

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

МЕДСЕСТРИНСТВО

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

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

NURSING

UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

3/2009

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 № 15 від 15.09.2009 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 22.09.2009 Формат 60x84/8.
Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. №1
Ум. друк. арк. 4,42. Обл.-вид.арк. 3,69
Тираж 600. Зам. № 287

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

ЗМІСТ

- О.І. Яшан, С.О. Ястремська,
С.О. Коноваленко, О.М. Прокопів*
З досвіду підготовки медсестер -
бакалаврів в медсестринській школі імені
Мері Блек університету Південної
Кароліни Апстейт
- Н.В. Пасєчко, Н.С. Волощук*
Паліативна допомога, удосконалення
системи надання допомоги безнадійно
хворим
- Н.В. Пасєчко, Н.І. Стахира*
Аспекти психотерапевтичного супроводу
процесу лікування медсестрою-
бакалавром у роботі з узалежненими
пацієнтами спеціалізованої амбулаторії
анонімного лікування
- В.В. Максимова, С.О. Ястремська*
Щодо проблемних питань розвитку
медсестринства в Україні
- С.О. Ястремська, Н.Б. Галіяш, Н.І. Рега*
Організація волонтерського руху у
Нідерландах
- Н.І. Рега, С.О. Ястремська, І.М. Салайда*
Особливості підготовки магістрів та
бакалаврів медсестринства у
Саксіонському університеті (Нідерланди)
- В.Л. Кравець, Т.В. Кравець*
Психологічна корекція алкогольної
залежності хворих в умовах лікувального
закладу
- Т.Ю. Рибалка*
Спостереження та догляд за хворими
похилого віку
- О.М. Прокопів*
З історії виникнення та досвіду роботи
Товариства Червоного Хреста в Україні та
Тернопільській області
- А.В. Яловега*
Процедура забору крові з вени. Проблеми
та перспективи розвитку

CONTENTS

- O.I. Yashan, S.O. Yastremska,
S.O. Konovalenko, O.M. Prokopiv*
From the experience of bsn students
teaching in nursing school named after
Mary Black of South Carolina Apsteyt
University
- N.V. Pasyechko, N. S. Voloshchuk*
Palliative, improving the system of
providing help to incurable patients
- N.V. Pasyechko, N.I. Stakhyra*
Aspects of psychotherapy accompaniment
of process of treatment trained nurse -
bachelor in – process from dependence by
patients of the specialized out-patient’s
clinic of anonymous treatment
- V.V. Maksymova, S.O. Yastremska*
Main difficulties of nursing development in
ukraine
- S.O. Yastremska, N.B. Haliyash, N.I. Rega*
Volunteering movement in the
Netherlands
- N.I. Rega, S.O. Yastremska, I.M. Salayda*
The peculiarities of education of masters
and bachelors of nursing at Saxion
University (the Netherlands)
- V.L. Kravets, T.V. Kravets*
Psychological correction of alco –
dependant patiets in narcologic hospital
- T.Yu. Rybalka*
Surveillance and medical care for elderly
patients
- O.M. Prokopiv*
About history of development of Red
Cross association in Ukraine and Ternopil
region
- A.V. Yalovega*
Procedure of blood fence from a vein.
Problems and prospects of the development

О.О. Склярова

Перитонеальний діаліз – як можливість соціальної реабілітації хворих в термінальній стадії хронічної ниркової недостатності

35

O.O. Sklyarova

Peritoneal dialysis – as possibility of social rehabilitation of patients in the terminal stage of chronic kidney disease

УДК 614.254.52(07.07)(753)

З ДОСВІДУ ПІДГОТОВКИ МЕДСЕСТЕР-БАКАЛАВРІВ В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ШКОЛІ ІМЕНІ МЕРІ БЛЕК УНІВЕРСИТЕТУ ПІВДЕННОЇ КАРОЛІНИ АПСТЕЙТ**О.І. Яшан, С.О. Ястремська, С.О. Коноваленко, О.М. Прокопів***Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

Стаття розглядає основні особливості сучасної інноваційної стратегії медсестринства США.

FROM THE EXPERIENCE OF BSN STUDENTS TEACHING IN NURSING SCHOOL NAMED AFTER MARY BLACK OF SOUTH CAROLINA APSTEYT UNIVERSITY**O.I. Yashan, S.O. Yastremska, S.O. Konovalenko, O.M. Prokopiv***Ternopil State Medical University named after I. Horbachevsky*

This article is devoted to main aspects of the most innovative strategies in the USA nursing.

Вступ. Університет Південної Кароліни Апстейт (північної частини штату) утворений після приєднання Спартанбурзького загального госпіталю до системи Університету Південної Кароліни і був названий Спартанбурзьким регіональним кампусом. Головним завданням закладу було започаткувати підготовку дипломованих медичних сестер для вирішення важких питань організації охорони здоров'я. Перші майбутні медсестри (177 студентів) розпочали навчання у 1967 році. Набір студентів зростає щороку і невдовзі, у 1974 році, навчання розпочалося не лише за дворічною, але й за чотирирічною програмою підготовки медичних сестер-бакалаврів.

Починаючи з 1994 року, університет Південної Кароліни розпочав підготовку наукових спеціалістів з медсестринства. На сьогодні студентське містечко розташувалося на 280 акрах землі та включає біля 5000 студентів.

Основна частина. Медсестринська школа імені Мері Блек є частиною університету Південної Кароліни і готує спеціалістів освітньо-кваліфікаційного рівня "бакалавр медсестринства". Це дозволяє випускникам складати ліцензійний іспит зі спеціальності медична сестра. Крім цього, медсестринська школа пропонує курс навчання для отримання звання "бакалавра медсестринства" для медичних сестер, що вже працюють та мають ліцензію (від RN до BSN).

З одного боку, кожна з цих програм включає перелік предметів, які потрібно опанувати, щоб здобути ступінь бакалавра та студент сам обирає порядок вивчення цих дисциплін протягом навчального року. З іншого боку, він не може вибрати предмет, наприклад «Медсестринство в хірургії» для вивчення на першому курсі, оскільки не має відповідної підготовки для опанування цієї дисципліни. Щоб допомогти студентові зорієнтуватись у правильному виборі, йому призначають едвайзера (куратора), який допомагає зробити підбір предметів на кожен семестр. Протягом семестру майбутній бакалавр звичайно вивчає

4-6 предметів. Дехто із молодих людей, намагаючись скоротити термін навчання, набирає 7-8 предметів на 1 семестр. Але, як показує практика, такі студенти в кінці семестру часто не складають семестрові іспити з декількох дисциплін у зв'язку з надмірно великим навантаженням. Тоді на другий семестр їм дозволяється вивчати тільки ті предмети, з яких вони не склали іспити, але оплата здійснюється за повний семестр. Так, намагаючись зекономити, студент часто втрачає. Ще одна причина того, чому студент не може вивчати більше ніж 6 дисциплін, полягає в тому, що майже всі студенти одночасно з навчанням працюють, тому що за навчання платять вони самі, а не їх батьки (такі правила життя в цьому суспільстві). Робота забирає у студента багато часу, тому на навчання залишається не так і достатньо.

Тепер опишемо пересічний робочий день студента.

Знаючи кількість занять з кожного предмета протягом тижня, студент сам обирає дні, в які він хоче їх вивчати, а також, що цікаво, він має право вибрати викладача, який читатиме цей предмет. Тобто, один предмет у школі медсестринства викладають мінімум троє спеціалістів.

Викладачі подають завучу кафедри години, протягом яких їм найзручніше проводити заняття (більшість викладачів працюють паралельно в інших закладах освіти або в клініках). Завуч лише узгоджує заняття, виключаючи накладки в розкладі.

Кожна дисципліна складається з лекційного курсу і практичних занять. Як правило, зранку студенти мають лекцію, яка триває 3 год. Лектор сам робить перерви в довільний час, враховуючи працездатність та засвоєність студентами матеріалу. Протягом лекції може бути 2-3 перерви. Лекція завжди передує практичному заняттю. Готуючись, студенти попередньо повинні ознайомитися з матеріалом, про який йтиметься на занятті, для того, щоб дискутувати з лектором з питань теми. Протягом семестру тричі викладач організовує проміжний тестовий контроль на лекції. Результати цих проміжних тестів складають загальну оцінку за теоретичний лекційний курс дисциплін. Також для заохочення викладач може давати студентам так звані квізи (домашні завдання), які впливають на загальну оцінку за курс. Для кожного предмета розроблена шкала оцінювання в відсотках, набравши які, студенту присвоюється відповідний рівень. Наприклад:

Рівень	Проценти
A	92-100
B+	89-91
B	85-88
C+	82-84
C	75-81
D+	72-74
D	65-71
F	Нижче 65

Для зарахування дисципліни студент повинен набрати рівень не нижче С.

Слід відмітити, що дане оцінювання відповідає остаточному оцінюванню студентів за кредитно-модульною системою навчання, що запроваджена в нашому університеті.

Після лекції студент йде на практичне заняття, яке проводиться в так званій віртуальній клініці, оснащеній сучасним медичним обладнанням та манекенами. Манекени є багатофункціональними і доступними протягом всього дня, тому студент може відпрацювати практичну навичку стільки разів, скільки це необхідно для її повного засвоєння, чого не можна зробити безпосередньо на реальному пацієнті. Під час практичного заняття, яке триває звичайно 3-4 години, студенти самостійно відпрацьовують практичні навички в парах. Спірні і незрозумілі питання пояснює викладач, він також відмічає помилки та допомагає правильно освоїти алгоритм навички. Практичне заняття не оцінюється, але студенти обов'язково заповнюють стандартні протоколи маніпуляцій, які необхідно здати до суворо визначеної дати. Оцінка за ці протоколи є складовою загальної оцінки за практичний курс. Кожен день запізнення здачі протоколів знімає по 3% від загальної оцінки. Крім цього, практичний курс дисципліни включає проміжні екзамени зі здачі практичних навичок, занесені в загальну сітку розкладу. На такому проміжному іспиті студент показує виконання практичних навичок, які він засвоїв за певний період часу. В кінці семестру студент складає підсумковий іспит, який включає всі практичні навички з цієї дисципліни. На цьому іспиті студент вибирає білет з трьома практичними навичками і демонструє їх. Результати здачі навичок заносяться в спеціальний лист-алгоритм, який заповнюється викладачем. В ньому вказується крок за кроком, що студент пови-

нен робити для кожної навички і відповідно оцінюється. Наприклад:

PROCEDURE CHECKLIST
Assessing for an Apical-Radial Pulse Deficit

Check [✓] Yes or No

PROCEDURE STEPS	Yes	No	COMMENTS
1. Selects, correctly locates, and palpates apical site (5 th intercostal space at the midclavicular line).			
2. Obtains another nurse to assist.			
3. Places watch so it is visible to both nurses.			
One nurse palpates radial pulse; the other uses diaphragm of stethoscope to auscultate the apex. Correctly locates sites.			
4. Counts for 60 seconds.			
5. Notes rate, rhythm, and quality.			
6. Identifies S1 and S2 heart sounds.			
Correctly obtains pulse deficit (apical rate minus radial rate).			

Recommendation: Pass _____ Needs more practice _____

Student:

Date:

Instructor:

Date:

практика закінчується іспитом практичних навичок біля ліжка хворого.

Крім лекцій та практичних занять, студенти мають практику в клініці. Медсестринська клінічна практика не виноситься на окремих період, а проходить впродовж всього навчального року.

У кінці під час практики студенти (звичайно 7-8 чоловік) прикріплені до практикуючої медсестри, яка відповідає за їх практичне навчання.

Слід відмітити, що спецодяг студентів-практикантів є уніфікованим і відрізняється за кольором від спецодягу практикуючих медсестер. Клінічна

Висновок. Отже, порівнявши американську систему медсестринської освіти з українською, слід відмітити, що в деяких моментах вона має багато відмінностей, але, з іншого боку, дуже нагадує кредитно-модульну систему організації навчального процесу, яка успішно впроваджується в нашій країні. І ще б хотілося, щоб наші студенти могли перейняти досвід вмотивованості до навчання в американських студентів, які, маючи досить гнучкий вільний розклад і не маючи серйозного щоденного контролю, є дуже сумлінними, старанними і працьовитими.

УДК 616-036.887-082.3/.5

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА, УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ БЕЗНАДІЙНО ХВОРИМ

Н.В. Пасечко, Н.С. Волощук

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського,
Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер*

*Ти є важливим до останньої миті твого життя,
і ми будемо робити все,
щоб ти помер з миром,
і щоб до останнього подиху жив достойно*
Сіслей Сандерс

Основна мета паліативного лікування – підтримка максимально можливого рівня якості життя пацієнта і членів його родини.

Паліативна медицина спрямована на розв'язання тих проблем, які не розв'язані і є медичними, психологічними або соціальними факторами, які травмують психіку пацієнтів.

Завдання медичної сестри включають: боротьбу з болем, контроль симптомів, організацію догляду за хворими. Соціальні проблеми пацієнтів стосуються умов якості життя, питань матеріального забезпечення. Найскладнішими у ряді випадків виявляються психологічні проблеми. Розглядають п'ять основних видів психологічних реакцій, які спостерігаються у хворих: шок та наступні стадії – заперечення, агресії, депресії, примирення [1].

Паліативна допомога є комплексом медичних, соціальних, психологічних та духовних заходів, спрямованих на покращення якості життя пацієнтів, які мають невиліковну хворобу та обмежений прогноз життя, а також членів їх сімей [2].

В останній фазі земного життя тяжкохворих головною метою є скерування не на досягнення терапевтичного ефекту, а на позбавлення від болю, усунення або зменшення розладів життєдіяльності та інших важких проявів хвороби, догляд, психологічну, соціальну та духовну допомогу пацієнтові та його рідним як в умовах спеціалізованого медико-соціального закладу – хоспісу, так і вдома.

Хоспісний рух був заснований Др. Сіслей Сандерс у 1967 р. в Лондоні, а перші хоспіси і паліативні відділення створювали в Англії в 70-х роках. За час діяльності цих установ у Англії збільшилась кількість госпіталізацій пацієнтів для зменшення симптомів захворювань, завдяки проведенню більшої кількості реабілітаційних заходів продовжилась тривалість їх життя. Паліативна допомога стала більш доступною, та все ж більшість людей надають перевагу вмирати вдома [5].

Історія розвитку та впровадження паліативної допомоги свідчить про труднощі, які виникали у різних країнах. Так, наприклад, в Індії ще в 1996 році починали створювати перші відділення паліативної медицини для пацієнтів з важкими формами раку, але були проблеми з недостатнім фінансуванням, браком закладів і обладнання [6].

В Україні цей процес розпочався у 1994 році, проте на сьогодні, за різними даними, діє від 7 до 10 хоспісів (з максимальною кількістю 30-40 ліжок), які фінансуються за кошти держави, а також невелика кількість центрів сестринського догляду, що утримуються громадськими організаціями та релігійними громадами. Втім, за даними експертів, мінімальна потреба в хоспісних ліжках складає приблизно 100-120 на півтора мільйона населення.

У останні роки хоспісний рух в Україні знову почав відновлюватися. Почали створюватися невеликі відділення та палати паліативної допомоги на базі державних та недержавних інституцій.

