

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

# **МЕДСЕСТРИНСТВО**

**УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ**

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

# **NURSING**

**UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL**

**2/2009**

# 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.

Галіяш 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 №12 від 28.04.2009 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 29.04.2009 Формат 60x84/8.  
Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. №1  
Ум. друк. арк. 5,58. Обл.-вид.арк. 5,05  
Тираж 600. Зам. № 62.

Видпвець і виготівник  
Тернопільський державний медичний  
університет імені І.Я. Горбачевського  
46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

## ЗМІСТ

*Л.Я. Ковальчук, О.І. Яшан,  
С.О. Ястремська, С.О. Коноваленко*  
Дистанційна освіта як новітній підхід до  
ступеневої підготовки медичних сестер

*Гейл Кастерлайн, Наталія Ліщенко*  
Українське медсестринство за результа-  
тами досліджень поведінки піклування

*Н.А. Бількевич, С.М. Андрейчин,  
Т.Ю. Чернець, Б.Г. Бугай, Н.А. Хабарова,  
Н.З. Ярема, Н.Я. Верещагіна, М.М. Руда,  
В.В. Василюк, І.М. Бутвин*  
Самовиховання у професійній підготовці  
майбутніх медсестер

*Р.О. Сабадишин, О.В. Маркович,  
В.О. Рижковський*  
Методологія застосування алгоритмів при  
підготовці майбутньої медичної сестри

*Н.Ф. Новосьолова*  
Системний підхід до організації  
неперервної медсестринської освіти

*Т.С. Комшук*  
Етичні основи сестринської справи

*І.В. Кузмінська, І.М. Круковська*  
Медсестринство як впливова самостійна  
ланка медицини

*Р.К. Сухінський, З.В. Лесейко, Н.В. Сухін-  
ська, М.В. Заборний, Т.Б. Криворук*  
Проблема кардинальних реформ у  
сестринській освіті – медсестринство як  
впливова самостійна ланка медицини

*В.Й. Шатило, О.В. Горай*  
Роль середнього медичного персоналу в  
формуванні здорового способу життя в  
підлітковому віці

*О.С. Мартинюк, Т.Я. Скарлош,  
Н.П. Шевчук, Г.Б. Симко*  
Нирки – орган важливий “як генерал”,  
скромний і терплячий “як солдат”

## CONTENTS

*L.Ya. Kovalchuk, O.I.Yashan,  
S.O. Yastremska, S.O. Konovalenko,*  
**6** Nursing in Ukraine from a Survey of  
Caring Behaviors

*Gayle L. Casterline, Nataliya Lishchenko*  
**9** Nursing in Ukraine from a Survey of  
Caring Behaviors

*N.A. Bilkevych, S.M. Andreichyn,  
T.Yu. Chernets, B.H. Buhai, N.A. Khabarova,  
N.Z. Yarema, N.Ya. Vereshchahina,  
M.M. Ruda, V.V. Vasyluk, I.M. Butvyn*  
**14** Self-education in professional preparation of  
future nurses

*R.O. Sabadyshin, O.V. Marcovich, V.O.  
Ryzhkovski*  
**18** The methodology of using algorithms in  
preparing the future medical nurse

*N. Novosyolova*  
**21** Systemic approach to the organization of  
uninterrupted nursing education

*T.S. Komshuk*  
**25** Ethical backgrounds of nursing

*I.V. Kuzminska, I.M. Krukovska*  
**28** Nursing as an influential independent link  
of Medicine

*R.K. Sukhinskyy, Z.V. Leseiko,  
N.V. Sukhinska, M.V. Zabornyy, T.B. Kryvoruk*  
**31** The problem of reformation of nursing  
education — nursing as an influential  
branch of medicine

*V.Y. Shatylo, O.V. Horay*  
**34** Roles that nurses play in forming teenage  
healthy lifestyle habits

*S.O. Martynjuk, T.Ya. Skarlosh,  
N.P. Shevchuk, G.M. Symko*  
**37** Kidneys – are an important organs as a  
“general” and endurant and gentle as a  
“soldier”

- І.П. Назарук, В.З. Свиридюк*  
Розвиток паліативної медицини в Україні **41** *I.P. Nazaruk, V.S. Sviridiuk*  
Development of palliative medicine in Ukraine
- Ю.Ф. Педанов, А.І. Гоженко,  
Р.Ф. Макулькін*  
Перспективи реформування викладання морфофункціональних дисциплін у вищих навчальних закладах I—II рівнів акредитації **43** *Yu.F. Pedanov, A.I. Gozhenko, R.F. Makulkin*  
Outlooks of morphofunctional subjects teaching reforming in the higher educational establishments of I-II levels of accreditation
- П.Є. Мазур, Л.Л. Стаднюк*  
Технологія навчання мистецтву спілкування студентів **45** *P.Ye. Mazur, L.L. Stadnyuk*  
The technology of teaching art of communication
- М. Шегедин, Н. Окс, Н. Галапац*  
Впровадження стандартів медсестринської діяльності у Львівській області **47** *M. Shehedyn, N. Oks, N. Halapats*  
Rivne state Implementing nursing standards into practice in Lviv region

## **Шановні колеги, дорогі медичні сестри!**

*Вітаю всіх вас із професійним святом, бажаю щастя, здоров'я й значних успіхів у роботі, спрямованій на захист здоров'я і життя наших пацієнтів!*

*В усі часи зосередженням милосердя були жінки, яких за особливо чуйне серце, добрі руки та велике терпіння називали сестрами. І, мабуть, не випадково, що важка місія медичної сестри здебільшого лягає на тендітні жіночі плечі. Сьогодні в Україні триває реформування освіти, охорони здоров'я. Велику увагу приділяють вищій освіті медсестер на рівні світових стандартів. Ця освіта має кілька ступенів: молодший фахівець, бакалавр, розпочата підготовка магістрів, які стануть висококваліфікованими спеціалістами та організаторами, менеджерами охорони здоров'я. Від того, який ступінь навчання пройшла медсестра, залежатиме і її посада, аж до заступника головного лікаря.*



*Хочеться ще раз подякувати нашим медичним сестрам за невтомну працю, за щедрість сердець, за те, що найтяжчі хвилини освітлюються їх увагою і додають віри у торжество життя. Нехай радість освячує ваші долі, дорогі наші сестри!*

*Нехай добро та удача не змусять себе чекати! Нехай ніколи не зменшується цінність вашої праці, яка ніколи не буває зайвою. Земний уклін вам від усього людства, яке святкуватиме Міжнародний день медсестринства 12 травня. Нехай не відчують ваші руки втоми ні у свята, ні в будні!*

*Головний спеціаліст відділу освіти та науки  
Департаменту кадрової політики,  
освіти і науки МОЗ України  
**Т.І. Чернишенко***

УДК 377.4:378.147:614.253.52

## ДИСТАНЦІЙНА ОСВІТА ЯК НОВІТНІЙ ПІДХІД ДО СТУПЕНЕВОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Л.Я. Ковальчук, О.І. Яшан, С.О. Ястремська, С.О. Коноваленко

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

У статті розглядається питання дистанційної освіти як альтернативи безперервної професійної підготовки медичних сестер-бакалаврів.

## DISTANT EDUCATION SYSTEM AS A NEW WAY TO BSN-DEGREE NURSES

L.Ya. Kovalchuk, O.I.Yashan, S.O. Yastremska, S.O. Konovalenko,

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

In this article new questions of distant education are described as an alternative way of uninterrupted professional preparing of BSN-degree nurses.

**Вступ.** Реформа медичної галузі передбачає суттєві зміни в організації охорони здоров'я та в підготовці медичних кадрів. Ефективна освітня і кадрова політика в цій галузі є важливим інструментом реформування вітчизняної медицини, оскільки від рівня підготовки лікарів залежить якість надання медичної допомоги населенню. Серед пріоритетів охорони здоров'я, визначених Міністерством охорони здоров'я України, є покращення системи підготовки кадрів з врахуванням реального кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я у регіонах, відповідності кваліфікаційним вимогам, плинності фахівців, пенсійного віку та еміграцію. Для цього необхідно змінити системний підхід, впорядкувати кваліфікаційну систему з відповідним фінансовим забезпеченням [2-3, 5].

Важливою складовою стратегічного плану розвитку медичної галузі є запровадження новітніх підходів до організації підготовки медичних сестер. Завдяки вжитим на державному рівні заходам впроваджено ступеневу форму освіти медичних сестер, а це, в свою чергу, забезпечить утвердження медсестринства як окремої і незалежної професії. З метою покращення ступе-

невої освіти молодших медичних спеціалістів та бакалаврів медицини Міністерством охорони здоров'я України опрацьовується нова нормативна база, яка б відповідала сучасним вимогам, що висуваються до організації і проведення підвищення кваліфікації медичних сестер та інших фахівців [1, 4, 6-9].

**Основна частина.** На сьогодні ступенева медсестринська освіта в Україні передбачає етапне навчання: молодший спеціаліст, бакалавр, магістр. Така етапність підготовки в сукупності надає молодій особі, яка пройшла ці етапи, закінчену вищу медсестринську освіту, аналог вищої лікарської освіти, що значно розширює можливості наступного працевлаштування з наданням можливості обіймати посади управлінського рівня. Така стратегія передбачає суттєві зміни в організації підготовки медсестер-бакалаврів та магістрів. Головною метою підготовки таких фахівців є виховання у них управлінських і організаторських навиків. Все це повинно наблизити медсестринську освіту в Україні до рівня європейських стандартів. За кордоном саме медсестри-бакалаври і магістри виконують основну управлінську та організаторську функції, очолюють відділення стаціонарів, керують медичними центрами, клініками та амбулаторіями. Саме така, невластива поки що в

© Л.Я. Ковальчук, О.І. Яшан, С.О. Ястремська, С.О. Коноваленко, 2009

Україні, функція медичних сестер ставить нові вимоги до їх післядипломної освіти.

Головною складовою ступеневої освіти в медицині є забезпечення безперервності підготовки фахівців, а це, в свою чергу, передбачає запровадження суттєвих методологічних змін в навчанні. В сучасних умовах при різкому зростанні обсягу інформації та утрудненості перебуванні осіб на очному циклі одним з можливих виходів у забезпеченні професійної підготовки спеціалістів є запровадження дистанційної форми навчання. Така форма дозволить розкрити пріоритети медсестринства в реформуванні галузі охорони здоров'я України. Дистанційна форма може бути запроваджена саме для ступеневої освіти, оскільки мова йде про кваліфікаційне удосконалення вже сформованих фахівців, дипломованих медичних сестер, що вже закінчили навчальний заклад I-II рівня акредитації, мають певний досвід роботи та в силу об'єктивних обставин не можуть перебувати на очному навчанні тривалий час.

Платформою для реалізації навчання за дистанційною формою є методологія передачі знань та система управління освітнім процесом. Передумовою ефективного навчання є можливості двобічної передачі аудіо-візуальної інформації з наявністю зворотного зв'язку, обміну та забезпечення контролю якості навчання. Реалізація таких завдань передбачає створення на базі навчального закладу спеціалізованого навчального центру, класу чи класів. Такий центр вимагає коштовного обладнання та передових технологічних рішень. Кожен клас, що входить у такий центр, повинен бути оснащеним сучасною відео- та звуковою апаратурою, потужною обчислювальною технікою, яка включає 10-30 робочих місць, місця викладача чи ведучого та комп'ютерів-серверів, які обслуговують всі ці елементи та об'єднують їх у єдину мережу. Зрозуміло, що така високотехнологічна техніка вимагає коштовного програмного забезпечення. Обов'язковою умовою роботи такого центру є під'єднання до глобальної мережі Internet через високошвидкісні канали. Крім технічних і програмних ресурсів, центр дистанційної форми навчання повинен бути забезпечений спеціально підготовленим кадровим складом: інженерами, програмістами, системними операторами та методистами. Керувати таким центром повинен директор – людина, яка розуміє специфіку

завдань, які ставлять перед підрозділом, володіє технічними нюансами реалізації комп'ютерних програм та особливостями проведення навчального процесу, засвоєння матеріалу чи оволодіння практичними навичками.

Введення в дію центру дистанційної освіти в вищому навчальному закладі дозволить проводити лекції, семінари і навіть практичні заняття для студентів, які навчаються за дистанційною формою, і також виконувати захисти наукових робіт для широкого кола фахівців, проводити Web- та відеоконференції, тематичні тренінги та майстер-класи з суміжних дисциплін для співробітників ВНЗ.

Процес дистанційної освіти при підготовці медичних сестер-бакалаврів та магістрів повинен проходити з використанням новітніх інформаційних і комунікаційних технологій. Він тісно пов'язаний з педагогічними аспектами навчання, соціальним процесом для полегшення взаємодії та спільної роботи людей, передбачає організаційні зміни, пов'язані з підвищенням кваліфікаційного рівня викладачів та широкого доступу до навчальних ресурсів (навчальних матеріалів збагачених мультимедійними технологіями) та послуг через мережу Internet. Запровадження дистанційної форми навчання не вимагатиме значних змін навчальних програм та робочих планів, оскільки передбачає можливість ефективного контролю якості навчання. Такий контроль рівня засвоєння матеріалу та оволодіння практичними навичками проводиться викладачами згідно з навчальним планом методом тестування, вирішення контрольних завдань, заповнення навчальних форм, написання та захисту науково-дослідницьких робіт. Кожен працівник, який бере участь у навчальному процесі, обов'язково повинен пройти курси з проведення дистанційного навчання та отримати відповідний сертифікат.

Перераховане вище кадрове, матеріально-технічне та навчально-методологічне забезпечення дозволить новоствореному центру дистанційної освіти виконувати новітні для України завдання дистанційної медичної освіти загалом і ступеневої освіти медсестер зокрема.

Прикладом реально діючої освіти за дистанційною формою є навчання медичних сестер у медсестринській школі Мері Блек (Південна Кароліна, США). Ця школа є одним із підрозділів «Університету Південної Кароліни абстейт», при якому створено центр дистанційного навчання. Цей центр укомплектований штатом у кількості

5 чоловік (завідувач центру, 2 оператори та 2 технічних інженери) та забезпечений новітньою комп'ютерною технікою, розміщеною в чотирьох класах, розташованих у різних будівлях. Кожен клас оснащений декількома відеокамерами, мультимедійним проектором, декількома широкоформатними телевізорами та розгалуженою акустичною системою. В класах розташовані робочі місця студентів (від 20 до 32) з комп'ютерами та мікрофонами, включені в єдину мережу, а також центральний керуючий комп'ютер (набір серверів), через який здійснюється керування всім перерахованим вище обладнанням та здійснюється високошвидкісне підключення до мережі Інтернет. Такий набір обладнання дає змогу проводити навчальні заняття зі студентами, які знаходяться на значній відстані від викладача, що проводить заняття. Навчальна програма даної форми навчання у медсестринській школі Мері Блек є ідентичною до програми для очного навчання та передбачає вивчення студентами основних аспектів менеджменту та лідерства. Особлива увага приділяється темам роботи та структури відділень і всієї лікарні, виконання соціальних програм та волонтерської роботи, а також написання певних науково-дослідницьких

завдань залежно від самостійно обраної теми. У даній школі існує очне та змішане (очно-заочне) навчання, яке передбачає вивчення окремих предметів за дистанційною формою. З 2009 року керівництвом медсестринської школи Мері Блек планується запровадити дистанційну форму навчання медсестер-бакалаврів у повному об'ємі.

Вивчивши світовий досвід роботи дистанційної форми навчання на детальному прикладі медсестринської школи Мері Блек (Південна Кароліна, США) та заручившись підтримкою Міністерства охорони здоров'я України, Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського вперше в державі запровадив дану форму навчання щодо підготовки медсестер-бакалаврів.

**Висновок.** Дистанційна освіта дозволяє підвищувати кваліфікаційний рівень мотивованої до навчання медсестри без відриву від робочого процесу та залучати до навчання іноземних громадян. Збільшення прийому іноземців до наших навчальних закладів є стратегічним завданням медичної школи України, що дозволить у перспективі забезпечити її стабільну роботу та фінансову незалежність.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Андреев А.А. Введение в дистанционное обучение. Учебно-методическое пособие. – М.: ВУ, 1997 г.
2. Наказ Міністерства освіти України №161 від 02,1999 року "Про затвердження Положення про організацію навчального процесу у вищих навчальних закладах" // Медична сестра. – К.: Жіноча громада, 2007. – № 7. – С. 56.
3. Наказ МОЗ України №585 від 08.11.2005 "Про затвердження "Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр."
4. Полат Е.С., Петров А.Е., Аксенов Ю.В. Концепция дистанционного обучения на базе компьютерных телекоммуникаций в России. – Москва. – 20 с.
5. Полякова Т.М. и др. "Разработка обучающих

курсов в среде мультимедиа". Материалы 2-й и 3-й конференции по ДО. – М.: МЭСИ, 1997.

6. Тихомиров В.П. ДО: история, экономика, тенденции // Дистанционное обучение. – 1997. – № 2.
7. Amadco A. Distance education without high costs // Learning and leading with technology, 1995, Vol. 22, № 8.
8. InterEd, Inc., Phoenix, AZ, Edukational Technology By State.
9. U.S. Department of Edukation, National Centr for Edukation Statistics, Distance Education in Higher Education, NCES 98-062, by Lewis, Debbie Alexander, and Elizabeth Farms. Bernie Greene, project officer. Washington, DC: 1997.



УДК 614.253.52(71)

## УКРАЇНСЬКЕ МЕДСЕСТРИНСТВО ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕНЬ ПОВЕДІНКИ ПІКЛУВАННЯ

**Гейл Кастерлайн, Наталія Ліщенко**

*Університет Південної Кароліни Апстейт,  
Медсестринська школа імені Мері Блек  
Спартанбург, штат Південна Кароліна, США*

Починаючи з 2004 року медсестринська школа університету Південної Кароліни ефективно співпрацює у галузі медсестринства з Тернопільським державним медичним університетом імені І.Я. Горбачевського. Цей напрямок охоплює як освітні питання, так і дослідницький взаємообмін.

Автори статті були серед запрошених учасників щорічної медсестринської конференції, яка відбулася у червні 2008 року за участю більше ніж 150 адміністраторів як у галузі медсестринської освіти, так і практичної ланки медсестринства. Після закінчення конференції, авторам вдалося відвідати Тернопільську обласну клінічну та Тернопільську обласну дитячу лікарні, де вони були вражені зацікавленістю українських медсестер у нових тенденціях світового медсестринства. Як результат, дослідники вирішили провести опитування на предмет місця «піклування» у поведінковій характеристиці професійної діяльності медичних сестер. У пілотному добровільному дослідженні опитуванні 75 медичних сестер була використана шкала ефективності піклування (ШЕП), запропонована автором Коутс (1995,1997) (за дозволом автора шкала була перекладена українською мовою). Дана шкала використовується у США для оцінювання ефективності піклування медичних сестер у їх клінічній практиці.

