоретичним інструктажем на семінарах, які проводяться безпосередньо в клініках під керівництвом провідних спеціалістів (головних лікарів). Практичне навчання доводиться до оптимального максимуму, що забезпечує:

- безперервність такого навчання;
- використання засвоєних теоретичних знань та вдосконалення практичних навичок постійно, а не тільки в кінці навчального року;

• чітке розмежування доклінічної та клінічної практик.

Порівняльна характеристика співвідношення теоретичної і практичної підготовки медичної сестри України та країн Європи за циклами навчальних дисциплін показала, що ці показники значно відрізняються за співвідношенням гуманітарної та соціально-економічної підготовки, а саме: в Україні під час підготовки медичної сестри (рівень молодшого спеціаліста) цей показник складає за кредитами ECTS – 25,2 кредита (492 аудиторні години), то, наприклад, в Польщі – 20-12 кредитів (відповідно 240-285 аудиторних годин), в Італії – 7,8 кредита (230 аудиторних годин), Швеції – 3 кредити (30 годин), в Фінляндії – 37,5 кредита, із них на предмет філософські теоретичні і практичні основи медсестринства – 22,5 кредита.

За циклами природничо-наукової підготовки на основі кредитів ECTS : в Україні цей показник становить 27,9 кредита; у Великій Британії (університет Глазго, Каледонія) – 100 кредитів; в Польщі – 29-22 кредита; у Швеції – 51 кредит; в Італії (Міланський університет – 22,7 кредита).

За циклами професійної підготовки: в Україні – 65,7 кредита; у Великій Британії (університет Глазго) – 260 кредитів, Бірмінгемському університеті – 220 кредитів; в Польщі – 120-96 кредитів; в Фінляндії – 124,5 кредита; в Італії – 53,7 кредита.

За обсягами практичного навчання на клінічних базах порівняльна характеристика показує: в Україні – 468 аудиторних годин (із них 234 години – самостійна робота); в Польщі – 1200-1350 аудиторних годин; в Італії 80 аудиторних годин та 2400 годин самостійної підготовки; в Швеції 91 аудиторна година та 1502 години самостійної роботи.

На підставі вищезазначеного можна зробити висновок: підготовка медичних сестер (рівень молодшого спеціаліста) в Україні не відповідав загальноєвропейським стандартам ні за загальними термінами підготовки, ні за обсягами навчального навантаження за циклами та їх співвідношеннями, ні за організацією практичного навчання на клінічних базах.

З метою забезпечення приведення підготовки медичних сестер до основних принципів Болонської декларації та наближення медичної (фармацевтичної) освіти до рівня міжнародних стандартів ми вийшли з пропозиціями:

1. Здійснити заходи щодо реформування системи підготовки медичних сестер (молодших медичних спеціалістів та бакалаврів).



2. Встановити термін підготовки дипломованої медичної сестри – 3 роки навчання на базі повної загальної середньої освіти, що відповідатиме:

- загальноприйнятим термінам підготовки медичних сестер в країнах Європи та надасть можливість привести їх відповідно до Європейської угоди про навчання та підготовку медичних сестер, що була прийнята у Страсбурзі 25 жовтня 1967 року, якою передбачено не менше 4600 годин навчальної програми підготовки медичної сестри та половиною із зазначених годин – проходження практики у лікарнях;

- вимогам Європейського бюро ВООЗ – підготовка медичної сестри повинна мати 3 роки навчання на базі повної загальноосвітньої підготовки;

- постанові Кабінету Міністрів України від 24 травня 1997 року № 507 “Про перелік напрямів та спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за відповідними освітньо-кваліфікаційними рівнями” (відповідно до зазначеної постанови Кабінету Міністрів України підготовка молодшого спеціаліста майже у всіх галузях народного господарства, а саме: освіта, культура і мистецтво, право, природничі науки, інженерія, сільське господарство та транспорт (крім деяких спеціальностей банківської справи, економіки та медицини) здійснюється 3 роки навчання).

3. Внести зміни до підготовки медичних сестер-бакалаврів зі спеціальності 6.110102 “Сестринська справа” (рівень бакалавра), встановивши термін навчання – 1 рік (за денною формою).

4. Розробити стандарт освіти з магістратури зі спеціальності “Сестринська справа”, що забезпечить подальший розвиток ступеневої медсестринської освіти в Україні та дозволить медичних сестер-магістрів залучати до викладання у вищих медичних навчальних закладах.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Болонський процес у фактах і документах / Упорядники М.Ф. Степко, Я.Я. Болюбаш, В.Д. Шинкарук, В.В. Грубінко, І.І. Бабин. – Київ-Тернопіль: Вид-во ТДПУ ім. В. Гнатюка, 2003. – 52 с. (<http://www.tspu.edu.ua/>).

2. Степко М.Ф., Болюбаш Я. Я., Шинкарук В. Д., Грубінко В. В., Бабин І.І. Основні засади розвитку вищої освіти України в контексті Болонського процесу (документи і матеріали 2003 - 2004 рр.) / За ред. В.Г. Кременя. – Київ-Тернопіль: Вид-во ТДПУ, 2004. – 147 с. ([www.tspu.edu.ua](http://www.tspu.edu.ua)).

**Висновки.** Збільшення терміну підготовки дипломованої медичної сестри в Україні до 3-х років є потребою часу та умовою успішної інтеграції української медичної школи до європейського освітнього простору, що сприятиме реформуванню не тільки медсестринської освіти, а й медсестринської практики, підвищиться якість медичних освітніх послуг.

Також продовження тривалості початкового етапу підготовки медичних сестер приведе до:

- більш високого рівня фахової підготовки основної ланки медичних сестер;

- порівнюваності термінів навчання медичних сестер України та країн Європи.

Зменшення кількості та обсягу дисциплін, що вивчаються в циклі гуманітарної та соціально-економічної підготовки, матиме результат:

- не дублюватиметься вивчення дисциплін, які входять до шкільної програми;

- вивільниться час на професійну та практичну підготовку;

- вивчення дисциплін, що залишились, носитиме прикладний, а не загальний характер.

- цикл природничо-наукової підготовки матиме прикладний характер відповідно до медсестринської моделі навчання медичних сестер.

Цикл професійної і практичної підготовки максимально розшириться за рахунок двох причин:

- зменшення обсягу циклу гуманітарної та соціально-економічної підготовки;

- продовження терміну навчання.

Практичне навчання, доведене до оптимального максимуму, забезпечить:

- безперервність такого навчання;

- використання засвоєних теоретичних знань та вдосконалення практичних навичок постійно, а не тільки в кінці навчального року;

- чітке розмежування доклінічної та клінічної практик.

3. Ван дер Венде М.К. Болонская декларация: расширение доступности и повышение конкурентоспособности высшего образования в Европе // Высшее образование в Европе. – 2000. – Т. XXV, № 3.

4. Долженко О.В. Сорбонская и Болонская декларации: Информация к размышлению... // Вестник высшей школы: Alma mater. – 2000. – № 6.

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

6. Кремень В.Г. Болонский процессе: сближение, а не унификация // Зеркало недели. – № 48(473). – 13-19 декабря 2003.

7. Лукичев Г.А. Интеграция и эффективность – цели реформ в высшем образовании стран Европы // Научный вестник Московского государственного технического университета гражданской авиации. – 2000. – № 26. – С.13-18.

8. Матеріали Міжвузівської науково-практичної конференції "Розроблення та запровадження кредитно-модульних технологій організації навчального процесу у вищих навчальних закладах" (Черкаси, 2-3 грудня 2004). – Черкаси: Східноєвропейський університет економіки і менеджменту, 2004. – 56 с.

## ТЕХНОЛОГІЯ НОВАТОРСТВА У ВИКЛАДАННІ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ В КРЕМЕНЕЦЬКОМУ МЕДИЧНОМУ УЧИЛИЩІ

П.Є. Мазур, Л.Л. Стаднюк, В.А. Левчук, Г.З. Присяжнюк

*Медичне училище імені Арсена Річинського, м. Кременець*

---

У статті автори проводять аналіз новаторських методів викладання сестринської справи в Кременецькому медичному училищі, що дає змогу сформувати особистість майбутнього спеціаліста, здатного до повноцінної професійної діяльності в сучасних умовах.

---

## THE TECHNOLOGY OF NEW APPROACH IN NURSING PRACTICE TEACHING AT KREMENETS' MEDICAL COLLEGE NAMED AFTER ARSENIY RICHYNS'KYI

P. Ye. Mazur, L. L. Stadnyuk, V. A. Levchuk, H. Z. Prisyazhnyuk

*Kremenets' Medical College named after Arseniy Richyns'kyi*

---

The authors of the article suggested are making deep analysis of new approach in nursing practice teaching at Kremenets' medical college.

And that enables to mold the personality of the specialists-to-be who will be able to fulfill their professional activities in contemporary conditions and surrounding.

---

*Я чую — я забуваю,  
я бачу — я запам'ятовую,  
я роблю — я розумію.  
Китайська мудрість*

**Вступ.** Україна чітко визначила орієнтири на входження в освітній та науковий простір Європи, здійснює модернізацію освітньої діяльності у контексті європейських вимог, щораз наполегливіше працює над практичним приєднанням до Болонського процесу.

На основі вимог Болонського процесу перед викладачами Кременецького медичного училища імені Арсена Річинського стоїть завдання знайти резерви вдосконалення підготовки висококваліфікованої, інтелектуально розвиненої особистості на основі новітніх технологій навчання:

- надати навчальному процесу особливостей, які максимально моделюють майбутню професійну діяльність молодшого медичного спеціаліста ;

- залучити студентів до різноманітних форм і видів пізнавальної діяльності, що активізує самостійність, ініціативу, винахідливість, тобто створює базу для розвитку творчих здібностей;

- цілеспрямовано виявляти і розвивати творчу індивідуальність майбутнього фахівця.

**Основна частина.** Викладання сестринської справи проводиться на основі сучасних технологій навчання: моделювання виробничих ситуацій, інформаційних технологій на основі комп'ютеризації, міжпредметної інтеграції, сенситивного тренінгу, особистісно орієнтованого навчання, формування творчої особистості [2].

