

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

МЕДСЕСТРИНСТВО

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

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

NURSING

UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

3/2012

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 № 1 від 30.08.2012 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

Яскілка З. В.

Оформлення обкладинки

Кушик П. С.

Підп. до друку 31.08.2012. Формат 60x84/8.

Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. №1

Ум. друк. арк. 4,42. Обл.-вид.арк. 3,69

Тираж 600. Зам. № 245

Видавець і виготівник

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний

університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України"

46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

ЗМІСТ

CONTENTS

<i>Ю. В. Вороненко, Т. І. Чернишенко, М. Б. Шегедін</i> Історія розвитку сестринської справи в україні (огляд літератури)	4	Yu. V. Voronenko, T. I. Chernyshenko, M. B. Shehedyn The history of nursing development in ukraine (literature review)
<i>І. Ю. Лисенко, Т. С. Ласиця, О. Є. Рубан</i> Формування медсестринської компетентності з позицій якості освіти	12	I. Yu. Lysenko, T. S. Lasytsya, O. Ye. Ruban Forming of the nursing competence from the standpoint of education quality
<i>Н. І. Рега, С. О. Ястремська, О. І. Зарудна</i> Синдром емоційного вигорання у медичного персоналу відділень паліативної медицини	15	N. I. Reha, S. O. Yastremska, O. I. Zarudna Emotional burnout syndrome of the medical staff in the palliative medicine departments
<i>А. А. Гудима, С. О. Ястремська, О. М. Креховська-Лепявко</i> Аналіз успішності виступів бригад швидкої медичної допомоги на національних відкритих та обласних чемпіонатах	19	A. A. Hudyma, S. O. Yastremska, O. M. Krekhovska-Lepyavko, Analysis of emergency teams' achievements at the national and regional open championships
<i>П. Є. Мазур, Л. Л. Стаднюк, Є. Л. Горошко</i> Використання потенціалу практичної охорони здоров'я у підготовці сучасного спеціаліста	27	P. Ye. Mazur, L. L. Stadnyuk, Ye. L. Horoshko Using of the potential of practical health care in the training of a modern specialist
<i>П. Є. Мазур, Л. Л. Стаднюк, Н. П. Колотило</i> Роль науково-дослідної роботи в практичному навчанні студентів	29	P. Ye. Mazur, L. L. Stadnyuk, N. P. Kolotylo Role of research work in the practical training of students
<i>В. А. Левчук, Є. Л. Горошко, Л. П. Мазур</i> Використання технологій інтерактивного навчання у студентів медичного училища на заняттях із оториноларингології	32	V. A. Levchuk, Ye. L. Horoshko, L. P. Mazur Usage of technologies of interactive learning during otirhinolaryngology classes in students of medical colleges
<i>А. В. Кабанцова</i> Сучасний стан медсестринського процесу (огляд літератури)	35	A. V. Kabantsova Contemporary state of nursing process (literature review)

ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ В УКРАЇНІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Ю. В. Вороненко¹, Т. І. Чернишенко¹, М. Б. Шегедин²

(<http://www.refine.org.ua/pageid-4655-1.html>, http://referaty.pp.ua/abstracts/ua/medicina/medicina_15890.php)

¹Міністерство охорони здоров'я України

²Львівський медичний коледж імені Андрея Крупинського

У статті висвітлено основні етапи розвитку медсестринства в Україні з часів Київської Русі аж до сьогодні.

THE HISTORY OF NURSING DEVELOPMENT IN UKRAINE (LITERATURE REVIEW)

Yu. V. Voronenko¹, T. I. Chernyshenko¹, M. B. Shehedyn²

(<http://www.refine.org.ua/pageid-4655-1.html>, http://referaty.pp.ua/abstracts/ua/medicina/medicina_15890.php)

¹Ministry of Public Health of Ukraine

²Lviv Medical College by Andrey Krupynskyi

The article describes the main stages of Nursing development in Ukraine from the time of Kyiv Rus through the independent Ukraine.

Вступ. За багато віків до утворення Київської Русі цікаві пам'ятки культури, в тому числі й медицини, залишили по собі скіфи, що населяли Крим, південні землі між Дніпром і Дунаєм і мали торгові і культурні зв'язки з греками (про них згадують Геродот і Гіппократ). Скіфам були відомі цілющі властивості багатьох рослин, вони володіли деякими прийомами лікування різних хвороб, могли робити навіть трепанації. Під час розкопок Чортомлинського кургану, недалеко від Керчі, знайдено золоті і срібні вази із зображенням скіфів, які надають медичну допомогу (перев'язування нижньої кінцівки, видалення зуба). Деякі скіфи були обізнані з медициною античних греків, мали медичну практику в Афінах.

Основна частина. У IX ст. формується східнослов'янська держава Київська Русь з центром у Києві. За князювання Володимира Святославовича, а потім його сина Ярослава Мудрого Київська Русь підноситься до рівня передових держав тогочасної Європи.

Виникнення сестринської справи в Україні, як і у всій Європі, нерозривно пов'язане з прийняттям та становленням християнства, створенням монастирів, при яких були лікарні, подорожні дома, які поєднували функції готелю, лікарні та амбулаторії для мандрівників, що направлялися до святих місць та потребували медичної допомоги.

Одна з перших згадок про створення стаціонарної лікувальної установи у Київській Русі сягає X століття, коли княгиня Ольга організувала лікарню, де догляд за хворими був доручений жінкам. Літописець Нестор у своєму знаменитому "Житті Феодосія Печерського" згадує про створення монастирської лікарні в Києві на рубежі третьої та четвертої чверті XI століття. Згодом подібні лікарні були створені в Переяславі, Вишгороді та Чернігові.

Видатним медиком, першою в світі жінкою, яка прославилася своїми медичними знаннями, була

онучка Володимира Мономаха, дочка Мстислава – Євпраксія Мстиславівна. Вона видала грецькою мовою трактати "Аліма" та "Мазі", де було зібрано і систематизовано знання з тогочасної медицини, і, крім опису хвороб та засобів їх лікування, дано поради щодо гігієни, зокрема, гігієни жінки та дитини.