Результати дослідження показали високі показники. Середнє значення ШЕП серед українських колег становив 4,89. Показник був близьким до даних, отриманих за результатами досліджень серед американських медичних сестер (4,9).

Робота, розпочата авторами, відкриває нові перспективи у дослідницькій галузі медсестринства та вказує на важливість міжнародних зв'язків у вивченні особливостей культури та природи піклування у медсестринстві. З іншого боку, дослідження такого напрямку є важливими ще й тому, що Україна стоїть на шляху реформування у медсестринстві, і досвід американських колег може стати в нагоді.

## NURSING IN UKRAINE FROM A SURVEY OF CARING BEHAVIORS

**Gayle L. Casterline, Nataliya Lishchenko**

*Mary Black School of Nursing  
University of South Carolina Upstate  
Spartanburg, SC, USA*

Since 2004, faculty of the school of nursing at the University of South Carolina Upstate has worked to develop an effective international link between its program and the nursing program at Ternopil State Medical University, Ukraine, including educational and research collaboration. The authors were invited to speak on Human Caring Science at the 3rd annual National Ukrainian Nursing Conference to more than 150 directors of nursing practice and curriculum in June 2008. Following the conference, the authors visited Ternopil Regional Municipal Hospital and Ternopil Children's Hospital. As a result of the

interest expressed by the nurses, the Caring Efficacy Scale (Coates, 1995, 1997) was translated with permission and used as a pilot survey on a volunteer sample of 75 nurses in clinical practice. Results indicated a high sense of efficacy in establishing caring relationships with patients in the Ukrainian nurses surveyed. The mean score of the CES was 4.89, which compares closely with Coates' original research results on staff nurses in the US ( $X = 4.9$ ). Presenters will discuss the cultural and political characteristics influencing Ukrainian nursing, as well as the importance of international research efforts in exploring the nature of caring behaviors as Ukrainian nursing education continues to reform.

**Introduction.** Globalization of a worldwide educational environment calls for the new ways of informational exchange and professional development. As one of the examples for such a new way in the professional collaboration is a Ukrainian/American cooperation between USC Upstate and Ternopil State Medical University (TSMU), which has been existed for more than five years now.

This international collaboration has resulted in a student and faculty exchange, a variety of scholarship activities, and the development of strong professional relationships between the two universities [1]. The importance of such an international connection is even more valuable because Ukrainian nursing education is undergoing a new wave of reform. The administration and faculty of the USC Upstate Mary Black School of Nursing have been role models for the Ukrainian Nursing School [2].

**Main part.** UKRAINIAN CONFERENCE ON "PHILOSOPHY IN NURSING"



Фото 1. Зліва направо: викладачі медсестринської школи імені Мері Блек д-р. Гейл Кастерлайн та Наталія Ліщенко поряд з пані Тетяною Чернишенко під час міжнародної конференції «Філософія медсестринства», що проводилася 5-го червня 2008 року в м. Тернополі (Україна).

**Вступ.** Глобалізація світового освітнього простору вимагає нового підходу до інформаційного обміну та формування професійних стосунків та взаємозв'язків. Зразком такого новітнього підходу може бути українсько-американська співпраця між університетом Південної Кароліни та Тернопільським державним медичним університетом, яка триває ось уже понад п'ять років.

За результатами міжнародної співпраці було втілено у життя цілу низку програм та проєктів. Зокрема, ефективними виявилися обміни студентами та викладачами, наукові симпозиуми, розпочаті дослідження та формування міцних професійних контактів між двома університетами [1]. Важливість таких міжнародних проєктів є особливою, тому що Українське медсестринство сьогодні знаходиться на шляху реформування, і американський університет та медсестринська школа зокрема відіграє чималу роль у ролі освітньої «моделі» зарубіжного медсестринства [2].

**Основна частина.** УКРАЇНСЬКА КОНФЕРЕНЦІЯ «ФІЛОСОФІЯ МЕДСЕСТРИНСТВА». У червні 2008 року автори даної статті були серед 150 запрошених делегатів та учасників щорічної конференції з медсестринства, що уже традиційно проводиться у м. Тернополі (фото 1). Серед присутніх було біля 150 учасників – адміністраторів освітньої галузі та практичного медсестринства.

Д-р. Гейл Кастерлайн презентувала присутнім свою доповідь на тему: «Мистецтво піклування». Теорія піклування була створена такими відомими теоретиками медсестринства, як д-р. Джін Ватсон [3], д-р. Ганна Бойкін [4] та д-р. Крістін Свансон [5].

Теорія піклування Джін Ватсон виникла як необхідність розкрити унікальність знань, практикування та цінностей такої дисципліни, як медсестринство. Суть медсестринства, згідно з теорією Ватсон, в основному полягає в тому, що, з одного боку, ця професія є доповненням традиційної медицини, але з іншого – може розглядатися як абсолютне протиріччя сучасним традиційним підходам

Dr. Casterline made a presentation on Caring Science as developed by three well-known nurse theorists, Dr. Jean Watson [3], Dr. Anne Boykin [4], and Dr. Kristin Swanson [5].

The authors of the article were invited to present at the Annual Ukrainian Nursing Conference in Ternopil in June 2008. Nearly 150 nursing school directors, hospital administrators, nurse managers and clinicians were present at the conference. Watson's theory of caring emerged to shed light on the unique knowledge, practice, and values of the discipline of nursing. The basic core of nursing, which complemented but stood in stark contrast to conventional medicine, is the philosophy and science of caring. The success of nursing in the new millennium will be its commitment to a covenantal ethic of human service and respect for the sacredness of life.

Both authors were impressed by the overwhelming response demonstrated by conference participants to the caring topic. Nurses from all parts of the Ukraine wanted to talk about their experiences with caring and to express how they identified closely with the theories that they had not necessarily been exposed to educationally but felt in their hearts.

Following the conference, the authors visited the Ternopil Regional Hospital and the Ternopil Children's Hospital. They were invited by hospital administrators and unit managers to tour the facilities and talk with groups of nurses about caring theory.

Coates' Caring Efficacy Scale (CES) was translated to Ukrainian with permission and distributed to the hospital nurses (N=75). The CES is a valid and reliable tool which identifies 30 caring behaviors using a Likert scale ranging from -3 to +3. Researchers have used the CES in the United States to quantify caring behaviors in medical-surgical nurses. According to Coates, this was the first time the tool had been used in Ukraine. The authors also asked volunteer Ukrainian nurse participants to indicate their age and years of nursing experience on the survey.

Seventy-five nurses agreed to participate in the survey. They ranged in age from 20 years to 60 years, with an average of 35 years. Years of nursing experience ranged from 1-39 years, with an average of 16 years. The mean score on the survey was 4.89, indicating a high degree of efficacy in building relationships with patients. This compares with Coates' mean of 4.9 for medical-surgical nurses

у медицині. Саме ці протиріччя і охоплюються філософією та наукою піклування. Успіх медсестринства нового тисячоліття полягає в визнанні етичного підходу у медсестринському догляді та розумінні «унікальності» поняття людського життя.

Автори статті були щиро вражені надзвичайним інтересом з боку української аудиторії темою піклування, піднятою у доповіді. Медичні сестри з усіх частин України шукали нагоди поспілкуватися та поділитися своїм досвідом піклування. Багато колег вказували, що навіть не маючи теоретичного підґрунтя в теорії піклування, вони все ж застосовували піклування у своїй практиці. Бажання працювати саме так, а не інакше виходило з їх сердець.

Після закінчення конференції авторам вдалося відвідати Тернопільську обласну клінічну та Тернопільську обласну дитячу клінічну лікарні, де вони, завдяки доброзичливості організаторів, дістали нагоду побачити заклади та зустрітися й поспілкуватися з медичними сестрами на тему використання піклування у їх практиці.

З метою визначення ефективності спілкування методом опитування 75 медичних сестер авторами була обрана шкала ефективності піклування (ШЕП) д-ра Коутс (рис. 1). За дозволом п. Коутс шкала була перекладена авторами українською мовою. ШЕП є валідним та достовірним методом, який дає змогу ідентифікувати 30 поведінкових характеристик, що описують піклування. Кожна відповідь градуєвалася у межах від -3 до +3. Дослідники в США широко використовують даний підхід для кількісної характеристики піклування серед медичних сестер у клініці. За даними д-ра Коутс, дане застосування її методики здійснюється вперше в Україні.

Окрім питань, які містилися в опитувальнику, автори статті за бажанням респондентів прохали вказати їх вік та професійний досвід роботи медичними сестрами.

75 українських медичних сестер погодилися взяти участь в дослідженні. Усі учасники опитування у віковому аспекті розподілилися у вікових межах від 20 до 60 років, з середнім значенням у 35 років. Респонденти мали різну тривалість досвіду роботи медичними сестрами від одного до 39 років з середнім показником у 16 років.

Середнє значення за результатом ШЕП становило 4,89, що вказувало на високий рівень ефективності формування взаємостосунків з пацієнтами. Ці дані були близькими до результатів аме-

**Шкала ефективності піклування<sup>®</sup>**

Інструкція: Під час заповнення цієї форми згадайте ваш нещодавній досвід роботи з пацієнтами в умовах клініки. Округліть відповідь, яка найкраще описує ваш досвід.

Рейтингова шкала:      -3                      абсолютно незгідна      +1                      злегка згідна  
    -2                      посередньо незгідна      +2                      посередньо згідна  
    -1                      злегка незгідна              +3                      абсолютно згідна

		Абсолютно Незгідна			Абсолютно Згідна		
<b>1</b>	Я не впевнена в тому, що можу виразити свою турботу до пацієнтів	-3	-2	-1	+1	+2	+3
<b>2</b>	Якщо я не відчуваю, що маю контакт з пацієнтом, я намагаюся проаналізувати, що можливо зробити, щоби досягти такого контакту	-3	-2	-1	+1	+2	+3
<b>3</b>	Я відчуваю себе комфортно, коли я торкаюся своїх пацієнтів під час надання догляду	-3	-2	-1	+1	+2	+3

Рис 1. Зразок частини шкали ефективності піклування за Коутс, що використовувалася авторами дослідження.

and Amendolair's unpublished research in nurses in South Carolina of 4.84. Nurses in Ukraine appear to perceive similar confidence in their ability to connect in a caring way to their patients as nurses in the United States.

**Conclusions.** 1. Caring science continues to be a strong theoretical framework for nursing education and clinical nursing healthcare delivery.

2. International partnerships between the US and Ukraine strengthen and facilitate the development of quality global healthcare and provide a forum for sharing original scholarship and diverse forms of caring inquiry.

3. An International Caritas Consortium has been created by Dr. Watson to explore strategies for bringing caring science to life in academic and clinical practice settings throughout the world [3]. Participation in Caritas Consortium might be important for the professional development in Ukrainian Nursing.

риканських дослідників. Д-р. Коутс отримала показник 4,9 для клінічних медичних сестер, а Д. Амендолар за неопублікованими на сьогодні даними серед медичних сестер у штаті Південна Кароліна (США) повідомила про показник 4,84. Українські медичні сестри мають таку ж впевненість та уміння знаходити контакт зі своїми пацієнтами, використовуючи засоби піклування, як і американські медичні сестри.

**Висновки.** 1. Наука піклування продовжує відігравати потужну роль в медсестринській освіті та практиці.

2. Міжнародна співпраця між двома країнами – Україною та США дозволить зміцнити та сприяти покращанню якості охорони здоров'я у глобальному аспекті, а також започаткувати взаємообмін інформацією з наукових питань та збагатити дослідження теми піклування окрема.

3. Міжнародний консорціум «Карітас» був створений д-ром Ватсон для дослідження та вивчення стратегій, які б дозволили втілити науку піклування в академічні та практичні сторони медсестринства у всьому світі [3]. Автори статті щиро рекомендують українському медсестринству у майбутньому долучитися до цієї всесвітньої організації для поширення філософського підходу у медсестринській практиці.

REFERENCES

1. T. Chernyshenko, L. Kovalchuk, N. Lishchenko, and O. Usynska Prospective for the International Cooperation in Nursing Education In Nursing Education In Ukraine: From the Experience of Ternopil State Medical University Institute of Nursing, Nursing, vol 2, pp. 5-9, 2007.
2. V. Martsenyuk, N. Lishchenko, A. Prokopchuk et al. Nursing Education in the University of South Carolina Upstate. Ukrmedkniga, Ternopil, Ukraine, pp. 31-250, 2006.
3. J. Watson. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Boulder CO: University Press of Colorado. 2008.
4. A. Boykin, S. Schoenhofter. Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice. Boston: Jones and Bartlett. 2001.
5. K. Swanson. What is Known about Caring in Nursing Research. In A.S. Hinshar, S. Feetham, J. Sharer, eds., Handbook of Clinical Research. Thousand Oaks, CA: Sage. 1999.

ЛІТЕРАТУРА

1. Чернишенко Т.І., Ковальчук Л.Я., Ліщенко Н.О., Усинська О.С. Перспективи міжнародної співпраці в медсестринській освіті в Україні: з досвіду інституту медсестринства ТДМУ // Медсестринство.-2007.- №2.- с.5-9.
2. Марценюк В.П., Ліщенко Н.О., Прокопчук А.І. та ін. Медсестринська освіта в Університеті Південної Кароліни Апстейт – Тернопіль: Укрмедкнига, 2006.
3. J. Watson. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Boulder CO: University Press of Colorado. 2008.
4. A. Boykin, S. Schoenhofter. Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice. Boston: Jones and Bartlett. 2001.
5. K. Swanson. What is Known about Caring in Nursing Research. In A.S. Hinshar, S. Feetham, J. Sharer, eds., Handbook of Clinical Research. Thousand Oaks, CA: Sage. 1999.

УДК 61:37.035.3

**САМОВИХОВАННЯ У ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ МЕДСЕСТЕР****Н.А. Бількевич, С.М. Андрейчин, Т.Ю. Чернець, Б.Г. Бугай, Н.А. Хабарова,  
Н.З. Ярема, Н.Я. Верещагіна, М.М. Руда, В.В. Василюк, І.М. Бутвин***Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

Підготовка і професійна надійність середнього медичного персоналу значною мірою залежать від якості знань та вмінь, здобутих під час навчання, проте значну роль відіграє виховання і самовиховання професійно значимих якостей студентів. У статті обговорюється необхідність розкриття творчого потенціалу майбутніх медсестер як необхідної умови самовдосконалення. Наведено досвід кафедри пропедевтики внутрішньої медицини у вирішенні цього питання шляхом застосування психологічного опитування.

**SELF-EDUCATION IN PROFESSIONAL PREPARATION OF FUTURE NURSES****N.A. Bilkevych, S.M. Andreichyn, T.Yu. Chernets, B.H. Buhai, N.A. Khabarova,  
N.Z. Yarema, N.Ya. Vereshchahina, M.M. Ruda, V.V. Vasylyuk, I.M. Butvyn***Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky*

Preparation and professional reliability of middle medical personnel depends on knowledge and skills, obtained during studies, however elaboration of professionally meaningful qualities is also important. The necessity to open the creative potential of future nurses for their self-perfection is discussed in the article. The experience of Internal Diseases Propedeutics Department in solving of this problem by psychological questioning is presented.

*Ми, люди, в загальному дуже "товстошкірі". Тому сила зовнішнього впливу не завжди буває достатньою, щоб пробитися крізь цю перепону з відповідною ефективністю. Інша справа ми самі. Тобто керування нами зсередини нас через зовнішню активацію внутрішнього нашого начала. При такому підході затрати на подолання мінімальні, швидкість реагування величезна, ефект — миттєвий.*

П. Таранов. "Секрети поведення людей".

**Вступ.** Бурхливий розвиток науково-технічного прогресу, процеси глобалізації та інтеграція України у світовий освітній простір ставлять на сьогодні високі вимоги до якісної підготовки і професійної надійності фахівців у всіх галузях медицини, зокрема й середнього медичного персоналу. У зв'язку з цим виникає необхідність запровадження нових методів навчання, підходів

до рівня знань та навичок, особистісних і професійних компетентностей випускників [1, 2]. Традиційно навчальний процес у медичних навчальних закладах десятиліттями орієнтований на уніфікацію, приведення рівня знань та професійної підготовки студентів до певного стандарту. Безперечно, це є актуальним і необхідним на сьогодні. В освітню практику в Україні широко впроваджуються міжнародні стандарти якості освіти та професійної підготовки випускників. Акцент при цьому ставлять на опануванні відповідним рівнем теоретичних знань, практичних навичок та вмінь.

© Н.А. Бількевич, С.М. Андрейчин, Т.Ю. Чернець,  
Б.Г. Бугай, Н.А. Хабарова, Н.З. Ярема, Н.Я. Верещагіна,  
М.М. Руда, В.В. Василюк, І.М. Бутвин, 2009

На ринку праці конкурентноспроможними будуть ті випускники, які володіють не лише певним трудовим ресурсом, але й перспективним трудовим потенціалом, здатні до самовдосконалення та самореалізації. Отримавши диплом спеціаліста, майбутня медична сестра повинна ефективно пройти період професійної адаптації. Необхідною умовою для цього є хороша професійна підготовка. Але крім теоретичних знань і практичних вмінь медичній сестрі потрібно володіти рядом професійних та особистісних якостей, необхідних в майбутній діяльності. В той же час їх вихованню приділяють менше уваги.

**Основна частина.** Вимоги до професійної підготовки середнього медичного персоналу в умовах сьогодення значно зросли: розширилось коло його обов'язків, до якого тепер входять ряд лікарських маніпуляцій, незалежних втручань, що вимагає певної самостійності, відповідальності й акуратності в роботі. Медичній сестрі слід розвивати інтелектуальні здібності, клінічне мислення, здатність швидко й адекватно діяти у невідкладних ситуаціях, орієнтуватись у потоці наукової інформації, бути спроможною безперервно засвоювати, поглиблювати й застосовувати нові знання. Серед професійних якостей, необхідних середньому медичному персоналу, важливими є компетентність та сумлінність, чесність та порядність, етичність (вихованість, почуття емпатії, доброзичливість, терпимість та повага, витриманість та тактовність); а також ділова спрямованість (ставлення до роботи, стиль поведінки, діловитість, оперативність); загальна культура (творчі вміння, культура спілкування), володіння комплексом якостей лідера, організатора, менеджера, психолога, педагога [2, 3, 4].

Успішна практична діяльність медичної сестри можлива за умов відповідності між вимогами, що пред'являються професією, та її особистісними якостями. Тому завданням як викладача, так і навчального закладу перед майбутніми фахівцями-медсестрами є створення такої системи навчання, яка сприяла б розвитку у студентів професійно значимих якостей. Зі слів міністра охорони здоров'я: "Проблема введення інноваційних форм і методів організації навчального процесу має бути розв'язана через запровадження у вищій освіті особистісно-орієнтованого підходу до студента, технологій саморегулювання навчання та розвивальних технологій професійної освіти" [1]. Максимально важливий результат

фахової підготовки може бути досягнутий за умов, коли студент усвідомить потребу в знаннях, необхідних в майбутній професійній діяльності, і буде виступати організатором власної професійної підготовки, розвивати вміння ставити цілі і добиватися їх [5, 6, 7]. Це, у свою чергу, робить актуальним питання цілком конкретної, аргументованої його мотивації до опанування знань і вмінь, самовдосконалення. Особистісно-орієнтований підхід до підготовки студента сприяє формуванню іншого способу мислення, інтелекту, міжособових відносин.

