

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

МЕДСЕСТРИНСТВО

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

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

NURSING

UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

4/2009

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 № 9 від 22.11.2009 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 23.12.2009 Формат 60x84/8.
Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. №1
Ум. друк. арк. 4,65. Обл.-вид.арк. 3,79
Тираж 600. Зам. № 316

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

ЗМІСТ

- Джін Ватсон*
Проект « Мільйон медичних сестер – глобальному піклуванню» **4**
- Н.І. Рега, С.О. Ястремська,
І.Я. Господарський, І.М. Салайда*
Особливості навчальної програми для підготовки магістрів медсестринства у Саксіонському університеті (Нідерланди) **7**
- С.О. Коноваленко, С.О. Ястремська,
В.В. Максимова*
Дистанційне навчання як інструмент впливу на інформаційну культуру в освітньому середовищі **12**
- В.О. Качор, О.Л. Івахів, А.В. Качор*
Робота медичної сестри з хворими на грип та гострі респіраторні хвороби **17**
- В.І. Пришляк, Н.І. Стахира*
Психотерапевтичні аспекти роботи медсестри-бакалавра в умовах амбулаторного лікування психіатричних пацієнтів **21**
- Т.Я. Скарлош, Н.З. Модна, О.О. Прусак,
І.В. Яворська*
Сучасні телемедичні технології на Тернопіллі: система “ТРЕДЕКС” **26**
- О.М. Метельська*
Із душею до пацієнта **28**
- Н.Я. Фарійон*
Догляд за хворими з психотичними розладами **30**
- О.О. Склярлова, Н.З. Федунь, А.А. Клим*
Деонтологічні особливості гемодіалізої терапії. Психологічна підтримка пацієнтів **34**
- Т.І. Грицишин*
Важливість комунікативних взаємовідносин у медичному колективі **37**

CONTENTS

- Jean Watson*
Million Nurse Global Caring Field Project
- N.I. Rega, S.O. Yastremska,
I.Ya. Hospodarskyy, S.M. Salayda*
The peculiarities of educational program for master degree in nursing in Saxion university (Holland)
- S.O. Konovalenko, S.O. Yastremska,
V.V. Maksymova*
The distance learning as a tool to influence the information culture in the educational environment
- V.O. Kachor, O.L. Ivahiv, A.V. Kachor*
Nursing of patients with influenza and acute respiratory infections
- V. I. Pryshlyak, N.I. Stakhyra*
Psychotherapeutic aspects of b.s. nurse work in ambulatory treatment of psychiatric patient
- T.Ya. Skarlosh, N.Z. Modna, O.O. Prusak,
I.V. Yavorska*
Contemporary telemedical technologies in Ternopil region: "TREDEX" system
- O.I. Metelska*
With the soul to patient
- N.Ya. Fariyon*
Care of patient from psikhotichnimi by disorders
- O.O. Sklyarova, N.Z. Fedun, A.A. Klym*
Deontological pequiliarities of gemodialis therapy. Psychological support of patients
- T.I. Gricishin*
Importance of communicativemutual relations is in a medical collective

УДК: 614.253.52:616-083

**ПРОЕКТ “МІЛЬЙОН МЕДИЧНИХ
СЕСТЕР – ГЛОБАЛЬНОМУ
ПІКЛУВАННЮ”: ГЕНЕРАЦІЯ
ВСЕСВІТНЬОГО ЕНЕРГЕТИЧНО
СВІДОМОГО ПІКЛУВАННЯ ДЛЯ
ГЛОБАЛЬНОГО ЗЦІЛЕННЯ І
ЗДОРОВ'Я**

Джін Ватсон

Джін Ватсон, доктор Філософії, реєстрована медична сестра, засновник та виконавчий директор Інституту науки піклування імені Др. Ватсон, визначний професор та почесна завідувачка кафедри піклування медсестринського коледжу Університету Колорадо/Денвер (США)

www.watsoncaringscience.org

Jean.watson@ucdenver.edu

Узагальнений опис проекту:

Проект « Мільйон медичних сестер – глобальному піклуванню»: **генерація всесвітнього енергетично свідомого піклування для глобального зцілення і здоров'я.**

Мета:

Одночасно поєднати мільйон медичних сестер довкола світу з метою створення енергетично свідомого середовища піклування та любові до себе, інших та до планети Земля. Цей внутрішньосфокусований процес піднесе та поширить енергетику піклування медсестер до всесвітнього енергетичного поля людства, підсилюючи процеси одужання та здоров'я для усіх.

Обґрунтування:

Поштовхом до проекту став факт організації Опрою Вінфрей (відомою телеведучою мережі телепрограм в США – Н.Л.) та Елгардом Толлей (письменником та автором кількох видань зі спіритуальності - Н.Л.), яким вдалося об'єднати мільйон людей довкола Земної кулі для читання та обговорення циклу книг «Нова Земля» Толлей. Надалі цей проект був розширений з залученням останніх досліджень Інституту Heart Math та інших учасників.

Останні дослідження Інституту Heart Math доводять, що особи, що генерують такі відчуття, як

© Джін Ватсон, 2009

**MILLION NURSE GLOBAL CARING
FIELD PROJECT:
RADIATING A FIELD OF WORLDWIDE
ENERGETIC CARING
CONSCIOUSNESS FOR GLOBAL
HEALING AND HEALTH FOR ALL**

Jean Watson

Jean Watson, PhD, RN, AHN-bc, FAAN
Founder / Executive Director, Watson Caring
Science Institute?

Distinguished Professor & Endowed Chair in Caring
Science?

University of Colorado Denver, College of Nursing

www.watsoncaringscience.org

Jean.watson@ucdenver.edu

Vision/Overview:

Million Nurse Global Caring Field Project:
**Radiating a field of Worldwide Energetic Caring
Consciousness for Global Healing and Health for all.**

Goal:

Connect simultaneously with a million nurses (or more) around the globe: to create and radiate an energetic Caring Consciousness Field of Heart-Centered Love for Self, Others, and the Planet Earth. This intentional focused experience honors and extends the human caring vibration of nurses into the universal energy field of humanity facilitating healing and health for all.

Rationale:

This vision was inspired by the fact that Oprah Winfrey and Eckhart Tolle reached a million people around the globe simultaneously by offering a course on Tolle's book, *A New Earth*. Further, this vision was expanded through the latest evidence based research and science of the heart, developed by Institute of Heart Math and others.

This latest evidenced based science of the heart confirms that humans meditating on Heart-centered feelings of Love, Gratitude, Forgiveness, Compassion, and Caring (higher vibration positive emotions associated with the heart) radiate an electromagnetic field several feet beyond themselves. When working from a heart centered

любов, вдячність, всепрощення та турбота (вищі вібрації позитивних емоцій, асоційованих з серцем) випромінюють електромагнітні поля на певну віддасть (близько кількох футів – одного-півтора метри) від себе. Коли працювати «від серця з любов'ю» – так зване свідоме піклування, тоді спостерігається більше «когерентності» в людському електромагнетичному полі, що випромінюється серцем.

Медичні сестри усього світу несуть цю централізовану серцеву енергію піклування і любові у щоденну працю. Однак багато медсестер просто не усвідомлюють свого справжнього зв'язку з іншими у середовищі, де вони працюють, вони не усвідомлюють тієї природної здатності безлімітного потенціалу, який можливо використовувати для універсальної свідомості людства.

Електромагнітні поля, що продукуються серцем, є основою енергетичного середовища, яке є не тільки з нами поряд та навколо нас. Багато вірять, що вони є джерелом енергії, що підтримує життя та нашу людяність. Це також є джерело внутрішньої праведності, краси, співчуття, креативності, любові, турботи та нашого зв'язку з життєвими силами. Це універсальне поле космічної любові має нескінченні лікувальні властивості, особливо коли воно зфокусоване з навмисного концентрування централізованої свідомості серця.

Медичні сестри та медсестринство є прикладом найдревнішого мистецтва людського піклування у світі. Колективно медичні сестри можуть випромінювати свідомо централізовані серцеві когерентні поля любові, єднаючись одночасно через керовану централізовану серцеву медитацію піклування. Другорядно, такі флюїди піклування та любові, що випромінюватимуться серцями медичних сестер, сприятимуть піднесенню та розширенню електромагнітних енергетичних полів, що, в свою чергу, покращуватиме здоров'я – свідоме лікування.

Проект «Мільйон медичних сестер – глобальному піклуванню» буде інтегрованим в інші глобальні ініціативні проекти як частина вкладу до «Глобального здоров'я для всіх». Більше того, передбачається, що цей проект може поєднатися з «Ініціативою глобального споріднення серцевої математики», одним із завдань якої є поєднати мільйон людей довкола світу для створення людського об'єднаного поля для життя із серцем (www.glcoherence.org)

loving –caring consciousness, there is more 'coherence' in the human electromagnetic field radiating from the heart.

Nurses around the world bring this loving heart-centered caring energy of Love and Caring to their individual work every day. However, many nurses may be silently unaware of their actual energetic linkage and connection they have with others in their environment, and their natural capability of unlimited expansive potential to affect the universal consciousness field of humanity.

The electromagnetic field radiating from the heart is the basis of an energetic environment that is not only within us, and around us, and many believe is the source of life sustaining energy and our humanity; the source of inner truth, beauty, compassion, creativity, love and caring, and our connection with life force. This universal field of Cosmic Love has limitless capability for healing, especially when focused from an intentional collective heart centered loving consciousness.

Nurses and nursing exemplify an archetype for human caring in the world. Collectively nurses can radiate intentional heart-centered coherent fields of Love by simultaneously connecting through a guided heart-centered Caring Field meditation. Indirectly nurse's heart-centered Caring-Love vibrations would be contributing to elevating and expanding the electromagnetic energy field that in turn would increase the human health -healing consciousness at this point in human history.

The Million Nurse Caring Loving Field Project will be integrated into other global initiatives as part of a commitment of Health for All. Moreover it is envisioned to be integrated with 'HeartMath Global Coherence Initiative', where it seeks to connect with a million people around the globe to create a human 'coherence' field for heart-centered living. (www.glcoherence.org)

Phases. This Million Nurse Caring Connection would be a scheduled series and committed synchronized events. Global mediation connections would be radiating around the world each month; the first one initially led by Dr Jean Watson, and would include other professional international colleagues and organizations. This project is open to expansion and on-going growth as world commitment and communities evolve toward a Global Caring Consciousness.

Етапи проекту. Проект «Мільйон медичних сестер – глобальному піклуванню» представляє серію запланованих синхронізованих подій. Глобальні зібрання будуть відбуватися навколо світу щомісяця. Перша зустріч-зібрання буде зініційована д-ром Джін Ватсон, вона поєднає також і інші міжнародні професійні організації та колеги. Проект є відкритий для розширення та росту у випадку світового визнання та поширення глобального усвідомлення піклування серед спільноти.

Висновок: Таким чином, проект «Мільйон медичних сестер – глобальному піклуванню» є серією глобальних зібрань медичних сестер, що матиме за мету підтримати національні, міжнародні та світові заходи покращення здоров'я. Нашими намірами є випромінювання глобального свідомого поля любові та турботи, яке поєднається з нескінченним полем любові всесвіту, до якого ми всі належимо.

З миром, світлом, любов'ю та благословенням, Джін Ватсон

Conclusion: Finally, this series of global mediations will focus on supporting national, international, and world human and environmental events needing healing support. Our intention is to radiate a global field of Loving -Caring consciousness into the Infinite Field of Universal Love to which we all Belong.

In Peace, Light, Love and Blessings, Jean Watson

УДК 614.253.52:378.22(492)

ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ МЕДСЕСТРИНСТВА У САКСІОНСЬКОМУ УНІВЕРСИТЕТІ (НІДЕРЛАНДИ)

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

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

The peculiarities of the Masters Program “Advanced Nursing Practice” of nursing education organisation are discussed in the article. The article is based on the experience of Saxion university of applied sciences (Enschede, the Netherlands)

THE PECULIARITIES OF EDUCATIONAL PROGRAM FOR MASTER DEGREE IN NURSING IN SAXION UNIVERSITY (HOLLAND)

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

Ternopil State Medical University named after I. Ya. Horbachevsky

The peculiarities of the Masters Program “Advanced Nursing Practice” of nursing education organisation 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 (м. Енсхеде, Нідерланди) студенти – медичні сестри можуть здобувати освіту за двома освітніми рівнями: бакалавра та магістра (ANP – Advance Nursing Practice).

Основна частина. 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.

Зміст навчальної програми для підготовки медсестер-магістрів складається із 6 розділів та додатка (1).

Перший розділ включає загальні питання і розділяється на 2 статті.

Стаття 1 описує правила застосування оцінювання в навчальних закладах. Вона регламентує освіту, поточне оцінювання і заключний іспит програми підготовки магістрів медсестринства. Для Саксіонського університету ця програма надається провідним навчальним центром.

Стаття 2 описує головні поняття і визначення освітньої програми:

а) управління, зокрема вибір командного лідера магістерської програми навчання;

б) кандидати для навчання (вступники), тобто регламентування доступності цієї освіти для студентів;

в) експертний екзаменаційний комітет, який призначається управлінням освіти і має склад і обов'язки регламентовані статтями цієї ж навчальної програми.

г) програмний період, тобто термін з лютого по липень наступного року, причому цей час поділяється на основний період (теоретичне і практичне навчання) і період кваліфікації (проведення наукового дослідження: теорія і практика);

д) оцінювання кандидата до вступу, яке полягає в експертизі компетентності особи та прогнозування ймовірного результату оволодіння знаннями та завершення навчального модуля програми;

е) іспит, дата і методика проведення якого визначається керівництвом та регламентується статтями цієї ж освітньої програми;

є) інтерв'ю та плата за навчання, які також регламентовані навчальним планом.

Другий розділ описує програмну угоду та розділяється на статті 3 та 4.

Стаття 3 описує мету програми. Згідно з навчальним планом студент кваліфікується як практикуюча медсестра, яка певною мірою автономна в плані догляду за хворим та окремих питань лікування. Програма орієнтована на певний академічний рівень кваліфікації та містить регіональні, національні та міжнародні компоненти.

Стаття 4 регламентує зміст програми, асоційований з оцінюванням та експертизою знань та вмінь. У ній описані основні складові частини навчального процесу:

- набір програмних модулів та їх оцінювання;
- форми та тривалість оцінки знань;
- технологічні підходи до оцінювання;
- практичне навчання (тренінг);
- критерії оцінок;
- попередні умови для складання підсумкових контролів та правила нескладень та незарахувань.