З огляду на ідеї моделювання виробничих ситуацій, в училищі створено блоки кабінетів, які в матеріальному, організаційному, методичному плані відтворюють роботу відповідних стаціонарних відділень лікарні: терапевтичного, хірургічного, акушерсько-гінекологічного, дитячого. Терапевтичний блок кабінетів включає: санпропускник, пост медичної сестри, процедурний, маніпуляційний та кабінет функціональних методів обстеження, кабінет для надання першої медич-

ної допомоги; хірургічний – палату інтенсивної терапії, передопераційну та операційний зал; акушерсько-гінекологічний – санпропускник, передпологову палату, пологовий зал, жіночу консультацію; педіатричний – пост медичної сестри, процедурний та маніпуляційний кабінети, палату новонароджених, молочну кухню. В кожному блоці створені відповідні кабінети медсестринства в терапії, хірургії, педіатрії, акушерстві та гінекології і тренажерний кабінет сестринської справи. Всі кабінети обладнані відповідним інструментарієм та апаратурою, мають необхідний для навчання вибір медикаментів та документації. Створення блоків кабінетів доклінічної практики надає значну перевагу над наявністю декількох однотипно оснащених кабінетів.

Першочергового значення надаємо вивченню загального догляду за пацієнтами і основ сестринської справи як основоположних і базисних клінічних дисциплін. Робота в блоках кабінетів доклінічної практики підвищує ефективність відпрацювання практичних навичок студентами, проведення практичних занять за типом "ділова гра", "вирішення виробничих ситуацій", де навички відпрацьовуються за модулем на відповідних фантомах, що дає можливість моделювати професійну діяльність з опрацюванням алгоритмів і підготувати до самостійної роботи. Наприклад, програма роботи в маніпуляційному кабінеті включає в себе відпрацювання студентами методики обробки рук, вдягання стерильних рукавичок, стерильного халату, накривання стерильного стола, проведення ін'єкцій, передстерилізаційну очистку інструментів, дезінфекцію, надання невідкладної допомоги при ускладненнях ін'єкцій, ведення відповідної сестринської документації.

Лише після успішного оволодіння студентами всіма практичними навичками в кабінетах доклінічної практики і вироблення у них відповідного динамічного стереотипу, студенти допускаються до роботи із пацієнтами, яка проводиться на практичних заняттях на базі лікарні, під час вечірніх та нічних чергувань у стаціонарних відділеннях, проведення патронажу пацієнтів [1]. Сприяє покращенню практичної підготовки медичних сестер

робота в навчальних кабінетах в усіх стаціонарних відділеннях лікарні. З метою вироблення клінічного мислення у майбутніх медичних сестер широко використовуємо ситуаційні задачі різних типів і рівнів, комп'ютерні тестові програми, відеоалгоритми, мультимедійні лекції.

Новітні інновації в навчальній сфері нашого закладу спрямовані на досягнення головної ідеї: студент є активним співучасником навчального процесу. Для цього створені умови, що забезпечують успішну самостійну роботу студентів в аудиторний та позааудиторний час: розроблено методичні забезпечення, відеофільми.

Для розширення і закріплення практичних навичок і вмій, творчих здібностей студенти займаються науково-пошуковою роботою в різноманітних предметних гуртках, беруть участь в конкурсах "Краща медична сестра", студентських наукових конференціях.

При плануванні і проведенні практичних занять викладачі враховують послідовність реалізації завдань, логіку навчання і закономірність професійного становлення студента. З цією метою широко застосовуємо технологію міжпредметної інтеграції.

Професія медичної сестри зобов'язує нас в сучасних умовах давати студентам не лише професійні знання, але й сформувати в них почуття милосердя, емпатії. Для розвитку духовних якостей ми використовуємо методику сенситивного тренінгу.

**Висновок.** Медсестринська освіта в Україні вимагає впровадження в навчальний процес сучасних новітніх технологій з метою наближення рівня освіти до реальних потреб практичної охорони здоров'я. Організація практичного навчання медсестринства з моделюванням виробничої ситуації, з опорою на самостійну роботу студентів, з урахуванням особистості майбутнього спеціаліста забезпечить досягнути основної мети навчання – сформувати професійні вміння, виробити у студентів індивідуальний підхід до пацієнта, сформувати особистість майбутнього спеціаліста, здатного до повноцінної професійної діяльності в сучасних умовах.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Антоненко Т.І. Впровадження новітніх технологій в медсестринський процес // Медична сестра. – № 6. – 2006.

2. Трушкіна Л.Ю. Шляхи підвищення якості навчання // Спеціаліст. – № 3. – 2006.

## ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ПАТОГІСТОЛОГІЇ НА МЕДСЕСТРИНСЬКОМУ ФАКУЛЬТЕТІ

Я.Я. Боднар, Т.В. Дацко, П.Р. Сельський, Т.К. Головата, М.Я. Фурдела,  
О.В. Андрійчук

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

---

У статті висвітлені основні складові якісного вивчення клінічної патогістології: практична орієнтованість навчання, забезпечення мотивації студентів, використання якісної навчальної літератури, доступу до Інтернет-ресурсів.

---

## FEATURES OF TEACHING CLINICAL PATOGISTOLOGY ON NURSES FACULTY

Ya.Ya. Bodnar, T.V. Datsko, P.R. Selsky, T.K. Golovata, M.Ya. Furdela,  
O.V. Andriychuk

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

---

In the articles presented basic components of high-quality study of clinical patogistology: the practical oriented of studies, providing of motivation of students, use of high-quality educational literature, access is to Internet-resources.

---

**Вступ.** Передумовою для інтеграції нашої країни в Європейський простір вищої освіти є реалізація засобів, які сприятимуть удосконаленню навчального процесу в медичних закладах. Реформування галузі медичної освіти спрямоване, насамперед, на підвищення якості підготовки спеціалістів усіх кваліфікаційних рівнів, зокрема медичних сестер та лаборантів. Вищезазначені положення вимагають досконалих навчальних програм та введення в навчальний процес новітніх інформаційних технологій. Основну увагу в даній статті звернено на опанування студентами таких дисциплін, як клінічна патологія та клінічна патогістологія, які мають на меті підготовку лаборанта-патогістолога.

Якість підготовки медичних спеціалістів середнього рівня забезпечить конкурентоздатність національної системи медичної освіти на світовому ринку освітніх послуг. Це потребує впровадження ефективних форм практично-орієнтованого навчання, переважання методів ак-

тивної роботи студентів над методами пасивного сприйняття матеріалу.

**Основна частина.** Клінічна патогістологія – складова прикладна частина клінічної патології, яка вивчає технічні прийоми, що використовуються з діагностичною метою для верифікації клінічного діагнозу за допомогою методів мікроскопії, гістохімії, цитології, імуноморфології тощо. Вивчення клінічної патогістології нерозривно пов'язане з засвоєнням морфологічних особливостей патологічних процесів, оскільки знання мікроскопічних проявів структурної перебудови клітин та тканин організму людини дає змогу повною мірою досягнути клініко-прогностичні аспекти хвороб.

Навчальна програма з дисципліни "Клінічна патогістологія" за спеціальністю "Лабораторна діагностика" на медсестринському факультеті може бути умовно розділена на теоретичну та практичну частини.

Таким чином, теоретична частина передбачає вивчення етіології, патогенетичних і морфологічних особливостей патологічних процесів, з метою розуміння лаборантом-патогістологом за-

кономірностей розвитку хвороб. Оволодіння теоретичними аспектами новітніх технологічних методик та класичних гістологічних методів надає можливість більш оптимальної тактики виготовлення діагностичних препаратів для кожного конкретного патологічного процесу та його морфологічних компонентів. Практична частина, опанування навичок лабораторної техніки відбувається в умовах, максимально наближених до професійної практичної діяльності лаборанта-патогістолога. Знання і вміння застосувати лабораторне обладнання, методи виготовлення гістологічних зрізів за допомогою мікротома, створення та забарвлення гістологічних препаратів дозволить студенту усвідомити та оволодіти складовими майбутньої професійної діяльності.

Особливо важливим чинником підвищення ефективності вивчення практичної частини предмета є використання комп'ютерної техніки, зокрема системи візуалізації зображень при виведенні гістологічних препаратів на екран. Зображення гістологічного препарату, поміщеного на предметний столик мікроскопа, транслюється на екран телевізора або монітор комп'ютера, що дозволяє спостерігати найдрібніші деталі у різних ракурсах, визначити доцільність того чи іншого методу забарвлення для кожної конкретної тканини, відповідно до їх біохімічних та фізичних власти-

востей. Дуже важливим як для теоретичного, так і для практичного оволодіння матеріалом, є попереднє ознайомлення студента з навчальною інформацією, що особливо ефективно при розміщенні їх на Інтернет-сторінці кафедри у внутрішньовузівській електронній мережі (сторінка кафедри), електронна бібліотека. Слід звернути увагу на створення мотивації студентів шляхом донесення важливості отриманих знань та вмінь у майбутній практичній діяльності.

**Висновки.** Підсумовуючи вищенаведене, стає зрозумілим, що основним компонентом вивчення медичних дисциплін, зокрема клінічної патогістології, є практична орієнтованість навчання, тобто освоєння практичних навичок, забезпечення мотивації студентів та широкого використання якісної навчальної літератури, комп'ютерної техніки, доступ до Інтернет-ресурсів університету.

Перспективним є створення підручника або посібника з клінічної патогістології, з врахуванням вимог кредитно-модульної системи, який дозволить оптимізувати вивчення студентами навчального матеріалу. Впровадження європейських та світових вимог до системи медичної освіти, новітніх технологій, дистанційного навчання дозволить підготувати фахівця високого рівня, який отримає можливість гідного місця в світовій медичній спільноті.

# СПІВПРАЦЯ ТА КОЛЕГІАЛЬНІСТЬ ЛІКАРЯ І МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ – ЗАПОРУКА ЕФЕКТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ КОМАНДИ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ

І.Я. Губенко, О.Т. Шевченко, Л.П. Бразалій

*Черкаський медичний коледж*

---

У статті обговорюється необхідність партнерських підходів до підготовки і діяльності медичних спеціалістів – лікаря і медичної сестри. Автори підкреслюють позитивні моменти співпраці цих фахівців і відзначають негативні наслідки її відсутності для здоров'я пацієнтів і функціонування системи охорони здоров'я в цілому.