Так, у місті Львові з грудня 2004 р. на базі благодійної установи "Шпиталь ім. Андрея Шеп-

© Н.В. Пасечко, Н.С. Волощук, 2009

тицького" почало функціонувати відділення паліативної медицини. На сьогодні тут розгорнути 24 стаціонарні ліжка. У відділенні працює 3 лікарі-терапевти, світські медичні сестри, а також сестри-монахині переважно греко-католицького віросповідання, які мають медичну освіту. Духовну опіку забезпечує капелан Шпиталю, оскільки деякі духовні потреби можуть бути терміновими – як, наприклад, Свята Сповідь або Святе Причастя [4].

Релігія – один з важливих аспектів людського життя, а у кризових життєвих ситуаціях духовна опіка і супровід набувають особливої ваги. У відділеннях та закладах паліативної допомоги повинен бути тісним зв'язок медицини і релігії – для забезпечення духовних потреб хворих у термінальній стадії [3].

Проте для онкодиспансеру важливий духовний комфорт пацієнта незалежно від його віросповідання. Він відкритий як для представників всіх релігій, так і для атеїстів. Для задоволення духовних потреб сюди запрошують духовенство різних релігійних конфесій.

Важливе місце у наданні допомоги безнадійно хворим займають хоспіси та паліативні відділення, де здебільшого працюють волонтери. Так, в Королівській Hallamshire лікарні їхній внесок становив 2000 робочих годин в місяць, економія коштів на рік становила біля 100 000 фунтів стерлінгів. На жаль, в Україні волонтерський рух не є дуже добре розвинений (для цього є об'єктивні і суб'єктивні причини). Все ж у паліативному відділенні Львівської Архієпархії УГКЦ систематично працюють на волонтерських засадах студенти-медики, учні духовної семінарії Св. Духа (м. Львів), студенти факультетів соціальної праці.

Робили порівняння світських лікарень і Львівського шпиталю архієпархії УГКЦ. В останньому па-

цієнти швидше знаходили спільну мову з персоналом, медики, в свою чергу, менше скаржились на зайнятість. Анкетовані респонденти вважали, що психологічний клімат в шпиталі є кращим, у відділенні створені умови, наближені до домашніх, які не змінюють життя хворих [4].

Так, в Канаді хворим паліативних відділень і хоспісів пропонують заповнити MQOL – опитувальник якості життя Мак Гілла, який відображає фізичний добробут або самоусвідомлюваний індекс якості життя Спайзера – SA-QLI [5].

У Лондоні проводили дослідження RSCD (регіональне вивчення допомоги вмираючим) – в результаті більше половини родичів були дуже задоволені середнім медичним персоналом, 39 % – лікарями загальної практики. В Іспанії, за даними анонімного опитування лікарів загальної практики та їх медичних сестер, виявили, що вони мають велику мотивацію в наданні допомоги хворим, які вмирають, але відчувають незадоволення низьким рівнем надання послуг. Лікарі загальної практики дуже неохоче повідомляють пацієнтам про онкологічний діагноз.

Цікаво, що опитування термінальних онкологічних хворих щодо "доброї смерті" показало, що більшість охарактеризувала її як: "контроль симптомів", "смерть у сні", "без болю", "в спокої і гідності", "раптово". Деяко інакше описують "добру смерть" медики – крім всього – "в колі сім'ї" і "без стресу", тоді, як "погану смерть" – "в болях", "без сприйняття", "будучи молодим" [3].

Висновок. Таким чином, на нашу думку, паліативна допомога вимагає індивідуального підходу до кожного конкретного пацієнта. В основу паліативної допомоги покладено інтереси пацієнта та його близьких. Рівень надання цієї допомоги визначається станом економічного розвитку суспільства та його гуманністю.

ЛІТЕРАТУРА

1. Паліативна медична допомога / Г.В. Бондаренко, І.С. Вітенко, О.Ю. Попович. – 2004.
2. Медсестринство в онкології В.І. Дрижак, М.І. Домбрович. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.
3. Деякі аспекти паліативної допомоги / М.В. Заранський, В.Й. Каганяк.
4. Здоров'я України. К вопросу о врачевании тела и души // № 19. – X 2008 р.Б.-С. 57.

5. Axelsson A., Christensen SB., Place of death correlated to sociodemographic factors - A study of 203 patients dying of cancer in a rural Swedish country in 1996 // Palliat. Med.-1996.-N4.-P. 329-335
6. Broadley KE.,Kurovska A,Tookman A; // Ketamine injection used orally // Palliat. Med.-1996.-N3.-P. 247-250.

УДК 614.253.52:615.851:614.212

АСПЕКТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО СУПРОВОДУ ПРОЦЕСУ ЛІКУВАННЯ МЕДСЕСТРОЮ-БАКАЛАВРОМ У РОБОТІ З УЗАЛЕЖНЕНИМИ ПАЦІЄНТАМИ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ АМБУЛАТОРІЇ АНОНІМНОГО ЛІКУВАННЯ

Н.В. Пасечко, Н.І. Стахира

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського,
Спеціалізована амбулаторія анонімного лікування ТОВ «Астра МІА», Тернопіль*

У статті висвітлено програму психотерапевтичного супроводу процесу лікування медсестрою-бакалавром у роботі з uzалежненими пацієнтами в спеціалізованій амбулаторії анонімного лікування ТОВ «Астра МІА» м. Тернополя

ASPECTS OF PSYCHOTHERAPY ACCOMPANIMENT OF PROCESS OF TREATMENT TRAINED NURSE - BACHELOR IN – PROCESS FROM DEPENDENCE BY PATIENTS OF THE SPECIALIZED OUT-PATIENT'S CLINIC OF ANONYMOUS TREATMENT

N.V. Pasechko, N.I. Stakhira

*Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky
Specialized out-patient's clinic of anonymous treatment CLL «Aster of MIA», Ternopil*

In the article is reflected the program of psychotherapy accompaniment of process of treatment nurse-bachelor in-process with dependence by patients of the specialized out-patient's clinic of anonymous treatment CLL «Aster of MIA», Ternopil

Вступ. За останні десятиліття відзначається зростання кількості психічних і наркологічних захворювань в Україні. Актуальним в умовах сьогодення є формування і зміна структури психіатричної і наркологічної служби, її гуманізації, відмова від радянської практики стигматизації, сегрегації та ізоляції психічних і наркологічних хворих. В цьому велика роль відводиться різним позалікарняним ланкам і спеціалізованим відділенням (як спеціалізована амбулаторія анонімного лікування ТОВ «Астра МІА» м. Тернополя). Створення таких закладів передбачено Законом України «Про психіатричну допомогу» [1].

Біологічна терапія психічних і наркологічних розладів лише частина комплексу сучасних медико-соціальних заходів, а на передній план виступає психотерапія і реабілітація хворих. Відпо-

відно до Наказу МОЗ України від 15.04.2008р. № 198 «Про затвердження порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливів», психотерапевтичним впливом є застосування методів, спрямованих на психіку людини усвідомленого або неусвідомленого характеру за допомогою переконання, психологічного переформування, або сугестії, для лікування, реабілітації і профілактики розладів здоров'я особи [2].

Спеціалізована амбулаторія анонімного лікування ТОВ «Астра МІА» існує як приватний заклад в режимі денного стаціонару.

Анонімність забезпечується тим, що при зверненні в амбулаторію не вимагається від пацієнта жодних паспортних даних, місце прописки чи проживання, місце роботи. Пацієнт може назвати тільки своє ім'я, по-батькові або вказується порядковий номер його амбулаторної картки.

© Н.В. Пасечко, Н.І. Стахира, 2009

Специфічність роботи амбулаторії анонімного лікування відображається і на деяких соціологічних показниках. Так, майже половина пацієнтів, які пройшли лікування в амбулаторії, мають вищу або середню спеціальну освіту (49 %).

Значний відсоток складають підприємці, службовці, педагоги, медики, військовослужбовці, церковнослужителі і т.п.

Потрібно відзначити, що більша половина хворих, які пройшли лікування (65 %), хворі наркологічного профілю. Ефект лікування – ремісії до 1 року, у хворих на алкоголізм – 60-70%.

Основна частина. Медична сестра-бакалавр приватної амбулаторії обов'язково в своїй роботі дотримується правил і норм медичної етики і деонтології, що склалися в процесі багатовікової медичної практики. Основне правило перш за все – не нашкодь [3, 4]. Медична етика включає в себе норми поведінки і сукупність моральних правил у відносинах з пацієнтами, їхніми родичами, взаємовідносини між медичними працівниками. Етика тісно пов'язана з естетикою. Взаємовідносини мають бути моральними і красивими.

Важливою особливістю роботи нашої амбулаторії є те, що вона включає багатосторонність різних методів лікувального впливу, у фокусі яких опиняється патологічне вогнище і особистість пацієнта.

Це і медикаментозне, і немедикаментозне лікування (голкотерапія, фізіотерапевтичні процедури і широкий спектр психотерапевтичних методів: раціональні, сугестивні і психодинамічні підходи). Це дає об'ємне, а не вузьке розуміння проблеми пацієнта, його особистості і дозволяє наблизитися до ідеального правила: лікувати не хворобу, а людину. Тим паче, що ми розглядаємо хронічний алкоголізм як комплексне ураження духу, душі і тіла. Такий підхід вимагає багатосторонньої і широкої підготовки лікарів, медсестер і всього медичного персоналу, і здатний давати бажаний результат, як показала практика нашої амбулаторії. Ми вважаємо, що хвороба узалежнення належить до моральних страждань, а це є більше, ніж тілесна недуга, складніше, і, водночас, глибше закорінене власне у людській сутності.

Останнім часом ми особливу увагу приділяємо духовній стороні цієї проблеми, звертаючись до агіотерапії (лікування духовного і морального страждання), що лежить на межі психотерапії і терапевтичного богослов'я (Томіслав Іванчич) [6].

Тому медсестра-бакалавр амбулаторії як одна з основних фігур значимих для пацієнта зобов'

язана знати, розуміти і дотримуватися концепції лікування, що склалася в амбулаторії.

Ще одна складність, яку треба враховувати при роботі в нашій галузі, лежить в площині проблем, які виникають у медичних працівників. При лікуванні узалежнених пацієнтів медичний персонал завжди має контрпереносні проблеми. Структура особи узалеженого завжди є дисоційованою, розчепленою на здорову, тверезу частину і на частину узалежену, яка в даний момент є ведучою. Між цими частинами часто йде боротьба з перемінним успіхом. Ілюзії родичів і самого хворого, що він успішно борює своє узалежнення, часто розбивається об активні опори узалеженої частини, які проявляються різними «трюками» із продовженням вживання алкоголю під час лікування, обманами, «впертістю» – це все вичерпує терпіння родичів і медперсоналу. Тому лікування узалежнених від алкоголю пацієнтів, як і в інших пацієнтів з істерією, нервовою анорексією, як правило, викликає негативні контрпереноси [7].

Завданням медсестри-бакалавра є активна праця із збереженою частиною особи пацієнта, враховуючи важкість його хворобливої поведінки і не впадати в стан подразливості, гніву і розчарування.

Часто пацієнти спеціально, підсвідомо провокують такі контрпереносні почуття у медиків, щоб вони відмовилися їх лікувати (ними займатися), вигнали їх і зберегли їхній узалежнений статус.

При лікуванні узалежнених завжди є загроза зриву і небезпека того, що чергова спроба чи метод лікування будуть неефективними.

Негативне, вороже контрперенесення, яке не усвідомлюється і не пропрацьовується психологічно лікуючим персоналом (лікарем, медсестрою-бакалавром і медичною сестрою) приводять до емоційної ізоляції і аутичної замкнутості пацієнтів.

Щоби не бути опанованими таким негативним контрпереносом, медичний персонал, що безпосередньо спілкується з пацієнтом, мусить добре вивчити психодинаміку хвороби, тонко відчувати індивідуальну структуру характеру пацієнта і вміння відчувати і розуміти його психодинамічний індивідуальний рівень функціонування «тут і тепер».

Важливо проводити обговорення динаміки терапевтичного процесу з медперсоналом і, особливо важливо, проводити психодинамічні Балінтовські групи для лікарів, медсестер-бакалаврів і медсестер, де вони можуть відреагувати свої контрпереносні проблеми і краще зрозуміти і відчути пацієнта.

Необхідно не тільки встановити контакт із пацієнтом, але з його родичами, які часто не визнають факту хвороби в узалежненого пацієнта, або не мають розуміння складності і багатогранності проблеми узалежненого. Вони вимагають простого і швидкого вирішення цієї проблеми, «гарантії», не готові включатися в процес системних змін і часто намагаються зробити медичний персонал «цапами-відбувайлами».

Перша зустріч пацієнта і його родичів з лікарем проходить в кабінеті прийому в присутності медсестри-бакалавра в доброзичливій і неспішній манері. Персонал амбулаторії зобов'язаний розмовляти тихо, посміхаючись, бути уважним, коректним, акуратним, емпатичним, поважати всіх відвідувачів і пацієнтів.

Працювати треба чітко і професійно, налаштувавши хворих на одужання, активно беручи участь в безперервному циклі психотерапевтичного потенціювання лікувального діяння.

Згідно з нашою моделлю, в цьому велика роль медсестри-бакалавра, не просто як виконавця, призначень лікаря, а як особистого терапевта пацієнта, у синхронній взаємодії із всім персоналом амбулаторії [4].

Проблема лікування узалежнень, зокрема хронічного алкоголізму, є структурно досить складною і складаються із декількох етапів, які органічно впливають один з одного [5].

Перший етап – дезінтоксикація, переривання абстинентних явищ і компенсація соматичних проявів алкоголізму.

Другий етап – формування стійких установок на тверезий спосіб життя за допомогою активних психотерапевтичних аверсивних методик.

Третій етап – корекція характерологічних особливостей пацієнтів з використанням соціально-адаптуючих методик психотерапії: індивідуальний і груповий аналіз, гештальттерапія, роджеріанська терапія, сімейна терапія та ін.

Процес лікування на першому етапі весь час супроводжується різними психотерапевтичними методиками, в яких активну участь бере медсестра-бакалавр, які підвищують віру в лікування, активізують позитивні установки, перебудовують ієрархію цінностей. При цьому використовується раціональна, опосередкована бібліотерапія, сугестивна психотерапія.

На другому етапі проводиться емоційно-стрессова психотерапія за методом О.Р. Довженка, внутрішньом'язова імплантація препарату «Ес-

пераль» або імплантація цубо-кульки на апоневроз голови в ділянці точки Т 20 (Бай-хуей).

Використовується нейролінгвістичне переформування – шестикроковий рефреймінг за Бендлером.

Третій етап є дуже індивідуальним. Він направлений на підвищення адаптаційного ресурсу особи пацієнта. Цей етап є довготривалим – пацієнти, які довіряють нам, стають нашими постійними пацієнтами. Вони працюють в груповому аналізі, в сімейній терапії. Як правило, в нашій амбулаторії проходять психокорекцію і лікування всі члени сім'ї узалежненого.