За часів середньовіччя в Україні не було ніяких навчальних медичних закладів, а навчання мистецтва лікувати та доглядати за хворими здійснювалось шляхом передачі знань від батьків дітям або на зразок ремісничого учнівства при монастирях. Відомо, що в середньовічних містах України (кінець XIV ст.) медициною займалися члени професійних цехів. Серед них хірурги - цирульники надавали допомогу жителям міст і брали участь у військових походах та козацьких битвах. Цехи цирульників були у Львові (засновані у 1512 році), при Київському магістраті, в Кам'янці-Подільському та інших містах. У цехах цирульників провадилось також навчання учнів віком з 12 років. Цирульники вміли робити кровопускання, ставити банки, розрізати гнояки, видаляти зуби, лікувати та перев'язувати рани, вправляти вивихи, переломи, здійснювати ампутації, виготовляти різні пластирі для лікування ран, знали ознаки певних хвороб.

Видатною особистістю XVI ст. був Георгій Дрогобич (близько 1450 – 1494 рр.) – один з найосвіченіших медиків свого часу. Народився в місті Дрогобичі. Закінчив Краківський університет, у якому здобув ступінь бакалавра, потім магістра; прагнучи вдосконалити свою освіту, він вступає до Болонського університету (Італія), де удостоюється звань доктора філософії та медицини, в цьому ж університеті обирається ректором (1481-1482), викладав медицину в Краківському університеті.

Дрогобич мав авторитет високоосвіченої людини. Він опублікував у Римі книгу "Ісіішт ргод-позіісоп", присвячену переважно астрономії і частково медицині. Це була перша в історії друкована праця нашого співвітчизника.

Значну роль в історії розвитку медичної справи в Україні відіграли братства. Крім просвітницької, релігійно-благодійної діяльності, вони допомагали хворим членам своєї парафії, мали притулки для немічних та сиріт, які в XVI столітті дістали назву шпиталів. Зокрема, Львівське братство мало п'ять шпиталів. Лікувальні заклади мало і Київське братство.

До початку XVII століття відноситься поділ медичного персоналу на три категорії: "дохтур, обтекаръ й лікаръ, потому что дохтур совет дает й приказывает, а сам тому не искусен, а лікаръ прикладывает й лекарством лечит, а сам ненаучен, а обтекаръ у них обоих – повар".

Наприкінці XVIII століття українські землі входили до складу двох імперій: Російської та Австро-Угорської. Але кордон між Росією та Австрією був не лише географічно-політичним поняттям. Він означав приналежність населення по обидва його боки до двох різних, а в дечому – цілком протилежних суспільно-політичних та культурно-освітніх систем. Враховуючи історичну ситуацію, яка склалася, розвиток медицини в цих регіонах України мав свої особливості. Західна Україна (тодішні Львівська, Станіславська та Тернопільська губернії, інакше – Галичина та частина Волині, інакше – Лодомирія) за часів панування Австро-Угорщини та панської Польщі мала винятково важкі соціально-економічні умови. З точки зору економіки весь цей край практично служив аграрним додатком промислових центрів Австро-Угорщини та Польщі. Більшість населення краю була неграмотним або малограмотним. До соціального та економічного гноблення додавалось і національне. Результатом незадовільного стану населення західноукраїнських земель була висока захворюваність на гострі та хронічні інфекційні хвороби та висока смертність. Навіть за офіційними статистичними даними смертність на 1000 населення складала на початку XX століття від 22,5 до 23,9. Висипний та черевний тифи, дизентерія, туберкульоз, трахома, венеричні хвороби мали масовий характер.

Перші спроби організувати лікувально-санітарну справу в Західній Україні сягають другої половини XVIII століття. В квітні 1870 року на території Західної України створена Крайова рада здоров'я, в обов'язки якої входило здійснення заходів з організації медичної допомоги населенню.

На цей період припадає перше повідомлення в літературі про відкриття акушерських курсів у Львові. Ці курси, названі повивальними, заснувала поміщиця Яблонська, яка мешкала на околиці міста. На курси приймали неграмотних сільських жінок; термін навчання тривав 3 місяці. До цього часу в Західній Україні не було жодного навчального медичного закладу.

Імператриця Австрії Марія Терезія з метою поліпшення медичної опіки над населенням, роз-

витку медичної освіти і науки у королівстві Галичина та Лодомирія декретом від 22 грудня 1772 року призначила доктора медицини Андрея Крупинського крайовим протомедиком Галичини. Йому було доручено створити на західноукраїнських землях систему медичної служби і медичної освіти.

Про медико-санітарний стан Львова і всього королівства Галичина та Лодомирія можна дізнатись із фрагментів доповідної Андрея Крупинського губернаторові – графу Антоні Пергену від 30 травня 1773 року: «Хворі, бідні, убогі і немічні старці, вкриті виразками і брудом, лежать у гною або тиняються вулицями. Я неодноразово просив сестер милосердя подати їм медичну допомогу і помістити їх в лікарню. Сестри стверджують, що в лікарнях немає вільних місць. За таких умов може спалахнути епідемія. Необхідно зробити все, щоб запобігти цьому нещастю».

У своїх меморіалах від 30 травня та 30 серпня 1773 року Андрей Крупинський з болем і гіркою констатував, що через відсутність дипломованих акушерок під час пологів часто помирають матері зі своїми немовлятами. Тому першочерговим завданням він вважав відкриття у королівстві медичних навчальних закладів. На його клопотання губернатор граф Антоні Перген 20 березня 1773 року видав розпорядження, згідно з яким у Львові почалось читання лекцій з усіх галузей медичної науки для осіб, що займалися лікарською, акушерською та аптекарською практикою, але не мали дипломів.