---

## COLLABORATION AND COLLEAGUE COOPERATION OF A DOCTOR AND A NURSE AS A BASIS OF EFFECTIVE FUNCTIONING OF THE MEDICAL SPECIALISTS' TEAM

I.Ya. Hubenko, O.T. Shevchenko, L.P. Brazaliy

*Cherkasy Medical College*

---

The article deals with the necessity of partnership approach to training and work of medical specialists – a physician and a nurse. The authors stress upon positive moments of their collaboration and highlight negative results of absence of such cooperation for patients' health and for the functioning of health care system as a whole.

---

**Вступ.** Кадрове забезпечення є одним з базових елементів функціонування кожної галузі діяльності людини. Важливими його складовими є рівень професійної компетенції фахівців, їх вміння адаптуватися до умов діяльності, що постійно змінюються, та наявність внутрішньої потреби до самовдосконалення, оновлення та поглиблення знань. У сфері охорони здоров'я, попри перераховані вимоги, однією з пріоритетних умов успішного використання професійних ресурсів виступає вміння різних фахівців, в тому числі і спеціалістів різних рівнів підготовки (наприклад, лікарів і медичних сестер), працювати в команді, ефективно співпрацювати на засадах колегіальності з метою створення оптимальних умов для формування і збереження здоров'я здорових та відновлення здоров'я хворих осіб [5].

**Основна частина.** “Сестринська справа торкається фізичних, інтелектуальних і соціальних аспектів життя індивідуума і громади настільки, на-

скільки вони впливають на здоров'я, розвиток захворювань, непрацездатності і смерть”. Сьогодні в світі спостерігається тенденція до розвитку партнерських стосунків між хворим і медичним персоналом. Більше за все цьому напрямку відповідає система сучасної медицини, в центрі якої знаходяться лікар і медична сестра загальної практики, які працюють як команда професіоналів [4].

Сьогоднішній етап розвитку охорони здоров'я вимагає від медичних сестер більш тісного контакту з пацієнтами, вміння давати роз'яснення стосовно приймання ліків, їх побічної дії, здатності допомогти пацієнтові адаптуватися до змін в житті, пов'язаних з хворобою, педагогічних здібностей навчити пацієнта та членів його родини елементам догляду та самогляду, методам контролю за станом здоров'я та шляхам його поліпшення [1].

У країнах-членах ВООЗ зараз поширюється рух, спрямований на підготовку медичної сестри “нового типу”: автономного, кваліфікованого практика, роль якого полягає не в слугуванні іншим професіоналам, тобто лікарям, а в наданні допомоги



пацієнтів, його сім'ї. І саме медичні сестри є однією з важливих ланок в охороні здоров'я, здатних забезпечити на всіх рівнях профілактику захворювань, реабілітацію та медсестринський догляд. Сьогодні зростає потреба у медсестринському персоналі одного із найбільш перспективних напрямів системи охорони здоров'я України – сімейної і страхової медицини [2].

Як приклад тієї ділянки медичної галузі, де найбільше відчувається необхідність такої співпраці команди медичних фахівців, хотілося б навести організацію роботи медичних сестер та лікарів сімейної медицини – загальної практики.

З огляду на концепцію сімейної медицини, така форма надання первинної медико-санітарної допомоги передбачає, що сімейний лікар повинен вести сім'ю в цілому, координувати всі види медичної допомоги членам сім'ї і нести відповідальність за здоров'я кожного, а діяльність медичної сестри, незалежно від освітнього рівня, повинна бути направлена на задоволення потреб особи від народження до смерті та потреб сім'ї протягом всього періоду "здоров'я - хвороба".

Якщо лікарі працюють в основному з проявами хвороби, що вже виникла, то медичні сестри повинні відігравати ключову роль у сприянні здоров'ю і благополуччю. Їх завдання полягає у допомозі пацієнтам усвідомити необхідність здорового способу життя, зменшити ризик захворюваності. Найважчим для медичної сестри є пошук шляхів мотивації пацієнтів і сімей до поведінки, що сприяє здоров'ю. Навчання пацієнтів і родини – основне медсестринське втручання у сприянні здоров'ю. Процес сприяння здоров'ю є фундаментом для підвищення рівня благополуччя особи, сім'ї (родини і громади (суспільства)), метою його є охоплення всіх і кожного [1].

Важливою складовою сучасної медицини повинна бути сестринська справа, яка в Україні протягом тривалого часу розглядалася і сприймалася як другорядна, а медична сестра – як технічний виконавець призначень лікаря. Тоді як освітньо-кваліфікаційна характеристика спеціаліста з сестринської справи серед багатьох інших – медсестринська діагностика, технологічна, виробнича, профілактична та організаційна функції відносять до технічної функції лише оформлення медичної документації.

У країнах, де сімейна медицина вже пережила етап становлення (США, Канада, Швеція), створена і ефективно працює модель команди ме-

дичних сестер і лікарів, яка базується на партнерстві і взаємній професійній повазі, де в центрі уваги команди – пацієнт і його потреби. Система сімейної медицини, яка розвивається в Україні, дає змогу по-новому подивитись на роль і функції медсестри, використати повною мірою можливості її ступеневої освіти (молодший спеціаліст, бакалавр, а в перспективі – магістр), створити нову модель фахівця з сестринської справи, обізнаного з базовими потребами людини, з основами профілактичної медицини, маркетингом медичних послуг, менеджментом і лідерством в медсестринстві, економікою охорони здоров'я, медичною та соціальною реабілітацією, формуванням громадського здоров'я і роллю громадської медсестри (перераховані навчальні дисципліни вивчають медичні сестри-бакалаври). Сьогодні є унікальний момент чітко виокремити сестринську справу в медичний фах, який має свою філософію, теорію і модель діяльності, який завоював повагу і довіру пацієнтів, і який дасть змогу медичним сестрам у всіх галузях медицини професійно розвиватися, мати кар'єрний ріст, отримати всі освітньо-кваліфікаційні і наукові ступені.

Викладачі Черкаського медичного коледжу на відділенні післядипломної освіти навчають сімейних медичних сестер на курсах спеціалізації та удосконалення за власними авторськими програмами. Протягом усіх циклів навчання (починаючи з 2002 року, їх було 7) проводилося анкетне опитування слухачів, яке з'ясувало їх ставлення до розвитку сімейної медицини, наявність партнерських стосунків між сімейними лікарями і медичними сестрами, потребу у знаннях з певних розділів медицини, фармакології, психології та права. Значна частина медичних сестер зазначила, що вони не відчувають колегіальності з боку лікарів, а, навпаки – зверхність, зневажливість, гоноровитість, ігнорування професійних здібностей і можливостей медичної сестри. Багато лікарів критично належить до ступеневої медсестринської освіти [3], наукових досліджень в медсестринстві (а хто ж краще може дослідити і вивчити ефективність медсестринського догляду, аніж фахівець в цій справі!), а можливість займати медичними сестрами керівні посади в охороні здоров'я взагалі сприймається як посягання на лікарську домінуючу керівну позицію в медицині. Освітньо-кваліфікаційна характеристика спеціаліста з сестринської справи визначає її діяльність як надання професійного догляду пацієнтам, а не виконання виключно наказів

лікаря (як це пише шановний В. Щеглов у статті "Хворому потрібна сестра милосердя, а не бакалавр", газета "Ваше здоров'я", № 6 від 15 лютого 2008 р., С. 9). Навіть виконуючи залежні функції, медична сестра виконує призначення лікаря, а не його накази.

Черкаський медичний коледж плідно співпрацює з Центром підготовки сімейних лікарів Головного управління охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської облдержадміністрації і кафедрою сімейної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика. Тому ми бачимо навчання фахівців сімейної медицини з двох сторін (лікаря і медичної сестри) і чітко усвідомлюємо, що ці дві сторони поки що не стали єдиною командою. Крім того, роль медичної сестри при такій формі організації медичної допомоги поки що залишається абсолютно недооціненою. Лікарі не знають функцій медсестри, особливо медсестри сучасної, її потенційних можливостей, не володіють інформацією про те, що медична сестра, працюючи в команді, може мати залежні, взаємозалежні і незалежні функції. Займаючи таку позицію, вони втрачають нагоду мати надійного партнера, односторонця і члена команди. Потрібно дати можливість сімейним лікарю і медичній сестрі в процесі навчання на циклах спеціалізації виробити алгоритми спільних дій у різних виробничих ситуаціях. Це стосується як медичних, так і деонтологічних проблем. Участь медичної сестри та лікаря у процесі відновлення здоров'я пацієнта схематично можна порівняти з вузлами і деталями одного механізму, який діє лише при його повній комплектації та узгодженості напрямків дій цих вузлів і деталей. Для забезпечення оптимального результату медичної допомоги всі учасники цього процесу – лікар, медична сестра, молодша медична сестра повинні діяти чітко і злагодженою. Внесок лікаря і медичної сестри у справу лікування хворого не можна порівнювати, тому що критерії їх оцінки різні, але і не треба такого порівняння робити, оскільки успіх надання медичної допомоги неможливий без повноцінних внесків обох сторін.

Професор Полін Гінетті так аргументувала необхідність спільного навчання сімейних лікарів та медсестер: "Викликає іронію та обставина, що футболісти тренуються в складі команди 40 годин в тиждень заради 2-годинного матчу... Команди в інших галузях людської діяльності рідко коли затрачають на вирішення цієї задачі 2 годи-

ни в рік, тоді як їх здатність діяти як єдине ціле потрібна 40 годин в тиждень".

Ще до одного висновку спонукав аналіз основних документів та публікацій стосовно розвитку сімейної медицини у фахових виданнях: сімейна медицина в Україні – це сфера роботи сімейного лікаря та інших "технічних" працівників, які йому допомагають. Наприклад, у "Концепції розвитку загальної практики/сімейної медицини в Україні на 2006-2010 роки", розробленій Науково-методичним центром сімейної медицини Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України, про середніх медичних працівників (не сімейну медичну сестру!) згадується лише в такому пункті, що стосується реалізації Концепції: "Запровадження системи оплати праці лікарів, середнього медичного та допоміжного персоналу закладів охорони здоров'я, що працюють на засадах загальної (сімейної) практики з урахуванням обсягу та якості їхньої роботи" [2]. Відсутнє бачення ролі медичної сестри як рівноправного партнера і учасника процесу та значення якості її професійної діяльності на результат функціонування всієї системи сімейної медицини.