На всіх етапах лікування медсестра-бакалавр є активним учасником його проведення. Дуже часто вона є ко-терапевтом (помічником) лікаря, створюючи гетерогенну психотерапевтичну пару, сприятливу для виникнення підсвідомих проєкцій у пацієнта, особливо, в проведенні психодинамічної психотерапії. Це вимагає від медсестри-бакалавра певних практичних і теоретичних навиків в роботі з пацієнтами в амбулаторії, не тільки виконувати медсестринські маніпуляції і призначення лікаря.

Одним із ефективних методів, які мають сильний вплив на пацієнтів з узалежненнями, є сугестивний вплив.

Сугестія – один із найпотужніших механізмів цілеспрямованого психотерапевтичного впливу. Необхідними умовами навіювання є присутність основної змістової інформації і додаткової – верифікаційної, що підвищує достовірність основної [10].

Згідно з цією концепцією, в амбулаторії впроваджена модель комплексного психотерапевтичного переформування установок у пацієнтів-алкоголіків і пригнічення у них патологічного потягу до алкоголю.

Методика проводиться в два етапи. На першому груповому сеансі здійснюється: психосугестивна фіксація пізнавальної моделі механізмів формування алкогольної залежності (нейрофізіологічних, психологічних, поведінкових, історичних і т.п.). Психосугестивна фіксація оригінальної моделі позбавлення залежності.

Другий етап – це індивідуальний сугестивний сеанс на фоні емоційного стресу із використанням елементів зафіксованої моделі вилікування і психологічним потенціюванням.

Сеанси треба проводити на високому інформаційному і емоційному рівнях, цікаво, переконливо, із включенням дозованої вірогідної цілеспрямованої сугестивної інформації.

Використання методик нейролінгвістичного програмування наркологічних хворих.

Людина із сформованою патологічною залежністю від алкоголю, тютюну та ін. є глибоко дисоційованою особою. Часто така особа на момент звертання до наркологічної амбулаторії вичерпала свої свідомі ресурси. Для ефективного впливу у цьому випадку необхідно активізувати і задіяти підсвідомі ресурси пацієнта для успішної боротьби з недугою.

Одним з методів, що надає цю можливість, є нейролінгвістичне програмування (НЛП), яке розробили американські вчені Д. Гріндер і Р. Бендлер [6, 7]. В амбулаторії анонімного лікування у 1990 році було впроваджено і поряд з іншими методами комплексно використано ці оригінальні методики, які проводяться в рамках комплексного дезінтоксикаційного симптоматичного і психотерапевтичного лікування, і включають в себе такі послідовні етапи впливу.

Визначення репрезентативної системи пацієнта, тобто системи сприйняття і кодування інформації, що поступає ззовні. Все це має значення для встановлення рапорту як основи психотерапевтичного впливу.

Репрезентативні системи бувають 3-х основних категорій:

– візуальна (сприйняття шляхом зорових образів);

– аудіальна (сприйняття шляхом слухових відтворювань);

– кінестетична (сприйняття шляхом відчуттів). Кожна людина користується всіма цими модальностями, але максимально використовує одну – основну. Крім основної, є ще ведуча система. Вона відображує діяльність мозку в даний момент, «тут» і «тепер». Репрезентативні системи визначаються в процесі збирання анамнезу, обстеження і спілкування з пацієнтом методом, відомим в НЛП, як очні симптоми доступу (ОСД), а також мовою (темп, звучність, використання дієслів) фізіологічних проявах (дихання, жести).

Інформацію пацієнту потрібно давати в тій модальності, яка є в нього провідною. Визначення репрезентативних систем необхідне для ефективного підключення до пацієнта і ведення його в потрібному напрямку.

Підключення – це і є встановлення рапорту, тому що при цьому лікар чи медсестра стає максимально конгруентним пацієнтові. Підключення відбувається жестами, позою, мовою (темп,

звучність, манера), диханням, використовуючи основну і ведучу репрезентативні системи, а також використовуючи вербальні і невербальні «ключі» доступу.

Ведення – при повному підключенні пацієнт неусвідомлено і, отже без критики і супротиву, сприймає дії психотерапевта.

Хворі наркологічного профілю під час хвороби частіше всього функціонують тільки в одній репрезентативній системі – кінестетичній, і навіть у закритій її формі – дигітальній, що служить певним «наперстком» для захисту від «агресивного» для них оточення. При виведенні хворого із цього патологічного стану треба підключатися і починати працювати в його системі, а виводити через інші модальності.

На етапі ж реабілітації потрібно намагатися розвинути у пацієнта інші системи, особливо візуальну, яка є основою для стінчного сприйняття світу – «відкрити очі» – намалювати яскраву картину майбутнього в світлих, радісних тонах без алкоголю, в спілкуванні з природою, спортом, змінити інтер'єр в квартирі і т.п.

Введення в трансівні стани, які значно підсилюють сугестивний вплив. Нейролінгвістичне програмування дозволяє вводити пацієнта в такі стани недирективно, шляхом підключення, використовуючи його репрезентативні системи, за формулою М. Еріксона, використовуючи «ключові слова», а також психосинтетичні вербальні методики за Ассаджіолі із вживанням символів «Дім», «Маяк», «Джерело», «Стежка» і т.п. [11].

Якоріння. Для наркологічних хворих певні ситуації стають умовно-рефлекторними «якорями» і винуватцями небажаної поведінки, зривів.

Наприклад, горнятко кави – сигарета; рибалка, полювання – випивка. Ми використовуємо методики утворення і зафіксування позитивних «якорів» і руйнування негативних в трансівних станах.

Переформування. Оскільки особа нашого пацієнта глибоко дисоційована – меншою мірою на «тверезу» частину особи, яка зумовила його звернутися до лікаря за допомогою, і «п'яну» частину, яка при певних обставинах реалізує свій патологічний патерн.

За допомогою шестикрокової моделі переформування (рефреймінг за Гріндером і Бендлеру) ми асоціюємо ці частини особи пацієнта і добиваємося зміни його неусвідомлених мотивацій. Це приводить до втрати компульсивного

потягу до спиртного, тютюну і закладає передумови вироблення нових життєвих програм, які б не включали вживання цих речовин.

В переформуванні використовуються й інші специфічні методики, а саме – метод «розділеного екрану», техніка «подвійного дзеркала Грехема», техніка «помаху».

Методи нейролінгвістичного програмування оптимізують і цілеспрямовують психотерапевтичний вплив при лікуванні наркологічних хворих.

Медсестра-бакалавр повинна розуміти механізми та концепції сугестивних впливів і постійно їх використовувати. Особлива роль медсестри у формуванні верифікаційних механізмів сугестії – впевнено налаштовувати пацієнта на успіх, підтверджувати його віру в метод лікування, в компетентність лікаря.

ЛІТЕРАТУРА

1. **Про психіатричну допомогу.** Закон України від 22.02.2000 р. № 1489-III // www.rada.gov.ua
2. Про затвердження порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливів. Наказ МОЗ України від 15.04.2008 № 198 // www.rada.gov.ua
3. Чабан О.С., Ящук В.Т., Нестерович Я.М. Психічне здоров'я. – Тернопіль: ТДМУ, 2008. – 473с.
4. Медсестринство в психіатрії / За ред.О.С. Чабана. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2009. – 261с.
5. Старшенбаум Г.В. Аддиктологія: психологія і психотерапія залежностей. – М., 2006. – 366с.
6. Іванчич Т. Діагностика душі й агіотерапія. – Л.: Світоч, 2008. – 295с.

Важливо для медсестри вміти визначати головну репрезентативну систему пацієнта, вміти ефективно підключатися і вести його в терапевтичному процесі.

Дуже часто впевнений, акуратний, доброзичливий, емпатичний і компетентний образ медичної сестри для хворого є тим позитивним «якорем», що стабілізує його і стимулює до змін і виздоровлення.

Висновки. Отже, розроблена нами програма психотерапевтичного супроводу процесу лікування для медсестри-бакалавра в роботі з уязвленими пацієнтами дозволить якісно змінити роль і місце медсестри як активного і впливового учасника лікувального процесу у спеціалізованих медичних закладах, що лікують уязвлених пацієнтів.

7. Бройтигам В. Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
8. Бэндлер Р., Гриндер Джон. Навидение транса. – М.: ТОО Издательство «Прозершна», 1995. – 223 с.
9. Бэндлер Р., Гриндер Джон. Шаблоны гипнотических техник Милтона Эриксона с точки зрения НЛП. – Симферополь, 1998. – 205 с.
10. Свядош А.М. Неврозы и их лечение. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДИЦИНА, 1982. – 306 с.
11. Елизаров А.Н. Концепции и методы психологической помощи: Альфред Адлер, Карен Хорни, Карл Густав Юнг, Роберто Ассаджюоли: Учебное пособие. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: "Ось-89", 2007.-160 с.

УДК 614.253.52(477)

ЩОДО ПРОБЛЕМНИХ ПИТАНЬ РОЗВИТКУ МЕДСЕСТРИНСТВА В УКРАЇНІ

В.В. Максимова, С.О. Ястремська

*Навчально-науковий інститут медсестринства
Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського*

У статті розглянуто основні “болючі” питання навчання, практики та праці як медичних сестер, так і медсестер-бакалаврів та магістрів медсестринства в Україні.

MAIN DIFFICULTIES OF NURSING DEVELOPMENT IN UKRAINE

V.V. Maksymova, S.O. Yastremska

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

The article considers main “pain” questions of education, practice and work of both nurses and nurses-bachelors and magistrs in Ukraine.

Вступ. Високоякісна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних сестер є важливою складовою діяльності галузі охорони здоров'я, оскільки від рівня їх підготовки залежить якість надання медичної допомоги населенню країни. Запровадження ступеневої медсестринської освіти має сприяти вирішенню цієї проблеми. Беручи до уваги, що підготовка медичних сестер – молодших медичних спеціалістів в Україні має багатолітній досвід (хоча й вона зараз переведена на трирічну систему підготовки медичних сестер відповідно до світового досвіду), то більше уваги необхідно приділити якості підготовки медичних сестер кваліфікаційного рівня бакалавр та магістр, які безпосередньо будуть брати участь у навчанні та післядипломній перепідготовці основної частини медичних сестер, а також керувати ними у практичній роботі у якості організаторів та менеджерів охорони здоров'я.

Основна частина. На нараді директорів вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів І-ІІ рівнів акредитації з питань поліпшення підго-

товки молодших медичних спеціалістів і бакалаврів медицини, яка відбулася 4 листопада 2008 р., багато уваги було приділено забезпеченню розвитку медсестринства у цілому та розвитку ступеневої медсестринської освіти в Україні зокрема. Міністр охорони здоров'я Василь Князевич підкреслив: “Медична сестра, фельдшер, акушерка – це, по суті, ті професії медиків, які супроводжують людину протягом всього її періоду життя: від народження до останнього подиху”. Тому велику увагу необхідно приділяти освіті медсестер на рівні світових стандартів. Залежно від отриманої освіти буде залежати посада медсестри, включно до заступника головного лікаря з медсестринства. Сестринська справа поєднує у собі одночасно мистецтво і науку. Вона вимагає оволодіння специфічними навиками, знаннями і умінням їх практичного застосування. Базою сестринської справи є знання і методи різних гуманітарних дисциплін, а також науки, які розкривають фізичні, біологічні, медичні і соціальні закони. Процес реформування сестринської справи в Україні відбувається, але у силу низки причин значно повільніше, ніж цього потребує

©В.В. Максимова, С.О. Ястремська, 2009

супільство. Однією з них є недостатня активність самих медичних сестер. Перебування десятиліттями на других ролях у медицині відучило цілі покоління медичних сестер від прагнення проявляти ініціативу щодо поліпшення медичного обслуговування пацієнтів. Проте без якісного сестринського догляду не може бути і якісної медичної допомоги населенню, особливо у ньому відчують потребу сільські мешканці, тому що у багатьох селах взагалі немає медичних працівників. На практиці ж спостерігається збільшення у лікарській діяльності частки тих видів медичних послуг, які повинні здійснювати добре підготовлені медичні сестри, а сестринському персоналу часто відводиться роль технічного персоналу, яка не вимагає спеціальної медичної підготовки. Відповідно посилюється негативний вплив на якість сестринської допомоги, імідж і привабливість професії медичної сестри. Розширення самостійності медичних сестер при організації догляду за хворими та збільшення кількості і об'єму маніпуляцій при догляді за пацієнтом можна досягнути за певних умов, якими є – отримання якісної професійної освіти та відповідно адекватної їй заробітної плати, створення сучасного матеріально-технічного забезпечення робочих місць, наукова організація праці з урахуванням нових технологій у лікувально-діагностичному процесі тощо.

Успішно закінчився перший рік навчання магістрів з медсестринства у навчально-науковому інституті медсестринства ТДМУ та у Житомирському інституті медсестринства. Але уже зараз виникає ряд проблемних питань, таких, як забезпечення сучасною навчальною літературою відповідно до затверджених освітніх стандартів підготовки магістрів з медсестринства, виділення баз проходження всіх видів практики з призначенням достатньо підготовлених керівників з практики та відповідним навчальним матеріально-технічним рівнем її забезпечення, виділення і надання відповідного статусу центрам післядипломної освіти. Вирішення цих питань потребує значних організаційних зусиль, фінансових затрат та часу, а також необхідності створення нової нормативно-правової основи для їх запровадження. Адже без цього реформування системи медсестринської освіти може надовго загальмуватися та відповідно відтермінується наблизення наших фахівців до міжнародних стандартів забезпечення якості їх навчання та рівня практич-

них умінь. Мережа університетських лікарень та клінік дозволить створити відповідне кадрове, навчально-методичне та матеріально-технічне забезпечення системної і послідовної клінічної підготовки майбутньої медичної сестри. Але питання її створення, оснащення сучасною апаратурою та забезпечення висококваліфікованими кадрами теж потребує затрат часу, фінансів та значних організаційних зусиль з одночасним вирішенням проблем на законодавчому рівні. Можливо, уже зараз треба передбачити розподіл цієї бази для підготовки та перепідготовки медичних сестер за окремими спеціальностями – з медсестринства у хірургії, онкології, терапії, психіатрії та ін. Це дозволило б забезпечити високий професіоналізм викладацького складу, накопичення досвіду та підготовки на його основі сучасної навчально-методичної бази, а також створило б умови для розвитку дистанційної медсестринської освіти та її інтеграції до системи безперервного професійного розвитку фахівців цієї справи. Запровадження у вищих медичних навчальних закладах новітніх медичних та педагогічних інновацій має стати основою для досягнення нової якості підготовки медсестер. Вони мають створювати мотивацію до розвитку у них таких індивідуальних якостей, як відповідальність за доручену ділянку роботи, працездатність та працьовитість з одночасною високою дисциплінованістю, розумну ініціативність, цілеспрямованість у досягненні мети, креативність, тобто здатність до нестандартного, оригінального і швидкого мислення та поведінки, здатність знаходити неочікувані рішення у, здавалося б, безвихідній ситуації, не втрачаючи при цьому самовладання, а часто і гумору. Важливими для організаторів медсестринської справи є і такі якості, як уміння планувати, аналізувати, бути готовим до ризику, знаходити компромісні рішення, передбачати виникнення різних ситуацій та виробляти стійкість до стресів. Цьому сприятимуть проведення відеогор, рольових та ділових ігор з удосконалення комунікативних навичок, вироблення стилю керівництва підлеглим персоналом тощо.