Урочисте відкриття Львівського акушерського колегіуму відбулося 1 жовтня 1773 року. Цей день ознаменував зародження середньої медичної освіти на західноукраїнських землях. Навчання в колегіумі було безкоштовним. Більш того, слухачі перебували на повному утриманні землевласників, які скерували їх на навчання. З губернаторського фонду вони одержували по одному гульдону на тиждень. Слухачами колегіуму могли стати фізично здорові, морально стійкі особи обох статей віком від 21 до 30 років. Звичайно, підбирали інтелектуально розвинених, які відзначалися милосердям та любов'ю до акушерської справи.

За статутом навчання в колегіумі тривало один – три роки. При колегіумі діяли курси прискореної підготовки акушерок. Це сприяло значному поліпшенню акушерської допомоги в королівстві.

За В. Шумовським (1906), у всій Галичині з 2,5-мільйонним населенням в 1772–1776 рр. не було жодної акушерки. До 1792 року у Львові й у всій Галичині нараховували 91 акушерку та 137 хірургів.

При такій системі освіти відчувалась гостра нестача середнього медичного персоналу. Незважаючи на це, більшість з них не мала роботи або займалось приватною практикою. На цей час дрібні лікувальні установи взагалі працювали без середнього медичного персоналу, а у великих – на одного лікаря припадав лише один середній медичний працівник. У зв'язку з цим їхні умови праці були вкрай важкими, а платня мізерною. В клініках єдиного в Західній Україні медичного факультету Львівського університету медичними сестрами працювали переважно монашки, які недостатньо володіли навіть найелементарнішими навичками догляду за хворими. Приблизно на цей період припадає відкриття перших навчальних закладів для підготовки медичних сестер у Західній Україні. Перша школа медичних сестер була створена лише у 1895 році при загальній лікарні у Львові. Вона була організована і фінансувалась крайовим відділом здоров'я спільно з товариством Червоного Хреста. Навчання в школі в різні періоди часу тривало від 2 до 6-7 місяців.

При одержанні диплома випускниці медсестринської школи давали урочисту обіцянку такого змісту: «Клянуся і обіцяю вірно служити ідеям Червоного Хреста, дотримуватися вимог професійної етики, виконувати свої обов'язки добросовісно, не ухилятися від догляду за різного роду хворими і сприяти поширенню принципів охорони здоров'я населення і особистої гігієни народу на території моєї діяльності».

Друга школа для підготовки медичних сестер була відкрита у Львові в грудні 1937 року і називалася «Приватна школа догляду за хворими». Школа була власністю Товариства імені Христової дитини і готувала медичних сестер для дитячих установ. Навчання було платним. Сюди приймали жінок віком 18–25 років. Підготовка тривала 2,5 року. Зі школи виходили грамотні, за тогочасними мірками, медичні сестри із догляду за грудними та хворими дітьми. Після закінчення навчання вони йшли працювати в дитячі лікарні, а частково – в дитячі консультації і багаті сім'ї, щоб доглядати за новонародженими та хворими дітьми.

При такій системі підготовки медичних працівників середньої ланки в Західній Україні було

дуже мало. Так, у вересні 1939 року в сільських та міських стаціонарних медичних установах західних областей України працював лише 371 середній медичний працівник. У 1936 році у Львівському, Тернопільському та Станіславському воєводствах у штаті 62 так званих "осередків здоров'я", кожний з яких обслуговував повіт з 8–10 волостей з населенням 15 тисяч чоловік, було всього 76 медичних сестер, або в середньому одна медична сестра обслуговувала весь повіт.

Злам 30-40-х років ХХ століття ознаменувався змінами в житті українського населення на західноукраїнських землях, загарбаних Польщею після Першої світової війни. У жовтні-листопаді 1939 року, згідно з прийнятими документами, Західна Україна возз'єдналась з УРСР та була включена до складу СРСР.

У західних областях УРСР у 1940 році було створено 1948 лікувально-профілактичних установ різного профілю, в яких працювало 4129 лікарів та 8900 середніх медичних працівників. У лікарняних установах на цей час було розгорнуто 14200 ліжок.

Паралельно з реорганізаціями в практичній охороні здоров'я проводились відповідні зміни в системі медичної освіти. Львівська фельдшерсько-акушерська школа, створена в грудні 1939 року на базі Львівської державної акушерської школи, в січні 1940 року розпочала підготовку медичних працівників за трьома спеціальностями: фельдшер, акушерка (три роки) та медсестра (два роки). Усього в школі навчалось 109 чоловік. У червні 1941 року відбувся перший випуск акушерської групи.

У Станіславі (тепер Івано-Франківськ) та Крем'яці (Тернопільської області) у вересні 1940 року відкрились 4-річні фельдшерсько-акушерські школи. Викладання в усіх школах проводили за програмами для середніх медичних навчальних закладів Радянського Союзу, затвердженими Наркомздравом СРСР.

Напад на Радянський Союз фашистської Німеччини перешкодив розвитку охорони здоров'я, сестринської справи та середньої медичної освіти в західних областях України. На весь період німецької окупації фельдшерсько-акушерські школи у Львові, Крем'яці та Станіславі були закриті, а їхнє майно пограбовано.

Відразу після звільнення Заходу України від німецько-фашистських загарбників з вересня 1944

року відновили свою роботу фельдшерсько-акушерські школи у Львові, Станіславі та Крем'яці. У цьому ж році було відкрито фельдшерсько-акушерську школу в Луцьку, де навчались переважно українці — вихідці з цього краю.

Поповнення медичними кадрами лікувально-профілактичних установ Західного регіону України відбувалось за рахунок випускників місцевих вищих та середніх медичних навчальних закладів, а також лікарі та середній медичний персонал, переважно медичні сестри, з інших областей України та Росії.

У повоєнні роки в усіх західних областях України, куди ввійшли, крім Львівської, Станіславської, Тернопільської, Волинська та Рівненська області, почався інтенсивний розвиток середньої медичної освіти. У період з 1944 до 1966 року, крім існуючих 3 середніх медичних навчальних закладів, було відкрито ще 22.