Відсутній системний державний підхід до навчання команди фахівців, які працюватимуть в умовах сучасної медицини. Поки що їхнє навчання йде двома паралельними лініями, які не перетинаються.

Нестача колегальності, зверхність або приниженість у стосунках лікарів та медичних сестер формують відповідне ставлення і у пацієнтів (зверхність, недоброзичливість), що зрештою впливає у недовіру до фахівців медичного закладу або системи охорони здоров'я в цілому.

Рольова невизначеність та напруженість стосунків медичних сестер і лікарів мають негативний вплив не тільки на цих фахівців, але й на основний об'єкт їхньої діяльності – пацієнтів. Наслідками цього можуть бути:

- неналежне ставлення фахівців до своїх обов'язків;
- відсутність злагодженості, послідовності і наступності у проведенні лікувально-оздоровчих заходів;
- погіршення психологічного клімату, формування атмосфери ворожості, недоброзичливості, напруженості у лікувальному закладі;
- погіршення психічного здоров'я медичних спеціалістів та формування синдрому "емоційного вигорання";
- низька ефективність лікувального процесу.

**Висновки.** 1. Процес забезпечення медичної допомоги пацієнтам має бути врегульованим механізмом, де всі учасники – лікар – медична сестра – молодша медична сестра – діють чітко і злагоджено за забезпечення оптимального результату.

2. З тим, щоб співпраця та колегіальність в медсестринській роботі стала часткою механізму вітчизняної охорони здоров'я, потрібна ще велика освітня, організаційна і практична робота.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. – К.: Здоров'я, 2001. – 208 с.

2. Латишев Є.Є. Концепція розвитку загальної практики/сімейної медицини в Україні на 2006-2010 роки // Сімейна медицина. – 2005. – № 2. – С. 55-58.

3. При розробці концептуальних засад розвитку медицини враховувати партнерські основи і командний характер діяльності лікарів і медичних сестер. 4. У рамках курсів спеціалізації та удосконалення запровадити проведення спільних занять, тренінгів, семінарів для лікарів і медичних сестер з відпрацюванням командних дій у різноманітних робочих ситуаціях.

3. Про затвердження "Програми розвитку медсестринства України на 2005 – 2010 рр." // Наказ МОЗ України № 585 від 08.11 2005 р.

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

5. Delaune S.C., Ladner P.K. Fundamentals of nursing: standards & practice. Delmar Publishers, 1998. – 1267 p.

## ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА В МЕДСЕСТРИНСТВІ

М.О. Кашуба, О.В. Лотоцька, О.М. Сопель

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

---

У статті висвітлено основні методи навчання студентів-бакалаврів з метою вміння не лише проводити лабораторні дослідження й оцінювати отримані результати, а й в наданні практичних пропозицій та гігієнічних рекомендацій для попередження та профілактики захворювань.

---

### PREVENTIVE MEDICINE IN NURSING

M.O. Kashuba, O.V. Lototska, O.N. Sopol

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

---

In the article the basic methods of studies of students-bachelors are reflected with the purpose of ability not only to conduct laboratory researches and estimate the got results but also in the grant of practical suggestions and hygienical recommendations for warning and prophylaxis of diseases.

---

**Вступ.** Серед інших медичних дисциплін профілактична медицина займає особливе місце. Це єдиний предмет профілактичного спрямування у вищих навчальних закладах, метою якого є запобігання виникнення захворювань, зумовлених негативними чинниками довкілля (умовами проживання, навчання, праці, водопостачання, харчування тощо). Знання основних положень гігієни передбачено програмою підготовки студентів медичних училищ та коледжів за спеціальностями "Сестринська справа".

**Основна частина.** Медичні сестри – це найчисельніша і надзвичайно важлива ланка медичних працівників. Від знання основних факторів і методів оцінки довкілля, закономірностей, що формують здоров'я людини і впливають на нього, методів санації і профілактики негативного впливу значною мірою буде залежати успіх роботи медичного працівника. Згідно з "Програмою розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр.", реформування системи охорони здоров'я в Україні сьогодні неможливе без проведення відповідних змін у медсестринстві, адже в нашій державі налічується майже 330 тис. медичних сестер. Шляхи реформування медсестринства та інтеграції у світову систему полягають у перебо-

ренні стереотипів керівників системи охорони здоров'я та лікарів щодо медсестер як спеціалістів "другого ґатунку", що породжує відповідне ставлення до них населення, переконання громадськості в тому, що медсестринська діяльність існує паралельно з лікарською, а не після неї, у перегляді функцій середнього медичного персоналу залежно від рівня освіти й переданні медсестри-бакалавру низки функцій лікаря.

Мета нашої дисципліни – дати студентам певний об'єм теоретичних і практичних знань та вмінь у галузі профілактичної медицини. Гігієнічні знання повинні стати для середнього медичного працівника повсякденним порадином у його благодійній справі, спрямованій на зміцнення здоров'я народу та продовження тривалості життя людини. Хоча ідеї профілактики сягають в давнину і основні засади цієї науки людство використовувало впродовж багатьох століть, все ж профілактична медицина весь час була складовою частиною лікувальної медицини. І лише в кінці XIX століття викладання гігієни як окремої дисципліни було результатом численних ідей знаменитих вчених і практичних лікарів.

Медична освіта повинна сприяти формуванню у середнього медичного персоналу не лише клінічного, а, в першу чергу, профілактичного, тобто гігієнічного мислення, розуміння ролі чинників навколишнього середовища та соціальних

умов життя у виникненні порушень стану здоров'я та захворювань, обґрунтування профілактичних заходів.

Медичне обслуговування організованих колективів та поява нових форм медичного обслуговування обумовлюють нагальну потребу в глибокому володінні знанням гігієни, первинної, вторинної та третинної профілактики захворювань, досягти яких можна лише придбанням умінь і навичок в гігієнічних дослідженнях, в зв'язку з чим великого значення набувають практичні заняття з профілактичної медицини. З перших практичних занять для студентів важливо зрозуміти, що гігієнічні знання повинні бути для медичних сестер повсякденним порадицею на шляху діяльності, спрямованої на попередження хвороб, викликаних несприятливими факторами довкілля або несприятливими умовами праці та побуту, та на зміцнення здоров'я народу. Майбутні медсестри повинні вміти не лише виконувати призначення лікаря, а й розуміти можливу причину виникнення тієї чи іншої патології та надати рекомендації із її попередження. Тому на практичних заняттях студенти під керівництвом викладачів постійно працюють в напрямку засвоєння не лише теоретичних знань, а й практичних умінь, які надалі зможуть використати на клінічних дисциплінах.

З введенням на нашій кафедрі практично-орієнтованої системи викладання, яка передбачає одночасне вивчення теоретичних і практичних дисциплін, багато уваги приділяється вмінню студентів самостійно виконувати певні лабораторні дослідження, які, по-перше, вимагають теоретичної підготовки, а, по-друге, надалі можуть стати їм в нагоді в майбутній роботі. Так, наприклад, студенти не лише теоретично, а й практично можуть провести оцінку температури, вологості й швидкості руху повітря в навчальній кімнаті або лікарняній палаті, органолептичний аналіз, знезараження та дехлорування води, оцінити якість харчових продуктів з метою попередження харчових отруєнь та інше. Всі ці практичні вміння студенти вчилися виконувати й раніше, але з введенням матрикулів практичних навичок відповідальність студента із їх засвоєння зросла, адже тепер складання практичної навички, окрім практичного виконання, передбачає також і ґрунтовне знання та розуміння її теоретичного аспекту.

Колектив кафедри загальної гігієни та екології Тернопільського державного медичного універ-

ситету імені І.Я. Горбачевського має певні надбання і досвід щодо методики навчання студентів-бакалаврів ННІ медсестринства в плані вміння не лише проводити й оцінювати отримані результати лабораторних досліджень, а й в наданні практичних пропозицій та гігієнічних рекомендацій з метою попередження та профілактики тих чи інших захворювань.

Досить вагомим внеском у широке впровадження практично-орієнтованої системи викладання загальної гігієни у медсестер-бакалаврів має належне матеріально-технічне забезпечення навчального процесу на кафедрі. Адже студенти повинні принаймні побачити як працює, а ще краще самим навчитися працювати на обладнанні, яке застосовують з метою обстеження чинників довкілля та умов перебування людини. Для цих досліджень, на жаль, викладачі вимушені використовувати прилади й апарати минулих років. І тому придбання для кафедри сучасних дозиметрів-радіометрів для оцінки радіаційної безпеки навколишнього середовища дало можливість поглибити практичні навички в області радіаційної гігієни, що є досить актуальним в Україні, де наслідки аварії на ЧАЕС торкнулися мільйонів людей.

З метою кращої підготовки майбутніх фахівців до роботи в клініці на багатьох практичних заняттях разом з проведенням лабораторних досліджень для студентів використовують таку сучасну форму ведення практичних занять, як розв'язання ситуаційних задач. Ситуаційні задачі, складені відповідно до програми з загальної гігієни і тісно пов'язані з матеріалами методичних рекомендацій, містять питання, які моделюють клінічні ситуації. Це, наприклад, є задачі по профілактиці випадків харчових отруєнь або професійних захворювань тощо, де за поданими клінічними ознаками, даними лабораторних досліджень та анамнезом захворювань студент повинен не лише встановити попередній діагноз, але й вказати можливу причину виникнення захворювань та міри профілактики. У цих умовах викладач ставить перед студентом задачу на самостійне знаходження рішень як майбутнього фахівця лікувально-профілактичного напрямку.