Весь накопичений досвід необхідно відтворювати у нових сучасних підручниках та посібниках, для чого уже необхідно створювати колективи авторів, як це ввійшло у практику в ТДМУ, до складу яких обов'язково повинні входити магістри медсестринства. Це обумовлено тим, що для медсестер випущено вже немало навчальних

підручників та посібників, багато з них на достатньо хорошому рівні. Але майже всі вони мають один суттєвий недолік – на тлі добре викладених теоретичних даних не враховано суттєвих деталей алгоритму виконання маніпуляцій, які повинні виконувати медсестра під час роботи у спеціалізованому відділенні. Причиною цього як раз і є те, що у колективах авторів наявні тільки лікарі, які просто не можуть знати усіх нюансів роботи медсестринського персоналу. Наприклад, процедура вимірювання температури у хворого у підручнику для медсестер, які навчаються за кордоном, надрукована на 16 сторінках, чого у наших підручниках поки що немає. Тому потім у своїй роботі медсестри допускають такі недоречності, які завдають шкоду здоров'ю пацієнтів та прикрощі їм самим. На жаль, дуже часто медсестри вчаться на своїх помилках, значну частину з яких можна було б уникнути за умови детально викладеного та проілюстрованого навчального матеріалу. Добре було б доповнити його створенням серій навчальних відеофільмів з виконання практичних маніпуляцій з урахуванням специфіки роботи у кожному з відділень чи кабінетів. Такі відеофільми з оволодіння практичними навичками уже створені і продовжують створюватися у нашому університеті.

Необхідно також вирішувати питання щодо удосконалення та навчання медсестер, бакалаврів та магістрів протягом усього професійного життя. Розуміння складності змін, які безперервно відбуваються у сестринській справі, а також сприйняття сестринської справи як самостійної унікальної професії, сприяє тому, що багато медсестер вже усвідомлюють необхідність безперервної освіти протягом всього життя, сенс якого полягає в тому, що людина може і повинна бути відкритою для нових ідей, рішень, навиків або моделей поведінки у будь-якому віці. Знань і навиків, яких медсестра набуває в університеті (інституті, коледжі), більше не достатньо для професійної кар'єри навіть протягом одного десятиліття. Концепція "навчання протягом всього життя" властива багатьом професіям, проте для медсестер вона є особливо актуальною.

У принципі усі медсестри повинні мати (як і лікарі, яким установлюються за відповідних умов лікарські категорії) на підставі урахування усіх видів їх професійної діяльності (можливо, теж через систему накопичення кредитів, а також за участі Асоціації медсестер в оцінці результатів

практичної роботи) можливість отримувати відповідні категорії. Деякі країни законодавчо ввели до 15 і більше додаткових категорій для медсестринського персоналу з метою урахування рівнів їх професійної підготовки. Критеріями для установаження категорії є проходження медсестрою спеціалізації, стажування на робочому місці з метою розширення знань та удосконалення практичних навичок, отримання наступного вищого рівня освіти, проведення досліджень практичної діяльності медсестри з пропозиціями щодо її удосконалення, висока оцінка досягнутого рівня незалежності у виконанні практичної роботи та самостійність у прийнятті правильних рішень у різних ситуаціях та ін.

Ці категорії повинні обумовлювати не тільки підвищення заробітної плати, а і переваги у просуванні по службі та при поступленні у вищі медичні навчальні заклади для отримання вищого рівня освіти (для магістрів перевага для вступу до аспірантури з медсестринства, яка повинна бути створена в Україні). Тому накопичений позитивний досвід насамперед навчально-наукового інституту медсестринства ТДМУ та Житомирського інституту медсестринства має бути проаналізований і поряд з кращим сторонами освітніх систем світу покладений у основу післядипломної освіти медичних сестер. Але для того, щоб медичні сестри змогли брати участь у бліц-освітнянських програмах, майстер-класах, користуватися можливостями дистанційного навчання, необхідно уже з самого початку навчання не тільки вводити у навчальний процес дисципліни, пов'язані з роботою на комп'ютерах, а і досягати оволодіння майбутніми медсестрами сучасними інформаційними технологіями. Що знову ж таки вимагає відповідного забезпечення та підготовки високопрофесіонального викладацького складу, а такі умови легше і економічно вигідніше створити в уже добре оснащених вищих медичних навчальних закладах, ніж створювати їх практично на рівному місці у багатьох малопотужних училищах чи коледжах.

Суттєву роль могли б зіграти і нетривалі цикли стажування бакалаврів та магістрів за кордоном, як це вже почало здійснюватися у рамках реалізації нідерландсько-українського проекту МАТРА, метою якого є ознайомлення та навчання українських медичних сестер та викладацького складу вищих медичних навчальних закладів ІV рівнів акредитації із догляду за людьми похилого віку.

На сьогодні існує ряд чинників, які об'єктивно перешкоджають успішному реформуванню сестринської справи, у т. ч. правові, організаційно-управлінські (практично відсутність організаторів сестринської справи, що володіють сучасними методами менеджменту і маркетингу, які здатні проводити експертизу якості і ефективності медсестринської допомоги у селах та містах), дефіцит медсестринських кадрів і молодшого медперсоналу, практично низька укомплектованість фахівцями-організаторами сестринської справи з вищою освітою – бакалаврами та магістрами (часто вони призначаються на посади, які повинні комплектуватися медсестрами – молодшими спеціалістами), високі показники роботи за сумісництвом, відсутність диференційованого навантаження і оплати праці фахівців, які мають різні рівні освіти, наприклад, головна медсестра з середньою спеціальною освітою і вищою медсестринською освітою. Тобто, не вирішено до кінця питання з працевлаштуванням медичних сестер з вищою освітою внаслідок відсутності законодавчої бази та занадто малим є перелік посад для медсестер з вищою освітою. Практично відсутня моральна та матеріальна зацікавленість медичних сестер у вдос-

коналенні професійних знань та навичок. Наявність проблем при влаштуванні на роботу та адаптації молодих фахівців на робочому місці. Медсестрам, як і лікарям, а, можливо, і навіть більше властиві синдроми емоційного виснаження та хронічної втоми, особливо на тлі відсутності нормативів навантаження та стандартів якості роботи. Є ще й інші аспекти у реформуванні медсестринства в Україні, але у одній статті їх висвітлити неможливо.

Висновки. 1. До завдань діяльності медичних сестер необхідно включити надання широкого спектра послуг у рамках первинної медико-санітарної допомоги населенню, особливо у сільській місцевості.

2. Медичні сестри – бакалаври та магістри повинні брати активну участь у проведенні високо-технологічних наукових досліджень з удосконалення сестринської справи в Україні.

3. Необхідно законодавчо закріпити посилення позицій медсестринства на всіх рівнях медичного обслуговування і відповідно збільшити чисельність медсестер у кадровій структурі галузі охорони здоров'я з одночасним підвищення їх правового і матеріального статусу, підвищити престижність професії медичної сестри.

ЛІТЕРАТУРА

1. Банчук М.В., Волосовець О.П., Чернишенко Т.І. СУЧАСНІ ЗАВДАННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ/ МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА. – № 1. – 2008. – С. 17-21.

2. Мисула І.Р., Олійник О.В. Організація навчального процесу в американській медсестринській школі // Медична освіта. – № 1. – 2009. – С. 7-12.

3. Олійник О.В, Мисула І.Р. Особливості кваліфікаційної системи медичних сестер в США // Медична освіта. – № 1. – 2009. – С. 33-35.

УДК 355.337.2(492)

ОРГАНІЗАЦІЯ ВОЛОНТЕРСЬКОГО РУХУ У НІДЕРЛАНДАХ

С.О. Ястремська, Н.Б. Галіяш, Н.І. Рега

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Україна перебуває на етапі стрімкого розвитку громадянського суспільства, одним з проявів якого є активність волонтерського руху, отже вивчення досвіду організацій, які займаються організацією роботи добровольців у королівстві Нідерланди, є актуальним та необхідним.

VOLUNTEERING MOVEMENT IN THE NETHERLANDS

S.O. Yastremska, N.B. Haliyash, N.I. Rega

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

At present, Ukraine is on the stage of impetuous development of the civil society, which main feature is high activity of volunteering movement. Thus, the experience of the Netherlands in organization of activities of an agencies that work with volunteers is relevant and essential for implementing volunteering movement in Ukraine.

Вступ. В останні роки в Україні активно розвивається волонтерський рух, що дає можливість медсестрам активніше використовувати допомогу громади при організації догляду за людьми, які її потребують. 26 травня 2009 року Верховна Рада прийняла Проект Постанови про прийняття за основу проекту Закону України про волонтерський рух, який повинен набрати чинності з 1 січня 2010 року. Це створює правову базу для діяльності волонтерських організацій у нашій країні. Але на практиці залишається багато невирішених питань. Через це вивчення досвіду Нідерландів, де волонтерський рух знаходиться на високому рівні розвитку, а участь у добровільній допомозі суспільству закладається у свідомості людей з дитинства, є надзвичайно актуальним.

Основна частина. У Нідерландах кожен один із семи громадян піклується про близького члена сім'ї, який потребує довготривалої опіки.

При цьому було встановлено, що якщо така людина витрачає більш ніж 8 годин на тиждень довше 3-х місяців, в неї можливо виникають психосоматичні захворювання, депресії, брак особистого часу тощо.

© С.О. Ястремська, Н.Б. Галіяш, Н.І. Рега, 2009

У голанському суспільстві вважається, що такі люди не здатні повною мірою виконувати свої професійні обов'язки.

Тому починаючи з 1998 року почали розвиватись різні форми підтримки таких сімей. Одним з таких напрямків є можливість використання волонтерів, які доглядають за "хворими" людьми, даючи можливість їх родичам перепочити.*

*Довідка авторів. Respite care [перепочинок] – це підтримка, що надається сім'ям, що тривалий час доглядають за одним із своїх членів з метою надати можливість на короткий час відпочити від своїх обов'язків та відновити сили. Це здійснюється шляхом забезпечення щотижневих "вихідних" або наданням періодичних відпусток. Цим також досягається можливість спілкування підопічного з іншими, крім членів сім'ї, людьми.

Місцевий уряд визначає потреби людей своєї місцевості і оголошує тендери для волонтерських організацій, які можуть задовольнити визначені потреби.

Приватні неприбуткові організації соціального спрямування представляють свої проекти вирішення цих проблем. Організація, яка представила кращі та економічно вигідніші пропозиції, от-

римує фінансування на 1 рік з реальною можливістю продовження фінансування на більш тривалий період.

У королівстві Нідерланди волонтерський рух є популярним і поширеним. Його ідея полягає в тому, що людина має можливість робити щось важливе для іншого не для того, щоб отримувати грошову допомогу, а за для морального задоволення.

Оскільки, згідно з загально визнаною пірамідою Маслоу, у людей, що мають можливість задовольнити свої основні (базові) потреби в їжі та матеріальних благах, виникає бажання в морально-етичному задоволенні. У голандському суспільстві достатньо високий рівень життя, щоб громадяни могли відчувати себе матеріально захищеними і бути впевненими у завтрашньому дні. Це забезпечує високу громадянську свідомість, і тому все більше людей вирішують приєднатись до волонтерського руху. Волонтером може працювати будь-хто, у кого є бажання. Але було виявлено, що більшість волонтерів це:

- молоді люди, які не створили сім'ю і не мають дітей;
- студенти;
- люди, старше 50 років, які ще мають достатньо сил турбуватись про інших і не несуть відповідальність за своїх дітей.

Волонтерська допомога використовується різними організаціями. Вони можуть працювати в:

- лікарнях;
- будинках сестринського догляду;
- хоспісах;
- будинках для людей похилого віку;
- організаціях, які здійснюють та організують допомогу в домашніх умовах.

У зв'язку з цим підхід до вибору претендентів на їх навчання здійснюється диференційовано. Наприклад, для роботи волонтером у хоспісах необхідний середній рівень освіти, комунікаційні навички, певні психологічні характеристики (емоційна стабільність, вміння співпереживати, розрадити). Такі люди проходять спеціальний навчальний курс.

Разом з тим, для роботи в домашніх умовах для волонтерів вхідні умови є мінімальними (вміння читати, писати та спілкуватись на побутові теми). Спеціального вибору та тренінгу для них не існує.

Впродовж стажування ми мали змогу вивчити принципи роботи організації "Стіхтінг інформейлзорг Твенте", які є приватною неприбутковою

організацією, основним завданням якої є організація роботи волонтерів в домашніх умовах. Ця організація охоплює (обслуговує) територію, на якій проживає 3 700 сімей і об'єднує 10 невеликих сусідніх містечок. Ця організація була заснована 25 років тому батьками, чії діти розумово відсталі і потребували цілодобового догляду. Щоб мати час для перепочинку і відновлення сил (соціалізації) такі сім'ї почали просити сусідів, знайомих, родичів бути якийсь час з їхніми дітьми. Навколо них сформувалось коло людей, які вже набули навиків догляду за розумово відсталими дітьми, і були готові допомогти сім'ям з подібними потребами на добровільних засадах.

У подальшому на цій основі сформувалась організація, основною метою якої була підтримка сімей, один з членів якої потребує постійного піклування.

На сьогодні організація нараховує 30 штатних працівників і 600-700 волонтерів. В обов'язки штатних працівників входить:

- пошук і залучення волонтерів;
- пошук сімей, які потребують підтримки;
- кооперування одних з іншими.

Шляхи пошуку волонтерів різноманітні:

- виступи на радіо;
- оголошення в газетах і журналах;
- реклама на каналах місцевого TV;
- лекції перед студентами.

Людина, яку зацікавила інформація, телефонує до офісу або надсилає e-mail. Їй призначають співбесіду. В процесі співбесіди співробітники з великим професійним досвідом з'ясовують:

- мету волонтера;
- вид волонтерської допомоги;
- з ким хочуть працювати волонтери (дітьми, людьми похилого віку, інвалідами, з людьми з психічними розладами).

Вся ця інформація заноситься в спеціально розроблену анкету. Крім цього, волонтер дає розписку про те, що він не страждає від психічних захворювань та не вживає наркотики, а також приносить довідку з поліцейського відділку з підтвердженням "хорошої поведінки" та відсутності кримінального минулого. Після цього підписується контракт між волонтером і організацією. Даний контракт передбачає страхування волонтера на випадок ненавмисного пошкодження майна чи завдання шкоди тому, кого він доглядає.

Наступним кроком є підбір сім'ї, яка потребує певного виду волонтерської підтримки. Види

роботи волонтерів надзвичайно різноманітні. Вони можуть виходити на прогулянки з людьми в інвалідних візках, почитати книгу незрячим, пограти в ігри з літніми людьми, побути ніч з дитиною, просто поспілкуватися з людьми, які мають в цьому потребу.

На наступному етапі відбувається зустріч волонтера і сім'ї, в якій він буде працювати, за присутності співробітника фірми. Вони спілкуються і визначають час, коли волонтер буде відвідувати підопічного. Як правило, це відбувається 1 раз на тиждень впродовж 1-3 годин. Після 3-4 відвідувань співробітники спілкуються з сім'єю та волонтером, з'ясовуючи чи всіх влаштовує така співпраця. Якщо будь-яка сторона висловлює незадоволення, пошук продовжується. Якщо ж результат позитивний, то така співпраця волонтера з сім'єю може тривати роками.