Професійна самосвідомість студента повинна розвиватися в процесі навчання згідно із наступними принципами [2]:

*Принцип спорідненої діяльності* – наявність психофізіологічних особливостей, необхідних для визначення майбутньої професійної спрямованості особи.

*Принцип цілісності* передбачає формування професійної самосвідомості на основі єдності біологічного, психологічного, соціального і духовного розвитку особистості. Професійна функція викладача полягає в тому, щоб побачити індивідуальність студента, зуміти довести це до його свідомості і таким чином вплинути на формування його професійної самосвідомості.

*Принцип діяльного підходу* означає, що важливим у формуванні професійної самосвідомості особи є практичний досвід.

*Принцип особово-орієнтованого підходу* до професійного становлення ґрунтується на увазі викладача до особи студента, до його внутрішнього світу.

Як же конкретно здійснювати індивідуальний підхід до майбутніх медсестер, скеровувати їх в процесі оцінки та вдосконалення рис своєї особистості? В цьому контексті більш розробленим є напрямок духовного розвитку студентів, проте не можна забувати й про психологічний та соціальний напрямки виховання.

Викладач повинен володіти психологічними навичками, щоб оцінити особистість студента й направляти його в процесі самовиховання. Розвиток сучасної психології довів, що існують чіткі й цілком конкретні індивідуальні властивості кожної людини, закладені від народження. Їх можна визначити за допомогою методів тестування, опитування, інтерв'ю тощо [8].

Карлом Юнгом було показано, що мислення і поведінка людини безпосередньо залежать від

структури її психіки. Він визначив 16 основних типів людей, які об'єднуються за спільністю психічних характеристик. Кожен тип володіє стійким набором спільних властивостей, способом сприйняття світу, реагування, дії (у схожих умовах). Ці спільні властивості об'єднують у чотири основних психічних функції: логіка, етика, сенсорика й інтуїція. Слід зазначити, що вищевказані поняття не зовсім співпадають із традиційними визначеннями. Стосовно психологічних функцій вони означають наступне:

*Логіка* – це здатність визначати стосунки між об'єктами, логічні зв'язки, а також усвідомлювати якості матеріальних предметів (твердість, м'якість, вага тощо), здійснювати над цими об'єктами певні дії.

Поняття "етика" в даному контексті виражає спроможність відчувати емоції людей, стосунки між ними, ставлення до себе, відрізнити дійсні відчуття від награних.

*Сенсорика* – це здатність сприймати світ через звуки, кольори, запахи тощо.

Під *інтуїцією* розуміють відчуття часу, сприятливого моменту, потенційних можливостей.

У різних психічних типів більшою мірою виражена одна з двох функцій: логіка або етика, сенсорика або інтуїція. Крім того, виділяють такі психічні властивості як раціональність або ірраціональність, інтроверсію або екстраверсію; у цих парах теж одна ознака виражена завжди більше, інша – менше.

У кожному з 16-ти психотипів усі названі функції та властивості комбіновані по-різному і виражені неоднаково, і саме цими факторами значною мірою визначаються індивідуальні риси людини. Слід наголосити, що комбінація психічних функцій – це психологічна основа особистості, в процесі життєдіяльності вони можуть розвиватись або деградувати [8].

Слід зауважити, що психічними функціями не вичерпуються індивідуальні особливості людини. Високі моральні принципи, етичні норми, все, що визначає поняття духовності, прищеплюється нам вихованням і становить окремий напрямок педагогічної діяльності. Психотип людини – це тип психічної конституції, на основі якого в процесі виховання вибудовуються індивідуальні риси особистості – інтелект, духовність тощо. Тип конституції змінити неможливо, але в його межах ми здатні вдосконалюватись завдяки вихованню і самовихованню. Людина, яка реально оцінює особ-

ливості своєї психіки, здатна розвивати свої психічні функції і таким чином самовдосконалюватись.

Численні спостереження привели до висновку, що у кожній особі найкраще розвинені лише дві з основних психічних функцій і вони загалом визначають характер мислення та поведінки. За тією функцією, яку називають першою, світ сприймається найбільш повно і адекватно, але при необхідності діяти вона активується лише для важливих справ. Першу функцію ще називають програмною, оскільки вона ніби програмує психіку у певному напрямку. Саме в ній сконцентрований головний життєвий стрижень людини. Так звана друга (творча) функція є активнішою, контактнішою і гнучкішою, здатною до дії в першому-ліпшому випадку, без вагань. Програмною функцією світ найповніше сприймається, а творчою – людина найактивніше впливає на світ; обидві функції складають основний творчий потенціал, що необхідно усвідомлювати кожному професіоналу, оскільки саме за цими функціями людина прагне реалізувати свою життєву програму і в цьому напрямку здатна досягнути значного успіху. У раціональних типів "першими" є раціональні функції (логіка або етика), у ірраціональних – ірраціональні функції (сенсорика або інтуїція).

Отже, у самопізнанні та самовихованні студентів відповідно до вимог професії важливим є усвідомлення вже під час навчання своїх сильних (програмної та творчої) функцій та їх розвитку. Такий шлях веде до розкриття та реалізації потенційних можливостей студентів, виховання творчих і конкурентноспроможних спеціалістів.

Ряд кроків для реалізації вищеобговорюваних принципів здійснюється викладачами кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського. На кафедрі навчаються студенти усіх курсів ННІ медсестринства денної та вечірньої форм навчання, загалом їм викладають більше 20 предметів. Оскільки у професійній діяльності медсестер значне місце займає спілкування з хворими, викладачі приділяють значну увагу детальному відпрацюванню деонтологічних аспектів роботи з пацієнтами. На практичних заняттях студенти відпрацьовують комунікативні навички, зібрані в інструкції, виданій видавництвом нашого університету. При вивченні навчальних дисциплін студентами-бакалаврами велику увагу приділяємо обстеженню хворих, вирішенню ситуаційних завдань, розбору клінічних



випадків, що сприяє розвитку у них клінічного мислення.

З метою визначення потенціальних можливостей студентів на кафедрі розпочали тестування з використанням опитувальників, направлених на визначення психотипу людини [8]. При проведенні опитування були приємно здивовані великим інтересом, який проявили до нього студенти. Це вказує на реальне існування у них потреби в грамотному керівництві процесом самопізнання. У той же час, значна кількість опитаних (приблизно 15 %) не могли точно визначитись в тому, які з парних психічних функцій у них є домінуючими. Чи свідчить це про те, що дані студенти погано себе знають? Відповідь на це та інші запитання сподіваємось отримати при подальших дос-

лідженнях. У перспективі вбачаємо необхідним тестування різних методів визначення психотипу. Наступним кроком буде впровадження в початковий процес технологій, направлених на гармонійний розвиток професійно значимих особистих рис студентів.

**Висновки.** Впровадження у навчальний процес студентів – майбутніх медсестер технологій, направлених розвиток їх індивідуальних якостей, є перспективним напрямком у їх професійній підготовці. Важливим питанням, яке вимагає подальшої розробки, є оцінка психологічних особливостей особистості, їх усвідомлення студентом та самовдосконалення. Це розкриє творчий потенціал кожного студента, а також допоможе зробити більш конкретною їх мотивацію до навчання.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Управління особистісно-орієнтованою професійною підготовкою фахівців медичного профілю / О.М. Гуменюк, С.Б. Цюра, Н.Є. Косован, У.П. Вєсклярова // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 77-78.
2. Чернишенко Г.І., Галіяш Н.Б., Рєвчук Н.В. Застосування інноваційних методик в медсестринській освіті // Медсестринство. – 2008. – № 2. – С. 6-8.
3. Бразолій Л.П. Професійна підготовка та діяльність медичної сестри загальної практики в умовах реформування охорони здоров'я // Медична освіта. – 2007. – № 4. – С. 24-28.
4. Литвиненко В.І., Подтикан І.В. Керівництво і медсестринство: імідж управління процесом // Медсестринство. – 2008. – № 2. – С. 22-24.
5. Звіт про наукову роботу Казанського державного університету. [www.ksu.ru/infres/nikolaev/2001/gl2\\_2\\_1.htm](http://www.ksu.ru/infres/nikolaev/2001/gl2_2_1.htm) - 15k
6. Врублевська С.В. Інноваційні процеси у системі освіти // Медична освіта. – 2007. – № 1. – С. 42-48.
7. Філімонов В.І., Гончарова Н.Г., Бєссараб Г.І. Інновації в навчальному процесі кафедри нормальної фізіології // Медична освіта. – 2008. – № 4. – С. 20-22.
8. Каганець І. В. Психологічні аспекти в менеджменті: типологія Юнга, соціоніка, психоінформатика. – Київ – Тернопіль: Мандрівець, 1997. – 204 с.

УДК 614.253.52

## МЕТОДОЛОГІЯ ЗАСТОСУВАННЯ АЛГОРИТМІВ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНЬОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

**Р.О. Сабадишин, О.В. Маркович, В.О. Рижковський**

*Рівненський державний базовий медичний коледж*

У статті показана методологія застосування різних типів алгоритмів при підготовці майбутньої медичної сестри. Висвітлена проблема алгоритмізації практичного навчання та її значення. Вказується на дієвість алгоритмізації у фаховій підготовці медичної сестри як сучасного науково-обгрунтованого методу.

## THE METHODOLOGY OF USING ALGORITHMS IN PREPARING THE FUTURE MEDICAL NURSE

**R.O. Sabydyshin, O.V. Marcovich, V.O. Ryzhkovski**

*Rivne State Basic Medical College*

The article reveals the methodology of using different types of algorithms in preparing the future medical nurse. It shows the problem of algorithm's using at practical training and its meaning. The attention is paid to the effectiveness of algorithm's using as modern scientifically well-founded method.

**Вступ.** Алгоритм є одним із видів загальних методів діяльності. Розвинувшись у математиці та проникаючи в різні ділянки науки, поняття алгоритму стало поступово наповнюватись новим змістом, і сьогодні ми спостерігаємо, як поширюється прагнення впровадити алгоритмічний спосіб в різні сфери діяльності людей, включаючи і підготовку майбутніх медичних сестер [1, 4, 8]. Метою роботи стало вивчення різних типів алгоритмів, які можуть застосовуватись в професійній підготовці майбутніх медсестер.

**Основна частина.** Алгоритм – це скінченна послідовність інструкцій (команд), які потрібно виконати над початковими даними для отримання результату. Кожна команда алгоритму містить точний опис деякої елементарної дії (операції). При формуванні професійних умінь алгоритм – це точне розпорядження про виконання у встановленому порядку системи операцій, що веде до вирішення всіх подібних завдань певного типу [3]. Дуже часто в практичній діяльності необхідно вірно виконувати навчитися дію, оскільки по-

рушення етапності може призвести до виготовлення неякісного продукту, ускладнень, нещасного випадку, до неможливості виконати поставлену задачу в цілому [7].

Застосування алгоритмів є одним з прогресивних напрямків підготовки медсестер [6], а їх використання на практичних заняттях не суперечить нозологічному підходу, а доповнює його, сприяючи кращому засвоєнню матеріалу [2]. Формування будь-якої практичної навички є для студента складним пошуком раціональної багатокomпонентної структури дії. Якщо відпрацювання практичних навичок вивчати без застосування алгоритмів, то це забирає багато додаткового часу, сил і енергії, тому на вирішення завдань творчого характеру не вистачає часу [5, с. 146]. Іншими словами, практичне заняття, на якому вивчаються і відпрацьовуються незнайомі навички і вміння, без застосування професійних алгоритмів є малопродуктивним і неефективним.

На основі аналізу літератури [5, 9, 10] і власного досвіду роботи, ми пропонуємо до уваги наступну класифікацію алгоритмів, яку можна застосовувати при професійній підготовці майбутніх

© Р.О. Сабадишин, О.В. Маркович, В.О. Рижковський, 2009

медичних сестер: 1) алгоритми дії (конкретні алгоритми): а) прості алгоритми, або алгоритми простої дії (практичної навички); б) складний алгоритм, або алгоритм складної дії (алгоритм складної практичної навички); 2) алгоритми загальної діяльності (алгоритми пошуку): а) комбіновані алгоритми, або алгоритми комбінованої діяльності; б) комплексні алгоритми, або алгоритми комплексної діяльності. Під алгоритмами простої дії слід розуміти описання однієї практичної навички, згідно з якою відбувається реалізація кінцевого результату. Виконуючи алгоритм простої дії можна здійснити лише окремий елемент, чи дію більш складного процесу (виробу). Алгоритм складної дії направлений на виконання такого технологічного процесу або виробу, до складу якого входить виконання певної кількості окремих елементів, кожен з яких можна описати і відповідно здійснити окремо, тобто за допомогою простих алгоритмів. Зрозуміло, що виконання кожного алгоритму складної дії має свої етапи, а виконання окремих елементів складного алгоритму планується за своєю діяльністю. Подавати складний алгоритм можна в скороченій і розгорнутій формі. Під скороченим описанням складного алгоритму розуміємо етапи його виконання з раніше приготовлених елементів. У розгорнутій формі алгоритм складної дії подається у вигляді повного технологічного процесу виконання завдання з усіма його складовими елементами. Наприклад, при вивченні хірургічних захворювань, описуючи виконання універсального укладання матеріалу в бікс в алгоритмічній формі, можна подати дану дію у формі укладки вже раніше приготовленого матеріалу – марлевих кульок, серветок, тампонів, халатів, простиррадл тощо в бікс. Але приготування кожного перерахованого матеріалу також можна і необхідно подати в алгоритмічній послідовності виконання, оскільки в цих простих маніпуляціях є етапи діяльності. Зрозуміло, що розгорнуте описання з наступним виконанням складної практичної навички буває досить об'ємним. Під алгоритмами загальної діяльності, або алгоритмами пошуку, слід розуміти поетапне виконання складних видів діяльності. Згадуючи класифікацію практичних навичок і вмій можна констатувати, що розв'язання і виконання загальних алгоритмів є не що інше як вирішення оперативних і стратегічних задач. Ми поділили загальні алгоритми на комбіновані і комплексні. Під комбінованими

алгоритмами слід розуміти поетапне виконання необхідних простих чи складних дій різного направлення в межах вивчення одного розділу або однієї дисципліни. Найбільш узагальненою формою професійних алгоритмів є алгоритми комплексної діяльності, виконання яких може потребувати всіх знань, навичок і вмій, отриманих студентом за всіма предметами, передбаченими спеціальністю.

У процесі професійного навчання майбутніх медсестер спочатку вивчаються теми з конкретними алгоритмами, а з часом розглядаються технологічні процеси пов'язані із розв'язанням загальних алгоритмів. В зв'язку з цим, в процесі навчання з використанням алгоритмів ми виділяємо такі етапи алгоритмізації практичної підготовки: I етап – при вивченні загальних тем предмета майбутні медсестри відпрацьовують алгоритми виконання окремих дій, тобто таким чином формуються операційні знання і вміння; II етап – при вивченні спеціальних тем предмета, коли створюється принципова схема практичної підготовки, розробляються загальні алгоритми для вивчення типових завдань; III етап – при вивченні основ спеціальності студент, під контролем викладача, відпрацьовує і виконує загальні алгоритми виконання технологічного процесу, переводячи його в суму конкретних простих алгоритмів, або, іншими словами, у фахові навички і вміння.

Проаналізуємо, яким чином можна застосовувати алгоритми в навчальному процесі. Їх можна застосувати в наступних варіантах: для вивчення змісту професійної діяльності; для систематизації й узагальнення окремих операцій і технологічних процесів у цілому; для контролю професійних навичок і вмій. В першому випадку, для вивчення або після вивчення відповідної теми, викладачами складаються алгоритми виконання кожної практичної навички – алгоритми дії. Студенти переносять описання алгоритмічного виконання кожної дії в свої щоденники, і, опираючись на них, відпрацьовують професійну майстерність під наглядом викладача або самостійно. Другий варіант застосування алгоритмів передбачає побудову алгоритмів технологічного процесу (операцій) після того як студентами засвоєні його складові, тобто окремі навички, прийоми, дії. Для контролю якості виконання навичок і вмій алгоритмічне описання їх виконання може використовуватись в наступних випадках: 1) при опитуванні студента викладачем, з метою пока-

зу помилки або помилок на тому чи іншому етапі виконання дії; 2) під час складання виробничої і переддипломної практики, перевідних і державних іспитів – з метою ознайомлення членів екзаменаційної комісії з правильною методикою виконання дії, а також з метою перевірки якості виконання дії студентом. При конфліктній ситуації можна чітко визначити, на

яких етапах спостерігались помилки і вплив їх на кінцевий результат.

**Висновок.** Застосування алгоритмів в професійній підготовці майбутніх медсестер дозволяє керувати процесом засвоєння знань і оцінювання, сприяє правильному формуванню навичок та вмінь – основі основ фахової майстерності і кваліфікації.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Андреева О.В. Применение некоторых активных методов обучения в преподавании сестринского дела / О. В. Андреева // Медицинская помощь. – 1996. – № 7. – С. 25.
2. Бойчук А. В. Використання навчальних алгоритмів для підвищення ефективності проведення практичних занять з акушерства та гінекології з лікарями інтернами / А. В. Бойчук, Н. М. Олійник, В. С. Гута та ін. // Медична освіта. – 2001. – № 4. – С. 25 – 26.
3. Веретено Т. Г. Загальна педагогіка: навч. посіб. / Т. Г. Веретено – К.: Професіонал, 2004. – С.77.
4. Ковальчук О. Л. Медсестринство в хірургії: посібник з практичних занять / О. Л. Ковальчук, Р. О. Сабадишин, О. В. Маркович. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 480 с.
5. Ланда Л. Н. Алгоритмизация в обучении / Л. Н. Ланда – М.: «Просвещение», 1966. – 523 с.
6. Маркович О.В. Формування професійних умінь майбутніх медичних сестер хірургічного профілю за-

собами алгоритмізації: Автореф. дис. ... на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук. – Київ. – 2008. – 20 с.

7. Маркович О. В. Загальні поняття про алгоритми. Приклади загальних і розгорнутих алгоритмів по розділу «Відкриті переломи»: метод. рек. / О.В. Маркович. – Рівне: Рівненський державний медичний коледж, 2006 – 43 с.

8. Сабадишин Р.О., Рижковський В.О., Маркович О.В. Підготовка медичних сестер при алгоритмізації практичного навчання / Сабадишин Р.О., Рижковський В.О., Маркович О.В. // Магістр медсестринства. – 2008. – №1. – С. 43-45.