Дещо інакше розвивались сестринська справа та освіта в тих регіонах України, які після третього поділу Польщі перейшли під панування Російської імперії. Це стосувалось Східної (Великої) України. У середині XVIII століття запроваджувалась система медичного обслуговування, згідно з якою в губерніях створювалися прикази громадського піклування (так звана приказна медицина), але рівень надання медичної допомоги міському населенню в установах цієї системи був низьким, а в селах їх практично не існувало.

У 1775 році сенат видав наказ про створення у Києві урядового шпиталю. У 1792 році в місті був відкритий також військовий шпиталь. З 1786 року при Кирилівському монастирі почав діяти будинок для інвалідів, у 1806 році до нього було переведено психічнохворих.

В Україні в 1787-1797 роках діяла Єлизаветградська медико-хірургічна школа. У Київській академії на початку XIX століття функціонували медичні класи. У 1806 році в Києві офіційно відкрито Кирилівські богодільні, де в 1842 році створено першу фельдшерську школу.

У 1800 році були збудовані державні лікарні в Кременчуку, Полтаві, Ромнах, Лубнах та інших губернських та повітових містах, де поряд з лікарями працювали їх помічниками фельдшери та як допоміжний персонал неосвічені жінки. У 1803 році у Києві покладено початок стаціонарній родопомочі – відкрито перший пологовий будинок (акушергауз) на 2 ліжка зі штатною акушеркою.

Із створенням губернських (1797) та повітових лікарських управ почалася організація деякої медичної допомоги сільському населенню переважно силами фельдшерів та повивальних бабок.

Найбільшими медичними освітніми центрами в Україні були: Харків (1815), Київ (1841) та Одеса (1900) – з часу відкриття там медичних факультетів при університетах.

Початок Кримської війни (1853) визначив початок нового етапу в розвитку сестринської справи. У цей час М. І. Пирогов прийняв пропозицію щодо залучення загонів сестер милосердя в Кримській кампанії. Перші в історії медицини жінки-медичні працівники почали надавати допомогу пораненим та хворим воїнам на полі бою.

М. І. Пирогов неодноразово вказував, що “наша сестра милосердя должна быть простая, богопочтительная женщина, с практическим рас­судком и с хорошим техническим образованием, непременно должна сохранить чувствительное сердце”. У жовтні 1855 року в Севастополі М. І. Пирогов написав “Правила для сестер Крестовоздвиженской общины”. Він вперше поділив сестер на три основні категорії: сестер-господиень, сестер-аптекарок та перев’язувальних сестер. Для кожної з цих категорій він розробив спеціальні інструкції та правила взаємин між собою та з лікарями. Він писав: “Научные и технические предписания врачей должны исполняться сестрами в точности и беспрекословно”. Але і від лікарів, особливо молодих, він вимагав використання досвіду сестер, бо сестри “не слепые исполнительницы приказаний лица, только что вступившего на врачебное поприще”. “Разве знание личности больного, – писав він, – приобретенное постоянным за ним уходом ничего не значит для врача, видящего его только раз или два в день” .

У Севастополі надавала допомогу пораненим і особливо в цьому відзначилась проста дівчина Даша Севастопольська. У народі її вважають та шанують як героїню, як першу сестру милосердя.

Участь у Кримській війні (1853-1856) сестер милосердя є найяскравішим та значним етапом розвитку сестринської справи в ХІХ столітті. Ідея залучення сестер милосердя до надання допомоги пораненим та хворим на фронті була повністю реалізована М. І. Пироговим, який брав активну участь у підготовці та організації роботи сестринського персоналу в цей період. Сестри

милосердя виконували обов’язки із догляду за пораненими, допомагали лікарям при операціях, відали господарством польових шпиталів і т.д. З того часу необхідність та доцільність участі жінок в догляді за хворими та пораненими набула загального визнання. Було вирішено розвивати цей досвід і створювати систему підготовки сестринського персоналу не тільки на випадок війни, але й для мирного часу, бо кваліфікованого персоналу із догляду дуже потребували лікарні.

Після Кримської війни почали створювати нові сестринські общини. Сестер милосердя більше стали залучатися для догляду в лікарнях та шпиталях і в мирний час. Таким чином, М. І. Пирогову належить пріоритет у визначенні професійного та соціального статусу сестри милосердя в період військових дій.

Після Кримської війни з новою активністю звертається увага на підготовку медичних кадрів середньої ланки. Із середини ХІХ століття почали діяти фельдшерські школи в Києві та Харкові. У 1870 році в Києві відкрито військову фельдшерську школу, а в 1877 році – курси медичних сестер. Але забезпеченість медичною допомогою населення залишалась на низькому рівні. Після введення в Росії у 1864 році земської медицини її запровадження в Україні почалось з Лівобережжя, на Правобережжі відповідне реформування відбулось лише у 1906 році, а на Київську, Волинську та Подільську губернії положення про земство поширилось тільки в 1911 році. Медична допомога багатьом верствам населення України була недоступна через обов’язкову плату за лікування. По селах взагалі державних лікарень не було. Лише в деяких губерніях діяла невелика кількість фельдшерських пунктів, на які, як і на решті території Росії, покладався обов’язок здійснювати “роз’їзну” систему медичного обслуговування. У 1913 році на території України, яка входила до складу Росії, було 1043 земські лікарські дільниці.

Фабрично-заводська медицина мала на меті надання медичної допомоги робітникам промислових підприємств України, але вона мало чим відрізнялась від медичної допомоги сільському населенню, а отже, була недостатньою. Лише на найбільших підприємствах були створені фельдшерські пункти.

У 1913 році на території України працювало 7900 лікарів (з них у земських установах працювало всього 970 лікарів), 12400 середніх медичних працівників, в тому числі 3500 земських.

У роки Першої світової війни поряд із занепадом економіки зазнала значного занепаду і медична служба та освіта в Україні.

Певні зусилля для боротьби з епідеміями та високим рівнем захворюваності в Україні, розширення мережі лікувальних закладів та розвитку професійної підготовки середніх медичних працівників були докладені Російським урядом після Жовтневої революції. Наприкінці 1920 року в Україні працювало 1099 лікарських дільниць та 1081 фельдшерський пункт. В утвореній УРСР проводилась відповідна робота щодо розвитку та вдосконалення всіх служб охорони здоров'я.