**Висновок.** Роль профілактичної медицини в багатогранній діяльності медичних сестер, акушерок, фельдшерів та інших спеціалістів середньої ланки є очевидною і надзвичайно важливою. Тому практичні заняття з загальної гігієни мають на меті

сприяти широкому використанню студентами всіх знань гігієнічної науки для правильного планування і втілення в життя належних профілактичних за-

ходів, спрямованих на оздоровлення населення в Україні та надання кваліфікованої допомоги всім людям, які її потребують.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Методичні рекомендації для викладачів щодо організації навчального процесу в ТДМУ. – Тернопіль: ТДМУ "Укрмедкнига". – 2007. – С. 12-18.

2. Даценко І.І., Габович Р.Д. Профілактична медицина. – К.: Здоров'я, 2004. – 792 с.

3. Загальна гігієна з основами екології: Підручник / В.А. Кондратюк, В.М. Сергета, Б.Р. Бойчук та ін. / За ред. В.А. Кондратюка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 592 с.



## ДЕЯКІ ПРАВОВІ АСПЕКТИ РОБОТИ МЕДСЕСТРИ У США

О.С. Усинська

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

---

У статті показано принципи викладання законодавчих знань у медсестринських закладах освіти і наведено деякі законодавчі акти, що діють в медичній та медсестринській практиці.

---

## SOME LEGAL ISSUES IN NURSING IN THE USA

O.S. Usynska

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

---

The article shows the principles of studying of medical legal issues in nursing schools. Some legal acts in medicine are described.

---

**Вступ.** Медсестринська практика у США як частина медичної практики регулюється рядом законів та законодавчих актів. Медсестра повинна знати закони, що регулюють її роботу, захищають її права як працівника та права пацієнта. Слід сказати, що законодавство у галузі медицини змінюється дуже швидко, і пацієнти обізнані з ним краще, ніж раніше. Зростає кількість судових позовів до медичних працівників, і розуміння правових обов'язків та повноважень може захистити медсестру від подальших проблем із законом. Власне тому у США правові аспекти вивчаються у курсі медсестринства в медсестринських закладах освіти. В Україні дана галузь законодавства працює не так ефективно, але вже сьогодні з'являються судові позови незадоволених пацієнтів, тому вивчення досвіду закордонних колег, безумовно, є цікавим та корисним.

**Основна частина.** Перш за все, законодавчою базою діяльності медичної сестри є стандарти догляду за пацієнтом. Такі стандарти у США викладені у Законі "Про медсестринську практику", а також федеральними та місцевими регуляторними актами та стандартами, прийнятими у тій чи іншій установі охорони здоров'я. Закон про медсестринську практику встановлює освітні

вимоги для медичних сестер, різницю між медсестринською та медичною практикою і в загальному описує сферу діяльності медсестри. Регуляторні акти, прийняті Радами медсестер штату (що є основним регуляторним та ліцензійним органом для медичних сестер), є більш специфічними, і можуть, наприклад, включати правила проведення внутрішньовенної терапії тощо.

Професійні організації медичних сестер також створюють стандарти догляду. Наприклад, стандарти для практики громадської медсестри включають керівництва для збирання даних, діагностики, планування та оцінки ефективності лікування. Ці ж організації розробляють стандарти для роботи медсестри у спеціалізованих відділеннях, такі як для операційної медсестри чи медсестри реанімаційного відділення.

Об'єднана комісія з акредитації установ охорони здоров'я вимагає, щоб усі акредитовані госпіталі мали у письмовому вигляді стандарти медсестринської діяльності та опис процедур. Деякі лікарні використовують уже опубліковані керівництва з медсестринських процедур та маніпуляцій, але у будь-якому випадку медсестра повинна їх знати та керуватись ними у своїй роботі. З іншого боку, ці ж загальноприйняті стандарти, поряд із свідченнями інших осіб, використовуються у суді для оцінки професійного виконання медсестрою своїх обов'язків.

---

© О.С. Усинська, 2008



Крім загальних стандартів, що стосуються професійної діяльності медичної сестри, вона повинна знати ще й деякі законодавчі акти в галузі медичного права.

Таким, зокрема, є "Закон про негайну медичну допомогу та працездатність" (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA), який був прийнятий у 1986 році у відповідь на часті випадки транспортування пацієнтів у критичному стані з приватних лікарень у державні без необхідної стабілізації. Цей закон говорить, що пацієнт, який госпіталізований до відділення негайної допомоги, повинен бути обстеженим з використанням усіх наявних у госпіталі засобів. Якщо лікар приходить до висновку, що пацієнт у критичному стані, він не може бути виписаний чи переведений без його стабілізації. З іншого боку, таке можливе при наявності письмового прохання пацієнта, якщо він попередньо проінформований про усі ризики та переваги переведення чи виписки, або при наявності висновку лікаря, що переваги від переведення є більшими, ніж можливий ризик. Крім того, переведення пацієнта можливе за виконання таких умов: 1) лікарня, в яку переводиться пацієнт, дає згоду на це, має місце для нього та відповідний персонал для надання допомоги; 2) медичні записи пацієнта передаються в ту ж лікарню; 3) транспортування здійснюється кваліфікованим персоналом та з відповідним обладнанням.

Іншим цікавим аспектом є так звані "попередні розпорядження" (advance directives) пацієнта, що існують у двох виглядах: заповіт щодо життя (living will) або тривала довіреність на розпорядження щодо життя (durable power of attorney for health care). Обидва ці документи вступають у силу, коли пацієнт живий, але не може висловити свою волю на рахунок подальшого лікування, підтримання життєдіяльності тощо (кома, черепно-мозкова травма тощо). Перший з них більш чи менш детально описує побажання клієнта на рахунок його лікування у випадку смертельного захворювання або травми і підписується у присутності двох свідків. Довіреність надає право приймати таке рішення певній особі чи установі. Практичним результатом існування таких документів для медичної сестри є так званий

DNR order (do not resuscitate) – дослівно "не реанімувати" – заборона на проведення реанімації. Таке розпорядження видається лікарем у письмовому вигляді і, як правило, зазначається не лише в історії хвороби, але й на браслеті пацієнта спеціального кольору. Безумовно, воно потребує і згоди пацієнта, яка засвідчується двома свідками, при усній згоді один із них повинен бути лікарем даної лікарні. У випадку неспроможності пацієнта дати згоду у силу вступає його розпорядження на рахунок даного випадку, і це робить уповноважена особа – але при наявності висновку двох лікарів про термінальний стан пацієнта та недоцільність реанімації [1]. У випадку клінічної смерті такого пацієнта реанімація заборонена, а в іншому випадку на медичну сестру, що її проводила, можуть подати в суд родичі пацієнта, і такий судовий процес у кращому випадку завершується звільненням з роботи.

Медична сестра часто підписує як свідок документ, що називається "Проінформована згода на лікування". У цьому випадку її обов'язком є не лише засвідчити підпис пацієнта, але й переконатись, що він у повному обсязі отримав інформацію про запропонований метод лікування, його переваги, недоліки та можливі альтернативи, або й провести навчання пацієнта стосовно цього методу [2].

"Закон добрих самаритян" прийнятий у різних варіаціях усіма штатами та спрямований на захист медичних працівників, які надають невідкладну допомогу на місці аварії чи нещасного випадку. Він надає їм правовий захист у випадку можливих наступних скарг потерпілих, дозволяє діяти без наявності необхідного обладнання та надавати допомогу дітям без отримання згоди батьків. У деяких штатах такий закон зобов'язує медичну сестер зупинитись на місці дорожньої аварії та надати першу допомогу, тому перед початком роботи в якості медичної сестри варто з ним ознайомитись.

**Висновки.** Законодавче регулювання медичної діяльності в Україні лише починає функціонувати, тоді як у США має довгу історію. Слід очікувати, що зміни у нашому законодавстві будуть прийматись з урахуванням закордонного досвіду, тому вивчення його є не лише цікавим, але й корисним.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Burns J. Do-not-resuscitate order after 25 years. – Crit. Care Med. – 2003. – № 31. – P. 1543.

2. Sullivan G. Getting informed consent: role of nurses in obtaining informed consent from patients // RN. – 1998. – № 4. – P. 59.

# РОБОТА ШКОЛИ САМОКОНТРОЛЮ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСНІЙ КОМУНАЛЬНІЙ КЛІНІЧНІЙ ЛІКАРНІ

А.Р. Тарапата

*Тернопільська обласна комунальна клінічна лікарня*

---

Одним із найбільш прогресивних підходів до лікування цукрового діабету є навчання методом самоконтролю хворих у спеціально створених школах.

Основним у навчанні є метод індивідуального підходу та вибір індивідуальної мотивації для кожного хворого.

---

## SCHOOL OF INDEPENDENT CARE OF DIABETES MELLITUS IN TERNOPIL REGIONAL HOSPITAL

A.R. Tarapata

*Nurse supervisor of the department of endocrinology Ternopil Regional Hospital*

---

One of the most progressive approaches to the treatment of diabetes mellitus is the independent self-care in diabetic educational facilities.

The goal of education is the independent approach and individual motivation for each patient.

---

**Вступ.** Про цукровий діабет відомо ще з середини третього тисячоліття до нашої ери. До 1923 року, коли отримали препарат інсулін, була епоха страху та смерті. Тоді це захворювання було вироком, часто смертельним. Відкриття інсуліну дійсно зробило революцію в лікуванні діабету, дало можливість зберегти мільйони життів та відкрито нову еру – надії. Протягом останніх 85 років було зроблено багато відкриттів та вдосконалено методи лікування, які не тільки зберігають життя людям з діабетом, але й дають їм шанс на максимально якісне життя (фото 1) [3, 4, 6].

Звичайно, протягом життя кожен день згадувати, що у Вас діабет – дуже велике психічне навантаження. З одного боку, не треба ставати рабом своєї хвороби, тому що життя може перетворитися на суцільний лікувальний процес. З іншого боку, до свого стану необхідно ставитися свідомо та не забувати: «Якщо Ви не будете керувати цукровим діабетом, діабет буде керувати Вами!»

Що таке цукровий діабет? Це хронічне захворювання, основною ознакою якого є вища за нор-

мальну концентрація цукру в крові. Причина захворювання – недостатня кількість в організмі гормону інсуліну або його неефективна дія [1, 2, 5].