9. Скакун В.А. Преподавание специальных и общетехнических предметов в училищах профтехобразования / В. А. Скакун. – М.: Высшая школа, 1976. – 280 с.

10. Чебышева В. В. Психология трудового обучения / В. В. Чебышева. – М.: Высшая школа, 1983. – 379 с.

УДК 614.25//74.56

## СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО ОРГАНІЗАЦІЇ НЕПЕРЕРВНОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

Н.Ф. Новосьолова

*Білоцерківський медичний коледж*

---

У статті проаналізовано стан неперервної медсестринської освіти в Україні, висвітлено основні проблеми та розкрито суть системного підходу до її організації.

---

## SYSTEMIC APPROACH TO THE ORGANIZATION OF UNINTERRUPTED NURSING EDUCATION

N. Novosyolova

*Bila Tserkva Medical College*

---

The article deals with the state of uninterrupted education nurses in Ukraine, it describes the basic problems, the essence of the systemic approach to its organization is reviews.

---

**Вступ.** Якість медико-санітарної допомоги значною мірою залежить від готовності медичних працівників продовжувати навчання і підвищення своєї кваліфікації протягом усього життя. На удосконалення національних систем безперервної освіти медичних сестер були спрямовані численні заходи і рішення, серед яких Мюнхенська декларація міністрів охорони здоров'я європейських країн (2000 р.), резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (ВНА 54.12; 2001 р.) та Стратегічні напрями діяльності ВООЗ «Зміцнення сестринських і акушерських служб на 2002-2008 рр.» [7, 13]. Результати досліджень, проведених у 70-80-х роках минулого століття радянськими науковцями, а також висновки експертів ВООЗ вказували на значні недоліки у організації післядипломної освіти медичних сестер, зокрема, на відсутність достатньої кількості закладів післядипломної освіти, незадовільну матеріально-технічну базу та недостатню кваліфікацію викладацького складу діючих закладів, неефективність застарілих форм і методів навчання [1, 5 – 8, 10]. Система неперервної освіти медичних сестер східноєвропейських країн, у тому числі й

України, систематично визнавалася такою, що не відповідає критеріям ВООЗ, оскільки не забезпечує можливості неперервного навчання відповідно до потреб конкретних медичних сестер та закладів охорони здоров'я [9, 11 – 16]. Протягом останніх десятиліть вітчизняна система післядипломної освіти молодших медичних спеціалістів зіткнулася з новими труднощами, пов'язаними з упровадженням інновацій у сестринській справі. Основні зусилля були спрямовані на розбудову багатоступеневої сестринської освіти. У той же час, проблема удосконалення неперервної освіти сестринського персоналу науковцями не вивчалася. Програмою розвитку медсестринства України до 2010 року передбачено реформування лише окремих елементів післядипломної освіти, що не може забезпечити її реального оновлення [1].

Використання методології системного підходу для аналізу стану будь-якої системи дає можливість запропонувати варіанти вирішення її проблем з урахуванням удосконалення організації її окремих елементів на усіх рівнях управління у нерозривному зв'язку із зовнішнім середовищем. Системне бачення необхідних змін у організації неперервної освіти медичних сестер пропонується у даній роботі.

**Основна частина.** Своєю появою і розвитком концепція безперервної освіти завдячує міжнародному співробітництву в рамках ЮНЕСКО. Ще у 1975 році було визнано, що жодна освітня система, якою б високою не була її якість, не може гарантувати збереження компетентності випускника, оскільки тривалий характер професійної діяльності робить необхідним постійне оновлення та переоцінку знань. Основним засобом досягнення професійної компетентності медичних сестер визнано обов'язкове неперервне удосконалення. За визначенням ВООЗ, безперервна освіта – це навчання, яке здійснюється з метою підвищення компетенції працівників галузі охорони здоров'я після завершення базового курсу підготовки з конкретної спеціальності [9]. Вважається, що термін «безперервна освіта» має декілька близьких за змістом значень – неперервна, перманентна, протягом усього життя, післядипломна, освіта дорослих – оскільки йдеться про різні моделі і форми перепідготовки, підвищення кваліфікації і культурного рівня осіб, які мають базовий рівень професійної освіти. Проектом Закону України «Про післядипломну освіту» пропонується використання поняття «неперервна освіта». Існуюча невизначеність термінів «неперервна освіта» та «післядипломна освіта», невідповідність європейським стандартам освітньо-кваліфікаційних рівнів професійної та академічних ступенів вищої освіти заважає її чіткій структуризації та змістовній наповненості, допускає певну плутанину та підміну понять. На нашу думку, неперервна освіта не може обмежуватися тим періодом, який починається після отримання диплому. По суті, неперервна освіта спеціаліста повинна починатися з перших кроків опанування професії і продовжуватися протягом усієї професійної діяльності.

Попри затяжні кризові явища останніх десятиліть в Україні зросли обсяги післядипломного навчання медичних сестер, збереглися гарантії держави на отримання післядипломної освіти кожні 5 років. Розвивалася мережа закладів післядипломної освіти державної та комунальної форм власності. Медичні училища/відділення підвищення кваліфікації були акредитовані та пройшли ліцензування. У той же час, запланована на 2005-2007 роки реорганізація постійно діючих курсів підвищення кваліфікації молодших медичних (фармацевтичних) спеціалістів у центри післядипломної освіти не проведена [1]. Як і

раніше, постійно діючі курси підвищення кваліфікації не мають власних ресурсів для здійснення освітньої діяльності, організують навчання переважно на базах лікувально-профілактичних закладів області. Залишається невирішеною кадровою проблемою: організацією та викладанням у процесі післядипломної медсестринської освіти зайняті переважно лікарі, які не мають диплому медичної сестри та спеціальної педагогічної підготовки, а нерідко і педагогічного досвіду. За роки незалежності не створено умов для розбудови приватних освітніх закладів післядипломної підготовки медичних сестер, які могли б створити конкуренцію діючим закладам, надаючи замовникам право вибору організаційних форм навчання та потрібних їм освітніх програм. Поки що не створена система післядипломної підготовки медичних сестер з вищою освітою.

Потребує удосконалення методологія визначення потреб у різних видах, послідовності та термінах проведення післядипломної підготовки. Недопустимою є практика прийняття визначальних рішень щодо розвитку медсестринства представниками інших спеціальностей, будь то лікарі чи педагоги найвищого рівня кваліфікації [7, 9, 10, 11, 14]. Єдино можливим шляхом є розробка і ухвалення стандартів медсестринської практики та медсестринської освіти на основі наукових досліджень за участю представників ВНЗ, сестринських служб ЛПУ та асоціації медичних сестер [7, 13, 15, 16].

Основними видами навчання в системі післядипломної підготовки сестринського персоналу залишається спеціалізація та підвищення кваліфікації (переважно загальне удосконалення). Курси підвищення кваліфікації переважно здійснюються з відривом від виробництва, що потребує значних фінансових витрат лікувально-профілактичних установ і самих слухачів. Запроваджена в окремих закладах очно-заочна форма навчання молодших медичних спеціалістів не здатна забезпечити необхідну якість підготовки слухачів через відсутність сучасної матеріально-технічної, організаційної, методичної та інформаційної бази. Не функціонують відомі в усьому світі «відкриті університети», центри дистанційного навчання, не практикуються виїзні цикли підвищення кваліфікації та інші ефективні організаційні форми. Домінуючим методом викладання залишається передача застарілої інформації на лекційних та практичних заняттях [10, 14]. Неперервне навчан-

ня повинно забезпечити кожній медичній сестрі розвиток не тільки знань і умінь, але і відносин та поведінки відповідно до сучасних і майбутніх потреб пацієнтів. У навчальному процесі повинні використовуватися інтерактивні технології та активні методи: рольові та імітаційні ігри, ситуаційні, у тому числі динамічні задачі, тренінги розвитку умінь та особистісних якостей, вправи на вироблення нових форм поведінки і ставлення до пацієнтів, тренінги комунікації.

Заслугує вивчення модель підвищення кваліфікації медичних сестер США та Канади, коли медичні сестри у міжсертифікаційний період вивчають самостійно обрані освітні програми, відвідують конференції, семінари, тренінги, готують доповіді і виступи, публікують статті у спеціалізованих виданнях, беруть участь у професійних конкурсах, розробці навчально-методичних матеріалів, стандартів чи технологій сестринської практики, у роботі шкіл для пацієнтів, працюють експертами з питань медсестринства тощо. Накопичені в процесі такої роботи бали враховуються під час повторної атестації чи сертифікації [2, 3, 4, 6].

З метою підвищення ефективності неперервної освіти медичних сестер керівники лікувально-профілактичних установ та сестринських служб повинні здійснювати систематичний контроль процесу та результатів діяльності кожної медичної сестри, виявляти основні помилки та недоліки в їхній роботі, розглядати потреби у різних формах навчання, планувати види та терміни навчання, контролювати якість виконання внутрішньолікарняних програм розвитку, мотивувати самоосвіту, оцінювати кінцеві результати опанування медичними сестрами тих чи інших освітніх програм підвищення кваліфікації у закладах післядипломної освіти, сприяти отриманню наступного освітньо-кваліфікаційного рівня та кар'єрному зростанню. Організація центру чи кабінету неперервної освіти сестринського персоналу та введення у штатний розпис ЛПУ посади медичної сестри-методиста дозволить налагодити процес контрольованого професійного розвитку медичних сестер шляхом наставництва, стажування, ротатції кадрів, проведення сестринських конференцій, науково-практичних семінарів, курсів інформації, тематичних чи проблемних занять, «круглих столів», заліків, професійних конкурсів та активної самоосвіти, а також удосконалити процес атестації медичних сестер. Велику роль у організації внутрішньолікарняних про-

грам неперервної освіти медичних сестер відіграє сучасне інформаційне забезпечення (ПК, навчальними програмами, нормативними документами, доступом до мережі Інтернет, вітчизняними та іноземними журналами з медсестринства).

**Висновки.** З метою удосконалення організації неперервної освіти медичних сестер необхідно запровадити системні зміни, а саме:

1. Розробку сучасної нормативної бази для створення системи неперервної освіти медичних сестер. Забезпечення діяльності робочої групи у складі представників ВНЗ, сестринських служб ЛПЗ, асоціації медичних сестер для розробки стандартів сестринської практики і сестринської освіти.

2. Перегляд та наукове обґрунтування методики визначення потреб у різних видах, організаційних формах і термінах проведення післядипломної освіти. Підтримку розвитку медсестринської науки.

3. Розбудову мережі навчальних закладів/ підрозділів післядипломної освіти, реорганізацію постійно діючих курсів підвищення кваліфікації у регіональні центри післядипломної освіти, організацію факультетів/інститутів підвищення кваліфікації медичних сестер з вищою освітою.

4. Створення умов та конкурентонеспроможного середовища для відкриття закладів післядипломної освіти медичних сестер приватної форми власності та запровадження дистанційних форм неперервної сестринської освіти.

5. Проведення акредитації та ліцензування закладів/ підрозділів післядипломної освіти медичних сестер.

6. Забезпечення закладів післядипломної освіти педагогічними кадрами медичних сестер з вищою освітою.

7. Запровадження моделі накопичення балів неперервної освіти як альтернативної традиційній системі післядипломної освіти медичних сестер.

8. Приведення процедури атестації сестринських кадрів до європейських стандартів. Забезпечення участі асоціації медичних сестер у розробці стандартів сестринської освіти, оцінці якості освітніх програм неперервної освіти медичних сестер та проведенні атестації сестринського персоналу.

9. Реорганізацію системи управління неперервною сестринською освітою на усіх рівнях. Забезпечення участі медичних сестер в управлінні сестринською освітою.

10. Організацію в ЛПУ центру/кабінету неперервної освіти сестринського персоналу, введення у штатний розпис посади медичної сестри-методиста з неперервної освіти та атестації медичних сестер. Створення програм внутрішньолікарняного розвитку медичних сестер.

11. Впровадження ефективних організаційних форм, інноваційних технологій, активних методів післядипломної освіти та сучасних принципів навчання дорослих людей.

#### ЛІТЕРАТУРА

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

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

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

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

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

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

7. Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения. Документы ВОЗ и международные проекты. – Выпуск 12. – ноябрь 2005г.

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

9. Непрерывное усовершенствование персонала здравоохранения / Отчет о совещании Рабочей груп-

пы. Дублин. 18-21 октября 1976 г. ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген. – 1978. – 40 с.

10. Непрерывное усовершенствование персонала здравоохранения в европейских странах / Отчет о совещании Рабочей группы. – ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген. – 1990. – С. 15-20.

11. Непрерывное усовершенствование сестринского и акушерского персонала. – ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген. – 1976 г.

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

13. Укрепление сестринских и акушерских служб. Стратегические направления на 2002-2008 гг. – ВОЗ. – 2002. – 49 с.

14. Whyte L. A. Community nursing for countries in transition. – ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген. – 2001. – 85 с.

15. M. Wallace. Стандарты Европейского союза для сестринского дела и акушерства: информация для стран-кандидатов для вступления. – ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген. – 2001.

16. J. Salvage, S. Heijnen. Сестринское обслуживание в Европе. Ресурс для улучшения здоровья. – ЕРБ ВОЗ. – 1997. – 278 с.



УДК 614.253:614.253.52

**ЕТИЧНІ ОСНОВИ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ****Т.С. Комшук***Ківерцівський медичний коледж*

У статті висвітлено важливу роль морально-етичних принципів, норм і цінностей у виконанні медичними сестрами своїх професійних обов'язків, непересічне значення етичних норм у стандартах якості роботи медичних сестер, а також гуманну функцію етичних норм у вирішенні проблем, пов'язаних з впровадженням сучасних наукових технологій у медсестринську практику.

**ETHICAL BACKGROUNDS OF NURSING****T.S. Komshuk***Kivertsi medical college*

The article represents an important role of moral - ethical principles, norms and values in fulfilling professional duties of trained nurses, unordinary value of ethical norms in quality standards of medical sisters' work, and also humane function of ethical norms in working out problems relating to introduction of modern scientific technologies in nursing practice.

**Вступ.** Світова громадськість у всі часи надавала морально-етичному фактору в медицині великого значення. Видатні представники медичної професії завжди наголошували на гуманній сутності медицини.

У ХХ столітті як самостійна професія сформувалася сестринська діяльність, яка має власні функціональні обов'язки, методики та засоби їх використання, які були закладені клятвою Флоренс Найтінгейл. Удосконалення існуючої системи сестринської освіти зумовило прийняття Із'їздом медичних сестер «Етичного кодексу медичної сестри України» (Чернівці, 1999 рік) як еталону сподівань морально-етичної поведінки медичної сестри, що має на меті забезпечити справедливий і відповідальний догляд за хворими, поважаючи незалежність і права пацієнта.

На сучасному етапі розробкою питань етики і моралі в медицині, зокрема в сестринстві, займаються О.М. Біловол (Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні), Т.І. Чернишенко (Програма розвитку медсестринства України 2005 – 2010 рр.), Москаленко В.Ф., Попов М.В. (Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми),

М.Б. Шегедин (Нова вітчизняна модель медсестринського процесу), В.В. Лойко (Філософія, суть та зміст сестринської справи), Ю.М. Лопухіна (Руководство по медицинской этике), П.С. Назар, Ю.Г. Віленьська (Основи медичної етики), О. Возіанов (Біологічна етика інвективи теоретиків і реалії життя), І. Шамов (От деонтологии к биомедицинской этике), А. Іванюшкін (Медицина ХХІ века: новые этические подходы).

Питання етичних основ сестринської справи знаходяться в центрі уваги наших колег з медичних училищ і коледжів, зокрема: Р.О. Сабадишин (Рівненський державний базовий медколедж, Т.В. Мищикова, Н.І. Богданова, Л.Г. Дьякова (Київський медичний коледж № 2 ім. П.І. Гаврося), З.С. Вернік, Т.А. Щадько (Макіївське медучилище) та інші.

Серед зарубіжних авторів цю проблему висвітлюють А. Кесарін, Л. Готліб, Н. Філі. Фундаментальною працею, яка визначила сутність та напрямки змін професійної підготовки медичної сестри, є дослідження доктора медичних наук Аллен Мойрі "Аналіз програм сестринської справи". Але проблеми етичних основ сестринської справи потребують ще більшої уваги в науковій медичній думці.

Об'єктом дослідження є педагогічні умови професійної підготовки медичних сестер у вищих на-

вчальних закладах України, а предметом – етичні засади викладання сестринської справи у ВНЗ України. Завдання дослідження: визначити основні етичні основи підготовки медичних сестер в Україні.

**Основна частина.** Під етикою розуміють науку про суть, закони виникнення, розвиток і функції моралі, про відносини між людьми і обов'язки, які випливають з цих відносин. Вперше термін «етика» застосував Аристотель, який розумів її як філософію моральної поведінки людей.

Медична етика вийшла з надр загальної етики й її слід розглядати як специфічний прояв загальної етики. Медична етика – це вчення про роль моральних засад у діяльності медичних працівників, про їх високогуманне ставлення до людини як необхідну умову успішного лікування хворого.

Охорона здоров'я і медицина мають дуже тісний зв'язок з моральністю та наскрізну етичну спрямованість. Недаремно у всіх нормативних документах, де наводяться вимоги до медичного працівника, вказуються його кваліфікаційні характеристики, на першому місці стоїть вимога дотримуватися норм медичної етики.

Свого часу Флоренс Найтінгейл писала, що медична «сестра повинна мати потрібну кваліфікацію: душевну – для розуміння пацієнтів, наукову – для розуміння хвороби, технічну – для догляду за пацієнтом». Тому найважливішими професійними навиками для медичної сестри мають стати уміння, бажання і здатність надати пацієнту психологічну підтримку і допомогу. Медична сестра майбутнього – це фахівець, який володіє навиками емпатії і асертивної поведінки, завжди проявляє доброзичливість і готовність співпереживати, здатна відстоювати свої права, не порушуючи прав інших.

Емпатія як прояв людяності притаманна не кожному. Емпатія – це дар Божий і він дається не всім людям відразу, іноді приходить з роками. Тому невирішеною на даний час залишається проблема професійного відбору, в основі якого має бути здатність (або нездатність) медсестри до емпатичної взаємодії з пацієнтом.

На наш погляд, існує ще одна проблема впровадження сестринського процесу – це уміння медсестри діагностувати проблеми пацієнта і допомагати йому у їх вирішенні. Така робота з пацієнтом потребує творчого підходу, логічного мислення, фундаментальних знань, багато часу і сил. Тому для надання пацієнту психічної енергії медична сестра повинна сама її мати. Якщо медсестра перебуває в стані хронічного дистресу

(тобто має невирішені проблеми), вона нездатна надавати допомогу іншій людині, бо сама потребує допомоги.