Стаття має два підпункти:

1. Перед новим набором студентів, керівництво визначає такі елементи:

а) які модулі складають програму, і яке оцінювання є фіксованим для завершального іспиту;

б) обсяг навчальних годин, кредити та модулі програми;

в) методика оцінювання усної, письмової та інших форм відповіді, та чи дозволяється перескладання окремих форм відповідей;

г) наявність угоди з навчальної практики;

д) розклад іспитів та можливих перескладань;

е) набір модулів, складення яких є необхідним для подальшого навчання;

є) обсяг практичного тренінгу, необхідний для подальшого навчання, незважаючи на те, що керівництво має право схвалити індивідуальні особливості або альтернативні заміни;

ж) тривалість оцінювання;

з) технологічна та інша допомога, яка може використовуватися для оцінювання.

Для більш специфічної інформації використовуються детальні плани, розклади, модульні інструкції та короткі огляди.

2. Детальніша інформація:

а) всі результати оцінювання збираються в базі даних в такому вигляді:

- незадовільно, < 60%;

- задовільно, 60 - 79 %;

- добре, 80 - 89 %;

- відмінно, 90 - 100%.

б) кожна оцінка має свою власну кількість обсягу вивчення. Обсяг вивчення пов'язаний з числом кредитів (28 год складає 1 кредит).

в) не обчислюється ніяка середня величина для оцінки результату складених модулів програми в цілому.

Розділ III регламентує оцінювання та експертизу і включає статті 5-19.

Стаття 5 описує такі поняття:

- можливості складення модулів та іспитів;

- як зареєструватися для складання модулів та іспитів;

- тривалість валідності результатів оцінювання.

1. Повторне складення модулів можливе в межах 3 місяців від дати попереднього складання. Повторний захист наукового проекту завершальної кваліфікації повинен мати місце в межах 6 місяців від дати його початкового захисту.

2. Завершальний іспит може бути складений в будь-який момент протягом навчального року.

3. Успішні результати оцінок дійсні протягом 5 років.

4. Повторне складання можливе через повторну реєстрацію.

5. Кандидат на складення іспиту, який з поважної причини може його скласти у визначений час, може звернутися до екзаменаційної комісії із письмовим запитом, яка після цього може призначити нову дату і час для іспиту.

6. Повна тривалість зареєстрованого періоду часу для навчання та складення модулів не повинна перевищувати 5 років.

7. Студенти можуть перервати своє навчання максимум на 1 рік за згодою їх працевластувачів. Якщо цей період перевищений, подальшу долю студента вирішує комітет експертизи. Переривання навчання більше визначеного терміну означає відрахування із числа студентів.

Стаття 6 регламентує оцінювання усних відповідей.

1. Якщо експертний комітет не вирішив інакше, то тільки один кандидат один раз може бути усно оцінений.

2. Усне оцінювання є публічним, тільки з окремих причин екзаменаційна комісія чи екзаменатор можуть вирішити інакше, або ж кандидат може апелювати до комітету експертизи з вагомою причиною.

Стаття 7 описує оголошення результатів оцінювання.

1. Екзаменатор вручає кандидату записаний результат складання в день усного складання. Екзаменатор повинен визначити результат в межах 20 робочих днів після дня письмового складання іспита чи модуля.

2. Екзаменатор забезпечує адміністрацію необхідними даними для реєстрації результатів навчального процесу. Екзаменатор інформує кандидата про результат електронною поштою.

3. Заповнені свідоцтва повинні бути вручені через період доступу в межах 40 робочих днів.

4. Звернення. Кандидати, які вважають свій результат необґрунтованим або несправедливим, можуть подати апеляцію до екзаменатора в межах 14 днів після отриманого результату, і у разі подальшої незгоди можуть звернутися до голови комітету експертизи (екзаменаційної комісії).

Стаття 8 регламентує визначення і правила оголошення випускного іспиту, правила складання та нескладання та відзнаки (почесні правила).

1. Комітет експертизи проводить зустріч та обговорення, щоб встановити, які кандидати склали іспит.

2. В межах 7 робочих днів після цього комітет повідомляє результат кандидату.

3. Кандидат може скласти завершальний випускний іспит, якщо всі результати мають мінімальний прохідний бал.

4. Церемонія вручення свідоцтва про ступінь магістра може мати місце в межах 20 робочих днів після захисту наукової роботи.

5. Завершальне свідоцтво з відзнакою після складання завершальних випускних іспитів видається, якщо кандидат відповідав наступним вимогам:

- всі оцінки, за винятком навчання попередньої акредитації, отримали маркування «добре» або «відмінно»;
- «добре» або «відмінно» належить до оцінки перших спроб складання;
- кандидат був зареєстрований в навчальній програмі максимально до трьох років.

6. Кандидат, який склав випускний іспит, отримує ступінь магістра.

Стаття 9 регламентує склад комітету експертизи (екзаменаційної комісії) та початок і завершення членства в ній.

1. Комітет експертизи програми магістрів охоплює членів від всіх університетських відділів, які беруть участь у викладанні в цій програмі. Цих членів призначає управління університету. Члени можуть бути повторно призначені.

2. Склад комітету експертизи:

- голова;
- заступник голови;
- член.

3. Членство комітету закінчується, якщо даний університетський відділів не є залучений в програму навчання.

Стаття 10 регламентує обов'язки комітету експертизи (екзаменаційної комісії).

1. Комітет експертизи зобов'язаний регулювати оцінювання знань студентів та визначати результати оцінки.

2. Комітет експертизи забезпечує організацію проведення оцінювання й іспитів.

3. Комітет або його делегат складає розклад іспитів і організовує сповіщення студентів.

4. Комітет експертизи призначає екзаменаторів. Екзаменаторами можуть бути тільки компетентні викладачі відповідного модуля програми.

5. Комітет експертизи може надати директиви щодо екзаменаторів і директиви щодо оцінки кандидатів на етапі визначення результатів.

6. Комітет експертизи може перезарахувати попередньо вивчені модулі на попередньо акредитованому навчанні як заміну певним оцінкам.

Стаття 11 регламентує поведінку при підозрі на обман чи інші неправильні дії.

1. У випадках при підозрі на обман чи інші неправомірні дії голова комітету експертизи може позбавити кандидата максимально на 1 рік права скласти один або більше програмних модулів або завершальний випускний іспит.

2. Якщо обман чи інші неправомірні дії виявляються тільки після іспиту, комітет експертизи може відмовити в присвоєнні ступеня магістра або може присвоїти тільки після повторного складання названих іспитів.

3. Коли голова або комітет експертизи ухвалює рішення, то голова відправляє копію цього рішення керівництву університету.

Стаття 12 регламентує звернення студентів.

Студент може подати письмову апеляцію проти будь-якого рішення комітету експертизи керівництву університету в межах чотирьох тижнів.

Стаття 13 описує особливості при навчанні неспроможних студентів.

Голова комітету експертизи може дозволити кандидату з фізичною неспроможністю адаптацію складання матеріалу повністю або частково відповідно до його/її фізичних вад.

Стаття 14 регламентує акредитацію попереднього навчання.

1. Вступна комісія може акредитувати попереднє навчання від імені комітету експертизи, якщо є нижче викладені умови стосовно головних модулів навчальної програми:

а) зміст і обсяг навчання подібні до таких в університеті, і були завершені не більше ніж 5 років тому;

б) кандидат представляє письмове свідоцтво належного професійного досвіду, яке відповідає вимогам, визначеним нижче.

2. Акредитація попереднього навчання дійсна протягом 5 років.

3. Процедура акредитації (перезарахування): студенти повинні представити письмове прохання до Національного центру оцінки фахівців. Директор курсу програми підготовки магістрів супроводжує цю інформацію письмовим підтвердженням. Протягом 10 робочих днів кандидат отримує письмове рішення, яке він повинен відправити до комітету експертизи, який прислухається до даного рішення, ухвалить перезарахування і поінформує студента.

Стаття 15 описує можливості доступ студента до оцінювання.

1. До тридцяти днів після того, як кандидат отримав результати письмової оцінки, кандидат може попросити подивитися на оцінену роботу або отримати її копію.

2. Протягом періоду, визначеного в пункті 15.1, кандидат може бути поінформований про головні питання оцінювання, зокрема, про критерії оцінок.

3. Комітет експертизи визначає, де і коли забезпечується доступ до даної інформації. Якщо кандидат не може відвідати дане місце через особисті обставини, погоджується нове місце і час.

Стаття 16 регламентує зберігання оцінених робіт і результатів навчання.

1. Програмний координатор забезпечує збереження наукової роботи, письмових робіт та

повідомлень про оцінки мінімум протягом п'яти років.

2. Програмний координатор забезпечує збереження результатів іспитів.

Розділ IV регламентує попереднє навчання студентів.

Стаття 17 описує вимоги до попереднього навчання і до вступу.

1. Кандидати повинні мати свідоцтво про освітній рівень бакалавра.

2. Кандидати без ступеня бакалавра, але які мають зіставну роботу і належний інтелектуальний рівень, можуть вступати до програми через вступний іспит. Вступні комісії у всіх випадках зважують, окрім навчання і освіти й на професійний досвід, наукові проекти і публікації.

3. Кожен претендент запрошується до інтерв'ю з членом вступної комісії. Очікується узгалянення біографічних даних та свідоцтво професійного погляду і дії.

4. Кожен студент повинен мати мінімум два роки практичного досвіду перед початком програми.

5. Звернення студентів можуть бути представлені тільки через своїх працедавців. Після вступу складається контракт між управлінням магістерських програм, студентом і працедавцем.

4. Від кандидатів очікується знання англійської мови, комп'ютерних навичок і основної термінології статистики і методології.

Стаття 18 регламентує вступну співбесіду.

1. Перед вступом претендент повинен відвідати інтерв'ю. Грунтуючись на цьому інтерв'ю, вступна комісія, будучи підкомісією комітету експертизи, ухвалює рішення і про вступ претендента.

2. Процедура: студенти, які бажають бути допущеними в магістерську програму, але не мають належних засвідчених кваліфікацій, повинні представити письмове прохання до Національного центру оцінки фахівців. Директор курсу програми підготовки магістрів супроводжує цю інформацію письмовим підтвердженням. Протягом 10 робочих днів кандидат отримує письмове рішення, яке він повинен відправити до комітету експертизи, який прислухається до даного рішення, ухвалить перезарахування і поінформує студента.

Розділ V описує навчальний прогрес та його підтримку і включає статтю 19.

Стаття 19. Прогрес вивчення і підтримка вивчення регламентує підтримку навчального прогресу.

Координатор піклується про підтримку навчання зареєстрованих кандидатів, яка включає такі елементи:

а) студент складає портфоліо протягом програмного періоду;

б) кожен студент має наставника з викладацького складу;

в) щонайменше як тричі за навчальний рік наставник і студент обговорюють процес навчання та складання портфоліо.

Координатор гарантує реєстрацію результату і прогресу навчання. Різні сесії в контексті якісної турботи про студента забезпечують можливості індивідуального прогресу навчання.

Розділ VI описує подальшу регуляцію навчання і включає статті 20-21.

Стаття 20 регламентує непередбачені обставини.

1. У випадках непередбачених обставин комітет експертизи ухвалює правильне рішення.

2. У термінових випадках координатор ухвалює правильне рішення і повідомляє його якнайшвидше членам комітету експертизи.

Стаття 21 описує заключні умови.

1. Цей навчальний план дійсний з лютого 2009 р.

2. Заради дотримання цього навчального плану щорічно розглядається його виконання студентами і в разі потреби проводиться його корекція та пристосування.

3. Цей навчальний план може цитуватися.

4. Комітет експертизи гарантує усвідомлення студентами цього навчального плану, особливо щодо змісту програми та складених іспитів і оцінок.

У додатку детально описані елементи програми.

Зміст дисципліни	Форма оцінювання	Обсяг вивчення години/кредити
Дослідження	Письмова	224 8
Медичні навички 1	письмово: паперовий формат на фармакології і медицині оцінка навичок / практикум	140 5
Практичне навчання 1	портфоліо	336 12
Освіта, консультація і повноваження	письмово: паперовий формат/лікування і навчальний план	140 5
Лідерство і нововведення	письмово: план виконання з теоретичним структуруванням	196 7
Практично-орієнтоване навчання	портфоліо	308 11
Вибір досліджень (CC5)	проект дослідження/створення проекту і його проведення	168 6
Медичні навички 2	фармакологія і медицина в паперовому форматі практичне оцінювання	140 5
Поглиблене вивчення	паперовий формат	140 5
Практичне навчання 2	портфоліо	336 12
Головна магістерська теза	проведення дослідження чи план проекту оформлена робота і презентація	392 14
Пакет іспитів	результати: задовільно, добре чи відмінно	2520 90

ЛІТЕРАТУРА

1. Education and Examination Regulation of the Full-time ANP Masters Program 2009-2010.- Version 1.2 - Saxion University's Knowledge Centre of Health, Welfare & Technology. - 20 January 2009.

УДК: 371.39

ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ ВПЛИВУ НА ІНФОРМАЦІЙНУ КУЛЬТУРУ В ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ

С.О. Коноваленко, С.О. Ястремська, В.В. Максимова

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

У даній статті проаналізовано та представлено результати проведення дистанційного навчання медичних сестер-бакалаврів на базі Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського. Розглянуто основні складові дистанційного навчання, такі, як: роль тьютора (викладача), організація спілкування між викладачем та студентом, а також система оцінювання. Визначені труднощі, з якими зустрілися тьютори та надано рекомендації щодо їх усунення і створення ефективної дистанційної форми навчання.

THE DISTANCE LEARNING AS A TOOL TO INFLUENCE THE INFORMATION CULTURE IN THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT

S.O. Konovalenko, S.O. Yastremska, V.V. Maksymova

Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky

In this article, the results of conducting the distance course of Bachelor nursing degree in Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky have been analysed and represented. The main aspects and problems of conducting distance learning like tutors role, organization of student and teacher relationships and a knowledge control system are considered. All difficulties that tutors have been met with, were taken into account and new recommendations for creation of more effective distance course were provided.

Вступ. Застосування сучасних інформаційних технологій у навчальному процесі вищого навчального закладу потребує змін у методиці викладання всіх дисциплін. Це пов'язано з тим, що викладач перестає бути для студента єдиним джерелом отримання знань. Сьогодні багато інформації можна знайти в мережі Інтернет та за її допомогою. Орієнтація на формування репродуктивних навичок, таких, як запам'ятовування та відтворення, за традиційного навчання замінюється на розвиток умінь зіставлення, синтезу, аналізу, оцінювання виявлення зв'язків, планування, групової взаємодії з використанням інформаційно-комунікаційних технологій. У таких умовах зміни мають торкнутися методики

проведення аудиторних занять та організації самостійної роботи. ІКТ (інформаційно-комунікаційні технології) посилюють роль методів активного пізнання та дистанційного навчання. За вимогами Болонського процесу збільшується частка самостійної роботи студентів у навчальних програмах усіх дисциплін. Інформаційно-комунікаційні та дистанційні технології навчання дають змогу забезпечити студентів електронними навчальними ресурсами для самостійного опрацювання, завданнями для самостійного виконання, реалізувати індивідуальний підхід до кожного студента тощо. Використання ІКТ та дистанційних технологій у навчальному процесі вищого навчального закладу поступово вносить зміни в невід'ємні елементи традиційної системи освіти, замінюючи дошку і крейду на електронну дош-

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

ку і комп'ютерні навчальні системи, книжкову бібліотеку на електронну, звичайну аудиторію на мультимедійну.