Для заохочення та підтримки своїх добровільних помічників організація "Стіхтінг інформейлзорг Твенте" проводить різноманітні заходи:

- лекції для ознайомлення з різними захворюваннями, наприклад з хворобою Альцгеймера;
- 4 рази на рік відбуваються так звані збори з обміну досвідом, де волонтери за чашкою кави можуть поділитись шляхами вирішення проблем, які можуть виникати, дати поради один одному;
- у кінці кожного року відбувається велика вечірка на честь Різдва, на якій співробітники організації дякують волонтерам за їх працю та вручають символічні подарунки;
- щоліта організують спільні виїзди на пікнік;
- також один раз на квартал організація випускає яскравий журнал, в якому висвітлюють найрізноманітніші аспекти роботи волонтерів, публікуються подяки сімей, відгуки підопічних.

Про свою діяльність волонтери звітують організації, заповнюючи один раз на три місяці декларацію з інформацією про вид допомоги, кількість

затрачених годин, та спосіб прибуття до сім'ї. Це пов'язано з тим, що організація відшкодовує 23 євроценти за один км при умові доїзду власним авто та 5 євроцентів за км, якщо людина добирається громадським транспортом чи велосипедом. Також, згідно з контрактом, волонтер має право на символічну оплату сім'єю своєї праці: 1^ за год. Але зазвичай від цієї оплати відмовляються.

За свідченнями працівників організації, зі 100 чоловік впродовж 1 року роботи відсіюється більше 10 % через різні обставини (переоцінка власних можливостей, хвороба, одруження, переїзд тощо). Але є й такі, чий волонтерський досвід нараховує 10 років.

Щоб підтримувати роботу своєї організації та одержувати щорічне фінансування директор складає щорічний фінансовий звіт та перспективний план розвитку, які представляє місцевій владі. Зокрема в найближчому майбутньому вони планують створити будинок сімейного відпочинку в одному з мальовничих куточків TWENTE. А також розробити сайт для підтримки молодих членів сімей, де є родичі з психічними розладами.

Позитивним моментом є те, що якщо місцева влада вирішує припинити фінансування даного проекту, то вона повинна повідомити організацію про це не пізніше, ніж за один рік.

Висновки. В Україні багато сімей піклуються про хворих чи немічних родичів, покладаючись лише на власні сили. Волонтерська підтримка була б їм вкрай необхідна. Можливість задіяння добровольців для того, щоб забезпечити відпочинок від своїх обов'язків та відновлення сил членів таких сімей, є цілком можливою. Зокрема студенти-волонтери, які навчаються в медичних коледжах та ВУЗах, володіють достатніми навиками, щоб без додаткового тренінгу доглядати за людиною похилого віку протягом 1-2 годин 1 раз на тиждень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Доклад Генерального секретаря ООН «Основные тенденции в области старения после Второго Международного Форума по старению» (*Major developments in the area of ageing since the Second*

World Assembly on Ageing), E/CN.5/2007/7, 21 ноября 2006 года.

2. Проект Закону України про волонтерський рух. Номер реєстрації 4345. Дата реєстрації 13.04.2009 р.

УДК 614.254.52(07.07)(492)

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ТА БАКАЛАВРІВ МЕДСЕСТРИНСТВА У САКСІОНСЬКОМУ УНІВЕРСИТЕТІ (НІДЕРЛАНДИ)

Н.І. Рега, С.О. Ястремська, І.М. Салайда

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

В статті розглянуто особливості організації медсестринської освіти для студентів медсестринської справи. Стаття базується на досвіді Саксіонського університету прикладних наук (Енсхеде, Нідерланди)

THE PECULIARITIES OF EDUCATION OF MASTERS AND BACHELORS OF NURSING AT SAXION UNIVERSITY (THE NETHERLANDS)

N.I. Rega, S.O. Yastremska, I.M. Salayda

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

The peculiarities of nursing education organisation for nursing students are discussed in the article. The article is based on the experience of Saxion university of applied sciences (Enschede, the Netherlands)

Вступ. У Саксіонському університеті прикладних наук на 20 навчальних програмах здобувають освіту 20 000 студентів. Однією із таких програм є Школа здоров'я, яка навчає студентів за трьома освітніми програмами:

1. Медсестринство.
2. Педіатрія.
3. Фізіотерапія.

Основна частина. Всі відділення Саксіонського університету розташовані в трьох містах Нідерландів – Енсхеде, Девентер та Еплдорн. Найбільшою частиною Саксіонського університету є відділення в м. Енсхеде. В ньому навчається 12 000 студентів.

В університеті студенти можуть здобувати освіту за двома освітніми рівнями: бакалаври та магістри.

У школі здоров'я існує 4 програми бакалаврату:

- медсестринство,
- педіатрія,
- фізіотерапія,
- менеджмент в охороні здоров'я.

На відділенні медсестринства навчаються 800 студентів, причому навчання проводиться на мові датч (офіційна мова Нідерландів) та англійській. 100-150 студентів здобувають освіту подіатриста. Навчання ведеться мовою датч. 800-900 студентів навчаються на фізіотерапевтичному факультеті, де вони здобувають освіту спортивного терапевта та мануального мускулоскелетного терапевта (загального фізіотерапевта). Зокрема, слід відмітити, що дані відділення розташоване тільки в м. Енсхеде. 100 студентів навчаються за програмою підготовки менеджера з охорони здоров'я (відділення розташоване тільки в м. Девентер).

Організація навчання за освітнім ступенем бакалавра.

Навчання за програмою бакалаврату проводиться повний робочий день (відповідно до нашої денної форми навчання) протягом 4-х років та складає 240 кредитів ECTS (60 кредитів щорічно). Згідно з Болонською угодою, 1 кредит ECTS містить 28 навчальних годин, які, в свою чергу, розділяються на контактні (аудиторні) та неконтактні (самостійна робота студентів). Слід відмітити, що в деяких Європейських країнах (Англії, Німеччині)

©Н.І. Рега, С.О. Ястремська, І.М. Салайда, 2009

навчання на бакалавраті триває не 4, а 3 роки, відповідно збільшується щорічна кількість кредитів [1].

У Саксіонському університеті існує 2 програми підготовки фізіотерапевтів-бакалаврів: національна (мовою датч) та міжнародна. Міжнародна програма створена і адаптована спеціально для студентів з Німеччини, бо м. Енсхеде знаходиться практично на кордоні з Німеччиною і в Саксіонському університеті навчається багато студентів з Німеччини. Міжнародна програма підготовки триває 4 роки, причому під час першого року навчання ведеться німецькою мовою. Протягом року проживання в Нідерландах студенти повинні опанувати мову датч, тому що навчання на 2, 3, 4 курсах проводиться вже цією мовою.

Організація навчання за освітнім ступенем магістра.

Ступінь магістра студенти мають можливість здобувати за 3-ма програмами:

- менеджмент в охороні здоров'я;
- фізіотерапія (причому окремо для спортивних медиків та фізіотерапевтів);
- медсестринство (ANP – Advance Nursing Practice).

Навчання за магістерською програмою проводиться неповний робочий день протягом 2-3 років та складає від 60 до 90 кредитів ECTS (60 кредитів для медсестер і 90 кредитів для менеджерів з охорони здоров'я). Якщо навчання триває 2 роки, то студенти опановують 30 кредитів ECTS щорічно.

Під час навчання в магістратурі медсестри можуть здобувати освіту в двох напрямках: практикуюча медсестра і медсестра-науковець. Створено дві програми навчання медсестер за освітньо-кваліфікаційним рівнем магістра – національну та міжнародну. Міжнародна програма створена спеціально для в'єтнамських студентів (так званий В'єтнамський проект). На-

вчання для іноземних студентів тут ведеться англійською мовою.

Організація роботи центру експертизи школи здоров'я.

У школі здоров'я Саксіонського університету прикладних наук створено центр експертизи, який займається 4 програмами:

1. Програма розвитку школи здоров'я.
2. Програма наукових досліджень.
3. Магістерська програма (програма підготовки).
4. Введення та вдосконалення програм бакалаврату.

Центр експертизи займається розробкою напрямків наукових досліджень майбутніх бакалаврів та магістрів.

Згідно з національною програмою підготовки бакалаврів, наукові дослідження займають значну частину навчального часу. Так, із загального числа кредитів (240) 210 припадає на головну частину навчання (відповідно до спеціальності), а 30 – на вибір об'єкта дослідження та проведення наукового пошуку. І ця частина навчання є максимально різноманітною. Студент сам обирає тему наукової роботи, складає план дослідження та вносить її на розгляд спеціально створеної комісії. Наукова комісія центру експертизи школи здоров'я повинна схвалити і затвердити студентський науковий проект.

Центр експертизи школи здоров'я також стежить за освітнім рівнем викладачів Саксіонського університету. Так, не менше 70 % з них повинні мати ступінь магістра.

Висновок. Головними принципами роботи школи здоров'я на сучасному етапі є:

- досконалість,
- професіоналізм,
- інтернаціоналізація,
- ставлення до професійної діяльності,
- аналітичність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Schmidt, H.G. Foundations of problem-based learning: some explanatory notes. – 1993. - Medical education 27.- P. 422-432.

УДК 616.89-008.441.13

ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ХВОРИХ В УМОВАХ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

В.Л. Кравець, Т.В. Кравець

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського,
Тернопільський обласний комунальний наркологічний диспансер*

У статті висвітлено розроблену програму психологічної корекції алкогольної залежності в Тернопільському обласному комунальному наркологічному диспансері.

PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF ALCO – DEPENDANT PATIENTS IN NARCOLOGIC HOSPITAL

V.L. Kravets, T.V. Kravets

*Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky,
Ternopil Regional Communal Narcologic Hospital*

The programme of psychological correction of alcohol – dependance in Ternopil Regional Communal Narcologic Hospital is represented and elaborated in the given article.

Вступ. Запропонована нами програма психологічної корекції алкогольної залежності містить складові програми «Дванадцять кроків» [1]. Ця програма увійшла до «Стандартів якості надання наркологічної допомоги» в Україні. Однак на сьогодні не розроблено адаптованої програми психологічної корекції для пацієнтів з алкогольною залежністю, які перебувають у лікувальних закладах. Запропонована нами програма психологічної корекції алкогольної залежності є доступною для кожного, хто страждає від алкоголізму. Програма дозволяє з'ясувати суть залежності, проаналізувати власні міжособистісні контакти, вивчити потенційні власні можливості розвитку, а також пропонує рекомендації, як можна досягнути тверезості.

Основна частина. Мета запропонованої нами корекційної програми – сприяти зниженню тих чинників, які порушують поведінковий та особистісний розвиток (тривожність, низька самооцінка, порушення емоційної сфери).

Для здійснення цього необхідно навчити пацієнтів:

- 1) формуванню адекватної самооцінки і самоконтролю;
- 2) зниженню тривожних проявів;
- 3) умінню контролювати рівень тривожності;
- 4) розвинути комунікативні навички, опанувати способи ефективної взаємодії з людьми.

Засоби корекції: бесіди, прийоми неігрового типу, спрямовані на зниження рівня тривожності. Етапи корекції: діагностичний, настановчий, корекційний.

Форма роботи – змішана.

Критерії добору до групи здійснювали за результатами психодіагностики алкогользалежних осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні в обласному наркологічному диспансері м. Тернополя.

Кількість учасників в групі: 5-10.

Корекційна програма є адаптованою до лікування алкогользалежних осіб у наркологічному закладі.

Програма психологічної корекції складається з трьох етапів:

1. Наставчий етап

Мета – повідомити особу про можливість одержання психологічної допомоги у лікувальному

© В.Л. Кравець, Т.В. Кравець, 2009

закладі. Отримати інформацію про особливості сімейного, професійного стану пацієнта. Надання психологічної консультації. Дана робота здійснюється у формі індивідуальних бесід із психологом, медичною сестрою.

2. Діагностичний етап

Мета – діагностика особистісних властивостей, що потребують корекції.

Здійснюється тестова діагностика психологом за методиками:

1. Рівні реактивної та особистісної тривожності за Спілбергом-Ханіним [2].

2. Діагностика суб'єктивного локус-контролю за Є.Ф. Бажіним [3].

3. Діагностика інтелектуальної, психомоторної та комунікативної емоційності за В.М. Русаловим [4].

На даному етапі психолог, медична сестра проводять індивідуальні бесіди із досліджуваними з метою підтвердити дані тестової діагностики.

3. Корекційний етап складається з п'яти занять, тривалістю від 30 хв до 1 год.

Мета – зниження тривожних проявів, становлення адекватної самооцінки, налагодження емоційної сфери, корекція поведінкових розладів.

Мета першого заняття – повідомити правила роботи у групі, які необхідно дотримуватися, сприяти усвідомленню алкогольної залежності та налаштувати хворих на роботу із власною поведінкою шляхом автотренувань.

Співвідношення змісту заняття із результатами діагностики

Дане заняття спрямоване на визнання учасниками алкогольної залежності, а отже, це сприяє боротьбі із механізмами психологічного захисту, які властиві кожному хворому й шкодять позитивній саморефлексії.

Заняття розпочинається із повідомлення психолога, медичної сестри правил роботи у групі. Це є:

- 1) конфіденційність;
- 2) позитивність;
- 3) тут і тепер.

Наступний етап – пропозиція прочитати в групі одну главу із книги «Дванадцять кроків і дванадцять традицій» [1]. «Ми визнали, що ми безсилі перед алкоголем, що наше життя стало неконтрольованим» (С. 23-26). Цим ставиться завдання усвідомлення узалежнення та потреби звернутись за допомогою. Без цього не може розпочатись одужання. Після прочитаного йде обговорення, у ході якого з'ясується ставлення кожного учасника до почутого, ідентифікація із власним досвідом.

Далі психолог, медична сестра повідомляють про метод автотренінгу. Психолог також наводить приклади (із джерел психологічної літератури, зокрема з праць Д. Карнегі [6], про успішні випадки тренувань власної свідомості та поведінки. Запевняє, що можливим є для кожної особи успішно подолати ті психологічні бар'єри, які перешкоджають досягненню бажаного; повідомляє основні прийоми для автотренувань.

Завершується заняття підбиття підсумків (обговорення), психолог, медична сестра отримує зворотний зв'язок від учасників.

Мета другого заняття – на сприяння усвідомленню вчинених помилок щодо інших, того негативу, що відчують близькі алкогольозалежної людини.

Співвідношення змісту заняття із результатами діагностики

Дане заняття спрямоване на заохочення учасників до прояву відвертості, щирості, соціальної активності; навчання учасників конструктивному вирішенню конфліктів. Отже, дане заняття сприятиме:

- зниженню проявів інтровертованості;
- подоланню низьких порогових проявів комунікативної емоційності.

Заняття розпочинається із читання глави книги «Дванадцять кроків і дванадцять традицій» – «Особисто прагнули виправити те погане, що ми заподіяли іншим» (С. 71-75). Після прочитаного відбувається обговорення, у ході якого з'ясується ставлення кожного учасника до почутого, ідентифікація із власним досвідом.