Тому з перших днів навчання з майбутніми медсестрами у коледжі проводяться заняття із розвитку навичок вирішення своїх приватних проблем. Не треба пояснювати, що слово може лікувати і завдавати шкоди. Не всі однаково освоюють мистецтво допомагати людям, але не зашкодити нестримним словом чи поведінкою повинні вміти всі.

Навчальні програми повинні орієнтуватися на кінцевий результат навчального процесу. Зміст навчальних програм треба змінювати з суто біомедичної та медико-поведінкової моделі на модель, яка базується на гуманітарно-медичних та соціальних науках, як це зробили наші канадські колеги. Це сприятиме покращенню медичної допомоги з огляду на моральне та етичне ставлення до пацієнтів. Сучасна сестринська наука повинна змінити традиційний підхід у догляді за пацієнтом на соціальну модель надання сестринських послуг.

Гуманізація медичної науки повинна бути доповнена гуманітаризацією наукової освіти. Необхідно більш широко застосовувати у практиці досліджень та системі охорони здоров'я методологічний потенціал гуманітарного знання: психології, етики, релігії, філософії. Це відповідає вимогам часу і світового педагогічного досвіду.

Необхідність гуманітаризації медицини полягає ще й в тому, що ряд вчених формулюють концепцію гуманітарної медицини. Концепція включає турботу про соціально-психологічну адаптацію людини, яка потрапила у катастрофічні умови існування.

У майбутньому, враховуючи специфіку роботи медичної сестри з пацієнтами та родинним оточенням, не менш важливою є підготовка медичних сестер як соціальних працівників. Це вимагає введення нової поведінково-соціальної моделі практичної діяльності медсестри, яку розробила Аллен Мойра і на основі якої зараз працюють багато вищих медичних закладів Канади. Навчання сестер соціального фаху базується на застосуванні знань багатьох гуманітарних дисциплін. Зміст навчальних програм підготовки медичних сестер соціального фаху змінюється з суто біомедичної та медико-поведінкової моделі на модель, яка базується на гуманітарно-медичних та соціальних науках, що мають на меті покращення медичної допомоги з огляду на моральне та етичне ставлення до пацієнтів.

Настав час для введення у навчальний сестринський процес навчальної дисципліни «Біоетика». Роль біоетики в сучасній сестринській науці важко переоцінити, бо біоетика – міст у майбутнє. Саме вона вивчає проблеми моралі передусім стосовно людини та всього живого, визначає, які дії щодо живого з моральної точки зору є припустимими, а які – неприпустимими. Біоетика – це органічне поєднання новітніх досягнень біологічної науки та медицини з духовністю.

Велику увагу сестринській справі та етиці приділяє Міжнародна медико-правова спільнота. На останньому Всесвітньому конгресі з медичного права однією з головних була тема "Сестринське право і етика". В Україні питання правового забезпечення та етичної сторони професійної діяльності медсестер знаходяться на стадії вирішення. Існує проблема регламентації діяльності медичних сестер з вищою освітою, зокрема бакалаврів, та меж їх компетенції. Це питання можна було б врегулювати у Медичному кодексі України.

Складовою частиною медичної етики є медична деонтологія, тобто наука про належне виконання професійних обов'язків медичними працівниками. Родоначальник медичної деонтології Н. Петров під медичною деонтологією розумів теорію правильного поєднання організаційних заходів, наукових знань і технічних прийомів з турботливим, милосердним ставленням до хворого для успіху його лікування.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Андріївський І.Ю., Сільчук Т.Т. Медсестринська модель Мойри Аллен – одна з найсучасніших моделей // Медсестринство України. – 2003. – № 2. – С. 24-25.
2. Біловол О.М. Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні // Буковинський медичний вісник, спеціальний випуск "Матеріали Конгресу "Розвиток медсестринської справи в Україні". – 2007.
3. Возіанов О. Біологічна етика інвективи теоретиків і реалії життя // Мистецтво лікування. – 2004. – № 9 (15).
4. Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П. Апшай В.І. Медсестринський догляд за пацієнтом. – К.: Здоров'я, 2000.
5. Іванюшкин А. Медицина XXI века: новые этические подходы // Медицинская сестра. – 2006. – № 2.
6. Куліченко В. Біоетика // Медична сестра. – 2006. – № 1. – С. 17-19.
7. Кундієв Ю. Біоетика – веління часу // Вісник Національної академії наук України. – 2001. – № 11.
8. Лопухина Ю.М. Руководство по медицинской этике. – М., 2006.
9. Москаленко В.Ф., Попов М.В. Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми. – Вінниця: Нова книга, 2005.

Основний принцип моралі медичної сестри – це гуманізм. Медичній сестрі мають бути притаманні чуйність, увага до хворого, намагання виправдати його довір'я. Медична сестра повинна не лише сумлінно виконувати свої обов'язки щодо хворого, але й боротися за фізичну досконалість і психічне здоров'я людей, проводити профілактичну і санітарно-просвітню роботу, зберігати лікарську таємницю, надавати медичну допомогу хворому незалежно від його національної та расової належності, політичних і релігійних переконань.

До питань етики належать також і медичні помилки, які слід відрізнити від злочинних дій, що караються законом. Професійні помилки можуть бути пов'язані з недостатнім рівнем знань, відсутністю досвіду, недосконалими методами дослідження. Їх слід розглядати й аналізувати в колективі.

**Висновок.** Етичні гарантії є важливим фундаментом для реалізації конституційного права на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування. Жодні зміни і кризи у державі не повинні впливати на якість медичної допомоги і професійність виконання медиками свого найважливішого обов'язку – рятувати життя і лікувати хворих. Люди, які вирішили присвятити себе медицині, служінню народу, повинні пам'ятати про своє покликання і високу місію та відповідальність перед Богом і людьми.

10. Назар П.С., Віленька Ю.Г. Основи медичної етики. – К., 2002.
11. Поцюрко Р.І. Деякі морально-етичні, деонтологічні і психологічні аспекти діяльності медичної сестри // Медсестринство України. – 2003. – № 2. – С. 26-27.
12. Шамов І. От деонтологии к биомедицинской этике // Медицинская сестра. – 2006. – № 1.
13. Шевченко О.Т. Психологія кризових станів. – К.: Здоров'я, 2005.
14. Чашин Н. Опыт работы национального комитета по биоэтике при президиуме НАН Украины // Медицинский Всесвіт. – 2001. – № 1, Т. I.
15. Чернецова Н.А. Изучаем законы общения: медсестра и больной. // Сестринское дело. – 2006. – № 1. – С. 27.
16. Чернищенко Т.І. Програма розвитку медсестринства України (2005 – 2010 рр.) // Медсестринство України. – 2005. – № 2.
17. Чернищенко Т.І., Губенко І.Я., Бразалій Л.П. Проблемні питання медсестринської освіти та практики в Україні // Буковинський медичний вісник, спеціальний випуск "Матеріали Конгресу "Розвиток медсестринської справи в Україні". – 2007.

УДК 614.2:37.018.46

**МЕДСЕСТРИНСТВО ЯК ВПЛИВОВА САМОСТІЙНА ЛАНКА МЕДИЦИНИ****І.В. Кузмінська, І.М. Круковська***Житомирський інститут медсестринства*


---

Проаналізовано особливості медсестринства як однієї із ланок медицини. Зазначено, що ефективність лікування пацієнтів залежить від особистості медичних сестер.

---

**NURSING AS INFLUENTIAL INDEPENDENT LINK OF MEDICINE****I.V. Kuzminska, I.M. Krukovska***Zhytomyr Nursing Institute*


---

The features of nursing are analyzed as one of links of medicine. It is marked that efficiency of patients' treatment depends on personality of trained nurses.

---

**Вступ.** Актуальність проблеми зумовлена тим, що медична галузь сприймається людьми передусім як вотчина лікарів, в результаті чого медсестри та акушерки перебувають десь на другому плані, ніхто не вважає за потрібне прислухатися до них, порадитися, щось обговорити. Проте така ситуація характерна не лише для України, таку ситуацію ми спостерігали і в США та Канаді, проте, в цих країнах медичні працівники вибороли право на повагу і на шанування їхньої праці. Актуальною проблемою сьогодення є формування у клієнтів медичних установ відповідного ставлення до медичних сестер, а у медсестер – відповідного ставлення до хвороби, врахування внутрішньої картини хвороби, психічного стану, емоцій пацієнтів.

Тому метою реформи системи охорони здоров'я України є поліпшення стану здоров'я населення, задоволеність населення медичним обслуговуванням.

Мета роботи – проаналізувати галузь медсестринства як одну із самостійних ланок медицини та з'ясувати, які професійні якості медичної сестри сприяють становленню медсестринства як впливової самостійної ланки медицини.

**Основна частина.** З історії медицини добре відомо, що Гіппократ, Аристотель, Авіцена та інші видатні медики різних епох у своїй діяльності опі-

кувалися передусім здоров'ям, гартували та зміцнювали його, стимулюючи до цього своїх пацієнтів та співгромадян. Серед клініцистів, що писали про взаємозв'язок психічного й соматичного здоров'я, можна назвати В. А. Гіляровського, Я. П. Фрумкіна, Л. Л. Рохліна та ін. На значенні психологічного аспекту діяльності медичного працівника акцентують увагу сучасні дослідники, зокрема, М. Аряєв, І.С. Вітенко, В.Т. Волков, В. Запорожан, В. Пельдингер, Є. Д. Соколова та ін. [1, 2].

До недавнього часу медичну сестру розглядали як пасивного виконавця рішень лікаря, як його помічника, але не як партнера в лікуванні хворих і наданні їм допомоги. Більшість країн світу відчуває гостру нестачу сестринського персоналу в медицині. Внаслідок цього медична сестра переважно виконує свої обов'язки механічно. Робота сестер у наших умовах обмежується роздаванням медикаментів, виконанням ін'єкцій, вимірюванням температури тіла, організацією консультацій і спостереженням за станом хворого та технікою безпеки. Це здійснюється, в основному, на належному професійному рівні, але медична сестра виконує свої функціональні обов'язки автоматично, а на особистість хворого не звертає достатньої уваги. Такий підхід не дає можливості встановити належний контакт між сестрою і хворим, тому що основою стає її робота, а не сам пацієнт, на якого цю роботу потрібно спрямувати [4].

© І.В. Кузмінська, І.М. Круковська, 2009

Наявні програми підготовки медичних сестер традиційно акцентовані на оволодінні базою даних, які стосуються передусім біології, основ медицини і технічної сторони сестринської справи. Підручники і навчальні програми для медичних сестер існували у вигляді скорочених лікарських варіантів. Соціальним і поведінковим наукам у підготовці медичних сестер приділялось недовідно уваги.

Ми стали свідками процесу демократизації всіх сфер суспільного життя. Започатковано правові взаємовідносини пацієнта з медичними працівниками.

Результат переорієнтації служби на ділове і психологічне партнерство з хворими привів до необхідності переосмислити роль медичної сестри в системі надання їм медичної і соціальної допомоги.

Незважаючи на те, що універсальної моделі медсестринської допомоги у сфері охорони здоров'я поки що не існує, сутність її, в основному, полягає у визначенні, сформульованому Міжнародною радою медичних сестер: "Медсестринська допомога полягає в тому, щоб сприяти здоров'ю, попереджати хвороби, забезпечувати догляд за фізичними або психічними хворими і непрацездатними людьми будь-якого віку в усіх лікувальних і інших громадських закладах. Предметом особливої уваги медсестри повинна бути реакція окремої людини, сім'ї або групи людей на дійсно існуючі або можливі порушення здоров'я. Унікальна функція медсестри в її догляді за здоровими або хворими людьми полягає в тому, щоб правильно оцінити їх реакцію на стан свого здоров'я і допомогти у діях, що призводять до здоров'я, видужання або достойної смерті". Згідно з положеннями Американської асоціації медичних сестер (1980), основне завдання середнього медичного персоналу – "це діагностика і корекція реакцій людини у відповідь на наявні або можливі проблеми, пов'язані з її здоров'ям" [3]. Це визначення ставить у центр уваги саме реакцію особистості на проблеми, пов'язані зі здоров'ям. Отже, головною метою практичної роботи медичної сестри є допомога хворим впоратись із своїми проблемами, а ще краще - попередити їх. У центрі практичної діяльності медичної сестри, яка працює з хворими, є їх психологічні проблеми, пов'язані із захворюваннями. Таким чином, одними з основних завдань медичних сестер, які обслуговують хворих, є

психотерапія і налагодження відповідного догляду за ними.

Виконуючи ці завдання, медична сестра бере на себе роль друга, експерта, вчителя і порадирика хворого. Медичні сестри проводять із хворими більше часу, ніж лікарі й обслуговуючий персонал. Ефективність догляду за хворими прямо пропорційна тому, наскільки медичні сестри поділяють повсякденні життєві потреби і переживання хворих. Отже, медичні сестри займають особливе становище в системі, яка забезпечує лікувальний процес у тому плані, що вони першими дізнаються про прагнення і потреби хворих та реагують на них. Поряд з набуттям технічних навичок, необхідних для надання ефективної допомоги хворим, головним у діяльності медичної сестри завжди є акцент на здатності її сприймати і розуміти особистість і почуття хворого, його проблеми і труднощі, що може свідчити про самостійність і впливовість медсестринства як ланки медицини. На основі цього розуміння потрібно створювати специфічні взаємовідносини, які будуть спрямовані на покращання статусу хворих.

Фахівці з організації роботи медсестер вважають, що питома частка часу, призначеного для догляду за хворими і виконання лікарських призначень, у структурі загального робочого часу медичної сестри стаціонарної служби, повинна становити 20 %, а основний час (80 %) необхідно приділяти налагодженню психологічного клімату, основою якого є належне спілкування з хворими [3]. Таким чином, робоче місце медичної сестри переміщується з фіксованого поста на постійне індивідуальне спілкування з хворими на всіх етапах діагностично-лікувально-реабілітаційного процесу. Це, у свою чергу, ставить питання про підвищення рівня та якості психолого-психіатричних знань медичної сестри. Без належних знань і умінь медична сестра не буде користуватись авторитетом серед хворих та інших медичних працівників.

Будь-яка діяльність медичної сестри повинна органічно включати в себе елементи психотерапії. Уже сам зовнішній вигляд і робоча форма можуть мобілізувати і підбадьорити хворого, а можуть пригнітити його стан.

Високий професіоналізм у темпі та якості виконання роботи медичної сестри позитивно впливає на душевний стан хворого, укріплює його віру в дієвість усіх ланок медичної допомоги. І, навпаки, поспішність або безтолкова метушливість,

надто виражена млявість (стиль діяльності, який прийнято характеризувати словами "спить на ходу"), відволікання від дій і маніпуляцій породжують усвідомлену або підсвідому невпевненість і тривогу за ефективність лікувального процесу.

**Висновки.** 1. У сучасних умовах докорінно змінилося місце і роль медичної сестри в галузі охорони здоров'я. Підвищилися вимоги до якості її роботи, розширилися обсяги надання медичної допомоги середніми медичними працівниками, з'явилась необхідність відпрацювання стандартів сестринського догляду та критерії оцінки якості їх виконання.

2. У наш час виконуючи свої безпосередні завдання, медична сестра бере на себе роль друга, експерта, вчителя і порадирика хворого, в результаті чого вона проводить більше часу із хворими, ніж лікарі й обслуговуючий персонал. А отже, і медичні сестри займають особливе ста-

новище в медичній системі, яка забезпечує лікувальний процес у тому плані, що вони першими дізнаються про прагнення і потреби хворих та реагують на них. А це, в свою чергу, може свідчити про самостійність і впливовість медсестринства.

3. Високий професіоналізм медичної сестри органічно включає в себе дисциплінованість і організованість. Її робота пов'язана з великим навантаженням, в результаті чого необхідно своєчасно та якісно виконувати безліч призначень лікаря, приділяти хворим належну увагу. Саме такі якості особистості, як дисциплінованість і організованість допомагають медичній сестрі впоратись із своїми обов'язками, і вказують на впливовість і самостійність ланки медсестринства.

Перспективи подальших наукових пошуків у цьому напрямку полягають у розробці моделі медсестринства як впливової самостійної ланки медицини.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Вітенко І.С. Психологічні основи підготовки медичних кадрів / І.С. Вітенко. – Харків: Основа, 1995. – 158 с.

2. Медсестринство в психіатрії / За ред. О.С. Чабана – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 398 с.

3. Назар П.С. Основи медичної етики / П.С. Назар, Ю.Г. Віленський, О.А. Грандо. – К.: Здоров'я, 2002. – 344 с.

4. Основи загальної і медичної психології / За ред. І.С. Вітенка і О.С. Чабана. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 344 с.

5. Пасечко Н.В. Основи сестринської справи (курс лекцій) / Н.В. Пасечко. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 496 с.

УДК 614.251.3(075.8)

## ПРОБЛЕМА КАРДИНАЛЬНИХ РЕФОРМ У СЕСТРИНСЬКІЙ ОСВІТІ – МЕДСЕСТРИНСТВО ЯК ВПЛИВОВА САМОСТІЙНА ЛАНКА МЕДИЦИНИ

**Р.К. Сухінський, З.В. Лесейко, Н.В. Сухінська, М.В. Заборний, Т.Б. Криворук**

*Чортківський державний медичний коледж  
Чортківська центральна комунальна районна лікарня*

У статті проведено елементарний аналіз результатів впровадження медсестринства як окремої ланки медичної освіти на основі п'ятирічного досвіду Чортківського державного медичного коледжу. Визначено стан сестринства на сучасному етапі розвитку та процес його інтеграції у практичну охорону здоров'я України. Окреслено реальні наслідки безпрецедентного впровадження бакалаврату та магістратури в сестринський процес. Запропоновано першочергові заходи, які необхідні для адекватного розвитку медсестринства, які не тільки покращать рівень знань випускників, але й піднесуть загальний рівень медичного обслуговування.

## THE PROBLEM OF REFORMATION OF NURSING EDUCATION — NURSING AS AN INFLUENCIAL BRANCH OF MEDICINE

**R.K. Sukhinskuy, Z.V. Leseiko, N.V. Sukhinska, M.V. Zabornuy, T.B. Kryvoruk**

*Chortkiv State Medical College  
Chortkiv Central Community District Hospital*

Present article deals with elementary analysis of the results of the nursing implementation as a separate branch of medical education, based on the five-year experience of the Chortkiv State Medical College. Present state of the nursing and its integration process into practical health service is defined. Real consequences of the non-precedential implementation of the BS- and MS-courses into the nursing process are pointed out. The first priority measures necessary for the adequate nursing development are offered, which are to improve the undergraduate and graduate students' knowledge, as well as to raise the level of medical service in general.

Невпинним кроком Україна спрямовує свої зусилля на досягнення європейських стандартів в усіх важливих галузях державного становлення.

Медицина є невід'ємною складовою держави. Але змінити медицину неможливо, не підготувавши кадри, які володіють новими знаннями, стандартами, технологіями, навичками і використовують їх у повсякденній праці [1, 3, 4].