Основна частина. Виникнення глобальної мережі Інтернет стало поштовхом у створенні та розвитку навчання за допомогою нових інформаційних технологій, а також загальному поширенню дистанційної форми навчання. Всесвітня павутина спричинила розвиток мережевих технологій, а також надала можливість студентам та викладачам використовувати електронні підручники, бібліотеки, зручні системи тестування та інформаційні засоби спілкування. Інтернет дозволив не тільки об'єднати всі раніше відомі інструменти навчання, але і помітно розширити їх перелік, зробивши істотний вплив на інформаційну культуру в освітньому середовищі. Сьогодні навчання засобами Інтернет все частіше розглядається як альтернатива традиційній освіті, яка дозволяє студенту отримати глибокі знання. Одним з видів навчання за допомогою мережі Інтернет є дистанційна форма навчання.

Дистанційне навчання як одна з форм системи освіти виникло і розвивалося ще до появи комп'ютерної мережі Інтернет, поступово нарощуючи комплекс використовуваних технологій.

Дистанційне навчання це форма отримання освіти, при якій в освітньому процесі використовуються кращі інноваційні засоби та форми навчання, засновані на комп'ютерних і телекомунікаційних технологіях. У дистанційному навчанні перевага надається самостійній роботі студента. Суб'єкт і об'єкт навчання мають можливість здійснювати навчальну діяльність у зручному для себе місці, за попередньо узгодженою схемою й індивідуальним інтервальним графіком взаємодії в часі.

При дистанційному навчанні існують певні особливості пов'язані, перш за все, з наявністю технологічних можливостей студента. Для навчання йому необхідно мати регулярний доступ до персонального комп'ютера, бажано з підключенням до Інтернету, на якому встановлена операційна система не нижче Windows 98. Навчатися можна в режимі on-line/, при цьому використовують спеціальні технології, серед яких знайшли поширення: кейс-технології (базуються на пакетах навчально-методичних матеріалів для самостійного вивчення, контрольних завдань і тестах контролю); телевізійні технології (базуються на замкнених телевізійних системах зі зво-

ротним зв'язком); технології відеоконференцій (базуються на засобах забезпечення двостороннього або багатостороннього аудіо – відеозв'язку на значних відстанях) та комбіновані технології.

Організація навчання передбачає вірно розплановані етапи засвоєння навчальної дисципліни: лекційні, практичні і лабораторні заняття, семінари, чати, форуми, виконання контрольних робіт, консультації з навчальних дисциплін, самостійна робота тощо. Основною формою отримання знань є самостійна робота. У процесі навчання важлива роль надається методиці оцінювання отриманих знань та їх контролю за етапами навчання. Заключна стадія навчання передбачає повторювання й узагальнення. На цій стадії шляхом очного спілкування з тьютором безпосередньо в університеті або ж у навчально-консультаційних центрах закріплюються отримані знання, уміння, доводиться їх рівень до рівня навичок та попиту творчої діяльності.

Бурхливий розвиток дистанційної освіти почався в 90-ті роки ХХ століття в США та Європі, в нашій країні дистанційна форма навчання має запізнений характер, тільки з 2000 року почався перший етап розвитку даної форми навчання.

Вивчивши європейський та американський досвід проведення дистанційної форми навчання та заручившись підтримкою МОЗ України на базі Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, відкрито центр дистанційного навчання медсестер-бакалаврів.

Головна мета центру – навчити викладачів керувати системою дистанційного навчання, створювати дистанційні курси та організувати навчальний процес у системі.

Завдання центру: - сформулювати основні поняття та принципи дистанційної освіти;

- навчити працювати у системі дистанційного навчання професорсько-викладацький склад;
- сформулювати навчально-методичну базу;
- сформулювати вміння навчатися дистанційно викладач-студент.

На базі центру підготовлена платформа дистанційного навчання, яка інтегрована з Web-порталом університету. Реєстрація абітурієнтів, які бажають навчатися за дистанційною формою, прийом документів, вступних іспитів та співбесіди здійснюються через Web-портал університету. На порталі трьома мовами (українською, російською, англійською) представлені для користувачів з авторизованим доступом методичні

матеріали – розклади занять та лекцій на осінній семестр, робочі програми з дисциплін, методичні вказівки, презентації лекцій, матеріали для підготовки до лекцій і практичних занять, інструкції щодо виконання практичних навичок, електронні підручники, навчальні таблиці. Для відповідного напрямку підготовки фахівців з використанням технологій дистанційного навчання розроблений та затверджений навчальний план. Відповідно до наказів Міністерства освіти України від 07.08.2002 р. № 450 та Міністерства охорони здоров'я України від 06.06.1986 р. № 804 розроблені та затверджені норми часу для планування та обліку навчальної роботи науково-педагогічних працівників, а також затверджено перелік основних видів методичної, наукової й організаційної роботи науково-педагогічних працівників, які залучені до дистанційної форми навчання. При обрахунку чисельності штатних одиниць, залучених до навчального процесу, формування чисельності академічних груп для дистанційної форми навчання норматив чисельності студентів в групі визначається відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 17 серпня 2002 р. № 1134. Всі викладачі, які залучені до навчального процесу і працюють на постійній основі, є фахівцями відповідних науково-педагогічних спеціальностей та пройшли курси у сфері дистанційного навчання. Навчальний процес проводять згідно з розкладом, який розміщений на порталі університету. Тривалість навчання 2 роки (4 семестри).

Зв'язок викладача із студентом відбувається через мережу Інтернет на порталі університету двома основними способами: перший спосіб – обмін інформацією через поштові скриньки, розміщені на Web – порталі університету; другий спосіб – зв'язок через Інтернет у системі "Skype". Кожному студенту відкривається персональна електронна поштова скринька на Web-порталі університету та додається персональний пароль та логін доступу до нього на час проходження навчання. Через дану скриньку викладач буде підтримувати зв'язок між студентом, а також студент має змогу відправляти власну інформацію на скриньку викладача. Викладач і студент реєструються у системі "Skype", попередньо встановивши її на своєму персональному комп'ютері, проводять обмін між собою контактними зареєстрованими іменами користувача у системі і через встановленні Web-ка-

мери проводять спілкування та вільно обмінюються інформацією по навчальному процесу. Цей спосіб дає можливість ідентифікації особи (студента) і збільшує швидкість обміну інформації. Напередодні (за день до початку викладання дисципліни) викладач зобов'язаний зв'язатися зі студентом шляхом відправлення необхідної інформації про методику навчального процесу з даної дисципліни.

Контроль якості підготовки студентів здійснюється в межах кожної дисципліни, проводиться вхідний, щоденний і поточний контроль знань під час контрольних та семінарських занять. Підсумковий контроль знань включає семестрові, семестрово-модульні диференційовані заліки та іспити, а також перевідні і державні іспити. На всіх етапах контролю якості підготовки студентів використовують тестові завдання. Для дисциплін, формою контролю яких визначено іспит, передбачено очний цикл навчання, який включатиме контроль у формі єдиного комплексного тестового іспиту на порталі університету.

Передбачені навчальним планом цикли практичного навчання після першого навчального року – "Медсестринська виробнича практика (3 тижні)" та після другого навчального року – "Медсестринська переддипломна практика (6 тижнів)" будуть проведені на базах лікувальних та лікувально-профілактичних закладів за місцем роботи студента і проконтрольовані головною медичною сестрою лікарні (кваліфікація-бакалавр) та старшими медичними сестрами відділень, і завірена ними документально у журналі проходження практики, який відправляється студенту в електронному варіанті на поштову скриньку. Після проходження практики студент відсилає завідувачу практики електронний і паперовий варіанти журналу з виконаними відповідними вимогами та складає тестовий контрольний залік на порталі університету. Усі оцінки, отримані студентом протягом навчального процесу, заносяться у електронну базу університету "Контингент", а також у навчальні журнали по кафедрах згідно з пройденою дисципліною.

Можна зробити висновок, що в дистанційному курсі треба використовувати всі можливі технології спілкування. Це урізноманітнить процес навчання, дозволить студентам самостійно підібрати саме той вид спілкування, який є зручним для них, бо багато в даному виборі зале-

жить від того, чому студенти надають перевагу, від їх технічних та організаційних можливостей.

Контроль або тестування – дуже важливий аспект у дистанційному навчанні. Існує безліч засобів для оцінювання знань студентів. Сьогодні тестування широко використовується як зручний інструмент для контролю та оцінювання рівня знань студентів в традиційному і дистанційному навчанні. Багато методистів стверджують, що комп'ютер не може оцінити певні навички. Наприклад, найбільш зручним способом оцінювання письмової роботи студента є іспит. Тому використання комп'ютера як засобу оцінювання полегшує процес перевірки знань як для студента, так і для викладача.

У процесі навчання студенти знайомляться з теоретичним матеріалом, виконують практичне завдання і проходять тестування в системі Moodle.

Під час навчання використовується рейтингова система оцінювання знань студентів. За виконання кожної частини (практичного завдання, проходження тесту та участь у форумі й чаті) студенти отримують оцінку виражену у 12-бальній системі. По закінченню циклу дисципліни тьютор (викладач) розсилає всім студентам оцінки на їх електронні поштові скриньки. Результати тестування зберігають у рейтинговій таблиці курсу. Після проходження тесту система оцінює студента, він має змогу побачити результати відразу після проходження тесту або у рейтинговій таблиці курсу. Тьютор має змогу змінити бали оцінювання системою та зберегти зміни.

Тьютор (викладач) – людина, яка організовує, проводить та керує процесом дистанційного навчання. Тьютор дистанційного навчання повинен мати:

- якості вчителя (викладача): проводити вступні та завершальні заняття, допомагати студентам в їх самовизначенні, забезпечувати правильне та ефективно використання навчальних та методичних матеріалів;

- якості консультанта: координувати пізнавальний процес студентів, проводити консультативні та комунікативні заняття, відповідати на їх запитання.

Під час проведення навчання тьютор повинен виступати в ролі наставника, але під час форуму та чату він бере участь нарівні зі студентами. Необхідно зазначити, що тьютор повинен контролювати процес спілкування та слідкувати за дотриманням учасниками мовного етикету спілкування.

Рекомендації щодо створення ефективного дистанційного курсу.

Для створення ефективного дистанційного навчання тьютору необхідно продумати важливі складові: спілкування, контроль і об'єктивне оцінювання (тестування). На відміну від технологічних форм заочного курсу або діалогових телепередач, дистанційна освіта структурована навколо динаміки людського спілкування. Головна мета в створенні та проведенні дистанційного навчання – активне спілкування і взаємозв'язок студента й викладача.

Проте труднощі, з якими зіткнулися тьютори, були: низький рівень участі студентів в обговоренні актуальних контрольних питань з певних дисципліни, непостійний взаємозв'язок учасників із викладачем, утруднений зв'язок викладача із студентом через Інтернет у системі "Skype" через недостатню його швидкість.

Проаналізувавши зазначені труднощі, ми визначили головні тенденції для їх подолання:

- ставтеся до студентів як до особистості;
- під час листування звертайтеся до студентів по імені;
- на початку навчання запропонуйте студентам вибрати альтернативний метод спілкування;
- заохочуйте їх додатковими цікавими ідеями впродовж терміну викладання дисципліни;
- не нехтуйте фактом, що навіть повідомлення, відправлене студентові на поштову скриньку, з питанням: "Як справи?", допоможуть студентові почувати себе більш впевнено і налаштуватися на позитивний лад;
- сприяйте створенню позитивного емоційного клімату під час навчання. Якомога частіше використовуйте різні засоби спілкування між учасниками (форум, електронна пошта, чат), щоб заохочувати взаємодію і будувати колективну довіру;
- крім того, використовуйте гумор, тому що це корисний інструмент для здійснення взаємодії між електронною технологією і людським чинником;
- будьте завжди на зв'язку;
- кожен день перевіряйте участь студентів у активному спілкуванні, продивляйтесь електронну пошту, відповідайте на отриманні листи від учасників, надайте допомогу студентові, якщо у нього виникли проблеми у процесі навчання.

Таким чином, студенти будуть почувати себе у навчанні більш впевнено та комфортно.

Правильно будуйте структуру дисципліни. В логічній послідовності надайте матеріали.

Об'єктивно оцінюйте студентів. Ставлення до кожного студента повинно бути однаковим.

Дотримання вищезазначених порад допоможе тьютору створити ефективне і сприятливе середовище для дистанційного навчання.

Висновки. Отже, ми визначили головні особливості дистанційного навчання, а також запропонували шляхи вирішення труднощів, які виникають протягом процесу навчання. Багато студентів

мали технічні проблеми з Інтернет-з'єднанням або не мали достатньо часу для навчання. Ми прагнемо допомогти учасникам, надаємо їм більше часу, щоб зробити завдання та пройти цикл навчальної дисципліни. Ми задоволені активною участю викладачів та мотивованою цілеспрямованою діяльністю студентів, які навчаються за дистанційною формою. Сподіваємося на створення удосконаленої та ефективної дистанційної форми навчання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гиркин И.В. Новые подходы к организации учебного процесса с использованием современных компьютерных технологий // Информационные технологии. – 1998. – № 6. – С. 44-47.
2. Евреинов Э.В., Каймин В.А. Информатика и дистанционное образование. – М.: "ВАК", 1998. – 88 с.
3. Околесов О. П. Системный подход к построению электронного курса для дистанционного обучения // Педагогика. – 1999. – № 6. – С. 50-56.
4. Пидкасистый П.И. Тыщенко О.Б. Компьютерные технологии в системе дистанционного обучения // Педагогика. – 2000. – № 5. – С. 7-12.
5. Полат Е.С., Бухаркина М.Ю., Моисеева М.В., Петров А.Е. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования. – М.: Издательский центр "Академия", 2001. – 272 с.
6. Полат Е.С., Петров А.Е. Дистанционное обучение: каким ему быть? // Педагогика. – 1999. – № 7. – С. 29-34.
7. Barr R., Tagg J. From teaching to learning: A new paradigm for undergraduate education. – 1995, Change, 27 (6), 13-25.

**РОБОТА МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ З ХВОРИМИ НА ГРИП ТА ГОСТРІ
РЕСПІРАТОРНІ ХВОРОБИ****В.О. Качор, О.Л. Івахів, А.В. Качор***Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

Стаття містить найновіші дані про догляд за хворими на грип та інші гострі респіраторні інфекції, їх ускладнення. Наведені рекомендації щодо лікування та профілактики цих поширених інфекцій, описані прояви тяжких і ускладнених їх форм. Зроблено висновки про перспективні напрямки догляду за хворими та профілактики.