**Основна частина.** Діабет – це неоднорідне захворювання, виділяють два його типи: цукровий діабет першого типу та цукровий діабет другого типу, які відрізняються причинами виникнення і особливостями розвитку та лікування. Хоча основна ознака в обох випадках – підвищений рівень глюкози в крові.

---

© А.Р. Тарапата, 2008

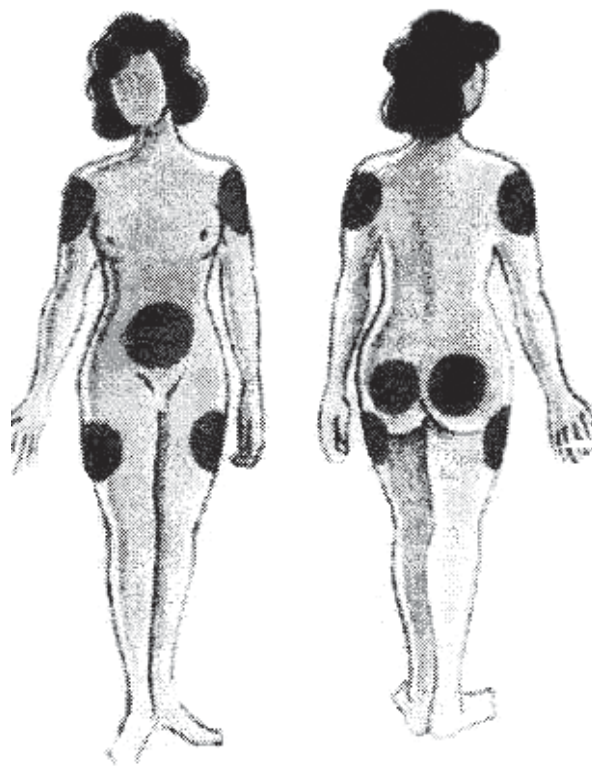
У 2003 році на базі обласної комунальної клінічної лікарні в ендокринологічному відділенні засновано школу самоконтролю цукрового діабету.

Основою контролю та самоконтролю є прості аналізи, які пацієнт може регулярно проводити самостійно, визначаючи концентрацію глюкози у крові, а також, у деяких ситуаціях, вміст цукру та ацетону в сечі. Найефективніший спосіб самоконтролю — це регулярне визначення рівня глюкози в крові за допомогою глюкометра або тест-смужок. Потрібно також періодично контролювати показники, що надають додаткову інформацію про стан обміну речовин (глікозильований гемоглобін, холестерин крові, мікроальбумінурія, ацетон сечі). Але для цього хворому потрібно вести спеціальний щоденник і в ньому записувати всі ці показники. Регулярний самоконтроль дасть змогу підтримувати належну компенсацію цукрового діабету, значно відстрочити або уникнути розвитку ускладнень, подовжити тривалість і поліпшити якість життя, зробити його повноцінним. Результат будь-якого аналізу — це не просто констатація факту, а сигнал для вжиття заходів при поганих показниках і підтвердження правильності обраного шляху — при нормальних. Усе, що турбує хворого, незначні, на перший погляд, деталі, занотовані в щоденнику, можуть стати дуже важливими і корисними.

В середньому за рік в школі навчається близько 150 чоловік з цукровим діабетом I і II типу. Найбільший акцент в школі самоконтролю надається саме першому типу діабету. Цей тип діабету виникає здебільшого в осіб молодого віку, він пов'язаний із загибеллю клітин підшлункової залози і потребує пожиттєвого введення препаратів інсуліну.

У школі самоконтролю лікарями, працівниками кафедри та медичними сестрами навчання пацієнтів здійснюється за такими напрямками:

1. Інсулінотерапія: місця і способи введення препарату, типи препаратів інсуліну, різниця в концентрації (рис. 1, табл. 1).



**Рис. 1. Рекомендації до проведення ін'єкцій інсуліном:**

1. Використовувати препарат кімнатної температури.
2. Робити ін'єкції гострими голками.
3. Змінювати місця для введення інсуліну.

Рекомендується кожен день змінювати місця для введення інсуліну в межах обраної для ін'єкцій ділянки (живіт, руки, стегна). Місце наступної ін'єкції повинно розташовуватися на відстані 2-3 см від попереднього. Інсулін короткої дії рекомендується вводити в ділянці живота, препарати середньої тривалості дії — в ділянці стегон

**Таблиця 1. Характеристика препаратів інсуліну**

Препарат інсуліну	Початок дії	Пік дії	Максимальна тривалість	Характеристика
Аналог інсуліну ультракороткої дії	10-20 хвилин	40-50 хвилин	3-5 годин	Прозорий розчин
Інсулін короткої дії	30 хвилин	1,5-3 години	5-8 годин	Прозорий розчин
Інсулін середньої тривалості дії	1-2 години	4 -10 годин	16-20 годин	Суспензія мутно-біла
Готова суміш інсуліну 30/70	1-2 години	2-8 годин	16-20 годин	Суспензія мутно-біла
Аналоги інсуліну тривалої дії	3-4 години	без піку дії	18-24 годин	Прозорий розчин
Суміш аналогів інсуліну	10-20 хвилин	1-4 години	18-24 годин	Суспензія мутно-біла

2. Контроль діабету: визначення глікемії глюкометрами та методом добового моніторингу (фото 2, 3).



3. Дієтотерапія: визначення хлібних одиниць (табл. 3).

Інтенсифікована інсулінотерапія дає можливість вільно розподіляти ХО та комбінувати різні види продуктів. При цьому доза інсуліну змінюється під контролем глікемії залежно від режиму харчування, фізичного навантаження та показників глікемії наданий момент (табл. 4).

4. Термінальність стану: гіпер- та гіпоглікемічні коми.

5. Ускладнення цукрового діабету: хронічні ускладнення, полінейропатії.

6. Догляд за ногами: профілактика діабетичної стопи.

Також фірмою «Новонордіс» розроблено програму навчання хворих на цукровий діабет у вигляді електронних носіїв, яка складається з 4-х частин. Медичні сестри ендокринного відділення демонструють дану програму хворим і навчають їх жити з діабетом.

**Висновки.** Таким чином, дотримуючись принципів самоконтролю, цілком реально досягнути стабільного стану обміну речовин, регулярно оцінюючи його найважливіші показники. Щоденний самоконтроль визначає, які саме заходи слід почати для досягнення компенсації цукрового діабету, а також дає змогу самостійно вирішувати багато проблем, зумовлених хворобою, що виникають у повсякденному житті.

**Таблиця 3. Приклад розподілу 20 ХО в залежності від режиму харчування**

Сніданок	Другий сніданок	Обід	Полуденок	Вечеря	Друга вечеря
30% (6ХО)	10% (2ХО)	25% (5ХО)	10% (2ХО)	25% (5ХО)	
30% (6ХО)		25% (5ХО)	15% (3ХО)	30% (6ХО)	
30% (6ХО)		35% (7ХО)		35% (7ХО)	
25% (5ХО)	10% (2ХО)	25% (5ХО)	10% (2ХО)	20% (4ХО)	10% (2ХО)

**Таблиця 4. Заміна продуктів, що містять вуглеводи, за хлібними одиницями (ХО)**

Хліб і хлібобулочні вироби = 1 ХО		
Білий хліб	1 шматок	20 г
Житній хліб	1 шматок	25 г
Крекери (сухе печиво)	5 штук	15г
Солоні палички	15 штук	15г
Сухарі	2 штуки	15г
Панірувальні сухарі	1 ст. ложка	15г
Молоко і рідкі молочні продукти = 1 ХО		
Молоко	1 склянка	250 мл
Кефір	1 склянка	250 мл
Вершки	1 склянка	250 мл

<b>Макаронні вироби, крупи = 1 ХО</b>		
Вермішель, локшина, ріжки, макарони	1-2 столові ложки у незвареному і 2-4 ложки у звареному вигляді залежно від форми виробу	15г
Крупи: гречана, манна, вівсяна, перлова; пшоно, рис	1 столова ложка сирової крупи чи 2 столових ложки готової каші	15г
Кукурудза	0,5 качана	100 г
Кукурудзяні пластівці	2 столових ложки	15г
<b>Картопля = 1 ХО</b>		
Картопля	1 штука розміром з велике яйце	65 г
Картопляне пюре	2 столових ложки	75 Г
Смажена картопля	2 столових ложки	35 г
Суха картопля	2 столових ложки	25 г
<b>Фрукти і ягоди (з кісточками і шкіркою) = 1 ХО</b>		
Абрикоси	2-3 штуки	110г
Агрус	6 столових ложок (1 чайна чашка)	120 г
Айва	1 штука(велика)	140 г
Ананас	1 шматок (поперечний зріз)	140 г
Апельсин	1 штука (середній)	150 г
Банан	0,5 штуки (середній)	70 г
Брусниця	7 столових ложок (1 чайна чашка)	140 г
Виноград	12 штук	70 г
Вишня	15 штук	90 г
Гранат	1 штука (великий)	170 г
Грейпфрут	0,5 штуки (великий)	170 г
Груша	1 штука (середня)	90 г
Диня	1 скибка	100 г
Інжир	1 штука	80 г
Кавун	1 скибка	270 г
Кві	1 штука (велика)	110г
Малина	8 столових ложок (1 чайна чашка)	150 г
Манго	1 штука (невелике)	110г
Мандарини	2-3 штуки (середні)	150 г
Ожина	8 столових ложок (1 чайна чашка)	140 г
Персик	1 штука (великий)	120 г
Полуниця	10 штук (середні)	160 і
Слива	4 штуки (середні)	90 г
Смородина	7 столових ложок (1 чайна чашка)	140 г
Хурма	1 штука (середня)	70 г
Чорниця	7 столових ложок (1 чайна чашка)	140 г
Яблуко	1 штука (середнє)	90 г
Сік	100 мл натурального соку без цукру	100 мл
<b>Інші продукти = 1 ХО</b>		
Котлета	1 штука (середня)	70 г
Квас	1 склянка	250 мл
Пиво	1 склянка	250 мл
Морозиво	1 порція	100 і
Цукор (пісок)	1 столова ложка	10г
Цукор (рафінад)	2 кубики	10г

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Гайдаєв Ю.О., Мойсеєнко Р.О., Данова М.П. та ін. Стан ендокринологічної служби України та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринологічною патологією // Міжнародний ендокринологічний журнал. — 2006. — № 2 (4). — С. 9-14.
2. Катеринчук В.І. Профілактика цукрового діабету типу II. Крок назустріч мрії // Міжнародний ендокринологічний журнал. — 2007. — № 1 (7). — С. 71-74.
3. Паньків В.І. Цукровий діабет, переддіабет і серцево-судинні захворювання // Практична ангіологія. — 2007. — № 1 (6). — С. 4-10.
4. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2004–2005 роки. — К., 2006. — 326 с.
5. Скибчик В.А., Соломенчук Т.М. Діабетична дисліпідемія: критерії діагностики і сучасна стратегія лікування // Український медичний часопис. — 2005. — № 1 (45). — С. 26-33.
6. Тронько Н.Д., Маньковский Б.Н. Государственная программа «Сахарный диабет» // Лікування та діагностика. — 1999. — № 1. — С. 58-59.