Реформаторські заходи з питань середньої медичної освіти, які проводились згідно з постановами Наркомздраву та Наркомпросу СРСР, здійснювались і в Україні.

Після Великої Вітчизняної війни Радянський уряд приділив велику увагу відновленню мережі середніх медичних навчальних закладів та відкриттю нових. З 1947 року загальне методичне керівництво середніми спеціальними навчальними закладами почало здійснювати Міністерство вищої та середньої спеціальної освіти СРСР. Воно розглядало та затверджувало переліки спеціальностей та навчальні плани підготовки фахівців.

У 1948 році підготовка фельдшерів-акушерок була переведена на 4-річний термін, навчання медичних сестер для дитячих установ збільшилося з 2 до 3 років.

У 1952 році для осіб, які не мали закінченої середньої медичної освіти, а працювали в установах охорони здоров'я, були відкриті при медичних школах вечірні відділення з метою надання можливості такій категорії працівників отримати середню медичну освіту без відриву від виробництва.

З метою уніфікації середньої медичної освіти, ліквідації багатопрофільності та підвищення якості підготовки середніх медичних кадрів у 1954 році були встановлені такі типи середніх медичних навчальних закладів та терміни навчання в них:

- медичні училища з 3-річним терміном навчання для підготовки фельдшерів, акушерок, санітарних фельдшерів, фельдшерів-лаборантів та зубних лікарів;
- фармацевтичні училища з 3-річним терміном навчання для підготовки фармацевтів;
- училища для підготовки зубних техніків з 2-річним терміном навчання.

Відповідно до Постанови Ради Міністрів СРСР від 4 серпня 1959 року за № 908 "О формах й сроках обучения й об улучшении качества подготовки специалистов в средних специальных учебных заведениях" Мінвуз СРСР затвердив нові навчальні плани підготовки медичних кадрів. Були продовжені терміни навчання за спеціальностями: фельдшер, санітар-фельдшер, акушер та фармацевт, для осіб на базі неповної середньої школи до 4 років і на базі повної середньої школи до 2,5 року. У навчальні плани було введено навчальну практику та збільшено час на практичне навчання.

З 1959 року Міністерство охорони здоров'я СРСР почало організацію постійно діючих курсів підвищення кваліфікації, вдосконалення та спеціалізації середніх медичних кадрів. У період після закінчення війни та до середини 70-х років не тільки розширювалась мережа медичних училищ, а й збільшувалась кількість учнів, які здобували медичні професії. Наприклад, у 1950/1951 навчальному році учнів у медучилищах було у 2,5 раза більше, ніж у 1945/1946 і т.д. Поступово з процесом задоволення потреб суспільства в середніх медичних кадрах і, в першу чергу, медичних сестер реорганізовувалась мережа навчальних закладів, регулювалась кількість учнів у них. Так, в середині 80-х років припинив свою діяльність ряд периферійних медичних училищ, а підготовка середнього медичного персоналу була сконцентрована на тих, які мали добру матеріально-технічну базу та викладацькі кадри і де відчувалась потреба підготовки відповідних середніх медичних фахівців з місцевих жителів для кадрового забезпечення місцевих лікувально-профілактичних закладів. Наприклад, в західних областях України вказана реорганізація закінчилась так. У Львівській області залишилось з шести три медичних училища (Львівське, Бориславське та Самбірське); у Волинській області з семи медичних училищ залишилось теж три (Луцьке, Ківерцівське та Ковельське); у Рівненській області з п'яти медучилищ залишилось три (Рівненське, Дубнівське та Рокитнянське); в Тернопільській області з чотирьох – два (Чортківське та Кременецьке); в Івано-Франківській області так і залишилось 2 медичних училища – в обласному центрі та в Коломиї, правда із закриттям фармацевтичного.

Розвиток відомчої системи охорони здоров'я призвів до створення медичних училищ для задоволення їхніх лікувально-профілактичних установ

середніми медичними кадрами з “надуманою” спеціалізацією, якої практично не було. Прикладом таких навчальних закладів є медичні училища Міністерства шляхів сполучення СРСР.

У 1979 році СРСР ратифікував Конвенцію Міжнародної організації праці №149 “О сестринском персонале”. Наказом МОЗ СРСР від 9 вересня 1987 року за №1104 була переглянута номенклатура спеціальностей із середньою медичною освітою, введена атестація середніх медичних працівників з присвоєнням кваліфікаційної категорії. Для медичних сестер введено такі кваліфікаційні категорії: медсестра без категорії (для випускників медичних училищ), друга, перша та вища.

У 1989 році спеціальність “Медична сестра”, яка існувала до цього, була перейменована на спеціальність “Сестринська справа”, що більш суттєво відображала суть фаху. Був введений новий навчальний план із цієї спеціальності, вперше представлено дисципліну “Основи сестринської справи”.

У 1991 році був прийнятий Закон Української Радянської Соціалістичної Республіки “Про освіту”, в якому з врахуванням міжнародного досвіду були заплановані суттєві зміни в системі вищої освіти з введенням чотирьох рівнів кваліфікації (молодший спеціаліст, бакалавр, спеціаліст та магістр) та визначенням типів навчальних закладів.

24 серпня 1991 року позачергова сесія Верховної Ради України прийняла Постанову та Акт проголошення незалежності України. Україна стала незалежною демократичною державою з неподільною та недоторканою територією, на якій чинними є лише власні Конституція, закони та постанови уряду.

Серед інших гострих проблем незалежна Українська держава відчула потребу опрацювання законодавчої бази та перебудови в галузі освіти. Згідно з розробленою 1992 року Державною національною програмою “Українська освіта в ХХІ столітті” взято курс на створення власної системи національної освіти. У цьому ж році Верховна Рада схвалила “Закон про освіту”, яким передбачено запровадження в Україні неперервної ступеневої вищої освіти чотирьох рівнів. Відповідно до нього спростовано термін “середня спеціальна освіта” та замінено терміном “вища освіта першого рівня”. Навчальні заклади, які надають такий рівень освіти, називаються закладами освіти I рівня акредитації. З’являються вищі навчальні заклади нового типу – коледжі, які нале-

жать до закладів освіти II рівня акредитації. У цих освітніх закладах студентам надається базова вища освіта та після закінчення – ступінь бакалавра. У закладах III-IV рівнів акредитації надається повна вища освіта на рівні спеціаліста та магістра.