**NURSING OF PATIENTS WITH INFLUENZA AND ACUTE RESPIRATORY
INFECTIONS****V.O. Kachor, O.L. Ivahiv, A.V. Kachor***Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky*

The article describes the modern data about nursing of patients with influenza and acute respiratory infections and their heavy complications are given. The proved recommendations on therapy and prophylaxis are submitted. The features of severe forms and complications of influenza and ARI are considered. The conclusions has been made about the perspective directions of nursing development and influenza prevention.

Вступ. Грип та інші гострі респіраторні хвороби (ГРХ) є найпоширенішими хворобами людини. За даними ВООЗ, на них щороку хворіє кожний третій житель планети, на них припадає 75 % усіх інфекційних захворювань, а в роки епідемій і пандемій - до 90 % [1, 2]. Грип та інші ГРХ посідають перше місце серед причин тимчасової непрацездатності. Етіологічним чинником ГРХ можуть бути понад 200 різних РНК- і ДНК-вірусів, а також інші мікроорганізми. За етіологією можна виділити 5 основних нозологічних форм: грип, парагрип, респіраторно-синцитіальна, риновірусна, аденовірусна хвороби.

Цьогорічна епідемія грипу зумовила значні соціальні потрясіння: спричинила істотні перешкоди в роботі більшості галузей народного господарства, посіяла паніку серед населення, дезорганізувала ритм життя суспільства, нормальне функціонування основних ланок медичної служби.

Основна частина. Надзвичайно важливе значення мають умови перебування пацієнта. Хворий повинен лежати в окремій кімнаті, яку необхідно регулярно, 3-4 рази на день, провітрювати. Під час провітрювання хворого потрібно ретельно вкрити теплою ковдрою. Увесь гарячковий період і наступні 2 дні після нормалізації температури тіла він повинен дотримуватись ліжкового режиму [3].

Суттєве значення має раціональне харчування хворого. Доцільно вживати молочно-рослинну вітамінізовану їжу, велику кількість теплої підкисленої рідини (чай з лимоном, фруктові соки, морси). Широко використовують гарячі напої з ягід калини, малини, чорної смородини, настій квітів липи, бузини, листя суниць, евкаліпта, хвощу польового, квіток ромашки, а також гаряче молоко з медом. Володіючи потогінним ефектом, ці засоби сприяють видаленню вірусів і токсинів, попереджують перегрівання організму, прискорюють одужання пацієнта. Після рясного по-

тіння хворому необхідно регулярно міняти білизну.

Хворі на грип часто дратівливі та капризні, відмовляються від їди. Тому медична сестра повинна бути особливо уважною і ввічливою, намагатись їх підбадьорити, вселити надію у швидше одужання у разі своєчасного прийому рекомендованої їжі.

Зараз надзвичайно великою є палітра медикаментів, що застосовуються у комплексному лікуванні хворих. Проте вживати їх необхідно лише після призначення лікуючим лікарем. Медична сестра повинна ретельно слідкувати, щоб хворий дотримувався усіх призначень лікаря.

Як відволікальні засоби показані гірчичники на грудну клітку, литки і підощви. Важливе значення має туалет носа, тому що набряк його слизової оболонки і виділення погіршують носове дихання. Для туалету носа використовують гнітики з вазеліновим маслом. Набряк слизової зменшують закапуванням у кожний носовий хід по 2-3 краплі 1 % розчину нафтизину, фармазоліну, санорину, піносол чи інших засобів з подібним механізмом дії. Для лікування вірусного риніту використовують 0,25-0,5 % оксолінову мазь, якою змащують слизову оболонку носа 2-3 рази на день 3-4 дні поспіль.

У перші дні захворювання доцільні парові інгаляції з додаванням в аерозоль лимонної кислоти 1:1000 або соку лимона. Краще інгаляції робити за допомогою спеціальних інгаляторів. Якщо такої можливості немає, то можна скористатись народним методом - вдихання пари щойно звареної картоплі.

Із противірусних засобів при грипі А добре зарекомендували себе таблетки осельтамівір (таміфлю) і занамівір [4]. У перші дні хвороби доцільно застосовувати людський лейкоцитарний інтерферон по 3-5 крапель у кожний носовий хід через 1-2 год або в аерозолі протягом 2-3 днів. Клінічну ефективність виявляють стимулятори інтерфероноутворення: циклоферон, аміксин, арбідол, амізон. Можна закапувати у кожний носовий хід 5 % розчин епсилон-амінокапронової кислоти. Вказані противірусні засоби слід призначати якомога раніше, оскільки пізніше вони не такі ефективні.

Знизити температуру тіла, зменшити біль голови і м'язові болі можна за допомогою парацетамолу, анальгіну, аскофену. Але жарознижувальними препаратами не можна захоплюватись,

оскільки гарячка є дуже важливою пристосувальною і захисною реакцією організму, стимулює утворення власного інтерферону, гальмує розмноження вірусів. Це підтверджують і клінічні спостереження: при температурі тіла понад 38,5 °С гарячковий період триває не більше 2-3 діб, видужання настає швидше, а ускладнення виникають рідше. Отже, у легких і середньотяжких випадках хвороби жарознижувальні препарати не доцільні.

У випадку підвищення температури тіла до 40 °С і вище, виражених мозкових і серцево-судинних порушень хворому дають таку дозу препарату, яка знизить температуру тіла на 1-2 °С до рівня, при якому він буде легше переносити гарячковий стан.

Усім хворим призначають полівітаміни, аскорутин всередину. При скаргах на сухий надсадний кашель рекомендують протикашльові засоби - кофекс, кодеїн, тусупрекс, лібексин, содопарові інгаляції, при вологому кашлі - амброксол, мукалтин, бромгексин, відвари трав (листя підбілу, трава термопсису, корінь алтеї), а також нашатирно-анісові краплі, відхаркувальну мікстуру.

При тяжкому перебігу грипу та ослабленим хворим, крім зазначених середників, внутрішньовенно вводять реополіглюкін, фізіологічні розчини хлориду натрію і глюкози. Щоб запобігти підвищенню тиску крові в малому колі кровообігу і набряку легень, внутрішньовенно вводять не більше 400 мл рідини краплинно й одночасно застосовують сечогінні (фуросемід, лазикс, гіпотіазид). Призначають еуфілін, інгаляції киснем або карбогеном.

У разі приєднання пневмонії хворому треба надати зручного напівсидячого положення, піднявши підголівник ліжка або підклавши додаткову подушку.

Хворих з дуже тяжкою (гіпертоксичною) формою грипу слід лікувати в палатах інтенсивної терапії. Необхідно також зауважити, що у випадку розвитку так званої вірусної пневмонії при грипі ефективність зазначених антивірусних препаратів істотно обмежена – вони ефективні тільки в перші 2 дні розвитку грипу А (H1N1) і їх ефективність прогресивно знижується вже з перших годин розвитку недуги. Часто приєднується супровідна бактерійна флора, що призводить до розвитку вірусно-бактерійної пневмонії. Це, у свою чергу, вимагає негайного призначення антибіотиків (аугментин, левофлоксацин, гатіфлок-

сацин, сумамед тощо). У разі набряку легень дають вдихати киснево-спиртову суміш, а на кінцівки накладають венoзні джгути. негайно внутрішньовенно вводять строфантин, фуросемід (лазикс), препарати калію, дрібномолекулярні нативні колоїди (10-20 % розчину альбуміну), глюкокортикоїди (найбільш ефективний у цій ситуації дексаметазон). При загрозі розвитку альвеолярного набряку легень і при швидко прогресуючій дихальній недостатності, що супроводжується вираженою гіпоксією, хворого необхідно перевести на штучну вентиляцію легень (ШВЛ), особливістю якої є використання її спеціальних режимів – з постійним позитивним тиском у процесі ШВЛ або підвищеного тиску при видиху [5].

На практиці нерідко зловживають антибіотиками. Разом з тим, існують чіткі клінічні показання щодо їх застосування:

- дуже тяжкий перебіг грипу (гіпертоксична форма з енцефалітними явищами);
- грип у дітей перших років життя, вагітних, різко ослаблених, осіб похилого і старечого віку;
- наявність бактерійних ускладнень;
- супровідні хронічні захворювання, які можуть загостритись під впливом грипу.

У решті випадків антибіотики протипоказані, бо вони підсилюють алергізацію організму, пригнічують утворення протигрипозних антитіл, збільшують частоту різних ускладнень.

Прогноз при неускладненому перебігу грипу переважно сприятливий. Значно серйозніший прогноз при ускладненні його пневмонією в дітей молодшого віку, літніх, дуже ослаблених людей, при тяжких супровідних захворюваннях (хронічна легенева недостатність, цукровий діабет, вади серця, аліментарне ожиріння тощо).

Профілактичні заходи полягають у наступному: у період підвищеної захворюваності на грип та інші ГРХ відмінюються всі масові заходи. Лікувально-профілактичні заклади починають працювати у надзвичайному режимі, щоб максимально унеможливити поширення інфекції. Працівники закладів охорони здоров'я, торгівлі, транспорту зобов'язані носити маски, замінюючи їх через кожні 3-4 год.

Медичний персонал, а також групи підвищеного ризику, заздалегідь (хоча б за 1 міс.) вакцинувати грипною вакциною. Використовують живі та інактивовані вакцини з штамів вірусів А та В. Перевагу надають інактивованій вакцині, бо

вона має слабку реактогенність. Живі вакцини вводять тільки в носові ходи або через рот, інактивовані – також підшкірно і внутрішньошкірно. Під час роботи рекомендується періодично змащувати носові ходи оксоліновою маззю або будь-яким жиром.

Для екстреної профілактики грипу використовують ті самі протівірусні препарати, що й з лікувальною метою. В епідемічному осередку грипу А контактним особам (у сім'ях, гуртожитках, на виробництві) дають лавомакс чи аміксин по 0,125 г 1 раз у тиждень або арбідол по 0,2 г в день протягом 10-14 днів, або лейкоцитарний інтерферон по 5 крапель у кожний носовий хід 2-3 рази на день. Введення протигрипозного імуноглобуліну показане передусім для захисту дітей до 3 років, вагітних і дуже ослаблених осіб. Під час епідемії достатньо 2 ін'єкції по 3 мл з інтервалом у 2-3 тижні.

Неспецифічні засоби профілактики грипу та інших ГРХ можуть бути суттєвим доповненням до вакцинації або навіть альтернативою їй. Вони застосовуються для сезонного і термінового захисту від цих інфекцій. Насамперед це фізичне виховання, загартування, рефлексопрофілактика, самомасаж тощо.

Сезонні профілактичні заходи здійснюються в період підвищення захворюваності. Для цього декілька тижнів застосовують імуностимулявальні (метилурацил, амізон, аміксин) та загальнозміцнювальні препарати і процедури. До термінової профілактики вдаються за епідемічними показаннями, користуючись протівірусними препаратами. Вона проводиться серед таких груп населення:

- особи, які спілкуються з хворими;
- колективи шкіл-інтернатів, працівники пасажирського транспорту, торгівлі, лікувальних закладів;
- літні люди, хронічні хворі та інші особи з ослабленим імунітетом.

Серед населення проводять санітарно-освітню роботу, використовуючи всі види інформації – радіо, телебачення, листівки, лекції, бесіди.

Суттєве значення для запобігання розповсюдження інфекції має дезінфекція. Здійснюють її таким чином:

- провітрювання та ультрафіолетове опромінення приміщень;
- застосування для дезінфекції повітря аерозолів із вмістом перекису водню;

- вологе прибирання з використанням дві третини основної солі гіпохлориту кальцію (ДТСГК), кальцію гіпохлориту (КГ), 3 % розчину хлораміну, 1 % розчину амфолану;

- харкотиння, змиви із носоглотки перемішують із подвійною кількістю 3 % розчину ДТСГК, КГ або 5 % розчину хлораміну, експозиція 2 год;

- посуд з-під виділень занурюють в 1 % розчин ДТСГК, КГ або 3 % розчин хлораміну на 2 год;

- столовий посуд кип'ятять у 2 % розчині соди 30 хв або занурюють у 1 % розчин ДТСГК, КГ або 3 % розчин хлораміну;

- постільні речі, хусточки до носа, рушники та одяг знезаражують кип'ятінням, хлоровмісними розчинами або в дезінфекційних камерах.

ЛІТЕРАТУРА

1. World health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. – Geneva, 2002.

2. WHO. Fast sheet on influenza. – Geneva, 2003. – № 211.

3. Андрейчин М.А., Івахів О.Л. Медсестринство при інфекційних хворобах. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 385 с.

Висновки. Тож тривалість і вислід грипу часто залежать від якості догляду за хворим. Уважне, чуйне та доброзичливе ставлення медичного персоналу зміцнює віру хворого у швидке поліпшення стану та видужання. Відтак під час епідемії важливого значення набуває організація своєчасної лікувальної допомоги населенню. Виправдала себе практика медичного обслуговування хворих переважно вдома, тому надзвичайно зростає вагомість медичної сестри, яка періодично зобов'язана відвідувати пацієнта і про всі зміни у його стані негайно сповіщати лікуючого лікаря.

4. Предотвращение тяжёлых случаев гриппа H1N1 – основа новых рекомендаций ВОЗ // <http://www. Roche.ru/content/ru/publication-newwho.html> 24.11.2009

5. Бондаренко А.М. Грип А (H1N1) – реалії та особливості // Інфекційні хвороби. – 2009. – № 4. – С. 95-103.

УДК 616.89:614.253.52

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ РОБОТИ МЕДСЕСТРИ-БАКАЛАВРА В УМОВАХ АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ ПСИХІАТРИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ**В.І. Пришляк, Н.І. Стахира***Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського,
Спеціалізована амбулаторія анонімного лікування ТОВ «Астра МІА», Тернопіль*

У статті висвітлено програму психотерапевтичних аспектів роботи медсестри-бакалавра в умовах амбулаторного лікування психіатричних пацієнтів спеціалізованої амбулаторії анонімного лікування ТОВ «Астра МІА».

PSYCHOTHERAPEUTIC ASPECTS OF B.S. NURSE WORK IN AMBULATORY TREATMENT OF PSYCHIATRIC PATIENTS**V. I. Pryshlyak, N.I. Stakhyra***Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky,
Specialized out-patient's clinic of anonymous treatment CLL «Aster of MIA», Ternopil*

This article deals with the importance of B.S. nurse participation in the psychotherapeutic accompaniment of psychiatric patients' treatment in ambulatory practice. Authors identified main aspects of nurse psychotherapeutic influence and pointed out the peculiarities of psychocorrective work of B.S. nurse with different types of psychic pathology.

Вступ. В останні десятиліття спостерігається значне зростання частки пацієнтів із психічними розладами, які лікуються амбулаторно (позалікарняно). В основі такої тенденції лежать щонайменше три причини.