## СКАЖІМО “НІ” АБОРТАМ

**І.В. Корда**

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

---

Аборт є далеко не настільки безпечним та легким, як багато думають. Безсумнівно, небажана вагітність може бути причиною сильного стресу та труднощів в багатьох аспектах. Але медичний доказ є очевидним – фізичні та психоемоційні наслідки абортів набагато гірші. Дев'ять коротких місяців вагітності є відносно малою платою у світлі життя.

---

## LET'S SAY NO TO ABORTION

**I. Korda**

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

---

Abortion isn't necessarily as "safe and easy" as many make it out to be. No doubt an unwanted pregnancy can cause intense stress and hardship in a variety of ways. But, the medical evidence is clear — the physical and psychological consequences of abortion can be far worse. Nine short months of pregnancy is a relatively small cost to pay in light of a life.

---

**Вступ.** У нашу розмовну лексику давно і стійко вішло слово аборт. За даними ВООЗ [1, 2], в світі проводиться щорічно 40-60 млн абортів. Кожного року знищується стільки людей, скільки загинуло під час Великої Вітчизняної війни. Якщо від моменту легалізації абортів Микитою Хрущовим у 1955 році і дотепер число абортів в УРСР та в незалежній Україні сягало в середньому від 400 до 900 тисяч на рік, то за останні 50 років народ України втратив в середньому тридцять два з половиною мільйони своїх громадян, що утричі перевищує число жертв голодомору [3]. Це – масове вбивство, в якому беруть участь матері, батьки, а також їхні батьки, друзі і, звичайно, медики. Без перебільшення можна сказати, що до цих вбивств напряду чи опосередковано причетно більше ста мільйонів людей. В історії людства це – безпрецедентна за своїми масштабами та тривалістю війна. Із року в рік її ведуть батьки проти своїх власних дітей та, відповідно, проти свого власного майбутнього.

**Основна частина.** Кожна жінка зобов'язана знати, що аборт – це не просто хірургічне втручання, а дія, направлена на вбивство дитини, яка знаходиться всередині неї. Згідно з даними біології [4], життя людини починається з моменту злиття мембран статевих клітин її батьків. Вона є людиною – індивідуальною і неповторною – на кожному етапі внутрішньоутробного розвитку, вже маючи в зачатковій формі всі властивості дорослої особи. Тому не існує принципової різниці між вбивством ще не народженої та вбивством вже народженої людини. Згідно з даними медицини (зокрема, результатами ультразвукових досліджень та внутрішньоутробних оптичних зйомок) [3], дитина, яку абортують, зазнає таких самих страждань, як і доросла людина, яку тортурами доводять до смерті. З позиції медичної етики аборт є оскверненням та спотворенням високого покликання лікаря, завдання якого лікувати і рятувати життя людини, а не нищити його прямим втручанням.

Будь-який аборт, незалежно від того чи він проводиться хірургічним чи медикаментозним спо-

собом, несе ризик ускладнень та небажаних наслідків. На превеликий жаль, в сучасній медичній літературі майже неможливо знайти достатню інформацію про негативні наслідки абортів. Ось і виходить, що жінки, які ідуть на операцію під назвою "штучне переривання вагітності", практично не мають уявлення про тяжкі наслідки цього втручання в їхнє життя.



Вірогідність виникнення ускладнень найбільш висока у першовагітних жінок; у жінок, в анамнезі яких більше двох абортів; у жінок, які мають запальні захворювання жіночих статевих органів чи перенесли оперативні втручання на матці та яєчниках, а також у жінок, які мають захворювання крові.

Більш як 100 потенційних ускладнень асоціюються з абортів. Найбільш поширені ускладнення: інфекції, кровотечі, емболія, перфорація матки, пошкодження шийки матки. 27% жінок мають постабортну інфекцію, яка триває 3 дні або довше [5]. Жінки, що страждають від постабортної інфекції, у 5-8 разів більше схильні до позаматкової вагітності [5]. 3-5 % абортіваних жінок не можуть більше мати дітей [6]. 12 % жінок помирає від позаматкової вагітності [5]. Розрив шийки матки стається у 22% абортіваних жінок. Пошкодження шийки матки після аборту збільшує ризик викиднів, передчасних пологів, ускладнень під час подальших пологів у 30-50 відсотків випадків [13]. 48 % жінок мають ускладнення при наступних вагітностях [15]. 66 % підлітків, яким робили аборт, мають викидні чи передчасні пологи під час другої "бажаної" вагітності. Жінки, що робили аборт, мають на 58% більше шансів померти під час наступної вагітності [5].

При штучних абортах із тяжкими наслідками можливий летальний кінець. Щорічно в Росії 230-240 жінок помирають від наслідків аборту [7].

Ймовірність смерті під час штучного аборту збільшується прямо пропорційно терміну вагітності. Найбільше число ускладнень пов'язане з перериванням вагітності в терміні від 10 до 20 тижнів вагітності, причому ризик для здоров'я жінки зростає із кожним тижнем. Одними із причин смертності є гнійно-септичні ускладнення, кровотечі, травматичні пошкодження органів малого таза, легенева емболія. Крім того, смертність жінок при абортах може бути викликана помилками медперсоналу. За даними ВООЗ [2], приблизно чверть жінок помирає під час операції в результаті ненавмисних помилок навіть досвідчених та професійних медиків.

Але якщо про фізичні наслідки абортів населення хоч трішки та обізнане, то про емоційні та психологічні наслідки практично не має ніякого уявлення.

50 % жінок [5, 8], які перенесли аборт, відзначають проблеми емоційного та психологічного характеру на протязі місяців, а подеколи і років.

Жінки говорять про більш як 100 основних психоемоційних наслідків. Змінюється ставлення жінки до самої себе. Вона починає відчувати почуття сорому та докори сумління, суму, безнадійності. Її переслідують страхітливі сновидіння. З часом жінка починає усвідомлювати себе винуватицею загибелі своєї дитини. Це усвідомлення викликає справжні душевні муки, які призводять до так званого "післяабортного синдрому" [6]. Це медична назва емоційного та психічного порушень, які виникають у жінок після аборту. Ці порушення можуть включати: депресію, втрату самоповаги, самодеструктивну поведінку, розлади сну, втрату пам'яті, сексуальні дисфункції, постійні проблеми у стосунках, драматичні зміни особистості, напади неспокою, почуття провини і каяття, збільшену схильність до насильства, постійний плач, проблеми з концентрацією, спогади про минуле, втрата інтересу до речей та людей, які колись приносили задоволення, труднощі у відносинах з наступними дітьми. У цієї категорії жінок відмічається більша схильність до куріння, вживання алкоголю та наркотиків. Всі ці зміни можуть тривати від 5 до 10 років [10]. Майже 33 % жінок мають постійне бажання завагітніти знову, щоб надолужити втрачене.

При дослідженні самоніщивної поведінки серед абортіваних жінок виявлено, що 49 % вживають наркотики та 39 % збільшили частоту вживання алкоголю; 80 % висловили почуття нена-



висті до себе; 14 % назвали себе нарко- чи алкозалежними; 60% свідчили про суїцидальні настрої; 28% намагалися вчинити самогубство, з них половина робила спроби двічі або більше разів [7]. В. Jansson (1965) установив, що значні психічні порушення після абортів зустрічаються частіше (1,92 %), ніж після пологів (0,68 %). Аналогічної точки зору дотримуються й інші автори [13]. Є повідомлення і про виражені форми неволево-психічних порушень, аж до достатньо екзотичних. Наприклад, у роботі А.Л. Ваум [14] описується випадок глибоких переживань, пов'язаних із фантомними рухами плоду після абортів у 27-річної жінки. До зазначеного слід додати травмування психіки, що викликається будь-якою хірургічною операцією, особливо втручанням на статевих органах; прикростями, викликаними недоброзичливим ставленням персоналу клінік і спеціалізованих центрів [11]. Останнє здається актуальним для вітчизняних умов.

Дослідження показали, що насильство над дитиною більш поширене серед матерів, що робили аборт. Так, у перші 10 років після легалізації абортів у США насильство над дітьми зросло на 500 % [12].

30-50 % абортіваних жінок мають проблеми у сексуальному житті, зокрема відсутність задоволення та біль під час статевого акту, відразу до сексу та чоловіків загалом, хаотичне статеве життя. Деколи змінюється ставлення жінки і до чоловіка. Можливо, на рівні підсвідомості жінка

відчуває, що він не виправдав свого покликання бути батьком та захисником, штовхнувши її на злочин та допустивши загибель своєї дитини. Під впливом цих емоційних переживань багато жінок впадають в глибоку депресію та потребують психологічну, медичну та соціальну підтримку.

Внаслідок доступності абортів жінка отримує можливість "безкарно" змінювати статевих партнерів. Та ця безкарність є оманливою. Часто жіноче непліддя є результатом регулярної зміни партнерів.

Для чоловіка також багато що змінюється. Він уже не може, хоча і підсвідомо, не відчувати себе зрадником своєму покликанню бути захисником слабких та беззахисних. "Якщо прийдеся вмерти за жінку – не відмовляйся", – говорив великий святий Іоанн Златоуст, звичайно мавши на увазі не тільки жінку, але і дітей. Крім того, оскільки об'єктивно дружина стала палачем його дитини, він не може ставитися до неї, як раніше.