Наступний етап – повідомлення учасників про конструктивні можливі варіанти вирішення конфліктів, наведення прикладів основних прийомів гуманної, толерантної взаємодії із опонентом під час конфлікту.

Наступний етап – заохочення учасників групи під час спілкування проявляти більшу відвертість, щирість, соціальну активність. Психологу, медичній сестрі необхідно повідомити переваги включення у повсякденне життя зазначених вище компонентів.

Шляхом підбиття підсумків заняття (обговорення), психолог, медична сестра отримує зворотний зв'язок від учасників.

Мета третього заняття – сприяння зниженню тривожних проявів у досліджуваних.

Співвідношення змісту заняття із результатами діагностики

Зміст заняття сприятиме зниженню діагностовано високих показників тривожності у досліджуваних.

Заняття розпочинається із запитання психолога, медичної сестри до кожного учасника про при-

сутність чи відсутність у нього тривоги в даний момент, останнім часом і загалом у житті. Учасники можуть поділитися своїми переживаннями, або ж просто відповісти "так" чи "ні".

Наступний крок – читання глави з книги «Дванадцять кроків» [1] "Провели дослідження й дали собі відверту моральну оцінку" (41-51). Після прочитаного йде обговорення, з'ясовується ставлення кожного учасника до почутого, ідентифікація із власним досвідом.

Головним є чесно, без обману, переглянути своє минуле та теперішнє життя, що дає змогу перейти до бажаних результатів. Велике значення має зменшення відчуття емоційної тривожності.

Психолог, медична сестра демонструють на дошці записаний план тренування власної свідомості у ситуаціях, що викликають тривогу. Психолог, медична сестра коментують кожен крок, роз'яснюють його суть, наводять приклади позитивного слідування за планом.

Завершується заняття обговоренням та підбиттям підсумків, одержанням зворотного зв'язку. План дій в умовах тривожних ситуацій роздається кожному учаснику на аркуші паперу.

Мета четвертого заняття – сприяти становленню адекватної самооцінки.

Співвідношення змісту заняття із результатами діагностики

Зміст заняття сприятиме становленню адекватної самооцінки досліджуваних, а отже, сприятиме утвердженню інтернального локус-контролю, високих показників комунікативної, інтелектуальної емоційності.

Робота розпочинається із пропозиції психолога, медичної сестри хворим намалювати малюнок (10 сходинок і себе на певній сходинці). Результати інтерпретуються так: від 1 до 5 сходинок – самооцінка занижена; від 5-8 – оптимальна; від 8-10 – завищена. Даний прийом використовують із метою викликати інтерес учасників заняття до роботи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дванадцять кроків і дванадцять традицій. – NEW YORK: ALCOHOLICS ANONYMOUS WORLD SERVICES, INC., 1922 р. – 167 с.
2. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом "БАХРАХ", 1998. – 672 с.

Наступний етап – міні-лекція психолога, медичної сестри щодо рівнів самооцінки та негативно-го чи позитивного їх впливу у житті людини.

Далі слідує читання та обговорення окремих глав книги Джона Кехо – "Підсвідомість може все!" [5]. Глави, що пропонуються для читання: глава № 13 – "Самооцінка" (С. 102-105), глава № 14 – "Ніяких проблем, лише можливості" (С. 121-127).

Наприкінці заняття відбувається обговорення змісту проведеної роботи.

Метою п'ятого заняття є сприяння становленню адекватної самооцінки.

Співвідношення змісту заняття із результатами діагностики

Зміст заняття сприятиме становленню адекватної самооцінки пацієнтів, а отже, сприятиме утвердженню інтернального локус-контролю, високих показників комунікативної, інтелектуальної емоційності.

Зміст заняття: читання та обговорення окремих глав книги Джона Кехо – "Підсвідомість може все!" [5]. Глави, що пропонуються для читання: глава №16 – "Зціли себе!" (С. 134-135), глава № 17 "Свідомість успішної людини" (С.141-154).

Наприкінці заняття відбувається обговорення змісту проведеної роботи, учасники висловлюють своє ставлення до проведеної програми, відзначають, що сподобалося найбільше (яке заняття, чи фрагмент заняття), психолог, медична сестра роздають учасникам на аркушах путівник дій, запропонований Д. Карнегі для осіб, які прагнуть змінити життя.

Висновки. Отже, за змістом запропонована нами програма має когнітивне, інформаційне, поведінкове спрямування. В умовах лікувального закладу, враховуючи стан здоров'я наших пацієнтів, ми керувалися певними принципами організації роботи соціально-психологічного навчання для покращення результативності лікувального процесу хворих з алкогольною залежністю.

3. Пашукова Т.І., Допіра А.І., Дьяконов Г.В. Практикум із загальної психології / За ред. Т.І. Пашукової. – К.: Т-во "Знання", КОО, 2000. – 204 с.
4. Методика Русалова. – Інтернет, www.vsetesti.ru
5. Кехо Д. Подсознание может все!: Пер. с англ. – Минск: "Попурри", 2007. – 176 с.
6. Дейл Карнеги. – Минск: «СЛК», 1995. – 699 с.

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ ПОХИЛОГО ВІКУ

Т.Ю. Рибалка

*Навчально-науковий інститут медсестринства
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

У статті розглянуто основні деонтологічні аспекти в роботі з хворими похилого віку. Описано найважливіші моменти при здійсненні сестринського догляду за людьми похилого віку.

SURVEILLANCE AND MEDICAL CARE FOR ELDERLY PATIENTS

T.Yu. Rybalka

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

This article examines the main deontological aspects of dealing with elderly patients. We describe the general points made in the nursing care for the elderly.

Вступ. Демографічні дані останніх років свідчать про те, що у всіх економічно розвинених країнах зростає кількість людей літнього і старечого віку. У зв'язку з тим важливого значення набувають вивчення патогенезу, клініки, лікування і профілактика захворювань у таких хворих. Розділ медицини, який займається цими питаннями, називається геронтологією (geron – старий, logos – наука) [1-3].

Основна частина. Перебіг багатьох захворювань у людей літнього і старечого віку має свої особливості. Рідко коли у таких пацієнтів буває лише одне захворювання, частіше поєднується кілька недуг. Так, гостре запалення червоподібного відростка може поєднуватися із загальним атеросклерозом чи гіпертонічною хворобою, перелом кісток – із серцевою і легеневою недостатністю, захворювання кишечника – з цукровим діабетом та ін. Все це погіршує перебіг основного захворювання і вимагає до такого контингенту хворих пильної уваги лікаря. Зрозуміло, що їм потрібні спеціальні спостереження і догляд.

Разом з тим це тісно пов'язано з деонтологічними аспектами. Такі хворі дуже неохоче погоджуються на госпіталізацію у стаціонар, часто вбачаючи в цьому свій неминучий кінець. Тому треба тактовно пояснити хворому необхідність у стаціонарному лікуванні, вселити в нього віру в швидке одужання.

Хворі літнього і старечого віку по-різному реагують на перебування в стаціонарі. Одні замикаються в собі, погано контактують із сусідами по палаті і медичним персоналом, більшу частину для перебувають у ліжку, інші ж, навпаки – ведуть занадто активний спосіб життя, не дотримуються лікарняного режиму, намагаючись переконати всіх у тому, що вони ще повні сил.

У таких випадках треба тактовно пояснити хворому, що треба виконувати рекомендації лікаря, адже це позначиться на наслідках лікування.

Дехто відмовляється від обстеження і навіть від лікарських призначень. Знову ж таки їх треба переконати, що це нешкідливо і конче потрібно.

У хворих літнього і старечого віку часто ослаблена пам'ять на недавні події. Вони краще пам'ятають те, що з ними було раніше, ніж ос-

таннім часом. Це призводить до того, що хворі часто забувають виконувати призначення лікаря чи медсестри.

Літні пацієнти у незнайомому оточенні іноді втрачають орієнтацію, особливо вночі. Відповідне освітлення і лагідне ставлення заспокоює їх.

Багато людей у цьому віці надто балакучі. Тому у медичного персоналу повинні бути особливі витримка і терплячість до них, аби вислухати їх, не робити зауваження, зокрема в нетактовній формі.

Літнім людям не можна нагадувати про їх вік. Звертатися до них треба з пошаною, по імені і по батькові або додаючи до імені "пане", "добродію".

Згадуваний контингент хворих через безсоння вночі поводить себе неспокійно, заважаючи спати іншим хворим та працювати медперсоналові. Тому дуже важливо створити хворому належний лікувально-охоронний режим, забезпечити добрий сон.

Люди старечого і літнього віку багато часу лежать у ліжку, що може бути причиною виникнення у них різних легеневих ускладнень, пролежнів. Завдання медперсоналу, який доглядає такого хворого, полягає в тому, аби частіше змінювати положення хворого, перевертати його, розтирати спину і кісткові виступи, робити масаж м'яких тканин, змащуючи уразливі ділянки шкіри спеціальними кремами, вазеліном.

У хворих, які перебувають тривалий час у положенні лежачи, часто буває запор (через атонію кишок). Дієта у таких людей повинна бути щадною. Їм треба призначити проносні засоби рослинного походження, слаболужні мінеральні води, соки і компоти, які стимулюють перистальтику кишок. У їжі повинні переважати жири рослинного походження (соняшникова, кукурудзяна, оливкова олія). Часті клізми подразнюють слизову оболонку прямої кишки, до того ж може бути звикання до них.

У післяопераційний період люди літнього та старечого віку потребують особливої уваги, адже можуть розвинути тяжкі ускладнення. Вони пов'язані зі зниженням у хворих компенсаторних механізмів, структурними і функціональними змінами в дихальній, серцево-судинній, сечовидільній, ендокринній системах, а також з мета-

болічними розладами у зв'язку з супутніми захворюваннями.

За наявності у хворих вираженого атеросклерозу та ішемічної хвороби серця у післяопераційний період треба боятися тромбозу і емболії, інфаркту міокарда, що вимагає проведення профілактичних заходів.

Зміни, які виникають у літньому віці в легенях і грудній стінці (зменшення еластичності легень, ригідність грудної стінки та легеневих кров'яних судин), обмежують вентиляцію, сприяючи гіпоксії, до якої хворі дуже чутливі.

З перших годин після операції, особливо якщо вона проведена під інгаляційним наркозом, треба подбати про туалет трахеобронхіального дерева, застосовувати заходи, що запобігають обструкції його, використовуючи різні види оксигенотерапії, дихальну гімнастику.

У людей літнього віку частіше, ніж у молодих, після операції виникають розлади сечовиділення, що вимагає своєчасного спорожнення сечового міхура. Треба стежити за об'ємом сечі і за появи олігурії негайно усувати її причини.

Ділянки, які зазнають постійного тиску, 4-5 разів на добу обробляють камфорним спиртом або розчинами шампунів.

Обслуговуючий персонал повинен пам'ятати, що в післяопераційний період психіка хворих літнього віку ще більш уразлива, ніж до операції.

У разі використання знеболювальних засобів треба бути обережним, оскільки деякі з них, зокрема морфій, пригнічують дихальний центр. Для зняття больового синдрому і полегшення відкашлювання деякі автори рекомендують періодичні інгаляції азоту закису з киснем у співвідношенні 1:3.

Висновок. У роботі з людьми похилого віку необхідно здійснювати індивідуальний підхід до людей на основі не тільки глибокого вивчення особистих і професійно-ділових якостей, але і виявлення інтересів і потреб, створюючи умови для вслякого розвитку творчих здібностей і максимальної трудової віддачі. Повинні відшукати соціальні можливості для збереження тілесної і духовної значимості, притаманні літньому та старечому віці.

роботі / А.В. Мартиненко. – М.: Інститут молоді, ММА ім. І.М. Сеченова, 1993. – 116 с.

3. Коркушко О.В., Чеботарев Д.Ф. Колинковская В.Г. Гериатрия в терапевтической практике. – Киев: Здоровье, 1993. – 840 с.

ЛІТЕРАТУРА

1. Яцемирская Р.С., Біленька И.Г. Соціальна геронтологія. – М.: Владос, 1999. – 202 с.
2. Медико-соціальні основи здоров'я: Навчальна програма базової підготовки по соціальній

УДК 614.885(09)(477+477.84)

З ІСТОРІЇ ВИНИКНЕННЯ ТА ДОСВІДУ РОБОТИ ТОВАРИСТВА ЧЕРВОНОГО ХРЕСТА В УКРАЇНІ ТА ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

О.М. Прокопів

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

У статті описано історичні етапи становлення та розкрито питання організації роботи медперсоналу товариства Червоного Хреста в Україні та Тернопільській області.

ABOUT HISTORY OF DEVELOPMENT OF RED CROSS ASSOCIATION IN UKRAINE AND TERNOPIL REGION

O.M. Prokopiv

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

History of development and organization of the nursing work in association of Red Cross in Ukraine and Ternopil region are described in this article

Вступ. Історія розвитку сестринської справи в Україні сягає ще часів скіфів, яким були відомі цілющі властивості багатьох рослин та прийоми лікування різних хвороб. Оскільки здавна були люди, які потребували допомоги інших, створювались спочатку групи, а потім і асоціації, які допомагали потребуючим. На сьогодні найбільшою організацією є Товариство Червоного Хреста. Його чисельність нараховує понад 6,3 млн прихильників та активістів.

Основна частина. Всесвітній день медичних сестер відзначають щорічно 12 травня – на честь англійської сестри милосердя Флоренс Найтингейл, у день народження (12.05.1820 – 13.08.1910). Офіційно свято було затверджено в 1971 році Міжнародною радою медсестер.

Флоренс Найтингейл під час Кримської війни в Туреччині організувала догляд за пораненими солдатами, послідовно впроваджуючи принципи санітарії, що посприяло зниженню рівня смертності. З часом вона заснувала перші курси сестер милосердя Англії. Сьогодні Найтингейл відо-

ма як засновник професії медичних сестер та ініціатор реформи госпіталів.

Кожні два роки Міжнародний комітет Червоного Хреста вручає 50 медалей імені Флоренс Найтингейл – найвищу нагороду для медичних сестер та волонтерів медичної служби, які відзначились у мирний та військовий час, продемонстрували хоробрість й виняткову відданість пораненим, хворим, чиє здоров'я було у небезпеці.

За Радянського Союзу усього 44 медсестри були нагороджені цією унікальною нагородою. За роки незалежності України медаллю імені Флоренс Найтингейл нагороджені 17 українських патронажних сестер Червоного Хреста.

Виникнення сестринської справи нерозривно пов'язане з прийняттям та становленням християнства, створенням монастирів, при яких були лікарні, подорожні доми, які йшли функції готелю, лікарні та амбулаторії для мандрівників, що направлялися до святих місць і потребували медичної допомоги. Одна з перших згадок про створення стаціонарної лікувальної установи у Київській Русі належить до X століття, коли княгиня Ольга організувала лікарню. В XI столітті ство-

рено монастирську лікарню в Києві, згодом подібні лікарні відкрились в Переяславі, Вишгороді та Чернігові [2].

Видатним медиком, першою в світі жінкою, яка прославилася своїми медичними знаннями, була онучка Володимира Мономаха, дочка Мстислава – Євпраксія Мстиславівна. Вона видала грецькою мовою трактати "Аліма" та "Мазі", де було зібрано і систематизовано знання з тогочасної медицини, і, крім опису хвороб та засобів їх лікування, дано поради щодо гігієни, зокрема гігієни жінки та дитини.