По-перше, сучасні дослідники відзначають постійне зростання поширеності так званої «пограничної» патології (неврози, соматоформні, особистісні розлади, реактивні стани) в структурі психіатричної захворюваності, що головним чином пов'язують зі зростанням стресогенності сучасного життя [1, 2]. Саме дана група психічних розладів традиційно характеризується здебільшого амбулаторним перебігом (тобто з неглибоким ступенем порушення психічних функцій, та зі збереженням відносної соціальної адаптації і працездатності) та найбільше потребує позалікарняного лікування [3, 4].

По-друге, в сучасному суспільстві, і в Україні зокрема, відбуваються суттєві зміни у ставленні до психіатрії та психіатричного лікування. Йдеться про поступову дестигматизацію хворих на психічні розлади, підвищення толерантності до них суспільства, удосконалення методології лікування з відмовою від примусових і репресивних методик [4]. Це веде до зростання довіри пацієнтів з пограничною патологією до психіатрів та, відповідно, до зростання частоти звертання пацієнтів із неглибокими психічними розладами за спеціалізованою допомогою передусім у амбулаторні заклади.

По-третє, стрімкий розвиток сучасної психотерапевтичної та психотерапевтичних методик дозволяє на сьогодні проводити якісне амбулаторне лікування більшості психіатричних пацієнтів [3]. Крім того, позалікарняне лікування дозволяє запобігати небажаним явищам госпіталізму і втрати працездатності пацієнтів, а також є більш

економічно вигідним, ніж стаціонарне [4]. Саме тому принцип амбулаторного лікування психічно хворих виділено як першорядний в наказі МОЗ України "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Психіатрія" [5].

Основна частина. Очевидне зростання запиту суспільства на амбулаторне лікування психічної патології визначає на сьогодні високу актуальність організації роботи відповідних позалікарняних закладів та розробки принципів і алгоритмів амбулаторного лікування пацієнтів з психічними розладами. Психотерапевтичний компонент роботи з амбулаторними пацієнтами є обов'язковою передумовою успішного лікування психічної патології. В сучасній медицині спостерігається суттєва зміна ролі медичних сестер, які перестають грати роль "сліпих виконавців" лікарських призначень, а стають рівноправними партнерами лікарів у клінічній практиці [6]. Це особливо важливо у роботі з психіатричними пацієнтами, зокрема у процесі психотерапії. Участь медсестри-бакалавра в психотерапевтичному супроводі хворого не є на сьогодні чітко регламентованою [4], тому розробка принципів і алгоритмів участі медсестри-бакалавра у комплексному лікуванні психіатричних пацієнтів набуває особливої актуальності.

Для визначення основних принципів психотерапевтичного аспекта роботи медсестри-бакалавра з психіатричними пацієнтами ми пропонуємо скористатися більш як 20-річним досвідом практичної роботи спеціалізованої амбулаторії анонімного лікування «Астра МІА» (м. Тернопіль). Заклад працює як приватна поліклініка в режимі амбулаторного прийому без офіційної реєстрації пацієнтів, які консультуються та проходять курс лікування. Амбулаторія спеціалізується на лікуванні алкогольної та нікотинної залежностей, а також розладів психіки та поведінки. В даній статті ми детальніше розглянемо основні принципи лікування психічних розладів у амбулаторній практиці і, зокрема, участь у лікувальному процесі медсестри-бакалавра.

Проаналізувавши статистичні дані по амбулаторії, можна виділити наступні основні групи психічних розладів, з якими доводиться мати справу в амбулаторній практиці: соматоформні розлади, невротичні та пов'язані зі стресом розлади, афективні розлади (депресії), шизофренії. Для наочності наведемо таблицю 1, в якій відображено якісний і кількісний склад психічної патології, пролікованої в амбулаторії «Астра МІА» у 2008 році (табл. 1).

Таблиця 1. Кількість пацієнтів з психічними розладами, пролікованих в амбулаторії у 2008 році

Типи розладів	Кількість пацієнтів	
	абс.	%
Соматоформні розлади	41	30,1±3,9
Неврози і пов'язані зі стресом розлади	50	36,8±4,1
Депресія	33	24,3±3,7
Шизофренія	12	8,8±2,4

Як видно з таблиці 1, найбільший відсоток пролікованої в амбулаторії патології припадає на соматоформні, невротично-особистісні та афективні розлади (30,1; 36,8; 24,3% відповідно). Такий спектр розладів у вітчизняній психіатрії прийнято зараховувати до так званої «межової патології», тобто такої, що займає проміжне положення між умовно здоровими людьми і пацієнтами із важкими психотичними розладами та органічною патологією головного мозку [1]. Наведені дані є цілком закономірними, оскільки саме межові розлади традиційно вважають та-

кими, що найбільше надаються до амбулаторного (позалікарняного) лікування [1, 3, 7, 8].

За час існування амбулаторії набуто значного досвіду лікування психічних розладів пограничного рівня. В практичній роботі з пацієнтами у закладі використовують принципи комплексного, індивідуального і динамічного підходу.

Під комплексним підходом до лікування психічних розладів мається на увазі командна робота лікаря, психотерапевта, медсестри з одночасним використанням різних сучасних методик, спрямованих на основні ланки патогенезу роз-

ладу. Це методи біологічної терапії (використання сучасних, адекватних станів пацієнта психофармакологічних засобів), фізіотерапевтичні методики (голкорексфлексотерапія, фототерапія), психотерапевтичні підходи (психоаналіз, раціональна, поведінкова, сугестивна, сімейна, дитяча, групова психотерапія).

Динамічний підхід в даному контексті включає постійний моніторинг стану пацієнта з регулярною і послідовною корекцією призначень, дозування препаратів, процедур, використання тих чи інших психотерапевтичних технік, залежно від зміни стану пацієнта, переносимості ліків, психотерапевтичної динаміки. До динамічного підходу слід віднести і послідовність етапів курації пацієнта, проведення при потребі тривалого підтримуючого лікування.

Індивідуальний підхід включає розробку спеціальної терапевтичної програми для кожного пацієнта з врахуванням не лише психічного стану, типу патології, досвіду попереднього лікування, але і особливостей його життєвої історії, актуальної ситуації, особливостей характеру, конституції, суб'єктивної реальності.

Обов'язковим і найсуттєвішим компонентом амбулаторної допомоги пацієнтам з будь-яким типом психічної патології є психотерапевтичний супровід їх лікування. Медсестра-бакалавр бере безпосередню і активну участь у даному компоненті роботи з пацієнтом, що дозволяє забезпечити безперервність і комплексність психотерапевтичного впливу кожному пацієнту.

Можна виділити наступні аспекти медсестринської психотерапії в амбулаторії: 1) участь у створенні загального психотерапевтичного поля роботи з хворим в амбулаторії; 2) психотерапевтичний аспект медсестринських маніпуляцій; 3) безпосереднє проведення психокорекційних бесід з пацієнтами в проміжках між лікарськими психотерапевтичними сеансами; 4) участь у груповій і сімейній психотерапії як ко-терапевта; 5) самостійне виконання окремих технік раціональної, поведінкової, сугестивної, релаксаційної психотерапії.

Важливим фактором лікування в умовах спеціалізованої амбулаторії є налагодження і підтримання оптимальних стосунків з пацієнтом. Йдеться про створення вже при першому контакті з пацієнтом підтримуючого *психотерапевтичного поля*, у якому відбувається в подальшому співпраця кожного хворого з персо-

налом амбулаторії. У виконанні цього завдання суттєву роль виконує і медсестра-бакалавр.

Початок роботи з кожним пацієнтом має вигляд невимушеної і доброзичливої, хоча і чітко структурованої співбесіди, яку з хворим та його родичами спільно проводять лікуючий лікар та медсестра-бакалавр. Така спільна робота дає можливість значно деталізувати діагностичну інформацію, отримувану в процесі інтерв'ю, а також в подальшому обговорити клінічний випадок задля планування адекватного терапевтичного курсу. Метою першої співбесіди є не лише детальне з'ясування скарг, анамнезу захворювання і життя, а й встановлення діагнозу. Первинне інтерв'ю має і цілком конкретне психотерапевтичне завдання: уважним, доброзичливим ставленням, впевненою поведінкою і злагодженою командною роботою завоювати довіру пацієнта, заспокоїти його, надавши об'єктивну інформацію щодо його захворювання і перспектив лікування, закласти основу для подальшого терапевтичного альянсу і формування комплаєнсу. Створення довірливих стосунків пацієнта з лікарем й з медсестрою-бакалавром є важливою передумовою подальшого психотерапевтичного супроводу пацієнта як при використанні спеціальних технік, так і в аспекті повсякденного спілкування з персоналом амбулаторії. Цей «неспецифічний» психотерапевтичний фактор стосунків є важливим при роботі з будь-якими хворими, незалежно від їх діагнозу, і визнається як один із найсуттєвіших чинників психотерапевтичного впливу [6, 8].

Разом з тим, психотерапевтична робота при різних психічних розладах має і свою специфіку, знання якої абсолютно необхідне для медсестри-бакалавра, яка бере участь в лікуванні таких пацієнтів. Розглянемо головні принципи психотерапевтичного супроводу при основних типах психічних розладів амбулаторного рівня: соматоформних, невротичних і пов'язаних зі стресом, депресивних, шизофреніях.

Психотерапевтична робота з соматоформними розладами (соматоформні, соматизовані, іпохондричний, больовий, вегетативні дисфункції) потребує активного опрацювання емоційних станів і внутрішніх конфліктів, які не усвідомлюються пацієнтами, а натомість «проектуються» в тілесну сферу, маніфестуючи різними соматичними скаргами і функціональними вегетативними симптомами. Характерним для даних пацієнтів

є феномен алекситимії («нема слів для почуттів»), коли хворі не розрізняють і не можуть назвати власних емоцій [9]. Важливим завдання психотерапії є, відтак, навчити хворих розпізнавати і виражати власні емоції. Участь медсестри-бакалавра в роботі з соматоформними пацієнтами полягає у терплячому переконуванні таких пацієнтів у психологічному походженні їх симптомів, делікатному скеруванні уваги хворого на вивчення власної емоційної сфери, раціональному, обґрунтованому заспокоєнні характерної для таких пацієнтів тривоги щодо наявності у них серйозного соматичного захворювання.

Психотерапевтична робота при невротичних і пов'язаних зі стресом розладах включає наступні аспекти: опрацювання травматичної «пускової» ситуації, психодинамічно орієнтована робота з внутрішньопсихологічними конфліктами і особистісними факторами, психотерапія безпосередніх симптомів (раціональні, когнітивно-поведінкові, сугестивні, релаксаційні методики). Саме в останньому (симптоматичному) аспекті суттєвою є роль медсестри-бакалавра. Її безпосередня робота з пацієнтом повинна включати опосередкований сугестивний вплив при виконанні маніпуляцій (особливо при проведенні плацебо-терапії), сугестивну утилізацію отриманої від пацієнта інформації, раціональний і сугестивний моменти пояснення хворому його симптомів, заспокоєння і зняття тривоги у зв'язку з життєвими обставинами пацієнтів. Бажаним є також оволодіння медсестрою методиками релаксації, автотренінгу, поведінкової психотерапії і активне використання їх в роботі з невротичними пацієнтами. Важливо також знати про пріоритет поведінкових методик при обсессивно-компульсивних і тривожних розладах, сугестії – при істеричному неврозі, релаксації – при неврастенії [7, 8].

Психотерапевтичний супровід при депресіях спрямований головним чином на підтримку пацієнта і забезпечення адекватного тимоаналептичного лікування, тобто досягнення оптимального комплаєнсу. Характерна для таких хворих зневіра і песимізм потребують регулярного і терплячого переконання медсестрою пацієнта у минулості його розладу і необхідності дисциплінованого прийому ліків. Важливу роль відіграють когнітивні методики, спрямовані на поступове руйнування патологічних установок хворого стосовно себе і навколишнього світу: уявлення про власну вину і меншовартість, пе-

симізм щодо майбутнього, втрату цінності життя і стосунків, суїцидальних тенденцій тощо [10, 11]. При психотерапевтичному супроводі депресивного хворого медсестри-бакалавру важливо пам'ятати про неприйнятність жорсткої конфронтації з такими пацієнтами, які реагують на це загостренням почуття провини, порушенням комплаєнсу і навіть посиленням суїцидальності. Оптимальною психотерапевтичною стратегією при депресіях є неоцінююче прийняття, емпатія, підтримка, контейнерування. Безумовно, доброзичливе, співчутливе ставлення медсестри до депресивного пацієнта поступово створює атмосферу довіри і бажання хворого отримувати лікування, що є необхідною передумовою успішної терапії. Особливо важливим є налагодження конструктивних стосунків з хворими на хронічні депресії, при яких ятрогенний аспект є одним із важливих факторів хроніфікації [12].

Психотерапевтичний супровід при шизофренії набуває ваги на етапі підтримуючого лікування після ліквідації симптомів гострого психозу та при малопрогресивному перебігу процесу. Метою психотерапії при шизофреніях є підтримка пацієнта, реабілітація після перенесеного психозу, адаптація до середовища і стосунків з оточенням [13]. Завданням медсестри-бакалавра є, по-перше, створення довірливих стосунків з пацієнтом (для цього необхідне доброзичливе ставлення до пацієнта, щире зацікавлення його переживаннями, відвертість у спілкуванні, обговорення з хворим його проблем), а по-друге, допомога у правильному тестуванні реальності, у відновленні повної критики до перенесених розладів, у розумінні нюансів стосунків між людьми, у створенні реальних планів на майбутнє і розумінні необхідності підтримуючого лікування.

Ще одним аспектом психотерапевтичного супроводу хворих медсестрою-бакалавром у спеціалізованій амбулаторії є робота з членами сім'ї пацієнтів. Окрім звичного інформування, підтримки-заспокоєння, збору інформації від родичів пацієнта [4], в обов'язки медсестри повинна входити і безпосередня психотерапевтична робота з цілою сім'єю. Згідно з теорією системної сімейної психотерапії, сім'я є динамічною системою, всі члени якої взаємопов'язані і впливають один на одного. Відтак, психічний розлад пацієнта слід розглядати як симптом порушення міжособистісних стосунків у сім'ї, а не як

проблему окремої особи. З іншого боку, сімейні стосунки з пацієнтом, який хронічно хворіє на той чи інший психічний розлад, завжди є напруженими і проблемними і потребують обов'язкової корекції, оскільки часто підтримують розлад за принципом замкнутого кола. Участь медсестри бакалавра в сімейній психотерапії як ко-терапевта або в складі рефлексуючої команди цілком відповідає принципам і методології системної сімейної психотерапії [14]. Також можна рекомендувати участь медсестри-бакалавра і в інших напрямках групової психотерапії. Зрозуміло, що для цього медсестра повинна отримати відповідну спеціалізацію.

Висновки. 1. Участь у психотерапевтичному супроводі, окрім лікуючого лікаря чи психотерапевта ще і медсестри-бакалавра, дозволяє забезпечити кожному хворому безперервність і

комплексність психотерапевтичного впливу, приділити пацієнтам більше часу і уваги, що є запорукою оптимізації амбулаторного лікування хворих з психічними розладами.