З 1995-1996 років почали відкриватися факультети сестринської справи в медичних університетах та академіях України. У цей час було створено медсестринський факультет у Тернопільській медичній академії.

30 січня 1996 року МОЗ України видає наказ за № 19 “Про створення Національної програми розвитку медсестринства України”. Відповідно до неї створена робоча група, яка займається конкретними питаннями розробки вказаної програми та її реалізації в практичній охороні здоров’я і системі медсестринської освіти. У липні 1997 року вперше в Україні випущено близько 80 медичних сестер-бакалаврів. Ще у 1994 році Міністерство охорони здоров’я України на виконання рішення власної Колегії від 21 квітня 1993 року “Про стан і перспективи підготовки молодших спеціалістів I і II рівнів акредитації системи навчальних закладів Міністерства охорони здоров’я України” та наказу від 14 травня 1993 року за № 104 проінформувало керівників органів та закладів охорони здоров’я і керівників закладів, що підпорядковані МОЗ України, листом від 21 вересня 1994 року за № 10.03.68/699 про те, що: “Медична сестра-бакалавр може займати посади головної медичної сестри лікувально-профілактичної установи, старшої медичної сестри відділення, медичної сестри спеціалізованого відділення, медичної сестри-викладача медичних навчальних закладів I та II рівнів акредитації, медичної сестри сімейного лікаря”. Але ще й донині законодавчо не затверджено юридичний статус та посадові оклади фахівців нового типу.

У травні 1997 року відбулась установча конференція із створення Асоціації медичних сестер України. Президентом Асоціації обрано Галину Івашко. Зараз відбувається процес юридичного оформлення Асоціації, розробляється програма її діяльності.

Висновок. Отже, з вищенаведеного випливає, що:

1. Становлення сестринської справи в різних регіонах України відбувалось по-різному внаслідок особливостей історичного, політичного та

соціально-економічного їх розвитку з врахуванням впливів Західної Європи та Росії до 1940 року та СРСР з повоєнних часів до 1991 року.

2. Західній Україні належить пріоритет у формуванні поглядів на сестринську справу як особливий вид медичної діяльності, який вимагає відповідної теоретичної та практичної підготовки. Становлення сестринської справи в Правобережній та Лівобережній Україні проходило зі значним запізненням навіть порівняно з тим, як це відбувалося в самій Російській імперії.

3. Завдяки активній участі М. І. Пирогова в організації сестринського догляду за хворими та пораненими під час Кримської війни був вперше проведений розподіл медичних сестер за функціональними обов'язками та розроблені інструкції і програми навчання медичних сестер різних профілів в умовах військового часу.

4. Намагання Радянського уряду замовчати позитивний історичний досвід організації та змісту

сестринської справи, свідомо ізоляція системи підготовки та використання сестринських кадрів в СРСР, ігнорування і неприйняття світового досвіду, ізоляція медичних сестер від участі у всесвітніх та міжнародних професійних організаціях, привнесення в справу охорони здоров'я хибних ідеологічних принципів призвели до значного відставання системи та суті підготовки медичних сестер від міжнародних стандартів і перетворення медсестринської освіти та діяльності на допоміжну, другорядну.

5. З часу здобуття Україною незалежності робляться певні кроки в піднесенні престижу професії та освіти медичної сестри як найбільш потрібної та масової в практичній охороні здоров'я. Запровадження ступеневої неперервної вищої медсестринської освіти підносить її на один рівень з лікарською. Але в цьому питанні є ще багато проблем.

Нерозривно з історією медсестринства пов'язана історія Товариства Червоного Хреста.

ЛІТЕРАТУРА

1. Грандо О. Подорож у минуле медицини / О. Грандо. – К. : Тріумф, 1995. – 175 с.

2. Грандо О. Визначні імена в історії української медицини / О. Грандо. – К. : Тріумф, 1997. – 335 с.

3. Шегедин М. Б. Медсестринство у світі / М. Б. Шегедин. – Львів, 1998. – 288 с.

4. Вороненко Ю. В. Реформування медсестринської освіти в Україні / Ю. В. Вороненко, Т. І. Чернишенко // Медсестринство України. – 1998. – № 1. – С. 5–11.

5. Сорокіна І. Мати Тереза / І. Сорокіна // Медсестринство України. – 1998. – № 1. – С. 55–57.

6. Чернишенко Т. І. Міжнародний день медичної сестри / Т. І. Чернишенко // Медсестринство України. – 1999. – № 2. – С. 5–7.

7. Голяченко О. М. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я / О. М. Голяченко, А. М. Сердюк, О. О. Приходський. – Тернопіль: Джура, 1997. – 328 с.

8. Молитовник християнської родини. – Кристинопіль, 1996. – С. 16–17.

9. Введение к комплекту материалов. "ЛЕМОН". Учебные материалы по сестринскому делу. ВООЗ. - Европейское региональное бюро, 1996. – 45 с.

ФОРМУВАННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ З ПОЗИЦІЙ ЯКОСТІ ОСВІТИ

І. Ю. Лисенко, Т. С. Ласиця, О. Є. Рубан

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

У багатьох регіонах України в лікувально-профілактичних закладах існує дисбаланс між кількістю лікарів і середнього медичного персоналу. У статті висвітлено проблему підготовки молодших спеціалістів з медичною освітою (особливо післядипломною), що нерозривно пов'язана з проблемами галузі загалом.