Звичайно, не завжди буває, що саме чоловік спонукає жінку на проведення абортів. Сучасна мораль, яка дозволяє жінці самостійно приймати рішення про переривання вагітності, повністю ігнорує право чоловіка стати батьком зачатої ним дитини. Ігнорування цього природного права часто є причиною тяжких переживань чоловіка. Все це призводить до порушень гармонії подружнього життя, а в деяких випадках, до розлучень. Аборт руйнує особистість чоловіка та дружини, їх любов одне до одного, руйнує їхню сім'ю.

Ці муки посилюються ще й тим, що жінка вбиває в собі те прекрасне, глибоке, Богом дароване їй бажання бути матір'ю. Безсумнівно, аборт – тяжка наруга над жіночою природою.

**Висновок.** Сьогодні проблема абортів в українському суспільстві постала дуже гостро. Аборт негативно впливає на стан репродуктивного здоров'я громадян, на демографічну ситуацію в країні, відбувається руйнація традиційних моральних цінностей родини.

Та альтернатива існує! І вона набагато надійніша та безпечніша у плані фізичного та психічного здоров'я як для Вас, так і для Вашої дитини. Скажімо "Ні" абортам.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. <http://www.noabort.org.ua/2007/07/14/vpliv-abortiv-na-suspilstvo/>
2. <http://www.hli.org.pl/xoops-ukr/modules/news/article>.

3. Відкрите звернення учасників Всеукраїнської Конференції "Аборт: заперечення права на життя" (Київ, грудень 2005 р.) до Президента, Парламенту та Уряду України.

4. Гусак П., Природне право як підстава для позитивного права на життя // Доповідь на Всеукраїнській конференції: "Аборт: заперечення права на життя". – Київ, 2005.
5. [http://www.ramahinternational.org/abortion\\_risks.htm](http://www.ramahinternational.org/abortion_risks.htm)
6. <http://www.nrlc.org/abortion/ASMF/asmf14.html>
7. Илсли Р., Холл М. Психосоциальные аспекты аборта: Обзор основных проблем и потребности в области исследовательской работы: Бюллетень ВООЗ. – 1977. Т. 53, №1. – С. 64-90.
8. Abortion: Facts and feelings: A handbook for women and the people who care about them. Washington, DC, USA: American Psychiatric Press, Inc. (1998). ix, 199 pp.
9. Barnett W. Empirische Untersuchung zur psychischen Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs aufgrund einer notlagenindikation: Inaug.Diss.Dokt.med/- Kiel, 1985.- 87 s.
10. Thomas T., Tori C.D., Wile J.R., Scheidt S.D. Psychosocial characteristics of psychiatric inpatients with reproductive losses. *Journal-of-Health-Care-for-the-Poor-and-Underserved*. 1996; Vol 7(1): 15-23
11. Lin S.X., Lasker J.N. Patterns of grief reaction after pregnancy loss. *American-Journal-of-Orthopsychiatry*. 1996 Apr; Vol 66(2): 262-271
12. Milojevich S. ,e.a. Psychosomatic aspects of abortion in minors. In: Morris N. ed. *Proceedings of the Third International Congress of Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology*, London, 1971.
13. Anastasia Tzonou, et al, "Induced abortions, miscarriages, and tobacco smoking as risk factors for secondary infertility," *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 47 (1993), p. 36.
14. Janssen H.J., Cuisinier M.C., Hoogduin K.A. et al. Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *American-Journal-of-Psychiatry*. 1996 Feb; Vol 153(2): 226-230.
15. [http://www.pravmir.ru/article\\_370.html](http://www.pravmir.ru/article_370.html)

# МЕДСЕСТРИНСЬКА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ЖИВОТА

С.О. Коноваленко

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

У статті розглядається питання медсестринської діагностики та лікування хворих із патологією гострого живота.

## NURSING DIAGNOSIS AND THE TREATMENT OF ACUTE ABDOMEN

S.O. Konovalenko

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

In this article a question of Nursing Diagnosis and the Treatment of clients with acute abdomen disorder is discussed.

**Вступ.** На даний час складність та великі погіршеності у медсестринській діагностиці та лікуванні гострих хірургічних захворювань часто призводять до різноманітних ускладнень, а іноді мають і летальне завершення. Актуальною залишається тема гострого живота. Бувають випадки, коли лікар не може точно встановити діагноз гострого захворювання черевної порожнини. Це пояснюється спільністю окремих симптомів при різних захворюваннях та невираженою клінічною картиною.

**Основна частина.** При цих захворюваннях можливий перехід патологічного процесу на вісцеральну очеревину і розвиток дуже небезпечного ускладнення – перитоніту, летальність при якому залишається високою і сьогодні. Перитоніт нерідко розглядають як генералізовану гнійну інфекцію, а клініка його термінальної фази збігається з картиною септичного шоку.

Своєчасна діагностика і термінова госпіталізація хворих з гострою патологією черевної порожнини – профілактика цього захворювання.

Гострий живіт об'єднує різні гострі захворювання черевної порожнини, що характеризуються раптовою катастрофою і потребують негайної хірургічної допомоги.

Отже, коли сукупність симптомів свідчить про гостре хірургічне захворювання, а точна діагно-

стика утруднена, встановлюється діагноз – гострий живіт.

Основними причинами розвитку "гострого живота" є:

- запальні захворювання (гострий апендицит, гострий панкреатит, гострий холецистит та ін.);
- деструктивні процеси (ушкодження та травми; перфорація виразкової хвороби шлунка, дванадцятипалої кишки);
- порушення кровообігу (тромбоз і емболія мезентеріальних судин);
- обструкція порожнистих органів (гостра кишкова непрохідність);
- функціональні захворювання (паралітична та спастична гостра кишкова непрохідність);
- псевдоабдомінальний синдром (абдомінальна форма інфаркту міокарда).

Різнманітність причин "гострого живота" вимагає ретельного обстеження хворих з даною патологією. Пацієнти, що мають гостру патологію живота, дуже часто зустрічаються у медсестринській практиці. Медсестри, що мають справу з ними, повинні пам'ятати основні клінічні ознаки гострого живота:

– біль в ділянці живота може бути постійним, періодичним чи нападopodobним; медсестра повинна уточнити час і можливу причинну появи болю (наприклад, при гострому панкреатиті напад болю виникає після вживання жирної чи гострої їжі); уточнити характер і локалізацію болю

(при скаргах на раптовий і гострий (кинджально-подібний) біль в надчеревній ділянці слід подумати про перфорацію виразкової хвороби шлунка);

– блювання – медсестра повинна звернути увагу на частоту та характер блювотних мас (при гострому апендициті можливе одноразове блювання, при гострому холециститі – блювання виникає повторно, не приносить полегшення і може бути з домішкою жовчі; при кишковій непрохідності – блювання кишковим вмістом, а “кавовою гущею” – характерне для шлункової кровотечі);

– нудота часто супроводжує чи передуює блюванню;

– порушення роботи кишечника проявляється затримкою газів чи стільця, зміною характеру випорожень;

– об’єктивно звертають увагу на положення у ліжку, колір шкіри і стан язика (сухість, вологість, наявність нашарування) і т.д.;

– при огляді живота медсестра може виявити його здуття, асиметрію, відставання частини живота в акті дихання;

– при пальпації живота теплими руками, обережно, розмістившись з правої сторони від пацієнта, у якого незначно зігнуті ноги у кульшових та колінних суглобах, медсестра може виявити напруження м’язів живота, що особливо виражено у разі перфорації виразкової хвороби, та болісність в певній ділянці живота чи по всьому животу, а також перевірити симптоми подразнення очеревини (синдром Щьоткіна – Блюмберга: у разі натискання на живіт біль посилюється при різкому забиранні руки та ін.);

– при перкусії живота виявляють наявність в черевній порожнині вільних газів (свідчить про пошкодження порожнистого органа) і рідини (при значній внутрішній кровотечі визначається приглушення у бокових ділянках живота);

– при аускультатії живота визначається ослаблення чи відсутність перистальтики.

Підвищення температури тіла свідчить про нагрівання явищ інтоксикації.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Шпитальна хірургія / За ред. Л.Я. Ковальчука та ін. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.
2. Скрипниченко Д.Ф. Неотложная хирургия брюшной полости. – К.: Здоров’я, 2000.

Запідозривши у обстежуваного хворого “гострий живіт”, медсестра повинна негайно госпіталізувати його у хірургічне відділення. Під час госпіталізації до огляду лікаря-хірурга суворо забороняється:

- вводити знеболювальні препарати, спазмолітики, протиблювотні препарати, антибіотики;
- ставити клізми, застосовувати грілки, промивати шлунок, приймати їжу.

Техніка госпіталізації:

• пацієнта слід заспокоїти, прикласти холод на ділянку живота;

• при блюванні слід надати стандартну допомогу, у разі постійного чи частого блювання (при кишковій непрохідності) слід ввести тонкий шлунковий зонд;

• показана термінова госпіталізація на ношах в супроводі медпрацівника в хірургічне відділення;

• у разі вираженої крововтрати чи інтоксикації, за призначенням лікаря, проводять в/в інфузійну терапію, вводять серцеві препарати, глюкокортикоїди.

У разі хронічної патології органів живота при наданні невідкладної допомоги, у випадку загострення процесу, медсестра може дати пацієнту знеболювальні препарати, протиблювотні препарати – у разі блювання, спазмолітики – для полегшення стану пацієнта. При здутті живота і затримці газів медсестра може поставити газо-відвідну трубку і очисну клізму.

В подальшому показане термінове хірургічне втручання з метою ліквідації джерела.

**Висновок.** 1. Медсестринська діагностика, лікування та догляд за хворими із “гострим животом” залишається актуальною. Виявивши у пацієнтів симптоми даного патологічного стану, медична сестра чітко повинна дотримуватися техніки госпіталізації та виконувати призначення лікаря.

2. У їхній підготовці слід приділяти більше уваги на причини, клініку, діагностику та лікування захворювань органів черевної порожнини.

3. Окорочков В.С. Диагностика внутренних болезней. – М.: Медицина, 1998.