2. Психотерапевтична робота медсестри-бакалавра включає психотерапевтичну складову звичних медсестринських маніпуляцій і повсякденного контакту з хворим, безпосереднє використання ряду психотерапевтичних технік у психокорекційній роботі з хворими, участь у методиках групової психотерапії.

3. Для забезпечення ефективного психотерапевтичного супроводу пацієнтів медсестра-бакалавр повинна розуміти особливості психотерапевтичних підходів при різних типах психічних розладів, що передбачає проходження нею курсів удосконалення в галузі загальної психопатології, клінічної психіатрії та психотерапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский – М. : Медицина, 1993. – 400 с.
2. Петраков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств / Б.Д. Петраков, Б.Д. Цыганков. – М., 1996. – 133 с.
3. Авруцкий Г.Я. Лечение психически больных / Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува. – М. : Медицина, 1988. – 528 с.
4. Медсестринство в психіатрії / [Чабан О.С., Дегтяр В.В., Білоус С.В. та ін.] ; під ред. О.С. Чабана. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 264 с.
5. МОЗ України, наказ №59 від 05.02.2007 "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Психіатрія", м. Київ (www.moz.gov.ua)
6. Харди И. Врач, сестра, больной (психология работы с больными) / И. Харди – Будапешт : Akademiai Kiado, 1988. – 338 с.
7. Карвасарский Б.Д. Психотерапия / Б.Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1985. – 303 с.
8. Кемпински А. Психопатология невротозов / А. Кемпински – Варшава: Польское медицинское издательство, 1975. – 400 с.
9. Sifneos P. E. Alexithymia: past and present / P. E. Sifneos // Am. J. Psychiatry. – 1996. – Vol. 153 (7 suppl.). – P. 137–142.
10. Когнитивная терапия депрессий / [Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г.]. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
11. Scott J. Psychological treatments for depression: an update / J. Scott // Br. J. Psychiatry. – 1995. – Vol. 167. – P. 289–292.
12. Пришляк В. І. Клінічні предиктори хронічних депресій: дис. ... кан-та мед. наук: 14. 01. 16 / В.І. Пришляк. – К., 2009. – 195 с.
13. Fenton W. S. We can talk: individual psychotherapy for schizophrenia / W. S. Fenton, T. N. McGlashan // Am. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 154. – P. 1493–1495.
14. Фон Шліппе А. Системна психотерапія та консультування / Фон Шліппе А., Швайцер Й.: пер. з нім. – Львів: ВНТЛ-Класика, 2004. – 320 с.

УДК: 616-073.96

СУЧАСНІ ТЕЛЕМЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ НА ТЕРНОПІЛЛІ: СИСТЕМА “ТРЕДЕКС”

Т.Я. Скарлош, Н.З. Модна, О.О. Прусак, І.В. Яворська

Тернопільська обласна клінічна лікарня

Стаття містить найновіші дані про досягнення в сфері телемедицини, зокрема нових методів дистанційної передачі даних електрокардіограм. Такі нововведення дають змогу значно підвищити рівень надання високоспеціалізованої кардіологічної допомоги та зробити її більш доступною для жителів віддалених регіонів області.

CONTEMPORARY TELEMEDICAL TECHNOLOGIES IN TERNOPIL REGION: "TREDEX" SYSTEM

T.Ya. Skarlosh, N.Z. Modna, O.O. Prusak, I.V. Yavorska

Ternopil Regional Hospital

The article contains the newest data about the achievements in telemedicine, new methods of distant transmission of ECG data. Such improvements could give an opportunity to increase the level of specialized cardiological help and to make it more available to the distant regions inhabitants.

Вступ. Проблема оптимізації надання кардіологічної допомоги населенню була та залишається першочерговим завданням сучасної медицини. Адже поширеність, інвалідизація та смертність від серцево-судинної патології залишається досить високою.

Основна частина. Одним із методів діагностики захворювань серця є реєстрація електрокардіограми, проте є проблематичним передача зареєстрованих електрокардіограм на значні відстані. Перші спроби передачі ЕКГ на значні відстані були зроблені ще на початку ХХ століття (в 1905 році В. Ейнтховен виконав передачу ЕКГ на відстань близько 1,5 км). Метод дистанційного аналізу ЕКГ почав свій розвиток лише з середини 1960-х років з виникненням технічних рішень, що дозволили досягти впевненого та достатньо якісного прийому ЕКГ. Це дозволило розгорнути в країні мережу приймальних станцій системи «Волна» та накопичити великий досвід.

Ще у 1984 році на базі кардіологічного відділення ТОККЛ створено діагностично - кон-

сультативний дистанційний кабінет, основними завданням якого є: цілодобовий прийом ЕКГ по телефону, цілодобове надання своєчасних та на високому рівні консультацій ЕКГ, прийнятих по телефону, динамічний дистанційний контроль ЕКГ хворих із гострим коронарним синдромом, порушеннями ритму та провідності, консультативна допомога лікарям ЦРЛ у питаннях корекції діагнозу та лікування, підвищення кваліфікації медичного персоналу на місцях, вирішення питання про виїзд спеціалізованої кардіологічної бригади або консультанта-кардіолога, функціональними обов'язками яких є цілодобове надання кваліфікованої спеціалізованої ургентної допомоги в містах і районах області хворим із гострою коронарною патологією, порушеннями ритму та провідності і транспортування з лікувально-профілактичних закладів області хворих на гострий інфаркт міокарда, хворих із порушенням ритму та атріо-вентрикулярної провідності, що загрожують життю, у палату інтенсивної терапії кардіологічного відділення обласної лікарні. Це дозволило оптимізувати лікувально - діагностичний процес у даній категорії пацієнтів, зменшити кількість ускладнень.

© Н.В. Пасєчко, Н.І. Стахира, 2009

У рамках програми розвитку сільської медицини із розподілу Міністерства охорони здоров'я України у Тернопільській обласній клінічній лікарні у 2005 році встановлено сучасну центральну прийомну станцію комплексу транселефонної ЕКГ «Тредекс» та 10 передавальних пристроїв, що були встановлені у ЦРЛ Бучача, Заліщик, Козови, Кременця, Лановець, Монастириська, Підволочиська, Шумська, Підгаєць, Борщева. А у 2006 році мережею дистанційної системи «Тредекс» охоплено ще 10 лікувальних закладів, в тому числі номерні лікарні м. Почаєва, Копичинець, смт. Товсте.

На базі кардіологічного відділення ТОККЛ консультативну допомогу надають лікарі-кардіологи з вищою категорією. У складних випадках консультативна допомога надається завідувачем відділення та професорсько-викладацьким складом Тернопільського державного медичного університету. За рік в середньому за системою «Тредекс» надається близько 1 тис. консультацій.

Користування передавачем «Тредекс» зручне для персоналу, методика передачі доступна навіть людям, які не мають навичок користування ЕКГ-апаратурою.

Система надзвичайно мобільна: можлива передача ЕКГ через мобільний, стаціонарний та радіотелефони, радіостанцію, супутниковий зв'язок. Встановлення динаміків у передавачі суттєво вплинуло на функціональність передавачів. Якість переданих ЕКГ через мобільний телефон

не відрізняється від переданих ЕКГ через стаціонарний телефон.

Приєм ЕКГ на центральну станцію триває 90 секунд, передача ЕКГ відбувається відразу по 12 каналах, що значно знизило собівартість переданих ЕКГ для ЛПЗ області за рахунок скорочення часу міжміського телефонного зв'язку.

Безпосередній прийом ЕКГ на центральну станцію проводять медсестри кабінету функціональної діагностики, а також медсестри кардіологічного відділення. Поряд з тим, що розшифровка електрокардіограм проводиться лікарями кардіологічного відділення та професорсько-викладацьким складом ТДМУ, кожна із медсестер, яка здійснює прийом ЕКГ, володіє необхідними теоретичними знаннями і практичними навиками, щоб, в разі необхідності, розпізнати ознаки інфаркту міокарда, порушення ритму і провідності.

Висновок. Впроваджена методика дистанційної передачі електрокардіограм дає змогу наблизити надання високоспеціалізованої кваліфікованої допомоги пацієнтам із серцево-судинною патологією. Проте даний напрямок телемедицини має перспективи подальшого розвитку. Так, обласною програмою профілактики та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань передбачено охоплення транселефонною передачею електрокардіограм на рівні первинної ланки, зокрема, сільських амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів.

ІЗ ДУШЕЮ ДО ПАЦІЄНТА

О.М. Метельська

Тернопільська обласна клінічна лікарня

Стаття містить інформацію про значення колективної співпраці у роботі відділення, вміння уникати конфліктних ситуацій для створення ефективного лікувального процесу.

WITH THE SOUL TO PATIENT

O.I. Metelska

Ternopil Regional Hospital

The article contains information about the value of cooperation in the work of department, and ability to pay off conflict situations for creation of effective medical process.

Вступ. Медична сестра – це обличчя й культура нашого відділення. Без неї неможливо обійтися ні лікарям, ні хворим. Медична сестра завжди поруч. Саме під таким гаслом працюють в Тернопільській обласній клінічній лікарні у нейрохірургії медичні сестри.

Основна частина. За час новітньої історії у відділенні впроваджено багато нових методик оперативного лікування хворих. Серед них мікродиссектомія, видалення пухлин головного та спинного мозку за допомогою мікроскопа, пластика дефектів черепа титановими трансплантами, встановлення сучасних спінальних фіксуючих систем. Догляд за хворими передбачає їх обслуговування медичним персоналом з метою запобігання основних життєвих потреб. Часто завдяки доброму догляду вдається запобігти розвитку ускладнень. Не можна розмежовувати поняття « лікування» і «догляд», оскільки вони тісно пов'язані між собою, доповнюють одне одного і мають спільну мету – одужання хворого. Догляд та спостереження за пацієнтом включають комплекс заходів, спрямованих на полегшення стану хворого та забезпечення успіху лікування. А сьогодні в сестринському колективі дванадцять медичних сестер допомагають

хворим повернути здоров'я, позбавитись хвороб, повернутись до праці. Серед них на увагу заслуговує перев'язувальна медична сестра Галюлько Іванна Михайлівна. Вона разом з лікарями бере безпосередню участь у проведенні перев'язок післяопераційним хворим та у різноманітних медичних процедурах (блокади, пункції), готує та допомагає лікарям у накладанні скелетного витягу, де у своїй роботі застосовує сучасні дезінфікуючі засоби та способи контролю якості стерилізації, а також користується медичними виробами одноразового використання. Кожен пацієнт з усмішкою та душевним спокоєм залишає перев'язувальну кімнату, бо окрім медичної допомоги, отримує ще й моральну підтримку, корисні рекомендації. А це дуже важливо в наш нелегкий час. Ще варто згадати, що Іванна Михайлівна бере активну участь у проведенні сестринських конференцій, на які виносять такі питання:

- деонтологія медичної сестри у роботі;
- профілактика внутрішньолікарняної інфекції;
- підготовка хворих до різних обстежень;
- можливі ускладнення при недотриманні правил підготовки хворих до обстежень і порушення техніки забору біоматеріалів;
- профілактика можливих ускладнень при переливанні крові тощо.

Семінарські заняття у відділенні проводять щомісячно, курси підвищення кваліфікації – раз на п'ять років, тестування – двічі на рік, атестація – раз на п'ять років. Це основні пункти тривалої післядипломної освіти.

Висновок. «Освіта не на все життя, а через усе життя», – цей вираз став кредом для кожної медсестри.

ЛІТЕРАТУРА

1. «Сестринство обласної лікарні: минуле і сьогодення». – С. 9.

2. «Сестринська справа» / за редакцією професора М.Г. Шевчука. – 1994 – С. 76.

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З ПСИХОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Н.Я. Фарійон

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня

Стаття містить інформацію про значення медичної сестри в догляді за хворими людьми та правильну оцінку їх реакції на стан їхнього здоров'я і допомогу у діях, які ведуть до видужання.

CARE OF PATIENTS FROM PSIKHOTICHNIMI BY DISORDERS

N.Ya. Fariyon

Ternopil Regional Komunal Klinichna Psychoneurological Hospital

The article contains information about the value of medical sister in the care of sick people, correctly to estimate their reaction on the state of their zdorovyа and help in actions which conduce to convalescence.

Вступ. Сьогодні психіатрія все більше звертається до особистості хворого, сприймання пацієнта як громадянина, який має свої інтереси і має законні права. Помітно зменшенні соціальні обмеження, котрі ще недавно автоматично наставляли за встановленим діагнозом психічного захворювання. Психіатричні лікувальні заклади перестали виконувати свою традиційну роль «ізолятора» осіб з порушеннями психіки і перетворилися на заклади, де створюються усі умови, спрямовані не на хворобу, а на особистість хворого. Біологічна терапія психічних розладів, препарати цілеспрямованої дії на «синдром-мішень» стають лише частиною комплексу медико-соціальних заходів, а в деяких випадках взагалі відходять на задній план і на перший виступає психотерапія, реабілітація та ресоціалізація хворих, в тому числі надання допомоги на дому.

Переорієнтація психіатричної служби «ізоляції» хворих на ділове і психологічне партнерство з ними призвело до необхідності переосмислити роль медичної сестри в системі медичної соціальної допомоги пацієнтом з психічними порушеннями.

Основна частина. Медсестринська допомога полягає в тому, щоб сприяти здоровому способу життя, попереджувати хвороби, забезпечувати догляд за соматичними або хворими з психічними порушеннями і непрацездатними людьми будь-якого віку в усіх лікувальних та інших громадських закладах. Предметом особливої уваги медсестри повинна бути реакція окремої людини, сім'ї або групи людей на дійсно існуючі або можливі порушення здоров'я.

При проведенні сестринських конференцій ми звертаємо увагу на основні обов'язки медичних сестер, які обслуговують пацієнтів з психічними порушеннями. Таким чином, основною роллю медичних сестер є:

- психотерапія;
- налагодження відповідного догляду за ними.

У межах цих основних завдань медична сестра повинна проводити такі види діяльності:

- Допомогати хворому.
- Визначити проблеми, які негативно впливають на його здатність існування як незалежної особистості.
- Навчати хворого і допомагати йому зберігати та удосконалювати власні можливості і резер-

ви, а також пристосовуватись до нових умов життя, змінених наявністю психічного захворювання.

- Брати участь у розробці і впровадженні в практику заходів, спрямованих на попередження і усунення ознак психологічної залежності у пацієнтів з психічними порушеннями, пом'якшувати сприйняття навколишньої обстановки.

- Змінювати обмежувальний лікарняний режим на більш домашній, створюючи умови для відпочинку і розвиваючи гуманні взаємовідносини з хворими, які спрямовані на покращення лікувального ефекту.