FORMING OF THE NURSING COMPETENCE FROM THE STANDPOINT OF EDUCATION QUALITY

I. Yu. Lysenko, T. S. Lasytsya, O. Ye. Ruban

State Scientific Institution "Scientific and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine" of Public Affairs Department

There is a disbalance between the number of doctors and nursing staff in medical institutions of many regions of Ukraine. This article adduces the problem of junior specialists preparation with medical education (especially post-graduate), which is closely connected with the problems of branch in general.

Вступ. Розвиток медсестринства в Україні стримує відсутність досконалої законодавчо-нормативної і фінансової бази, інформаційної підтримки, наукових досліджень в ділянці сестринської справи. Підготовка та післядипломна освіта медичних сестер не відповідає рівню європейських стандартів. Потребує кардинальних змін порядків атестації середнього медичного персоналу. В багатьох регіонах України в лікувально-профілактичних закладах існує дисбаланс між кількістю лікарів і середнього медичного персоналу, спостерігається відтік кваліфікованих сестринських кадрів в інші галузі народного господарства, збільшується навантаження на середній медичний персонал, що породжує невдоволеність медиків та викликає соціальну напругу. Відсутність системи розробки та запровадження професійних стандартів діяльності медичних сестер не сприяє покращенню надання безпечного та кваліфікованого сестринського догляду населенню.

Основна частина. На сучасному етапі в Україні формуються умови для підвищення ефективності і значущості середнього медичного персоналу в наданні медичної допомоги всім верствам населення, які її потребують. Для досягнення мети пропонується реалізація цілого ряду заходів, одним з яких є удосконалення системи підготовки і підвищення кваліфікації, атестації середнього медичного (фармацевтичного) персоналу та її відповідність до міжнародних стандартів.

Дуже важливим є створення наукового простору для молодших медичних спеціалістів. Впродовж декількох років головним питанням було визначити термін "професійна компетентність медсестер". Канадський викладач сестринської справи та експериментатор Патриція Бендер пояснювала медсестринську компетентність як можливість виконувати завдання з отриманням бажаного результату за будь-яких умов.

На її думку, компетентний фахівець системи охорони здоров'я може планувати свої дії, але йому бракує гнучкості та швидкості прийняття профе-

сійних рішень. П. Беннер розробила модель розвитку та становлення професійної медичної сестри, у якій компетентний фахівець посідає місце між випускником та професіоналом. В цілому модель складається з наступних рівнів процесу становлення професіонального фахівця: початківець, випускник медичного навчального закладу, компетентний фахівець, професіонал, експерт. Після дипломна освіта покликана формувати молодшого медичного спеціаліста на рівні компетентного фахівця, професіонала та експерта, що є досить новим і важливим завданням.

На думку канадських дослідників з проблеми компетентності медсестер, для успішного здійснення сестринського процесу медична сестра повинна володіти основними ключовими компетентностями; функціональними, соціальними та мотиваційними.

Функціональні компетентності включають такі вміння та навички:

- володіти основними маніпуляціями процедурної, постової, палатної медсестри і медсестри приймального відділення;

- розуміти і знати зміст сестринського процесу, його мету, етапи і правила реалізації;

- знати основні форми захворювань, особливості їх перебігу, ускладнення, проблеми, що виникають у пацієнтів, які страждають від цих захворювань;

- знати алгоритми невідкладних станів, володіти навиками їх виконання;

- знати основні лікарські засоби, що використовуються на практиці;

- знати особливості роботи в педіатричній практиці;

- уміти критично оцінювати ситуацію і швидко приймати правильне рішення;

- висловлювати обґрунтовані судження та приймати правильні рішення у межах своєї компетенції;

- скеровувати та спрямовувати необхідну медсестринську допомогу для забезпечення медичними послугами всіх груп населення;

- застосовувати теоретичні та практичні знання під час догляду та лікування для досягнення ефективних результатів лікування.

Соціальні компетентності включають такі вміння:

- поєднувати етичне використання технологічних та інформаційних технологій з метою покращення стану пацієнта;

- приймати нову точку зору інших спеціалістів або пацієнта та бути обізнаними не тільки у про-

філактичних заходах, але й у загальних технологіях, орієнтованих на людину;

- володіти етикою - дентологічним підходом до догляду за пацієнтом;

- розуміти мотиви поведінки людини;

- підтримувати прагнення населення бути здоровим через профілактичні заходи;

- впроваджувати трансферні технології між системою охорони здоров'я та суспільством;

- визнавати внески фахівців з інших секторів системи охорони здоров'я;

- бути лідерами у забезпеченні соціального захисту, справедливості із соціально-культурної адаптації для всіх прошарків населення;

- поєднувати принципи клінічного критичного мислення та творчості у практичній діяльності;

- сприяти формуванню медичної культури населення;

- вміти працювати у команді;

- володіти навичками професійного спілкування.

Мотиваційні компетентності включають наступне:

- мати бажання та прагнення до постійного навчання та винахідництва;

- прагнути самовдосконалення;

- вміти робити власний вибір у вирішенні проблемних ситуацій;

- бути мобільними та вміти легко адаптуватися до змін;

- мати внутрішню мотивацію щодо результатів своєї діяльності;

- вміти проводити самоаналіз діяльності.

Для оцінювання професійної компетентності використовуються два основні методи: практичний залік та теоретичний іспит.

До професійного лексикону медсестер уже увійшло поняття "сестринський процес", під яким розуміється системний підхід до надання сестринської допомоги, орієнтований на потреби пацієнтів. Мета підходу полягає в прагненні до вирішення або попередження проблем, що виникають у пацієнта через зміну стану здоров'я. Сестринський процес є серцевиною сестринської освіти. Завдяки йому медсестра набуває професійної незалежності, перетворюється у творчу людину. Сестринський процес – науковий метод сестринської практики, заснований на стандартах сестринських втручань і направлений на індивідуалізацію і систематизацію догляду за хворими.

У першому сенсі поняття "кваліфікований медсестринський догляд (або опіка)" пов'язане з наданням пацієнту допомоги для підтримання його звичного способу життя або для виконання тих функцій, які він звично здійснює без сторонньої допомоги. Під результатом висококваліфікованої медсестринської допомоги розуміють підготовленість хворого та членів його родини до вирішення проблем, пов'язаних із здоров'ям та захворюванням.