Сьогодні у Всеукраїнській організації Червоного хреста нараховується понад 6,3 мільйона прихильників та активістів. Патронажна служба Червоного Хреста нараховує понад 3 200 висококваліфікованих сестер милосердя. Товариство Червоного Хреста реалізовує понад 40 проектів і програм по всій території України, які фінансуються за рахунок публічних пожертв та угод про партнерство. Щороку цією організацією обслуговується понад 105 тисяч самотніх хворих похилого віку, майже 23 тисячі інвалідів війни та праці, більш ніж 25 тисяч учасників Великої Вітчизняної війни, понад 8 тисяч інвалідів дитинства.

У Тернопільській області нараховується велика кількість громадян, які потребують догляду в домашніх умовах. Згідно з даними Тернопільської організації Червоного Хреста, на обліку знаходиться 13 758 осіб. З них 5 800 самотніх громадян похилого віку, інвалідів, учасників війни, з

них 1 883 лежачих хворих та тих, яким важко пересуватись. Тернопільська обласна організація у своїй структурі нараховує 18 міськрай-організацій. У штаті 94 працівники, усі медсестри за спеціальністю. Працівниками була надана допомога у вигляді відвідувань, консультацій першої медичної допомоги, соціально-побутової допомоги. Як показує статистика, 11 568 чоловік отримали дану допомогу, що є недостатнім для нашої області. [1] Тому Тернопільський державний медичний університет спільно з міською адміністрацією створили проект, який передбачає волонтерський рух серед студентів навчального закладу. За період з 2008 року студентами усіх факультетів (108 чоловік) була надана допомога 69 особам, що є невеликим показником, але великою справою для самотніх людей похилого віку.

Висновки. Як показує історія, з давніх часів люди намагались допомагати один одному у важких ситуаціях. Створювались спочатку поодинокі, а згодом і великі організації, такі, як Червоний Хрест з догляду за людьми похилого віку, самотніми та хворими. Як і у всіх обласних центрах України, так і в Тернопільській області створена локальна організація Червоного Хреста. Медичні сестри товариства надають різновидні медичні послуги потребуючим, а за останній рік і Тернопільський державний медичний університет долучився до волонтерського руху. Хоча ця робота не є важкою для добровольців та медичних сестер, вона є великою допомогою для самотніх, літніх осіб.

ЛІТЕРАТУРА

1. М.М. Кокіс, О.М. Бригадир "Звіт про роботу патронажної служби Тернопільської обласної організації Товариства Червоного Хреста України".

2. М.Б. Шегедин "Історія медицини та медсестринства". – с. 2006. –328.

ПРОЦЕДУРА ЗАБОРУ КРОВІ З ВЕНИ. ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ**А.В. Яловега***Навчально-науковий інститут медсестринства
ТДМУ імені І.Я. Горбачевського*

У статті розглянуто переваги і недоліки техніки забору крові з вени. Висвітлено фактори, що впливають на якість лабораторного аналізу на етапі отримання зразка крові. Обґрунтовано запровадження нових систем забору крові в наукових лабораторіях та клініках.

PROCEDURE OF BLOOD FENCE FROM A VEIN. PROBLEMS AND PROSPECTS OF THE DEVELOPMENT**A.V. Yalovega***Institute of nursing
Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky*

The article discussed advantages and disadvantages of technique of blood fence from a vein. There is elucidated the factors affecting on the quality of laboratory analysis at the stage of obtaining a sample of blood. The introduction of new systems of blood fence in scientific laboratories and clinics is grounded in the article.

Вступ. Лабораторна діагностика – невід’ємна частина сучасної медицини, без якої ми не уявляємо повноцінної лікарської допомоги. А в останні роки клінічна діагностика є складовою медицини, що найшвидше розвивається. Лабораторна діагностика, завдяки найновішому високотехнологічному обладнанню та реактивам, повністю забезпечує отримання якісних і максимально інформативних даних про процеси, що відбуваються в організмі людини. Основна задача клінічної лабораторної діагностики – це отримання об’єктивних даних про стан здоров’я та нездоров’я окремо взятого пацієнта, виділеної групи або населення регіону в цілому. Проте клінічні рішення, які основані на результатах лабораторних тестів, правильні лише за умови, що зразки крові або інших біоматеріалів вірно

ідентифіковані та стандартизовані час і правила їх забору та транспортування.

Основна частина. Сучасний діагноз часто не можливо визначити без лабораторних та інструментальних досліджень (бактеріологічного, гематологічного, біохімічного, рентгенологічного і т.п.). Проте ці дослідження потрібні не тільки для діагнозу, але й для розуміння сутті хвороби, її виникнення. Тільки застосовуючи на службі клінічної медицини досягнення фізики, хімії, біології, лікар створює міцну основу для фізіологічного розуміння хвороботворного процесу [1, 2].

Методи лабораторної діагностики в Україні сьогодні доволі багаточисельні і кількість їх продовжує збільшуватись. Напевно, найбільш поширена послуга лабораторної діагностики – аналізи крові. Для значної частини лабораторних аналізів сьогодні використовується венозна кров пацієнта. Її дослідження допомагає визначити

зміни у загальному стані людини, визначити функціональні характеристики більшості її органів і систем для встановлення діагнозу, з'ясувати механізм розвитку хвороби, її прогнозу та ефективності відповідної фармакокорекції.

Біохімічний аналіз крові проводиться для визначення у крові деяких речовин (цукор, білірубін, холестерин, білок, креатинін та ін.). Їх склад змінюється при тих чи інших захворюваннях (збільшується або зменшується), що дозволяє використовувати ці дані для визначення діагнозу, а також контролю за проведеним лікуванням. Тому результати лабораторних досліджень в основному залежать від правильності техніки забору матеріалу, який підлягає дослідженням і цьому питанню слід приділяти належну увагу. На якість лабораторного аналізу на етапі отримання зразка крові впливають деякі фактори, наприклад: час взяття крові, матеріал пробірок (систем для взяття крові) та стабілізуючі добавки, дотримання співвідношення крові та антикоагулянта, черговість наповнення пробірок з різними добавками, тривалість накладання джгута, розташування тіла пацієнта під час процедури, кваліфікація персоналу, який проводить венепункцію [3, 4].

Для більшості досліджень проби крові слід проводити з 7 до 10 години ранку. По-перше, такий час найкраще гарантує необхідний період утримання від прийняття їжі (12-14 годин). По-друге, для більшості тестів референтні інтервали (старий термін – "діапазон нормальних значень") розроблені на основі дослідження зразків, що були отримані саме в цей час доби. По-третє, при багатьох аналізах (залізо, ТТГ, паратгормон) відмічено суттєве зміння їх концентрацій після 10 години.

Суттєвий вплив на отримання результату тесту має матеріал контейнерів (пробірок) для забору та зберігання біоматеріалу. Взаємодія компонентів крові зі скляною чи пластмасовою поверхнею стінки пробірки визначає різницю у формуванні згустку; матеріал пробірки може виділяти речовину у зразок або адсорбувати з нього аналіти.

Залежно від призначеного виду дослідження, зразок крові має збиратися у присутності суворо визначених добавок. Для досліджень системи згортання крові застосовується тільки цитратна плазма. У більшості гематологічних досліджень використовується венозна кров з натрієвою сіллю ЕДТА. Для отримання сироватки кров збирають

без антикоагулянтів, а для дослідження на глюкозу – з добавленням інгібіторів гліколізу. Здійснити процедуру забору крові з вени правильно, відповідно до сучасних вимоги, звичайним, за допомогою шприца та голки, методом є надзвичайно складно. Основною проблемою є гемоліз, внаслідок травматизації формових елементів поршнем шприца та гідродинамічного удару, велика тривалість процедури, а також ризик інфікування персоналу, бо не завжди вдається повністю виключити контакт з кров'ю пацієнта, хоча персонал постійно працює у рукавичках. Одним з важливих факторів, що впливає на якість визначення аналізів у пробі крові, є гемоліз. Він може бути спровокований недоліками як під час процедури забору крові, так і на етапі зберігання та транспортування зразка. Гемоліз – вивільнення внутрішньоклітинних компонентів з клітин крові у плазму або сироватку. Наявність гемолізу розпізнають по появі червонуватого забарвлення плазми або сироватки крові після центрифугування, що пов'язано з вивільненням гемоглобіну з еритроцитів. Інтерференція може виникнути навіть при низьких концентраціях гемоглобіну, що не розрізнити неозброєним оком. Гемоліз не завжди супроводжується вивільненням гемоглобіну.

Основні причини гемолізу наступні :

- дуже тонка голка для венепункції;
- швидкий рух поршня при заборі крові шприцом;
- необережне (швидке) переливання крові з однієї ємності в іншу;
- попадання води у пробірку з кров'ю;
- дуже інтенсивне перемішування;
- довге (більше 2 хв) накладання джгута;
- патологія мембран еритроцитів.

Крім того, важко контролювати об'єми крові, які забираються для досліджень, що часто порушує співвідношення кількості крові з реактивами (консерванти, антикоагулянти, прискорювачі згортання).

При транспортуванні звичайна пробірка з матеріалом може бути розбита або пролита, що призводить до контакту персоналу з потенційно забрудненою кров'ю. Іноді частина крові може всмоктатись у ватний тампон, яким закривається звичайна пробірка [5].

У більшості лікувально-профілактичних закладів України для забору крові почали застосовувати вакуумні системи забору крові. Вони мають кольорове маркування залежно від консервантів,

які в них знаходяться, розділових гелів або активаторів згортання. При використанні вакуумних систем забору крові забезпечується точне співвідношення антикоагулянта та крові, що веде до отримання більш вірного результату дослідження. Крім того, оскільки вакуумні системи є одночасно і контейнерами для зберігання та транспортування крові, їх використання запобігає пошкодженню формених елементів, що часто спостерігається при заборі крові одноразовим шприцом та розливанні її по пробірках.

Історія вакуумних систем забору венозної крові нараховує не один десяток років. Перші розробки належать до кінця сорокових років ХХ сторіччя. Масове виробництво систем почалося на початку 60-х, і тепер вони користуються великою популярністю у всьому світі. У нашій країні вакуумні системи з'явилися біля 10 років тому і зараз, коли у зв'язку з епідемічним поширенням гемоконтактних інфекцій (вірусні гепатити, СНІД) проблема захисту медичного персоналу від контакту з кров'ю стала дуже актуальною, вони отримують все більше розповсюдження. Закриті вакуумні системи дозволяють повністю виключити контакт з кров'ю на всіх етапах: у момент взяття крові, транспортування в лабораторію та у самій лабораторії. Це відбувається тому, що кров безпосередньо з вени через спеціальну двосторонню голку потрапляє в герметично закриту стерильну пластикову пробірку з підготовленим на заводі дозованим вакуумом. На заповнення однієї пробірки витрачається всього 5-10 секунд, і в одного пацієнта одночасно можна взяти до шести пробірок для різних досліджень, завдаючи при цьому мінімум неприємних відчуттів. При цьому транспортування, центрифугування здійснюється у первинній пробірці, яка потім використовується і безпосередньо в аналізаторах.

Однією з важливих вимог до процедури забору крові з вени є дотримання визначеної послідовності наповнення пробірок з різними добавками для різновидностей дослідження. Сьогодні у медичних центрах здійснюється концепція комплексного лабораторного дослідження, коли пацієнт здає кров для великої кількості тестів, як правило, у пробірки з різними наповнювачами. Черговість заповнення пробірок визначається реєстром досліджень та видом добавок.

Важливим фактором, що впливає на концентрацію багатьох компонентів крові у зразку, є

строк на який накладається венозний джгут. Чималий час стискання вени призводить до гемоконцентрації у місці забору крові, що суттєво змінює складові багатьох аналізів. Вибір оптимального часу накладання джгута (2 хв) підтверджено дослідженнями, де було виявлено, що значення показників у пробах крові, які були взяті через 4 та 6 хвилин після накладання джгута, значною мірою відрізняються від результатів аналізів, що були взяті через 0 та 2 хвилини. Цей часовий критерій представлений і у міжнародних стандартах (NCCLS : H4-A3, 1991). Досить чутливими до довгого накладання джгута є також і такі аналіти, як кальцій, магній, гематокрит та ін.

Останнім часом велика увага приділяється положенню тіла пацієнта під час забору крові. Це пов'язано з тим, що для деяких аналітів визначені суттєві відмінності у концентраціях залежно від положення тіла пацієнта. Так, наприклад, загальний білок та кальцій показують різницю концентрації біля 10 % при заборі крові у положеннях лежачи або сидячи. Залежність вмісту речовин у зразках при положеннях тіла пацієнта виявлені відносно альдостерону, ліпопротеїну (а), С-реактивного білка. Чітких рекомендацій відносно положення тіла пацієнта у момент забору крові поки не існує, проте бажано дотримуватися принципу відтворення умов забору крові (або лежачи, або сидячи), що дозволить коректно порівнювати результати аналізів у динаміці.

Дуже важливо, особливо при огляді пацієнтів, що знаходяться в палаті інтенсивної терапії або операційній, дотримувати важливого правила: ніколи не брати кров з вени, у яку вводять ліки або розчини. Крім того, навіть при заборі крові з іншої руки слід мати на увазі розклад вже проведених інфузій. Так, кров можна брати тільки через 8 годин після введення жирових емульсій та через 1 годину після введення амінокислот, гідролізатів білків, електролітів або розчинів з високим вмістом вуглеводів.

У сучасних клініках, клініко-діагностичних лабораторіях розвинутих країн близько 90-95% зразків крові та інших біологічних зразків забирається за допомогою вакуумних систем. Порівняння витрат на відкритий забір крові (забір крові шприцом), на вторинні пробірки для аналізаторів, шприци, голки, м'ячі та дезінфікуючі засоби, електроенергію, додаткове обладнання для миття пробірок, облік битого скла, закупівля необхідних реагентів (антикоагулянтів: ЕДТА, цит-

рат, гепарин) та оплата праці персоналу з одного боку, закупівля сучасних систем для забору біологічного матеріалу (крові, сечі), з іншого, за економічними затратами рівнозначна. Проте фактор зниження ризику зараження персоналу гепатитом та СНІД при використанні систем для забору крові (протягом всього часу забору крові спостерігається стерильність зразка, що захирається, виключається контакт з кров'ю хворого гарантуючи захист медперсоналу та пацієнта, безпечне транспортування біоматеріала) порівняно з процедурою відкритого забору крові (забір крові шприцом) неможливо залишити без уваги.

Висновки. Таким чином, сама процедура отримання біоматеріалу для дослідження може стати джерелом різних помилок та спричинити помилку результату лабораторного аналізу. Для мінімізації можливих відхилень у результатах необхідно суворо дотримуватись інструкцій із підготовки пацієнта до процедури забору крові та безпосередньо до самої процедури отримання

крові, що розроблені спеціалістами лабораторної служби. Підготовка пацієнта до процедури забору крові – одне з найважливіших завдань при проведенні такої процедури. Тому обов'язково мають бути виконані наступні дії :

- лікар-клініцист повинен пояснити пацієнту необхідність лабораторного дослідження;
- медична сестра повинна поінформувати пацієнта про те, як він має підготуватись до дослідження.