- Брати участь в розробці і виконанні індивідуальних програм активної реабілітації та соціальної терапії пацієнтів з психічними порушеннями.

- Проводити самостійну медичну практику в плані догляду і підтримувальної терапії пацієнтам з психічними порушеннями із стабілізованими хронічними психічними захворюваннями, які знаходяться у будинках-інтернатах системи соціальної допомоги.

- Проводити необхідне навчання та інструктаж молодшого медичного персоналу, організовувати його роботу і керувати ним.

- В рамках своєї компетенції обстежувати і оцінювати психічний стан хворого із встановленням ситуаційного сестринського діагнозу і наступним проведенням обґрунтованих заходів на сестринському рівні.

- Виконувати призначення лікаря і, при необхідності, надавати невідкладну долікарську допомогу.

- Виявляти ранні ознаки погіршення стану хворих, які знаходяться за межами стаціонару, включно загрозу самопошкоджень і ризик суїциду, погіршення соматичного стану і можливість загрози для здоров'я і життя навколишніх. Стежити за виконанням вимог техніки безпеки.

- Налагоджувати і підтримувати ділові зв'язки з сімейними лікарями і родичами хворого та допомагати їм засвоїти необхідні навички з догляду за пацієнтами, у яких розвинулось психічне захворювання.

- Вести активне спостереження за виписаними із стаціонару хворими, стежити за належним проведенням підтримувальної протирецидивної терапії, а при появі ранніх ознак можливого загострення психічного захворювання негайно повідомляти про це дільничного лікаря-психіатра.

Будь-яка діяльність медичної сестри повинна органічно включати в себе елементи психотерапії. Уже сам зовнішній вигляд, робоча форма може мобілізувати і підбадьорити хворого, а може пригнічуючи вплинути на його стан. Спокійний, впевнений, тактовний стиль поведінки, лагідне ставлення позитивно впливають на гіпноїдність хворого, навіюючи впевненість, що йому приділяють належну увагу. Велике психотерапевтичне (а поряд з цим психогігієнічне і психопрофілактичне) значення має забезпечення охоронного режиму, що передбачає спокійну обстановку, мінімальне подразнення психіки хворого, забезпечення міцного сну. Основним видом психотерапії, котрий найчастіше використовує медична сестра у своїй практиці, є проведення цілеспрямованих бесід з хворими. Медична сестра більше, ніж лікар, проводить час із хворими і повинна раціонально використовувати цей фактор. Проте потрібно завжди пам'ятати, що слово є дієвим засобом впливу на психіку і загальний стан хворого, а тому користуватись ним потрібно уміло. Отже, психотерапевтичні бесіди необхідно закінчувати основною думкою. Важлива інформація повинна повторюватись 2-3 рази в різних аспектах. Частіше повторення може викликати підсвідомий ефект «протидії». Кожна людина має свій індивідуальний ступінь навіювання, внаслідок якого певна частина інформації сприймається мимовільно і без належної критики. Медична сестра при можливості повинна давати читати хворим популярну літературу і статті з часописів, що носять пізнавальний і рекомендаційний характер щодо захворювання, яке є у хворого. Медична сестра має більше часу для неформального спілкування з хворим, ніж лікар (особливо в другій половині дня, коли лікарі закінчили свою роботу, а медсестри виконали більшу частину призначень і маніпуляцій). Вислуховувати хворого потрібно в спокійній, бажано інтимній обстановці, виражаючи свої співчуття, розуміння і симпатію. Після того, як медична сестра вислухає хворого, бажано дати оптимістичну настанову психокорегуючого характеру. Дієвими методами психотерапії, які успішно застосовуються в практичній діяльності наших медсестер, є:

- нервово - м'язова релаксація;
- вольова регуляція дихання;
- автотренінг.

Для того, щоб провести методику нервово-м'язової релаксації, медична сестра просить:

- зняти або ослабити деталі одягу, які стискають тіло, або обмежують рухи;
- зайняти максимально комфортне положення;
- повільно зробити якомога глибший вдих (максимально напружите дихальні м'язи);
- після глибокого вдиху розслабтесь і пасивно видихніть все повітря;
- відчуйте напруження і розслаблення і зафіксуйте у пам'яті ці відчуття;
- зробіть паузу 5-10 секунд;
- поставте обидві стопи всією поверхнею на підлогу;
- максимально підніміть обидві п'ятки, не відриваючи пальці ніг від підлоги;
- розслабте м'язи, щоб п'ятки пасивно упали на підлогу;
- те саме проробіть з пальцями ніг, не відриваючи п'яток від підлоги;
- постарайтесь відчуті поколювання, тепло і, можливо, важкість в нижніх частинах ніг, що є свідченням розслаблення м'язів гомілки (пауза 20 с);
- випрямте ноги під кутом 90 градусів до тулуба;
- відчуйте напруженні м'язів живота і передніх м'язів стегон;
- розслабте ці м'язи;
- відірвіть пальці ніг від підлоги, а п'ятки що сили притисніть до неї, ніби ви на пляжі зариваєте п'ятку у пісок;
- відчуйте напруження і розслабте ноги;
- запам'ятайте відчуття розслаблення м'язів стегон (пауза 20 с);
- як найміцніше одночасно стисніть пальці обох рук у кулаки, потримайте кілька секунд і розслабте пальці;
- щоб проробити протилежні м'язи, розставте якомога ширше «віяло» розправлені пальці рук, а через кілька секунд розслабте їх;
- сконцентруйте на відчутті тепла і поколювання в кистях рук і передпліччях (пауза 20 с);
- максимально підніміть плечі перпендикулярно вгору, ніби бажаєте плечовими суглобами доторкнутись до вух;
- потримайте плечі в такому положенні, відчуйте важкість в плечах і розслабтесь;
- потім максимально опустіть плечові суглоби вниз і також розслабтесь (пауза 20 с);
- посміхніться якомога ширше;

- через кілька секунд розслабтесь;
- міцно стисніть губи, щоб вони зайняли найменшу площу, а потім розслабте їх;
- міцно заплющіть очі, а потім вільно розслабте їх;
- тримаючи очі заплющеними, якомога вище підніміть брови, затримайте таку міміку і розслабтесь (пауза 15 с);
- таким чином ви розслабили більшість основних м'язів вашого тіла.

Одним з дійових видів автотренінгу є самонавіювання. Існує декілька методик самонавіювання, з котрих медична сестра повинна користуватись хоч би методом «короткого заклинання».

У нашому закладі формулами навіювання є:

- «моє тіло легше і приємне»;
- «моя голова ясна і світла»;
- «я відчуваю себе легко та вільно»;
- «моє дихання легке та спокійне»;
- «моє серце працює спокійно та ритмічно»;
- «з кожним днем стає мені все краще та краще»;
- «я відчуваю себе спокійно».

Потрібно пам'ятати, що при самонавіюванні, як і при навіюванні, небажано вживати слова «не» (наприклад, замість формули «мене не болить голова» бажано використовувати формулу «моя голова легка і ясна»). Кількість повторювань за день може коливатись від 20 і більше. Слід пам'ятати, що повторення формул самонавіювання не повинно бути механічним та необдуманим, в кожне речення повинно вдумуватись, вкладати в нього своє бажання та емоції. Психотерапія повинна бути спрямована на конкретну мету.

Великої душевності і такту в поєднанні з високим професіоналізмом вимагає проведення психотерапевтичних заходів при роботі з хворими, у яких захворювання суттєво обмежує звичайні можливості або тривалість самого життя хворого. Якщо хвороба обмежує звичний стиль життя хворого, необхідно акцентувати свою діяльність на заходи, котрі повинні бути спрямованими на перебудову особистісних орієнтирів хворого, примирити його з об'єктивним положенням речей і самого хворого з собою. Хворий не повинен панікувати, а свою життєву енергію повинен спрямовувати не на протест заради самого протесту, а на збереження і тренування залишкових функцій і можливостей організму.

Комплексні психотерапевтичні заходи при лікуванні психічних захворювань повинні сприяти вирішенню наступних завдань:

- встановлення належного контакту з медиками, позитивне ставлення до діагностичних і лікувальних заходів і обстановки лікувального закладу;
- підтримка навичок самообслуговування і надання допомоги медичному персоналу з обслуговування інших хворих;
- активне читання хворим художньої літератури і часописів, прослуховування радіопередач, перегляд телепрограм, настільні ігри, музика, пісні, вишивання, малювання і створення художніх виробів тощо;
- перебудова емоційної установки до конфліктних відношень, усвідомлення факту захворювання і необхідності тривалого лікування, укріплення віри у видужання, або покращення стану;
- відновлення контакту з членами сім'ї, побутової і професійної працездатності;
- ліквідація окремих хворобливих проявів за допомогою психотерапевтичних заходів.

Хвороби є різні, в тому числі і невиліковні. Людина є єдиною істотою, яка усвідомлює неминучість смерті. Медичні сестри повинні приділити неабияку увагу та мати особливий підхід до пацієнтів, які є невиліковно хворими або усвідомлюють неминучість смерті. Неможливо дати уніфікований рецепт поведінки медиків щодо тактики при обслуговуванні невиліковного або помираючого хворого, але в кожному окремому випадку найважливіший є великий такт. Не можна отруювати останній період життя людини. Так, біля хворого, що знаходиться навіть у безсвідомому стані, не повинні звучати ранимі чи образливі слова. Глибина втрати свідомості може змінюватись і хворий може сприймати те, про що біля нього говорять.

Нарешті, слід відмітити, що хвороба впливає не лише на самого хворого, а і на психічний стан

членів його сім'ї і близьких. Тому комплексна психотерапія обов'язково повинна в себе органічно включати і сімейну психотерапію.

Медична сестра повинна орієнтуватись, чи можна взагалі дозволити відвідування хворого, кого можна пускати до хворого, а кого не бажано і скільки часу виділити на побачення, щоб не втомлювати хворого. Близькі і члени сім'ї повинні знати про стан хворого і бути інструктованими щодо бажаної спрямованості бесіди із хворим.

Родичі і близькі хворого повинні отримати від медиків необхідний мінімум знань щодо особливості внутрішньої картини захворювання у конкретного хворого. Якщо у хворого з'явилися ознаки психопатизації, потрібно пояснити родичам сутність цих проявів і переконати в їх минулості, націлити оточуючих не акцентувати свою увагу на тимчасову своєрідну реакцію хворого, обумовлену його хворобою. Одним із важливих завдань сімейної психотерапії повинна бути профілактика психічної незалежності родичів.

Висновок. Медична сестра повинна бути чуйною, уважною до хворого, намагатися виправдати його довіру. Медичний працівник повинен не лише сумлінно виконувати свої обов'язки щодо хворого, але й боротися за фізичну досконалість і психічне здоров'я пацієнта.

Медична сестра має усвідомлювати свою відповідальність за життя хворого, однак це почуття не повинне переходити в сентиментальність, яка стане на заваді зібраності, активності у боротьбі за здоров'я, а нерідко й життя хворого. Однією з основних рис характеру медичної сестри має бути чесність. Ні в якому разі не можна приховувати допущені помилки. М.І. Пирогов говорив з цього приводу: «Необхідно мати мужність визнати свої помилки, щоб застерегти від них інших працівників». Адже: «Сестра – це ноги безногого, очі сліпого, опора дитині, джерело знань і упевненості для молодої мами, вуста тих, хто дуже слабкий . . . », – В. Хендерсон.

ЛІТЕРАТУРА

1. Табачников С.І., Горбань Є.М., Михайлов Б.В., Влох І.Й., Маркова М.В., Чугунок В.В. Актуальні проблеми соціально-реабілітаційної психіатрії в Україні // Медицинское исследование. – 2001. – Т.1, вып. 1. – С. 6-8.
2. Табачников С.І., Чайковська В.В., Черкасов В.Г., Маркова М.В., Пінчук І.Я. Напрями розвитку реабілітаційної геронтопсихіатричної допомоги в Україні // Медицинское исследование. – 2001. – Т.1., вып. 1. – С. 21-22.

3. Абрамова Г.С. Введение в практическую психологию. – М.: Международная педагогическая академия, 1994.
4. Бойко О.В. Охрана психического здоровья. – М., 2004.
5. Чабан О.С. Медсестринство в психіатрії. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001.

УДК 616.61-78-082.5

ДЕОНТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОДІАЛІЗНОЇ ТЕРАПІЇ. ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ПАЦІЄНТІВ

О.О. Склярова, Н.З. Федунь, А.А. Клим

Тернопільська обласна клінічна лікарня

Одне і те ж захворювання може по-різному впливати на різних людей. У цій ситуації першочергову роль відіграє медична сестра, яка повинна навчити пацієнта жити повноцінним життям зі своєю хворобою. Медична сестра, постійно перебуваючи в контакті з хворими, налагоджує психологічні взаємовідносини з ними, налаштовуючи пацієнта на позитивне завершення захворювання.

Браховуючи вплив психологічної підтримки на якість медичної допомоги, змінилися програми навчання медичних сестер, створені громадські організації, асоціації медичних сестер, які допомагають поповнити знання в питаннях організації медичної допомоги, етики і деонтології, а також професійної грамотності. Саме тому у статті висвітлено важливі психологічні аспекти роботи середнього медичного персоналу відділення гемодіалізу.

DEONTOLOGICAL PEQUILIARITIES OF GEMODIALIS THERAPY. PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PATIENTS

O.O. Sklyarova, N.Z. Fedun, A.A. Klym

Ternopil Regional Hospital

One disease can influence in a different way on different people. In this situation the most important role of the nurse is to teach a patient to copy with his illness. The nurse, being in a contact with client every day, should have good psychological relations with client, and to direct him to the positive completion of the disease.

Вступ. Головною метою соціального розвитку в кожній державі є збереження здоров'я людини, запобігання розвитку хвороб та інвалідності, оскільки в системі людських цінностей здоров'я має особливе значення – якщо воно втрачається або значно погіршується – все інше позбувається свого сенсу.

Протягом останніх років спостерігається значне збільшення розповсюдження та захворюваності на хронічні хвороби нирок (ХХН).

Семіотика захворювань нирок об'єднує характерні для нефропатії симптоми і синдроми. Синдромо-нозологічний принцип діагностики ґрунтується на поетапному обстеженні хворого. Ви-

явлення головного синдрому починають із загально клінічного і лабораторного обстеження хворого. На наступних етапах діагностики можуть бути використані інструментальні або спеціальні методи. Ефективність лікування, диспансеризація хворих на ХХН, крім компетентності і почуття обов'язку лікаря, значною мірою залежить від самоусвідомлення свого стану, дисциплінованості хворого. До його відома слід довести важливість планового диспансерного контролю, також необхідність звернення до лікаря в разі погіршення самопочуття і загального стану. У зв'язку з частою мало- і навіть безсимптомністю початкової хронічної ниркової недостатності хворого потрібно переконати в необхідності дотримання лікарських рекомендацій,

© О.О. Склярова, Н.З. Федунь, А.А. Клим, 2009

пояснити всю небезпеку прогресування хвороби незалежно від самопочуття на даний час. Найчастіше це хворі молодого віку, які схильні недооцінювати небезпеку хвороби і переоцінювати власні фізичні можливості. Тому посилення саносвітньої роботи, наполегливості з боку лікаря в роз'ясненні необхідності дотримання лікарських рекомендацій набули актуальності.