Однією із спроб держави сформуванню нове кадрове покоління у практичній охороні здоров'я є впровадження медсестринства як окремого

професійного напрямку, що містить в собі повний завершений цикл освіти [2, 5, 6, 7] та практичної роботи. Так, зокрема, створено асоціацію медичних сестер України, з метою посилення позицій медсестринства у лікувальному процесі. Однак роль асоціації та можливості впливати на лікувальний процес і на все, що з ним пов'язано, мінімальні або відсутні. Введена посада «заступника головного лікаря з медсестринства» не дала позитивного ефекту для медсестринства загалом.

Чортківський державний медичний коледж підготував 5 випусків медсестер-бакалаврів. Однак, якщо порівняти випускників спеціальності "Сестринська справа" з випускниками-бакалав-

рами, останні не отримали відчутних переваг у оплаті праці та професійному рості. А це зводиться нанівець одну із найважливіших цілей введення освіти бакалаврату – мотивація вивчення і використання знань вищого рівня. Виникає запитання: навіщо готуємо за державні кошти спеціалістів такого рівня, яких не потрібно у нас, але потребують і приймають у Європі та Америці?

Незважаючи на відсутність обґрунтованої нормативно-правової бази, про перші результати 5-річного впровадження медсестринства в державну охорону здоров'я можемо сказати наступне:

1. Медичні заклади освіти, задіяні у підготовці нового кадрового покоління медсестер, акумулювали великий практичний багаж як проблем, так і методик їх вирішення. Проте реалізувати дані можливості не дозволяє глибокий розрив між освітою та практикою в медицині.

2. Практична медицина не готова у повній мірі залучити таких спеціалістів, як бакалаври та магістри медсестринства.

3. У тарифній сітці оплати праці 2008 року, яку сформувала Федерація професійних спілок України, не передбачено таких спеціалістів, як бакалаври та магістри медсестринства.

4. Згідно медсестринського процесу, на 4 пацієнти передбачено мінімально 2 медичні сестри. Це неможливо здійснити без відповідних юридичних та фінансових рішень з боку держави.

5. Медична документація, яку має вести медсестра-бакалавр, буде потребувати окремої служби реєстрації та облікового контролю. Медичні заклади, наприклад, лікарні не в змозі зараз відкрити новий підрозділ, наповнити його кваліфікованими кадрами та забезпечити усі відділення відповідною стандартизованою документацією, організувавши юридичний документообіг на визначеному рівні.

6. Правова база для введення медсестринства у практичну охорону здоров'я взагалі відсутня. Поодинокі документи державного значення Кабінету Міністрів, Верховної Ради чи Президента України, що мають регулювати дане питання, існують у вигляді довідки чи класифікаторів.

7. Програми, за якими здійснюється навчання, далекі від реальних потреб, а на практиці є скороченими чи скопійованими програмами з підго-

товки медичних працівників європейського зразка без адаптації до практичної медицини України.

Таким чином констатуємо, що реформування медсестринства в Україні потребує активних дій з боку держави [2]. Серед першочергових змін, ми пропонуємо наступне:

1. Закладам, які готують медичних сестер, бакалаврів, магістрів, слід подати пропозиції до відповідного підрозділу МОЗ щодо програм та реалізації практичних навиків їх випускників; розширити і ввести дисципліни, котрі поглиблюють юридичні знання медсестер, бакалаврів щодо прав медпрацівників та пацієнтів, аспектів ведення документації, в тому числі суворої звітності.

2. Залучити практичних (працюючих) медичних сестер у процес викладання.

3. Закласти підґрунтя для створення навчально-практичних баз у вигляді хоспісів та будинків престарілих, що дасть прекрасний реальний досвід майбутнім спеціалістам, а престарілим людям догляд та опіку.

4. Підготувати звернення учасників конференції:

а) до МОЗ та МОН України щодо узгодження дій по впровадженню медсестринства як окремої самостійної ланки освіти; сформулювати програми, врахувавши сучасний теоретичний та практичний рівень розвитку медицини, звертаючи особливу увагу на реалізацію знань та вмінь згідно з потребами практичної медицини;

б) до МОЗ України щодо створення та затвердження єдиного стандарту документів, які зобов'язані вести медпрацівники середньої ланки у лікувально-профілактичних закладах;

в) до Федерації професійних спілок України з вимогою змінити тарифну сітку для медичних працівників середньої ланки, ввівши у класифікацію медсестер-бакалаврів та магістрів із позитивним збільшенням оплати в межах 20 %-40 %, відносно посади медсестри.

Стверджуємо: медсестринство в Українській освіті сформувалось як окрема ланка [2, 8]. Однак про повну самостійність та реалізацію завершеного циклу медсестринства, підвищення якості освіти та обслуговування населення говорити ще дуже рано. І якщо в найближчі 2 роки не буде вжито кардинальних заходів, можна буде говорити про провал реформ у медсестринській освіті та практичному медсестринстві.



## ЛІТЕРАТУРА

1. Вітенко І.С. Деякі психолого-педагогічні аспекти реформи медичної освіти // Тези доп. навч.- метод. конф. «Розробка та впровадження в процес підготовки медичних кадрів сучасних технологій навчання». – Київ. – Тернопіль, 1992. – С. 38-36.
2. Ю.В. Вороненко Медсестринство в Україні: Сьогодення і перспективи розвитку // Медсестринська освіта в Україні. – Чернівці. – 1998. – С. 2-3.
3. Захораш М. Доп. питання про державний стандарт освіти // Наука і освіта: Збірник наукових праць. – К., 1997. – Кн 1. – С. 258-260.
4. Кіт О.М., Ковальчук О.Л., Пустовойт Г.Т. Медсестринство в хірургії. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – С. 15-18.
5. Ковальчук Л.Я. Основні тенденції розвитку вищої школи. Впровадження сучасних технологій у навчальний процес Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського: досягнення і перспективи // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 5-11.
6. Москаленко В.Ф., Вороненко Ю.В., Вітенко І.С. Стан та перспективи подальшого реформування медичної та фармацевтичної освіти в Україні // Медична освіта. – 2000. – № 3. – С. 5-11.
7. Про затвердження Положення про освітньо-кваліфікований рівень (ступеневу освіту) // Постанова Кабінету Міністрів України № 65 від 20.01.98.
8. Р.І. Сидорчук Нові форми навчальної роботи в системі медсестринської освіти // Медична освіта. – 2000. – № 4. – С. 52-54.

УДК 371.7 : 614.

## РОЛЬ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В ФОРМУВАННІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

В.Й. Шатило, О.В. Горай

*Житомирський інститут медсестринства*

У статті розглянуто медико-соціальні проблеми підлітків. Визначено роль медичних сестер у санітарно-гігієнічному вихованні та профілактичній роботі, реалізації завдань збереження їх здоров'я.

## ROLES THAT NURSES PLAY IN FORMING TEENAGE HEALTHY LIFESTYLE HABITS

V.Y. Shatylo, O.V. Horay

*Zhytomyr Nursing Institute*

Objective preconditions of the preparation of nurses for the sanitary and hygienic education and prophylactic with pupils of general education institutions are examined in this article. The nurses' role of general education institutions in realization of the tasks of preservation and in formation of the healthy way of life is indicated.

**Вступ.** Життя і здоров'я громадян визнані в Україні найвищою соціальною цінністю. Охорона здоров'я молодого покоління є пріоритетом соціальної політики, однією з найважливіших сфер життя суспільства [5].

Основами законодавства України про охорону здоров'я визначено, що суспільство і держава відповідальні за рівень здоров'я молоді і забезпечують для неї поліпшення умов навчання, праці, побуту і відпочинку, вирішення екологічних проблем, удосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Разом з тим занепад інституту сім'ї, інші явища, характерні для сучасного суспільства (зростаючий обсяг інформації, відособлення людини в її соціальних зв'язках, прискорення темпу життя), ускладнюють для молодих людей можливість зробити правильний вибір і приймати вірні рішення, що в ряді випадків згубно впливає на здоров'я [2, 4].

Важливе значення у зв'язку з цим надається здоров'ю молоді у програмі Європейського

регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI-му столітті» та Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002-2011 рр. У них наголошується на пріоритетності збереження здоров'я в підлітковому віці [1, 3].

Мета роботи – вивчити динаміку показників стану здоров'я підлітків, особливості способу життя підростаючого покоління, розробити заходи щодо удосконалення системи санітарно-гігієнічного виховання і формування здорового способу життя у підлітковому віці.

У роботі використано статистичний метод, метод системного аналізу та графічний.

Важливим критерієм інтегральної оцінки здоров'я підлітків є показник захворюваності та поширеності хвороб. За останні п'ять років захворюваність підлітків зросла на 10,6%, поширеність хвороб – на 14,9%.

Що стосується сучасних особливостей способу життя підлітків і молоді, викликає занепокоєння стрімке зростання споживання ними міцних спиртних напоїв.

Дедалі загострюється ситуація в Україні з наркоманією. Зростає вживання наркотичних засобів,

розширюється їх діапазон, збільшується надходження «важких» наркотиків іноземного виробництва.

Поширення наркоманії у молодіжному середовищі підвищує загрозу ураження ВІЛ-інфекцією та захворювання на СНІД, що і проявляється у постійному зростанні кількості інфікованих підлітків і молоді. Більшість ВІЛ-інфікованих – молоді люди віком 20–39 років. Встановлено, що парентеральний шлях інфікування ВІЛ у 2001–2005 рр. становив 71–60%, в останні роки в передачі ВІЛ-інфекції переважає гетеросексуальний шлях.

За даними соціологічного дослідження, проведеного в рамках виконання програми «Репродуктивне та статеве здоров'я підлітків в Україні», більшість дітей і молоді (62%) у віці 12–20 років відповіли, що вживають алкоголь. Активно палить кожний третій підліток у віці 12–14 років і кожний другий старше 15 років. Майже кожен п'ятий підліток почав вживати алкоголь та мав перші спроби куріння ще у віці до 10 років.

Наркотики, за даними ряду досліджень, спробували близько 4% дітей вже у 12–14 років, а віком активного «дегустування» наркотиків є період 15–17 років. Саме в цей період близько 60% опитаних спробували їхню дію на собі. Характерно, що вживання алкоголю, наркотиків підлітками найбільшою мірою зумовлено цікавістю (53,0–63,0%).

Ще однією проблемою у дітей і підлітків є ранній початок статевого життя, наслідком якого є захворюваність на інфекції, що передаються статевим шляхом. Кожного року з усіх зареєстрованих випадків таких захворювань 25% припадають на підлітків.

Слід зазначити, що останніми роками підвищився відсоток передання ВІЛ-інфекції статевим шляхом.

Ранні статеві стосунки спричиняють і ранню вагітність. Для матері-підлітка існує більша загроза ускладнень вагітності – викиднів, передчасних пологів, анемії, ніж для жінок, старших за 20 років.

В основі проведення комплексної оцінки стану здоров'я дітей, підлітків та молоді знаходяться методи, які передбачають розв'язання численних проблем як медичного, так і гігієнічного, психофізіологічного та психолого-педагогічного змісту і, відповідно адекватну прикладну інтерпретацію цілого комплексу якісних та кількісних критеріїв їх визначення [Беседина, 1997]. Разом з тим, адекватне запровадження до гігієнічної та педіатрич-

ної науки і практики сучасних профілактичних технологій збереження та зміцнення здоров'я передбачає чітке та об'єктивне встановлення особливостей стану адаптаційних ресурсів та визначення функціональних можливостей організму, який активно росте і розвивається [6].

Оскільки основні пріоритети, мотивації, світогляд, установки на певний спосіб життя формуються у дитячі та юнацькі роки, саме на медичних працівників, які працюють в загальноосвітніх навчальних закладах, та в інших місцях з дітьми, покладається завдання сформуванню у молодого покоління навички дбайливого ставлення до власного здоров'я, навчити правилам безпечної поведінки [10,11].

На сучасному етапі зростає роль медичної сестри у проведенні профілактичних і лікувальних заходів, що не потребують лікарської кваліфікації. Медсестри можуть взяти на себе левову частину профілактичної роботи, медико-соціальної допомоги. Європейською політикою досягнення здоров'я виконання цих функцій передбачено передусім службами первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), зокрема, медичними сестрами [7].

Пріоритетним завданням в підготовці медсестри до профілактичної роботи, крім практичних навичок медсестринського процесу, є підготовка її до виконання функції педагога та психолога [8].

Формуванню нового розуміння здійснення сестринської діяльності в питаннях охорони здоров'я пацієнта сприяють педагогічні знання, які дають уявлення про методи проведення профілактичної роботи з населенням, способи і прийоми популяризації здорового способу життя. Об'єктами її діяльності є практично всі вікові категорії населення.

У майбутньої медсестри має бути інша логіка дій, велика дальність передбачення в області здоров'я. На думку багатьох науковців, медсестра повинна «не дивитися, а бачити», тобто уміти спостерігати за поведінкою пацієнта і навчити цьому самих пацієнтів, аналізувати, встановлювати причинно-наслідкові зв'язки, щоб визначити: що можна змінити, що слід зробити, щоб забезпечити задоволення потреб людини [9].

Вирішення одного з головних завдань педагогіки в сестринській справі – виховання усвідомленого ставлення дітей до питань здоров'я – вимагає від медичної сестри спеціальних сестринських знань про здоров'я, а також методів навчання знанням і умінням з охорони здоров'я населен-

ня. Метод навчання – дієвий метод надання допомоги людині, що потребує інструктажу для розвитку знань або вироблення певних навиків. Використання навчання як допоміжний метод має на увазі точне розуміння того, що повинна знати людина, яка потребує допомоги.

Крім підготовки медсестри до просвітницької роботи, санітарно-гігієнічного виховання молоді, для реалізації профілактичних заходів необхідна розробка спеціальних посібників з актуальних медико-соціальних проблем суспільства і підходів до реалізації завдань з їх усунення.

Особливу увагу слід зосередити на проблемах:

- зловживання алкоголем;
- наркоманії;

- ВІЛ/СНІДу;
- статевого виховання;
- психічного здоров'я;
- фізичного здоров'я.

Навчально-методичні посібники призначаються для медичного працівника і допомагають побудувати підходи до роботи з молоддю, включають педагогічні прийоми, поєднані із позитивним психологічним впливом на подолання негативних звичок.

Другим розділом роботи є підготовка спеціальної літератури, завданнями якої є забезпечення молоді особи інформацією, стосовно негативних звичок, небезпечної поведінки, ризиків хвороби, та чіткі, конкретні рекомендації для захисту здоров'я, способів уникнення ризиків для здоров'я.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Досвід виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002?2011 роки / За ред. Ю.В. Поляченка, В.М. Пономаренка. – К., 2006. – 240 с.
2. Картавцев Р.Л., Слабкий Т.О. Особенности личности современного подростка и условия ее формирования // Современная педиатрия. – 2005. – №2. – С. 29–31.
3. Оцінка виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки / За ред. В.М. Пономаренка. – К., 2006. – 204 с.
4. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2003?2004 роки / Центр медичної статистики МОЗ України. – К., 2005.– 315 с.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік / За ред. Ю.В. Поляченка. – К., 2006. – 226 с.
6. Проблемы формирования здорового образа жизни у учащихся в общеобразовательных учреждениях / Кучма В.Р., Демин А.К. с соавт. // Гигиена и санитария. – 2000.– №3. – С.52–56.
7. Москалець Г.М., Якуторич Н.В., Смірнова Т.М., Аксенов В.І., Складові моніторингу функціонування

системи охорони здоров'я за даними вітчизняної та зарубіжної літератури // Досвід виконання міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки. – К., 2006 р.

8. Нові проблеми медичного забезпечення дітей та підлітків / М.М. Коренєв // Матеріали науково-практичної конференції «Актуальні проблеми організації медичного забезпечення дітей та підлітків». – Х., 2002. – С. 20?25.

9. Особливості формування здоров'я дітей молодшого шкільного віку /В.І.Березинь та інші // 36 мат-лів ІІІ з'їзду психологів України. – К., 2003. – С.21–23.

10. Концептуальні питання гігієнічного забезпечення організації навчального процесу у сучасній школі / В.І. Березинь та інші // Журнал АМН України, 2004. – Т. 10, № 1.– С. 193–199.

11. Гігієнічні основи системної оптимізації формування здоров'я дітей в умовах загальноосвітнього навчального закладу: Дис. д-ра мед. наук: 14.02.01 / Г.М. Даниленко; Держ. Установа «Інститут гігієни та мед. екології ім. О.М. Марзєєва АМН України». – К., 2007. – 319 с.

УДК 616.61

**НИРКИ – ОРГАН ВАЖЛИВИЙ “ЯК ГЕНЕРАЛ”, СКРОМНИЙ І ТЕРПЛЯЧИЙ  
“ЯК СОЛДАТ”****О.С. Мартинюк, Т.Я. Скарлош, Н.П. Шевчук, Г.Б. Симко***Тернопільська обласна комунальна клінічна лікарня*

Якщо можна умовно розподілити людські органи за ступенем важливості, то нирки, безумовно, посядуть одне з провідних місць, адже виконують багато життєво важливих функцій. Тим часом вони дуже “скромні, терплячі й не люблять турбувати” свого господаря, навіть у разі серйозних порушень. За це ми відплачуємо їм невдячністю: не задумуємося, що для них є згубним, не бережемо їх. Тож часто серйозний діагноз щодо ниркових захворювань звучить для людини, наче грім серед ясного неба: страшно й несподівано. Саме тому у даній статті висвітлені проблеми, пов’язані з нирками.

**KIDNEYS – ARE AN IMPORTANT ORGANS AS A “GENERAL” AND ENDURANT  
AND GENTELE AS A “SOLDIER”****S.O. Martynjuk, T.Ya. Skarlosh, N.P. Shevchuk, G.M. Symko***Ternopil Regional Hospital*

Conditionally dividing all human organs by importance for human body, we can say that kidneys take one of the main places in our body, because their function is very significant. That is why in this article are shown main problems of the kidneys and management with it.

**Вступ.** Нирки – це орган, який виконує дуже багато функцій. Найголовнішою з них вважається видільна. Разом із сечею нирки виводять з організму продукти обміну, а також речовини, які потрапляють усередину із навколишнього середовища. Однак й інші функції нирок не можна назвати другорядними. Зокрема, цей орган відповідає за кровотворення (тому у разі захворювання нирок може виникнути анемія), регуляцію кислотно-лужної рівноваги організму, артеріального тиску (вони утворюють субстанції, які підвищують і знижують артеріальний тиск), обмін в організмі вітаміну D, водно-сольовий обмін, особливо тих електролітів солей, які містять калій, натрій тощо. Отже, нирки пов’язані з функціями багатьох систем: через артеріальний тиск – із серцево-судинною, через обмінні процеси – з ендокринною тощо. Словом, захворювання ни-

рок може стати причиною хвороб різних систем організму, так само, як і патології інших органів можуть зумовити проблеми з нирками. Тому нирки – це той орган, до якого потрібно уважно ставитися у разі різних захворювань [1].