Найбільш ефективним та дієвим можна вважати наступний крок у створенні стандартних умов забору, транспортування та зберігання біологічних проб пацієнта – використання вакуумних або інших систем. Впровадження таких систем у практику має вплив на усі етапи лабораторного дослідження і в цілому переводить організацію роботи лабораторії на інший рівень. Їх використання не тільки полегшує організацію та значно просуває вперед стандартизацію преаналітичного етапу, але й створює умови, необхідні для впровадження сучасних лабораторних систем.

ЛІТЕРАТУРА

1. Bayness I. Marek H. Medical biochemistry. - Philadelphia, 2005, - 176с.
2. Данилова Л.А. Анализы крови и мочи. – СПб.: Салит – Медкнига, 2003. – 128 с.
3. Монастирська О.С. Клінічні лабораторні дослідження. – Вінниця: Нова Книга, 2007. – 168 с.
4. Юзик Г.Ю. Техніка лабораторних робіт. – К.: Медицина, 2007. – 144 с.
5. Долгов В.В. Клиническая лабораторная диагностика как научная дисциплина // Клиническая лабораторная диагностика. – 1997. – № 5. – С. 10.

УДК 616.61-008.64-08:617.55-073.27

ПЕРИТОНЕАЛЬНИЙ ДІАЛІЗ – ЯК МОЖЛИВІСТЬ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ В ТЕРМІНАЛЬНІЙ СТАДІЇ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ**О.О. Склярова***Тернопільська обласна комунальна клінічна лікарня*

Одним з методів замісної ниркової терапії з максимальним ступенем соціальної реабілітації справедливо вважають перитонеальний діаліз. Основним у реалізації даного методу є індивідуальне навчання хворого, яке проводиться на базі відділення хронічного гемодіалізу Тернопільської обласної комунальної клінічної лікарні.

PERITONEAL DIALYSIS – AS POSSIBILITY OF SOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS IN THE TERMINAL STAGE OF CHRONIC KIDNEY DISEASE**O.O. Sklyarova***Ternopil Regional Hospital*

Peritoneal dialysis is one of methods of the vicarious kidney therapy by the maximal degree of social rehabilitation. One of the most important ways in realization of this method is individual studies of patient, which is conducted on the base of separation of chronic hemodialysis of the Ternopil regional hospital.

Вступ. У 1827 році англійський лікар R. Bragth описав клінічну картину захворювання нирок, яке супроводжувалося анемією, тобто хронічну ниркову недостатність (ХНН). Тільки через 133 роки після цього американський лікар В. Scribner за допомогою апарату “штучна нирка” продовжив життя хворого ХНН більш ніж на 10 років. В наш час замісна терапія ХНН включає в себе програмний гемодіаліз в стаціонарному та домашньому варіанті, гемофільтрацію, гемодіафільтрацію, перитонеальний діаліз, постійний амбулаторний перитонеальний діаліз та трансплантацію нирки.

На сьогодні група хворих, що одержують лікування методами діалізу, у світі становить понад 1 млн чоловік. Це лікування довічне і належить до одного з найдорожчих видів спеціалізованої медичної допомоги. Рівень застосування цих технологій вважається одним з показників розвитку медицини в державі. Рік життя одного діалізного хворого в розвинутих країнах коштує близько

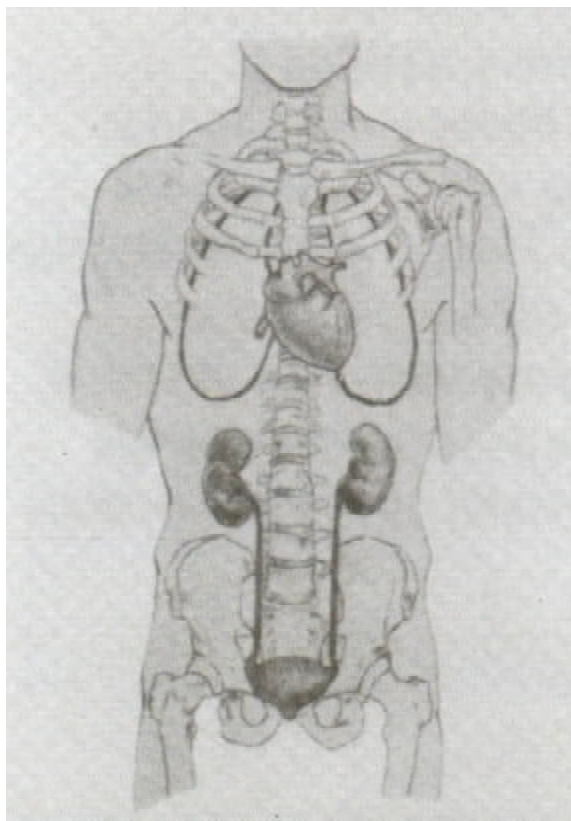
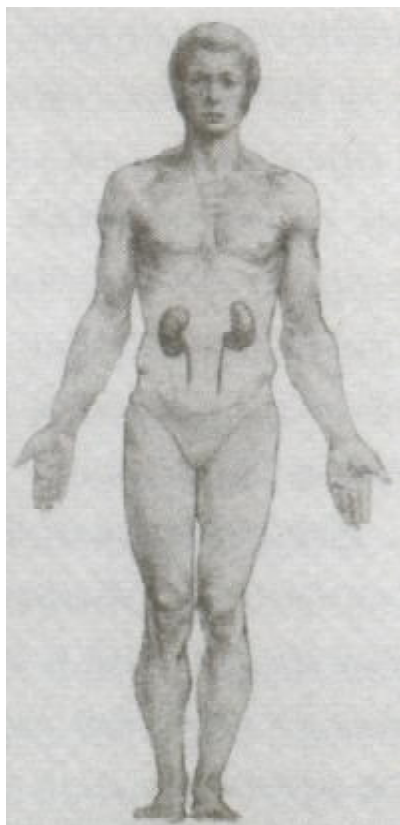
70 000 доларів. В Україні і кількість хворих, і вартість їх лікування менша від світових показників у кілька разів, проте діагноз ХНН уже менш фатальний, ніж 15 – 20 років тому.

Наказ АМН України і МОЗ України від 30.09.2003 року № 65/462 передбачає розвиток діалітичних центрів в Україні, включаючи впровадження нового методу замісної ниркової терапії – постійного амбулаторного перитонеального діалізу.

Для людей, які можуть і хочуть використовувати постійний амбулаторний перитонеальний діаліз, останній надає незалежність від діалітичної “машини” і відсутність прив’язаності до певного місця. Такий вид діалізу дає можливість працювати, вчитися і навіть подорожувати.

Основна частина. Хронічна ниркова недостатність означає, що ниркова тканина руйнується поступово, протягом довгого періоду часу – в основному місяці або роки. Це руйнування незворотне. ХНН може бути наслідком таких захворювань, як гломерулонефрит, полікістоз нирок, хронічні ниркові інфекції, цукровий діабет або артеріальна гіпертензія.

© О.О. Склярова, 2009



Коли діяльність нирок знижується нижче 20 %, організм сам не в змозі звільнитися від шлаків і надлишкової рідини в повному обсязі. І, як наслідок, токсичні речовини нагромаджуються і отруюють організм. Рідина накопичується підшкірно, хімічний і водний баланси організму сильно порушені. В цей момент приймається альтернативне рішення, щоб попередити затримку шлаків і води. Існує два види лікування:

1. Трансплантація нирки;
2. Нирковий діаліз.

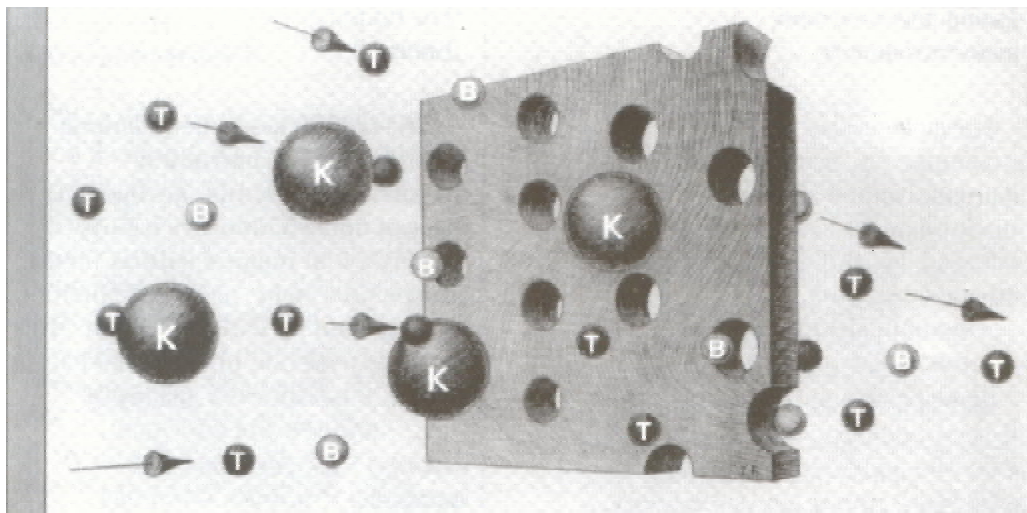
Трансплантація здорової нирки від донора – це вирішення проблеми ниркової недостатності "природним шляхом". Однак не кожному можна провести трансплантацію, оскільки донорів набагато менше, ніж потенційних пацієнтів. Альтернатива цього – діаліз. Лікування, яке могло б продублювати роботу хворих або пошкоджених нирок для заміщення їх функції з очищення крові. Використовують два види діалізного лікування: гемодіаліз і перитонеальний діаліз. При проведенні гемодіалізу кров пацієнта циркулює і очищується поза організмом. Кров забирається через голку, введена в кровеносну судину, проходить через діалізатор і вже очищена повертається до пацієнта через другу голку.

На відміну від гемодіалізу перитонеальний діаліз відбувається всередині організму за допомогою власної перитонеальної мембрани. Яка являє собою напівпроникний бар'єр, через який може фільтруватися кров. Перитонеальна мембрана вистилає черевну порожнину та покриває органи, які знаходяться в ній. Шляхом проведення хірургічної операції катетер вставляється через отвір в черевній стінці. Це забезпечує прохід, через який діалітичний розчин поступає в черевну порожнину, яка, в свою чергу, виступає в ролі "резервуара" для діалітичного розчину. Шлаки виводяться з крові через перитонеальну мембрану і поступають в діалітичний розчин. Використаний розчин зливається з черевної порожнини і замінюється новим.

Техніці проведення перитонеального діалізу дуже легко навчитися, але хворому треба пам'ятати, що процедура повинна виконуватися в стерильних умовах. Медичний персонал нашого відділення вчить, як правильно проводити перитонеальний діаліз, тому у хворих не виникає ніяких труднощів.

Якщо клінічна ситуація дозволяє розпочинати терапію, то порядок дій такий:

- через кілька днів після операції – огляд вихідного отвору катетера для визначення наявності кровоточивості, болю чи інфекційних ускладнень;



Під час діалізу кров відфільтровується через напівпроникну мембрану. Мембрана має досить великі отвори, щоб пропускати маленькі частинки, але достатньо маленькі, щоб утримувати більш крупні (такі, як кров'яні клітини) частинки.

- після огляду виконується інфузія у черевну порожнину діалізуючого розчину в об'ємі 500 мл. Через 15 – 20 хв діалізуючий розчин зливається, черевна порожнина залишається "сухою";

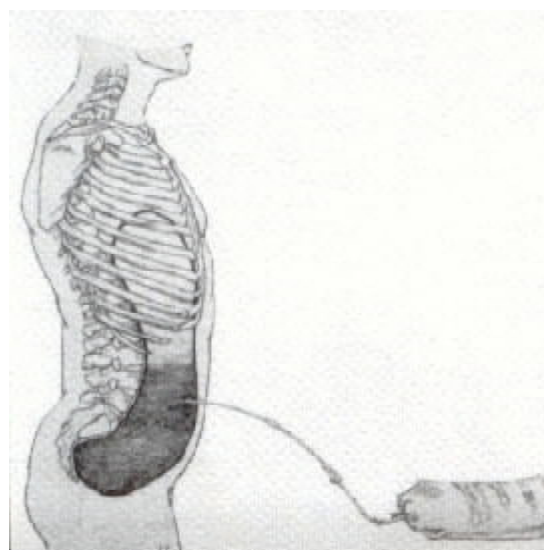
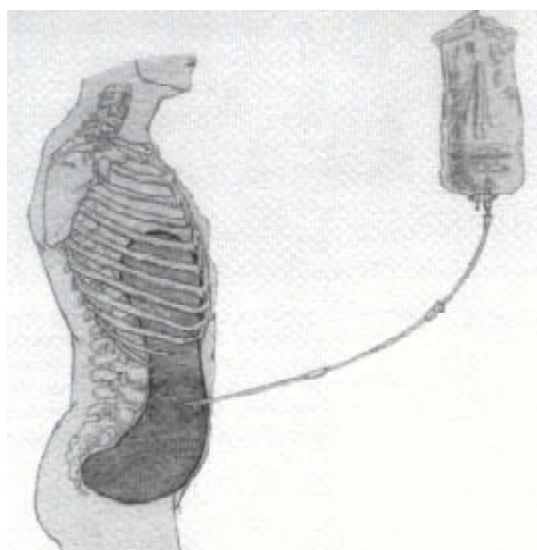
- через кілька днів у довільному режимі медичні працівники розпочинають програму навчання хворого. Щоразу в процесі навчання виконується інфузія діалізату з поступовим збільшення об'єму розчину до 2 літрів, розчин залишається у черевній порожнині хворого на час заняття. Після цього розчин зливається і черевна порожнина залишається "сухою" до дня початку терапії.

Навчання медперсоналом хворих у відділенні триває до 14 днів, після чого вони самостійно про-

дять процедуру в домашніх умовах. Заміна розчину відбувається 3 – 5 разів на день, кожних 4 – 6 годин. Після останньої заміни ввечері розчин залишається в черевній порожнині на ніч. Процедура в цілому займає 30 – 40 хв. Вона повинна проводитись в добре освітленому та чистому приміщенні, де хворого ніхто не потурбує. Якщо ретельно не дотримуватись цих правил, існує ризик виникнення грізного інфекційного ускладнення – перитоніту.

Пацієнти, які знаходяться на лікуванні перитонеальним діалізом, повертаються до активного соціального та сімейного життя, праці, навчання, навіть можуть подорожувати. Але дещо в їхньому житті доведеться враховувати:

- необхідно виділяти час на діаліз;



- планувати доставку розчинів;
 - дотримуватись дієти з високим вмістом білка.
- Діалізна команда забезпечує хворих необхідним лікуванням, методичними посібниками та підтримкою.

Висновки. Таким чином, враховуючи критерії відбору хворих на перитонеальний діаліз, цей

метод замісної ниркової терапії можна застосовувати у осіб похилого віку, дітей, пацієнтів з цукровим діабетом, супутньою патологією серцево-судинної системи. Метод дозволяє довго зберігати залишкову функцію нирок, що пролонгує часткову працездатність і життя пацієнта.

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. Методичні рекомендації "Введение в перитонеальный диализ" компании Бакстер.