Основна частина. Під хронічною нирковою недостатністю розуміють порушення азотвидільної, гомеостатичної та ендокринної функцій нирок. Найчастіші причини виникнення ХНН:

- спадкові і уроджені нефропатії;
- первинні нефропатії;
- нефропатії при системних захворюваннях сполучної тканини;
- нефропатії при обмінних захворюваннях;
- ураження нирок при хронічних персистуючих інфекціях;
- ураження нирок при судинних захворюваннях;
- урологічні захворювання з обструкцією сечових шляхів;
- медикаментозні ураження нирок;
- токсичні нефропатії.

Терапію ХНН поділяють на три етапи:

- 1) консервативний;
- 2) активний;
- 3) хірургічний (трансплантаційний).

До активного належить терапія, основою якої є гемодіаліз. Гемодіаліз – це очищення крові від токсичних речовин, які накопичуються при уремії шляхом дифузії через напівпроникну мембрану діалізатора. Цей метод дозволяє продовжити життя хворого на 15 років і більше. Тридцять років назад здавалось достатнім вже саме по собі продовження життя пацієнта з ХНН. Зараз ми знаємо, що до того часу, поки це життя не досягне певного рівня і не наповниться змістом, воно безцільне.

Часто хворі з труднощами долають психологічний бар'єр, даючи згоду на лікування позанирковими методами очищення крові. Таким хворим потрібно заздалегідь в деталях пояснити небезпеку їх стану, перспективну ефективність лікування з можливим відновленням комфортності життя і навіть працездатності. Нерідко хворі відмовляються від цього лікування, посилаючись на задовільне самопочуття. Таким пацієнтам потрібно пояснити, що показом для проведен-

ня гемодіалізу є не самопочуття, а ступінь зниження функціонального стану нирок.



Головна відмінність хворих, які знаходяться на лікуванні хронічним гемодіалізом, полягає в тому, що вони стикаються з рядом психологічних проблем. Ці пацієнти втрачають не тільки функцію нирок, але й несуть матеріальні збитки в зв'язку з втратою роботи. Праця кожній людині дає не тільки фінансове благополуччя, а й задоволення власної гідності. Людина відчуває себе необхідною суспільству і прагне внести певний вклад у своє життя. Існує ще один вид втрати – це втрата власної свободи, зміна зовнішнього вигляду, можливі зміни ролі в родині і планів на майбутнє. Виникаюче у хворих відчуття страху викликає невпевненість у майбутньому і втрату контролю над своїм життям.

У цей нелегкий період у пацієнта виникає ряд запитань: коли розпочнеться діаліз, як я себе буду почувати, скільки триває сеанс діалізу, що я буду відчувати, коли мені стане краще? Це все складає додаткове напруження для пацієнта. На всі ці складні запитання медичній сестрі нелегко дати відповіді, але необхідно.

Передусім ми (медичні сестри) маємо скласти психологічний портрет хворого, який приходить до нас на сеанс діалізу. Тривожний, невпевнений, сердитий, переляканий, депресивний, ранимий, часто заперечує правду про своє захворювання – такими ми бачимо своїх пацієнтів. Дуже часто хворі бояться вперше зайти в гемодіалізний зал, підійти до апарата "штучна нирка", що також є сильним психологічним бар'єром між медичною сестрою і пацієнтом.

Що в таких випадках вимагається від медичної сестри? Одне із золотих правил – прийняти точку зору пацієнта, підтримати довірливі відносини з ним. Знаючи про той стан сум'яття, в якому знаходиться наш пацієнт, ми повинні якнайшвидше проїнятися його проблемами. Досить часто родичі хворого ще більше стурбовані, ніж він сам. Стурбованість можуть викликати такі фактори:

- необхідність дотримання дієти;
- неясність прогнозу лікування;
- зміна зовнішнього вигляду родича;
- обмеження свободи пересування.

Медична сестра проводить більше часу біля пацієнтів, тому контактує з ними частіше. В бесідах вона дуже часто спостерігає, що вони неодноразово задають одне і те ж запитання, що підтверджує їх стурбованість. Пацієнт слухає лише те, що йому потрібно або що він хоче почути, тому інформувати його потрібно лише тоді, коли це необхідно і доступною йому мовою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Чупрасов В.Д. Програмный гемодиализ. – Санкт-Петербург: Фолиант, 2001.
2. Василь Князевич. Газета „Ваше здоров'я“ № 21 від 29 травня 2009 року
3. Л.О. Воробьєва. Журнал „Здоровье Вологодчины“

Висновок. Отже, ми маємо справу з досить вразливими людьми, тому дуже важливо не тільки вислухати, а й почути те, що вони говорять. Медична сестра нашого відділення повинна бути не тільки професіоналом в медицині, а й тонким психологом.

Ніхто не може сказати, як би ми самі змогли змиритися з нирковою недостатністю. Ми лише можемо зрозуміти інших. Медичний персонал повинен розуміти, що має справу з особистістю, а не тільки з хворими нирками.

Значимим резервом покращення якості лікування є організація лікувальної роботи у відділеннях гемодіалізу. До цього часу основною роботою лікарів залишається проведення сеансів гемодіалізу. Проте у всьому світі вже десятки років діалізне лікування є сестринською процедурою. Немає ніяких підстав вважати, що наші медичні сестри менш кваліфіковані і не справляються з цим завданням.

4. Е.А. Стецюк, С.В. Лашутин, В.Б. Чупрасов // Диализный альманах. – 2005.
5. Е.А. Стецюк, С.В. Лебедев. Классический гемодиализ. – Москва.

УДК 614.253

ВАЖЛИВІСТЬ КОМУНІКАТИВНИХ ВЗАЄМОВІДНОСИН У МЕДИЧНОМУ КОЛЕКТИВІ

Т.І. Грицишин

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня

Стаття містить інформацію про значення колективу у роботі, виникнення і вміння розв'язувати ситуації для створення ефективного лікувального процесу.

IMPORTANCE OF COMMUNICATIVE MUTUAL RELATIONS IS IN A MEDICAL COLLECTIVE

T.I. Gricishin

Ternopil Regional Komunal'noklinichna Psikhonevrologichna Hospital

The article contains information about the value of collective in work. Origin and ability to pay off conflict situations for creation of effective medical process.

Вступ. Робота в дружньому колективі із здоровим психологічним кліматом сприяє максимальній віддачі сил, знань та досвіду працівників, досягненню високих результатів роботи. Значущість колективу для особистості полягає у тому, що він є певною системою діяльності, суб'єктом, включеним у систему суспільних відносин. Єдність змісту і форм діяльності породжує спільність психологічних рис колективу, передусім „колективної свідомості“. Такими рисами виступають колективні інтереси, потреби, норми, цінності, цілі. Уся система ставлення людини до інших людей реалізується у спілкуванні. Відбувається взаємний обмін діяльністю, інтересами, почуттями, розвиваються й утворюються нові зв'язки та взаємостосунки. Соціально-психологічною основою колективної поведінки є спільність інтересів, цілей і єдність дій. Колектив стає суб'єктом дії, коли в його вчинках простежується ця „триєдність“, який би характер вони не мали: тимчасовий чи постійний, стихійний чи організований. Єдність колективної дії визначається кінцевою метою. Адекватний розподіл функцій праці сприятливо впливає на кінцевий результат.

Основна частина. Колектив (слово „колектив“ походить від латинського „collectivus“, яке, в свою чергу, виникло від слова „collegeze“, що означає „збирати разом“) – це спільнота людей, об'єднаних для реалізації суспільно значимих цілей на основі товариського співробітництва і взаємодопомоги.

У колективі завжди утворюється певна моральна атмосфера. Вона або створює відчуття задоволення та доброго настрою, або, навпаки, незадоволення, поганого настрою у членів колективу. Вплив трудового колективу помітно позначається на формуванні особистості окремих працівників, на розвитку певних здібностей, поглибленні знань, досвіду, навичок. Він формує риси характеру своїх членів: бажання допомогти один одному, відвертість між людьми. Виробнича атмосфера залежить від людських взаємин, спільних позицій та спілкування трудового колективу.

Трудовий колектив – це організований соціальний осередок, у рамках якого здійснюється найважливіша діяльність людини – суспільно-колективна праця.

Першою особливістю трудового колективу як специфічного об'єднання людей є те, що це

© Т.І. Грицишин, 2009

об'єднання здійснюється для діяльності, корисної для суспільства. В колективі працівники пов'язані не лише загальною працею, але, передусім, загальною зацікавленістю в результатах своєї колективної праці. Другою особливістю колективу є його цілісність, яка впливає із організації окремих ділянок діяльності і переплетення цих ділянок. Третьою особливістю колективу є постійний вплив членів його один на одного, що включає в себе стимулюючий вплив у вигляді змагання і підтримку у формі взаємодопомоги. Будь-яка спільна діяльність передбачає спілкування і взаємодію учасників як необхідний засіб забезпечення її ефективності.

Спілкування – багатоплановий процес встановлення і розвитку взаємопорозуміння між людьми, який передбачає обмін інформацією, певну тактику і стратегію взаємодії, сприймання і розуміння суб'єктами один одного. Спілкування з іншими людьми – невід'ємна частина, необхідна умова повноцінного життя кожної людини.

Люди, які спілкуються, різні: вони відмінні за своїм соціальним статусом, життєвим досвідом, інтелектуальним потенціалом. При нерівності сторін може розвинути психологічне напруження, конфліктна ситуація. Психологічне напруження – це психічний стан, зумовлений передбаченням несприятливого для людини розвитку подій, що супроводжуються відчуттям тривоги, страху, дискомфорту. Майже кожна людина може бути приводом до суперечностей. Суперечність легко і непомітно може перерости у ворожнечу та конфлікти. Конфлікт – це ситуація, набір обставин, при якій виникає зіткнення протилежних сторін, сил чи поглядів, відсутність згоди між двома чи більше суб'єктами, внутрішній дискомфорт особи.

Виникненню конфліктної ситуації сприяє:

- несприятлива психологічна атмосфера в колективі;
- розходження у цілях;
- відмінність основних і вторинних цілей трудової діяльності;
- розбіжності у цілях підрозділів;
- наявність групової чи індивідуальної територіальності: член групи, займаючи частину загального простору разом із предметами, що там знаходяться, без ентузіазму ставиться до вторгнення у свій простір;
- своєрідність членів колективу, невміння контролювати свій емоційний стан, низький рівень

самоповаги, агресивність, підвищена тривожність, некомунікабельність, надмірна принциповість;

- невідповідність прав і обов'язків, компетенції та відповідальності, а також розподіл влади в цілому;
- наявність негативних лідерів чи осіб, що негативно впливають на колектив;
- однотипність темпераментів;
- низька загальна культура керівника;
- низькі моральні якості;
- перенесення особистих взаємин на службові (симпатії і антипатії);
- низький рівень виховання;
- психологічна несумісність членів колективу.

Спілкування між людьми повинно будуватися на основі справедливості, розсудливості, дотриманні моральних норм. Конфлікти потрібно уміти попереджувати і розв'язувати. Конфліктна ситуація, яка створилась у колективі, не повинна породжувати помилки у роботі.

Для розв'язання конфлікту існують певні рекомендації:

- не реагувати на конфлікт, який щойно виник, зачекати деякий час. Оцінка конфлікту як можливої несправедливості збуджує людину, робить її агресивною, заважає реально оцінити ситуацію та прийняти оптимальне для себе рішення. Негайна реакція за силою може перевищити подразник, що спричинив її, і тим самим ще більш поглибити конфлікт;
- намагатися поставити себе на місце кривдника і знайти для нього виправдання; побачити у ньому конкретну особистість зі своїми образами, проблемами, захисними підсвідомими механізмами;
- поступитися у конфлікті – ознака не слабкості, а сили. Нападник є слабшим вже тим, що спричинив конфлікт. Якщо ви при цьому заподіяли збитки, намагайтеся відшкодувати їх у майбутньому, коли ви спокійно розберетеся в ситуації. Якщо конфлікт не вирішився або вирішився не на вашу користь і залишив по собі відчуття збитків, слід розрядити ці негативні емоції.

Позитивні взаємовідносини у медичному колективі є складовою ефективності лікувального процесу. Важливим фактором у створенні ефективного лікувального середовища є єдиний стиль роботи медичного колективу. Це залежить від високих професійних знань, колегіального співробітництва, єдиного духу колективу, який визначається турботою про хворих. Саме у та-

кому колективі спрацьовує принцип «Здоров'я кожного – багатство всіх». Підхід кожного лікаря та медсестри до хворого, їх оптимізм, професіоналізм, гармонійність є цілющими силами, які сприяють якнайшвидшому одужанню хворого. До психологічних якостей, якими повинні володіти працівники, належать: здатність до семпатії, вміння контролювати вияв емоцій, толерантність. У колективі повинна панувати чуйна, уважна, турботлива, лагідна, доброзичлива, спокійна атмосфера. Колектив повинен пам'ятати, що у центрі роботи – людина, яка від кожного медичного працівника залежить: спонукати хворих до відвертої, сердечної бесіди, викликати у них віру в одужання. Хворі повинні розуміти, що все спрямоване на надання їм допомоги, зменшення їх страждань. Необхідно заспокоїти хворого, допомогти знайти відчуття впевненості. Слід виключити обстановку суворості та показної діловитості. Внутрішні про-

блеми колективу не повинні викликати у хворих відчуття страху і настороженості, знижувати віру у зцілення.

Висновок. Важливою умовою здорового психологічного клімату у колективі є згуртованість та взаємопорозуміння всіх працівників незалежно від посад, які вони займають. У будь-якому колективі можливе виникнення конфліктних ситуацій, проте ефективність організації роботи, взаєморозуміння та взаємоповага залежить від уміння розв'язання конфлікту. Найважливішою умовою професійного вдосконалення є само-спостереження і самовдосконалення: робота над «слабкими», негативними рисами свого характеру кожного члена колективу. В кінцевому результаті «позитивна атмосфера» колективу впливає на ефективність лікувального процесу та на самих пацієнтів. Адже, любити свою професію – це означає любити людину, прагнути допомогти їй, радіти її одужанню.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лисицин Ю.И. Медицинская этика, деонтология и биоэтика. – 1998. – № 2.
2. Єрінков В.А. Етика праці середнього медичного працівника.

3. Остапенко А.Л. Етика і деонтологія середнього медичного працівника.
4. Грандо А.А. Лікарська етика і медична деонтологія.
5. Назар П.С. Основи медичної етики.
6. Вітенко І.С., Вітенко Т.І. Основи психології.