**Основна частина.** Які на сьогодні хвороби нирок є найпоширенішими?

Найпоширенішою хворобою нирок є пієло-нефрит – інфекційно-запальне захворювання з ураженням мозкової речовини нирок. Хронічна форма цієї хвороби урешті-решт може спричинити хронічну ниркову недостатність, внаслідок чого хворий потребуватиме застосування штучної нирки.

Гломерулонефрит – ще одна поширена хвороба нирок, якою займаються нефрологи. Це імунізапальне захворювання, унаслідок якого уражується клубочковий апарат, кіркова речовина нирок. Але слід зазначити: лікарською практикою давно й остаточно доведено, що, незважаючи на те, яка ділянка нирок ушкоджується

першою, поступово у патологічний процес втягується весь орган.

Чому виникають ці захворювання? Які найголовніші чинники ризику захворювання нирок?

Їх багато. Насамперед це інфекції, як гострі, так і хронічні, приміром, карієс зубів, часті випадки ангіни, хронічний тонзиліт та будь-які інші інфекційні вогнища в організмі. Причиною ниркових захворювань може бути й схильність до алергійних реакцій. Низка ниркових патологій передається спадково. Продовжуючи перелік ризиків, потрібно згадати й роботу, пов'язану з токсичними речовинами, тривалий прийом медикаментів, зокрема, антибіотиків, знеболювальних, протизапальних тощо.

Ось чому лікарі весь час твердять про небезпеку самолікування?

Звичайно. Адже навіть постійний прийом проносного засобу може бути небезпечним для нирок. Ці препарати призводять до втрати організмом калію, який є важливим елементом у підтриманні процесів живлення ниркової тканини, а отже, його дефіцит породжує ураження нирок.

Серед чинників ризику захворювання нирок одним із перших названо інфекційні захворювання. Багато хто недооцінює небезпеку таких "несерйозних" хвороб, як зіпсовані зуби чи біль у горлі. Люди часто просто не задумуються над цим, а інколи й легковажать. Особливо це стосується молодих, в яких ще недорозвинений інстинкт самозбереження. За захворювання нирок часто зароджуються в молодому віці, тому лікарі наголошують на те, що після кожного респіраторного захворювання: грип, запалення легенів, тонзиліт тощо потрібно зробити контрольний аналіз сечі. Обов'язково. Слід бути пильним навіть у разі мінімальних змін у сечі щодо кількості білка, еритроцитів, лейкоцитів і виписувати хворого на роботу лише після нормалізації всіх показників. Бо будь-які зміни можуть бути лише тимчасовими, а можуть сигналізувати про початок пієлонефриту.

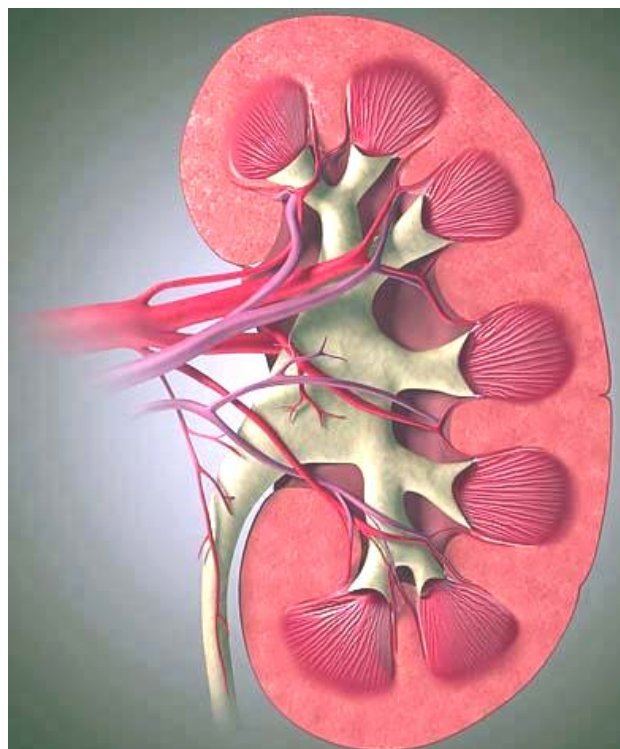
Як сигнализують нирки про свої хвороби, які симптоми повинні спонукати хворого звернутися на обстеження?

Найчастіше це набряки обличчя, нижніх кінцівок, усього тіла, підвищення артеріального тиску, біль у поперековому відділі спини, внизу живота, утруднене сечовипускання, підвищення температури тіла тощо. Але, на жаль, часто хвороби нирок виявляють тоді, коли становище вже є загрозливим.

Які потрібно пройти обстеження, щоб мати повне уявлення про стан нирок?

Стан нирок визначають за допомогою таких обстежень: загальний аналіз сечі (у разі відхилень у ньому роблять аналіз сечі за Нечипоренко: визначення кількості лейкоцитів та еритроцитів в 1 мл сечі) та аналіз щодо визначення кількості білка у добовому об'ємі сечі, загальний аналіз крові, вимірювання артеріального тиску, ультразвукове обстеження

Як сучасна медицина бореться із запальними захворюваннями нирок?



У разі інфекційно-запальних захворювань нирок (пієлонефрит) призначають протимікробну терапію. Крім того, у разі порушення відтоку сечі проводять хірургічну корекцію цієї функції. У разі імунозапальних процесів (гломерулонефрит) потрібно провести специфічне лікування імунодепресивними медикаментами. Ниркові захворювання можуть потребувати й симптоматичної терапії. Приміром, для зниження рівня артеріального тиску застосовують медикаменти для його зниження. Найоптимальніший варіант лікування має підібрати лікар.

А чим може загрожувати опущення нирок та як лікувати цю патологію?

У разі опущення нирок (нефроптозу) виникає небезпека утрудненого відтоку сечі і навіть підви-

щення артеріального тиску. Тому потрібно тримати під контролем функцію відтоку сечі та рівень артеріального тиску. Опущення нирок може виникати після вагітності, а також у людей, які мають худорляву статуру. Що стосується лікування цієї патології, то хворим на нефроптоз потрібно уникати надмірного схуднення. Це той випадок, коли навіть кілька зайвих кілограмів не завадять. Окрім того, потрібно вживати заходів задля зміцнення м'язів черевного преса. Це можна робити за допомогою гімнастичної вправи: у лежачому положенні піднімати ноги на себе. Якщо опущення нирок супроводжується пієлонефритом, спричинює больові відчуття та порушення відтоку сечі, показано хірургічне втручання.

Чи потрібно дотримуватися спеціальної дієти людям із нирковими захворюваннями?

Обов'язково. Спеціальна дієта належить до лікувальних заходів у разі ниркових захворювань. У цьому питанні передусім звертають увагу на кілька головних аспектів. У разі пієлонефриту зі збереженням відтоку сечі хворим, по-перше, потрібно вживати не менше двох літрів рідини на добу, щоб промивати сечовивідні шляхи. По-друге, варто уникати гострих страв та спецій, м'ясних та рибних відварів. У разі гломерулонефриту не зловживати білковими продуктами. А під час порушення водного балансу з виникненням набряків та підвищенням артеріального тиску слід обмежити вживання солі до 6 г на добу, а в деяких випадках зовсім вилучити її з раціону.

Хворим на інфекційно-запальні захворювання нирок, знову ж таки за умови збереження відтоку сечі, рекомендується санаторно-курортне лікування на курортах з маломінералізованими водами. Передусім це трускавецькі, моршинські, закарпатські санаторії. У разі імунозапальних хвороб нирок (хронічний гломерулонефрит) поліпшити стан допомагає кліматичне лікування на Південному березі Криму з травня по вересень.

Звідки береться каміння в нирках?

Тим, хто хворіє на сечокам'яну хворобу, добре знайомий нестерпний біль, спричинений великими та маленькими камінцями, особливо коли вони намагаються вийти з організму. У наш час семеро із десяти людей середнього та старшого віку вже мають у нирках або сечовому міхурі камінці. Виявляється, проблема не нова. Ще Гіппократ займався її вивченням, однак виявити точну причину появи конкрементів у сечовивідній системі лікарі й досі не можуть [1].

Чому наш організм складає "будматеріали"

Каміні сечовивідної системи утворюються в результаті порушення обміну речовин в організмі. Залежно від того, яке середовище в організмі переважає, такі каміні й утворюються. У кислому середовищі – урати, оксалати, мікрооксалати, у лужному – фосфати, фосфоліти. Враховуючи те, що протягом доби рН сечі змінюється два-три рази, говорити про каміні однорідної будови не доводиться. Частіше утворюються камінці змішаної структури.

Але причина появи камінів у сечовивідній системі і досі до кінця не вивчена. Тому існує багато різних теорій виникнення сечокам'яної хвороби.

Крім порушення обміну, сечокам'яну хворобу може викликати надто жорстка вода з великим вмістом солей кальцію, гостра, солоня, неякісна їжа, нестача або, навпаки, надлишок кальцію в організмі, хронічні захворювання шлунка та кишечнику, нирок.

Схильність до утворення камінів може передаватися і спадково. Але одна з причин – наше власне недбальство. Чому загострення сечокам'яної хвороби найчастіше проходить навесні та влітку? У теплу пору року люди або п'ють понадміру солодкі газовані напої, або, навпаки, вживають мало рідини. І те, і те – шкідливо. Солодка вода, особливо з барвниками – отрута для організму, яка суттєво порушує обмінні процеси. Спочатку відкладається пісок або солі, а потім утворюються камінці. Недостатність рідини сприяє утворенню концентрованої сечі – мутної, насиченої солями, які поступово осідають у нирках, сечовому міхурі.

Це взагалі велика проблема, що зараз продукти генетично модифіковані, екологічно неякісні, містять багато солі, консервантів, харчових та смакових добавок, всі вони можуть стати першою причиною сечокам'яної хвороби.

Знайомі з цією хворобою пацієнти готові підтвердити: біль, навіть від найменших камінців, може бути нестерпним. На жаль, симптоми у більшості випадків з'являються вже тоді, коли камінь сформувався і почав рухатися.

Першими проявами загострення сечокам'яної хвороби може бути біль у поперековій ділянці (причому, напади бувають досить сильними), наявність у сечі крові та осаду, що призводить до зміни її кольору, різі при сечовипусканні, загальна слабкість і миттєві озноби. При їх виникненні треба звертатися до лікаря-уролога, який

направити на обстеження. Перш за все, необхідно здати загальний аналіз крові та сечі, пройти рентген та УЗД. При виявленні конкрементів у сечовивідній системі лікар прийме рішення щодо тактики лікування.

Існує декілька видів лікування цієї хвороби. Оперативне втручання проводиться при наявності великих конкрементів, більше 2-2,5 см, які ускладнені запаленням нирок [2]. Менш травматичні методи – дистанційна і контактна літотрипсія, коли каміння подрібнюється без розрізу. Застосовується і медикаментозне лікування, що включає прийом літичних сумішей, фітотерапія.

Склад лікарських трав підбирається в залежності від Ph сечі. Зазвичай застосовуються трав'яні збори, а не якийсь один вид рослин. Одні компоненти розчиняють камені, інші – виводять солі, треті – знімають запалення. У збір може входити від 3-4 до 14-18 складників.

Після зняття гострих процесів хворим рекомендують санаторно-курортне лікування. Мінеральні води таких відомих курортів, як Трускавець, Шкло,

Східниця, Медобори, Бердянськ допоможуть запобігти утворенню нових камінців. Склад води, місце лікування може порадишити лише лікар, який керуватиметься складом конкрементів, що були виявлені у сечовивідній системі.

На відкладення солей та утворення каменів у нирках більше страждають люди середнього та старшого віку, як чоловіки, так і жінки.

Але зайнятися профілактикою варто заздалегідь. Перш за все, дотримуватися раціонального та здорового харчування, уникати продуктів, що містять щавлеву кислоту, більше пити: протягом доби вживати не менше 1,5-2 літрів рідини. І вчасно звертатися до лікаря, по можливості проводити профілактичні УЗД-обстеження.

**Висновок.** Пам'ятаймо, що актуальність проблеми нефрології полягає не в значному поширенні хвороб нирок, а в тому, що хворіють і стають інвалідами переважно люди молодого віку. Для їхнього лікування потрібні дорогі та не завжди доступні позаниркові методи очищення крові, трансплантація нирки.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Чупрасов В.Д. Програмный гемодиализ. – Санкт-Петербург: Фолиант, 2001. – С. 11.

2. Андон'єва Н.М. Перитонеальный диализ в лечении хронической почечной недостаточности. – Харьков: Безпека, 2006.

3. Введение в перитонеальный диализ компании Бакстер: Методичні рекомендації.



УДК 614.2:616-08-039.75

## РОЗВИТОК ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

І.П. Назарук, В.З. Свиридчук

*Житомирський інститут медсестринства*

В статті розглянуто перспективні напрямки впровадження і розвитку паліативної медицини в Україні. Висвітлено провідну роль медичних сестер в паліативній медицині.

## DEVELOPMENT OF PALLIATIVE MEDICINE IN UKRAINE

I.P. Nazaruk, V.S. Sviridiuk

*Zhytomyr Nursing Institute*

The perspective directions of introduction and development of palliative medicine in Ukraine are considered in article. It is covered a conducting role of the nurses in palliative medicine.

**Вступ.** Паліативна допомога – важливий напрямок розвитку медичної галузі в Україні. Цей термін походить від латинського слова *palliatus*, що в перекладі з латини означає «вкритий плащем», а в сучасному розумінні означає – такий, що полегшує, але не лікує. Мета паліативної медицини – пом'якшити прояви невиліковної хвороби, огорнути людину турботою, зробити все можливе, щоб її відхід у Вічність був гідним. ВООЗ у 1982 р. виокремила паліативну медицину як окремий напрямок медичної допомоги і визначила її як догляд за людиною в останні дні життя. З 2002 року до цього визначення долучили ще й тривале піклування про пацієнтів, яких сучасна медицина не може вилікувати [1, 4, 5].

В Україні, як і в більшості країн світу, у зв'язку з тенденцією до старіння населення, а також із зростанням захворюваності на СНІД та онкологічні хвороби, проблема паліативної допомоги з кожним роком стає все більш актуальною [3].

Мета дослідження – обґрунтування впровадження та розвитку паліативної медицини в Україні.

**Основна частина.** За останні п'ять років смертність в Україні перевищує 800 тис. осіб на рік. Найбільш поширені причини смерті – це хвороби серцево-судинної системи – 59-60 %, онкологічні захворювання – 12-13 %, травми та отруєння – 10-11 %, СНІД – 1-2 % від загальної смертності (рис. 1) [2, 4, 5].

© І.П. Назарук, В.З. Свиридчук, 2009

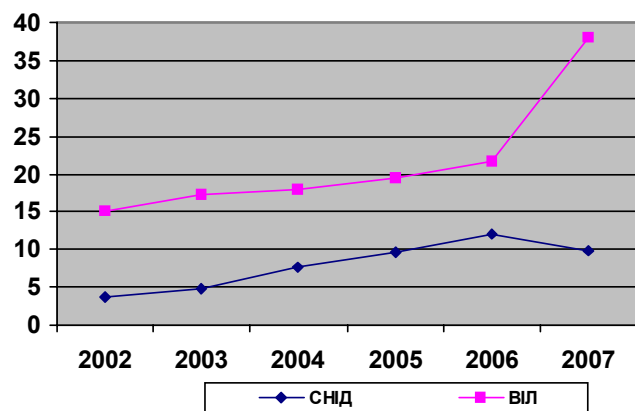


Рис. 1. Динаміка захворюваності населення України на ВІЛ-інфекцію (на 100 тис. населення).

Злоякісні новоутворення також мають тенденцію до збільшення. Крім того, серед онкологічних хворих зростає частка населення репродуктивного віку. Поряд з низькими показниками народжуваності це підносить проблему онкозахворювань в ранг найважливіших (рис. 2).

Сьогодні в Україні більшість онкологічних хворих у термінальній стадії злоякісного процесу позбавлені адекватної медичної та соціальної допомоги. Лише 5 відсотків безнадійних хворих доживають до останніх днів у лікувальних закладах. Решта помирають вдома і тяжкі проблеми догляду та знеболювання лягають на плечі рідних. Утримання такої категорії пацієнтів в умовах стаціонарного медичного закладу загальної лікувальної мережі є недоцільним як з медичної точки

зору, так і економічно неефективним, оскільки паліативна допомога дешевша, порівняно з лікувальною.

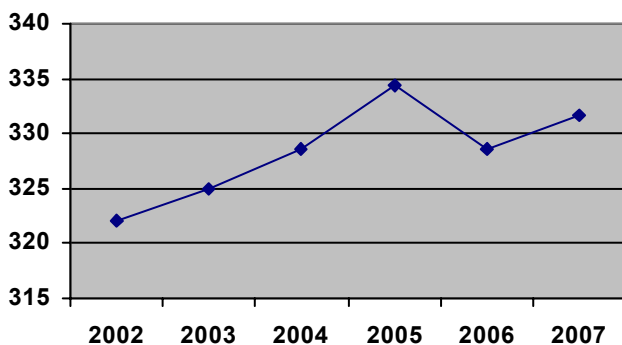


Рис. 2. Динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні (на 100 тис. населення).

В світі існує дві моделі паліативної допомоги. За англійською системою паліативна допомога надається у спеціалізованих лікарнях (хоспісах) та відділеннях сестринського догляду. За іншою, американською, моделлю мобільна хоспісна служба надає послуги хворим вдома. В обох моделях основу служби складають медичні сестри та волонтери з різних (переважно релігійних) благодійних товариств та організацій. Залучати волонтерів змушує нестача фінансування та нестача медсестер. Лише в США бракує 400 тис. медичних сестер, які через низьку оплату праці залишають медицину і переходять на роботу в інші галузі. Досвід країн Європи та США переконливо свідчить, що лише співпраця держави і громадськості, використання джерел фінансування як за рахунок бюджетних коштів, так і залучення благодійних фондів і приватного сектора, дозволяє досягти задовільних результатів щодо розвитку та забезпечення доступності паліативної допомоги. Громадяни, які в змозі оплачувати послуги хоспісу, мають це робити, аби вистачало коштів на утримання соціально незахищених пацієнтів. Безумовно, активну участь у роботі цих закладів має брати церква. Можна залучати до роботи у хоспісах і студентів-медиків. Але ос-

нову служби мають складати медичні сестри всіх трьох рівнів підготовки: дипломовані медсестри, медсестри-бакалаври та магістри медсестринства.

На сучасному етапі в Україні можливе застосування кількох альтернативних варіантів розв'язання проблеми.

1. Обмежитися відомчими розпорядженнями про створення паліативних ліжок та мобільних бригад паліативної допомоги в закладах чинної інфраструктури з покладанням функції з утримання даної системи на органи місцевої влади та органи місцевого самоврядування в рамках їхніх повноважень та місцевих соціальних програм.

2. Урегулювати та активізувати розвиток паліативної допомоги на державному рівні шляхом втілення цільової програми розвитку паліативної та хоспісної допомоги на 2010-2015 роки.

За умов належного фінансування такої програми паліативна медицина стане невід'ємною складовою національної системи охорони здоров'я, що надасть можливість обладнати хоспіси сучасними технологіями та обладнанням, сприятиме формуванню необхідного кадрового потенціалу фахівців, забезпечить належний рівень їхньої підготовки. Програма має передбачати систему ефективного контролю за якістю надання паліативної допомоги та дотриманням прав пацієнтів шляхом акредитації та ліцензування діяльності закладів, що надають паліативну допомогу.

**Висновки.** 1. Впровадження паліативної медицини в Україні – нагальна суспільна потреба.

2. Паліативна допомога повинна стати важливою складовою системи охорони здоров'я України.

3. Розвиток цього різновиду медичної допомоги дасть змогу покращити якість життя пацієнтів у фінальному періоді життя, не обтяжуючи їх родичів необхідністю звільнитися з роботи, щоб здійснювати догляд.

4. Паліативна медицина зменшить навантаження на стаціонари медичних закладів, що дозволить забезпечити більш якісною медичною допомогою більшу кількість населення України.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Злоякісні новоутворення в Україні, 1998-2007 рр. Статистичний довідник. – К.: ЦМС МОЗ України, 2008. – 328 с.
2. Житомирський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом інформує // Медичний інформаційно-аналітичний вісник. – 2008. – № 334. – С. 16-17.
3. Крюков С.А. Сучасні проблеми державного управління у галузі надання медико-соціальної допомо-

ги безнадійно хворим // Вісник УАДУ. – 2001. – № 2. – 306 с.

4. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2006-2007 рр. Статистичний довідник. – К.: ЦМС МОЗ України, 2008. – 328 с.

5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. – К.: МОЗ України, 2008. – 282 с.

УДК611./612

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

У статті розглядаються перспективи реформування викладання морфофункціональних дисциплін у ВНЗ I-II рівнів акредитації.

**OUTLOOKS OF MORPHOFUNCTIONAL SUBJECTS TEACHING REFORMING IN THE HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS OF I-II LEVELS OF ACREDITATION****Yu.F. Pedanov, A.I. Gozhenko, R.F. Makulkin***Odessa Regional Basic Medical College, Odessa State Medical University*

In the article authors represent some outlooks of morfofunctional subjects teaching reforming in the higher educational establishments of I-II levels of accreditation.

**Вступ.** Реформування медсестринства в Україні передбачає, перш за все, створення умов до підготовки фахівців на рівні світових освітніх стандартів.

Впровадження стандартів освіти Євросоюзу не може здійснюватися механічно, оскільки цей процес не лише шлях модернізації освітньої галузі, але й можливість презентувати існуючу систему вищої освіти України, зберігати кращі освітянські традиції та методи викладання [7].

Створення єдиного освітянського простору має на меті, перш за все, приведення існуючих навчальних програм до єдиного стандарту, а також вирішення питання щодо доречності їх копіювання. Найбільш важливим є вивчення доцільності створення та використання нових програм, їх змін і організація навчального процесу з визначенням місця кожної дисципліни у системі європейських стандартів. Це неможливо без вивчення обсягу програм і методик викладання у медичних навчальних закладах Європи.

**Основна частина.** В останні роки відбувалися якісні зміни в навчальних планах. Так, у існуючому, якісно новому, навчальному плані були вве-

дені нові теоретичні дисципліни, що відповідає сучасним вимогам підготовки спеціалістів.

Однак необхідно в першу чергу звернути увагу на викладання і фундаментальних, морфофункціональних дисциплін.

В Європі існують різні системи підготовки молодших медичних спеціалістів в ВНЗ I-II рівнів акредитації, тому що вони традиційно формуються як попередники ВНЗ III-IV рівнів акредитації.

В різних країнах традиційно готують спеціалістів різних спеціальностей. Наприклад, в Данії – це лікувальна справа, загальна медицина, аудіологія, лабораторна діагностика, догляд за хворими з профзахворюваннями, фізіотерапія, зубний технік, психотерапія, та інші; в Російській Федерації – лікувальна справа, акушерська справа, сестринська справа, медико-профілактична справа, лабораторна діагностика, фармація, стоматологія ортопедична, та інші; в Сербії – санітарно-екологічна справа, фармація, фізіотерапія, медична сестра стоматологічного відділення, медсестра-педіатр, медсестра-акушер, лаборант, зубний технік та інші; в Словаччині – ургентна медицина, зуболікувальна справа, фізіотерапія.

Таким чином, «Медична сестра» – базова спеціальність для більшості зарубіжних країн. Подаль-

ша спеціалізація (наприклад «Акушерство») потребує для випускників проходження додаткового курсу протягом одного року.

В деяких державах спеціалізація медичних сестер (хірургія, онкологія, педіатрія, психіатрія) проходять вже на ранніх етапах навчання. В абсолютній більшості країн в медичних школах, коледжах і, навіть, в деяких університетах (наприклад, в Словаччині) «Анатомія і фізіологія» вивчається як інтегрована дисципліна на 1-му курсі, а «Патологія» – на 2-му або 3-му курсах.

В інших країнах (наприклад Болгарії) підготовка медсестер здійснюється на трьох курсах медичного університету, і тому ці дисципліни вивчаються окремо на відповідних кафедрах – «Анатомія людини» в 1-му семестрі, «Фізіологія людини» – в 2-му семестрі, а «Патофізіологія» і «Патоморфологія» – в 3-му семестрі.

В Чехії, як і в Україні, медичні сестри навчаються в медичних училищах, де вивчають на 1-му курсі інтегровану дисципліну «Соматологія» («Анатомія і фізіологія»), а на 2-му курсі «Патологія», або на трьох курсах медичного університету, подібно як у Болгарії – окремо «Анатомія людини», «Фізіологія людини», «Патофізіологія», «Патоморфологія».

Аналіз навчальних програм і планів з цих дисциплін тринадцяти Європейських держав і США свідчить про те, що принципи їх формування не мають системного характеру, вони є фрагментарними, мають недостатнє співвідношення між теоретичними і практичними (в деяких відсутні) заняттями, специфічні.

Вітчизняний досвід одночасного викладання в ВНЗ I-II рівнів акредитації на 1-му курсі двох окремих дисциплін – «Анатомія» і «Фізіологія» (до середини 80-х років для спеціальностей «Лікувальна справа» та «Акушерська справа») показує неузгодженість їх та велику доцільність вив-

чення інтегрованої дисципліни «Анатомія і фізіологія людини» зі збереженням кількості годин порівняно з роздільним курсом.

Вивчення традицій вітчизняної медичної освіти на базі досліджень літературних джерел XVIII-XXI сторіч для навчальних закладів, еквівалентних ВНЗ I-II рівнів акредитації, показало, що за цей період було презентовано більше 70 підручників, атласів з інтегрованої дисципліни «Анатомія і фізіологія людини» вітчизняних та іноземних авторів [1]. Більш того, в літературі з дисципліни «Анатомія» надається інформація в анатомо-фізіологічному аспекті [2; 6]

Тільки в запровадженій нами програмі, на що є «Свідоцтво про реєстрацію авторського права» і в програмі коледжу США представлені принципи нейрогуморальної регуляції функцій організму. Все це знайшло відображення в посібниках «Практикум з анатомії і фізіології людини» (1999 р.) і «Практикум з патології» (2001 р.) [3; 4; 5].

В Україні теж готують різних медпрацівників – лікувальна справа, сестринська справа, акушерська справа, медико-профілактична справа, лабораторна діагностика, стоматологія ортопедична, фармація. Тому це вимагає великої уваги до засвоєння цих морфофункціональних дисциплін.

**Висновки.** Вивчення досвіду різних країн Європи та США свідчить про наступне:

- 1) необхідність подальшого забезпечення якості підготовки фахівців;
- 2) запровадження новітніх технологій та форм організації навчального процесу з урахуванням традицій вітчизняної медичної школи та інтеграції до Європейського освітнього простору;
- 3) удосконалення навчального процесу у ВНЗ I-II рівнів акредитації шляхом оптимізації організації викладання дисциплін «Анатомія і фізіологія людини» і «Патофізіологія і патоморфологія» для різних спеціальностей.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Максимович-Амбодик Н.М. Анатомо-фізіологический словарь. – СПб, 1783. – 374 с.
2. Мухин Е. Курс анатомии, исправленный и умноженный: в 8-ми частях. – М., 1818. — 963 с.
3. Педанов Ю.Ф. Практикум по анатомии и физиологии человека: учеб. пособие. – О.: Принт Мастер, 1999. – 52 с.
4. Педанов Ю.Ф. Практикум по патологии / Под ред. Р.Ф. Макулькина, А.И. Даниленко. – О.: Астропринт, 2001. – 32 с.
5. Педанов Ю.Ф., Гоженко А.І., Макулькін Р.Ф. Алгоритми засвоєння знань і здобуття практичних на-

вичок у системі морфофункціональних наук у ВНЗ I-II рівнів акредитації // Медична освіта – 2003. – № 1. – С. 18-21.

6. Пирогов Н. Полный курс прикладной анатомии человеческого тела с рисунками (анатомия описательно-физиологическая и хирургическая). – СПб., 1842. – 136 с.

7. Сучасний розвиток вищої медичної та фармацевтичної освіти й проблеми питання забезпечення якісної підготовки лікарів і провізорів / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Фещенко та ін. // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 5-12.

УДК 378:614.253

## ТЕХНОЛОГІЯ НАВЧАННЯ МИСТЕЦТВУ СПІЛКУВАННЯ СТУДЕНТІВ

П.Є. Мазур, Л.Л. Стаднюк

*Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського*

Висвітлена методика навчання професійного міжособового спілкування включає вивчення програмних дисциплін з медсестринства, розроблена викладачами навчального закладу.

## THE TECHNOLOGY OF TEACHING ART OF COMMUNICATION

P.Ye.Mazur, L.L.Stadnyuk

*Kremenets' Medical College named after Arseniy Richynskiy*

The given methodology of teaching professional communication includes the studying of programme disciplines in nursing. This methodology has been created and developed by the teachers of our college.

**Вступ.** Реформа системи охорони здоров'я потребує удосконалення системи сестринської освіти і тому перед нами стоїть завдання підготовки спеціалістів, які відповідають сучасним світовим стандартам. Ці зміни передбачають перехід від традиційних методів роботи медсестри до роботи медсестри за медсестринськими моделями, коли медична сестра не лише виконує призначення лікаря, а враховує потреби та бажання пацієнта. І тому медсестра повинна відігравати основну роль у виявленні та вирішенні проблем пацієнта, пов'язаних із певними потребами. Основним джерелом цього є ефективне професійне спілкування медсестри із пацієнтом і його родиною. Тому над розв'язанням даного питання працює весь колектив училища [1-3].

**Основна частина.** Ази ефективного професійного спілкування студенти Кременецького медичного училища імені Арсена Річинського починають набувати на заняттях з основ сестринської справи. На першій лекції подається визначення поняття медичної сестри за В. Хендерсон: «Медична сестра – “ноги безногого”, “очі осліплого”, “опора для дитини, джерело знань та впевненості для молоді матері, вуста тих, хто дуже

слабкий, щоб говорити”. Із перших занять звертаємо увагу студентів на:

- важливість вміння спілкуватися із пацієнтом;
- основні принципи спілкування;
- умови, що сприяють ефективному спілкуванню;
- канали спілкування;
- впевнену манеру спілкування.

Вчимо висловлюватися, порозумітися, поспілкуватися. Неодноразово нагадуємо, що мова – це духовне обличчя людини і свідчить про милосердя, чуйність, загальну культуру та освіченість медсестри.

Підкреслюємо важливість немовного спілкування – зовнішній вигляд медсестри, вираз обличчя, положення і рухи, значення дотику медсестри до пацієнта, які дозволяють співрозмовнику відчувати його значимість, відкрити свої болі і негаразди.

На другому році навчання студенти вивчають дисципліну “Основи психології та міжособове спілкування”, метою якої є вивчення культури спілкування, етикету взаємовідносин медичних працівників, психології та мистецтва спілкування, його види, методи, психологічних особливостей спілкування. При вивченні цієї дисципліни студенти вчаться встановлювати психологічний контакт із співрозмовником, визначати форми спілкування,

володіти правилами спілкування. Отримані знання і навички під час занять з даного предмета студенти продовжують успішно застосовувати при вивченні клінічних дисциплін і роботі із пацієнтами на практичних заняттях, підсумковій і переддипломній практиці.

Викладачами училища для студентів розроблено пам'ятки – поради ефективного спілкування, якими вони мають можливість користуватися під час бесіди із пацієнтами, ситуаційні задачі, рольові ігри, в яких моделюються ситуації із практичної роботи медсестри.

При вивченні дисциплін з медсестринства студенти складають тези бесіди із пацієнтами, їх родичами із врахуванням специфіки захворювання і особистості. Наголошуємо студентам, що при будь-яких обставинах спілкування пацієнт повинен відчувати підтримку, турботу, небайдужість, готовність до допомоги і отримати допомогу як добрим словом, так і доброю справою.

В училищі діє клуб психологічних знань "Довіра", який поряд із іншою роботою допомагає студентам набути навиків професійного спілкування,

розкрити таємниці власного "Я", позбутися зовнішніх та внутрішніх бар'єрів у вираженні своїх думок і почуттів, навчитися розуміти іншу людину засобами рефлексії та емпатії, набути впевненості у собі. Практикуючий психолог проводить мовні тренінги, тренінги комунікативних здібностей, надає практичні рекомендації для ефективного спілкування із пацієнтами різних вікових, соціальних груп, віросповідань із різними видами захворювань. А також за допомогою психодіагностичних методик визначає типи поведінки у конфліктних ситуаціях та способи їх корекції.

**Висновок.** Дана методика навчання мистецтву професійного спілкування дає можливість студентам усвідомити, що спілкування є тим принципом спостереження і догляду, без якого медична сестра не зможе застосувати всі інші і спонукає їх до прагнення навчитися правильно та уміло вести розмову із пацієнтами.

Така комплексна робота усього колективу навчального закладу сприяє формуванню у майбутніх медсестер вмінь і навичок професійного спілкування.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Литвиненко В. І. Сестринська справа. – Київ: Медицина, 2008.

2. Радевич–Винницький Я. Етикет і культура спілкування. – К.: Знання, 2006.

3. Пасечко Н.В. Основи сестринської справи. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.

## ВПРОВАДЖЕННЯ СТАНДАРТІВ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Марія Шегедин, Наталія Окс, Наталія Галапац<sup>1</sup>

*Львівський державний медичний коледж ім. Андрея Крупинського  
Львівська обласна державна адміністрація<sup>1</sup>*

Вивчення міжнародного досвіду з питань підняття ефективності медсестринської діяльності засвідчує, що значному покращенню якості, доступності та економічності надання медичної допомоги населенню та доцільному використанню ресурсів в охороні здоров'я сприяють раціональне використання медсестринських кадрів та запровадження професійних стандартів в діяльності медичної сестри.

На сьогодні розвиток медсестринства в Україні стримується відсутністю законодавчо-нормативної бази. Тому представниками робочої групи реформування з медсестринства в практичній охороні здоров'я у Львівській області (затвердженою наказом начальника Головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації № 709 від 09.11.05 р.) були створені "Тимчасові стандарти роботи медичних сестер ЛПЗ Львівської області". Попередньо проведене маркетингове дослідження медичної громадськості з приводу стандартизації медсестринської діяльності охопило 2286 респондентів з 11 лікарень і диспансерів м. Львова, 16 центральних районних лікарень і 12 обласних лікарень та поліклінічних відділень.

Експериментальними базами з листопада 2005 року по грудень 2008 року були: Львівська обласна клінічна лікарня, обласна дитяча клінічна лікарня «ОХМАТДИТ» і Жовківська ЦРЛ. З липня 2007 року до експерименту приєдналися Городоцька ЦРЛ, Пустомитівська ЦРЛ, Львівська інфекційна клінічна лікарня, Львівський обласний шкірно-венерологічний диспансер. Робочою групою були розроблені «Методичні рекомендації з вивчення дійсного навантаження медсестринського персоналу», які дали б можливість показати весь обсяг і визначити професійні навантаження на медичну сестру. За три роки експерименту у зазначених відділеннях ЛПЗ на пацієнтів експериментальних груп заповнювались

листки медсестринського процесу, зразки яких були розроблені робочою групою. Попередні окремі результати такі.

У терапевтичному відділенні Жовківської ЦРЛ до експерименту були залучено 64 пацієнти, які лікувались протягом 851 ліжко-дня. За цей час було проведено 6657 медсестринських втручань, що в середньому дорівнює 500 медсестринським втручанням на одного пацієнта за 13 ліжкоднів. Це, у свою чергу, становить 38 втручань на одного пацієнта за день. Дві медичні сестри опікують приблизно 40 пацієнтів в день (за зміну), отже виконують 1504 втручань. А це означає, що одна медична сестра виконує 752 медсестринські втручання в день. Такі цифри говорять самі за себе!

Аналіз даних та низки інших результатів свідчать про надмірні (неадекватні) професійні навантаження на медичних сестер, які призводять до професійного вигорання, в тому і, як наслідок, можливого неякісного виконання ними функціональних обов'язків. Необхідно в найближчий час на рівні МОЗ України обговорити та прийняти рішення щодо співвідношення числа медичних сестер до числа опікуваних пацієнтів залежно від профілю та інтенсивності надання медсестринської допомоги.

За відсутності Всеукраїнських стандартів медсестринської діяльності виникла потреба створення тимчасових, регіональних стандартів роботи медичних сестер у Львівській області, які б включали всі необхідні розділи для роботи медичних сестер (медсестринський процес, стандарти опіки над пацієнтами, технології виконання маніпуляцій, інфекційний контроль тощо). Наказами Головного управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації були впроваджені в роботу ЛПЗ Львівської області "Тимчасові стандарти роботи медичних сестер ЛПЗ Львівської області", які передбачають 10 розділів, та "Тимчасові стандарти роботи медичних сестер загальної практики – сімейної медицини ЛПЗ Львівської області", які передбачають

7 розділів. Також, згідно з даними стандартами, у Львівській області за єдиною схемою проводиться оцінка якості роботи медичних сестер за десятьма основними показниками.

Вказані тимчасові стандарти медсестринської діяльності різних медсестринських структур – це

спроба науково обгрунтовано, використовуючи світовий досвід та враховуючи можливості практичної охорони здоров'я України, встановити кількісні та якісні стандарти, згідно з якими повинні надаватись медична допомога населенню медичними сестрами в межах їх компетентності.