Існують чотири елементи, які повинні обов'язково входити до схеми оцінювання професійної компетентності:

- оцінювання професійної компетенції відповідно до загальнонаціональних професійних вимог до фахівців цієї галузі;
- самооцінювання,
- оцінювання практичних умінь та навиків під час практичної діяльності;
- оцінювання діяльності молодших медичних спеціалістів пацієнтами.

Сучасний етап розвитку світової медицини характеризується широким впровадженням засад доказової медицини і доказової профілактики. Проведені протягом останніх десятиріч багато-

центрові дослідження, що відповідають критеріям доказової медицини, показали, що реалізація профілактичних заходів призводить до вагомого зниження показників захворюваності та смертності.

Післядипломна освіта молодших спеціалістів з медичною освітою з 2010 року планується на базі Науково-практичного центру клінічної та профілактичної медицини. Новостворена структура, яка об'єднає освітянський підрозділ з науково-дослідним відділом, дозволить забезпечити високий рівень післядипломної освіти на основі комплексного системного аналізу і постійного зворотного зв'язку з первинною ланкою медичної допомоги.

Висновок. Таким чином, проблема формування професійної компетентності є актуальною на сучасному етапі становлення нового типу фахівця ланки первинної медико-санітарної допомоги. Процес формування компетентності та підвищення професійного рівня відбувається за допомогою проблемного та соціального навчання з урахуванням пізнавальної діяльності курсанта, гуманізації навчального процесу та об'єднання теоретичної і практичної підготовки.

СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ВІДДІЛЕНЬ ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ

Н. І. Рега, С. О. Ястремська, О. І. Зарудна

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

У статті висвітлено основні причини розвитку «синдрому клінічного вигорання» у медичних працівників паліативних відділень, його стадійний перебіг та основні напрямки профілактики.

EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME OF THE MEDICAL STAFF IN THE PALLIATIVE MEDICINE DEPARTMENTS

N. I. Reha, S. O. Yastremska, O. I. Zarudna

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

The article adduces the main causes of "clinical burnout syndrome" in palliative medical staff, its phasic course and main types of prevention.

Вступ. Робота медичного персоналу відділення паліативної допомоги пов'язана зі значною психоемоційною напругою та високим рівнем стресу. До основних психотравмуючих чинників для медичного персоналу [1] відділення паліативної медицини відносять:

1. Постійне перебування під час роботи у психоемоційно напруженій та частій стресовій ситуації.

2. Необхідність поєднувати маніпуляції з догляду за хворими із наявністю порушень моторної функції (парези, паралічі), розладами функції тазових органів, із колостомами, норицями, зонами пухлинного розпаду, кровотечами із елементами важкої фізичної праці.

3. Часто наявність психічних розладів у пацієнтів.

4. Часто виражена дезадаптивна поведінка та не завжди адекватне реагування родичів хворого на різноманітні ситуації.

5. Висока смертність серед пацієнтів та відповідне емоційне реагування на «втрату» внаслідок смерті пацієнта.

Необхідно зазначити, що наявність психічних розладів у пацієнтів та особливості догляду за хворими, які мають порушення моторної функції (парези, паралічі), розлади функції тазових органів,

робота з пацієнтами з колостомами, норицями вимагає від медичного персоналу особливої тактовності.

Основна частина. На термінальній стадії захворювання хворий та його родина зіштовхуються з низкою практичних проблем – потреба у спеціалізованій медичній допомозі, зміна звичного графіку роботи родичів або звільнення у зв'язку з необхідністю догляду за хворим, виникнення емоційних проблем та конфлікти в родині на тлі стресової ситуації, збільшення фінансових витрат. У зв'язку з погіршенням соматичного стану хворого останній часто потребує спеціалізованої медичної допомоги, особливо такої, що стосується купування вираженого болювого синдрому, легеневої недостатності, психотичних психічних розладів. Також зростає потреба у сторонній допомозі у зв'язку зі зменшенням здатності до самообслуговування. Важливим мотивом звернення до відділення паліативної допомоги є наявність «соціальних показань» – надання родині хворого часу для відпочинку, вирішення нагальних питань або ж обмеження найбільш вразливих членів сім'ї (дітей, людей похилого віку) від споглядання страждань, пов'язаних з хворобою та вмиранням [2].

Необхідно зазначити, що психіка хворого в термінальному періоді має свої особливості:

1. Значне обмеження отримання зовнішньої інформації внаслідок обмеження руху, втрати професійної діяльності, звуження кількості особистісних контактів на фоні тяжкої ендогенної інтоксикації та больового синдрому звужують інтереси хворого, зміщують життєві цінності та сприяють заглибленню хворого у самого себе.

2. Періоди активної психічної діяльності скорочуються, хворі швидко втомлюються, стають пасивнішими, наростає астения, апатія.

3. У емоційному статусі часто домінує відчуття безнадійності, пригніченість, зумовлені наявним комплексом симптомів хвороби, а також переживаннями стосовно прогнозу захворювання.

4. Часто наявні страхи, особливо щодо обмеження функцій організму, втрати здатності до самообслуговування.

5. Серйозним етапом стає розвиток хронічного больового синдрому та введення наркотичних знеболюючих засобів у комплекс лікувальних заходів.

6. На висоті больового синдрому може з'являтися схильність до реакцій гніву.

7. Психічний стан хворих, як правило, корелює з рівнем соматичного благополуччя, можливістю контролювати фізичні симптоми хвороби.

8. Можуть бути присутні особистісні реакції на прогноз захворювання, що описуються терміном «переживання втрати», тобто це реакція на скорочення фізичних, соціальних можливостей, зміни у психічній сфері.

Вважають, що психологічні особливості хворого на термінальній стадії захворювання зумовлені такими чинниками:

1. Швидкою зміною фізичного стану пацієнта з негативною тенденцією (постійне погіршення стану).

2. Високим рівнем соматичного дистресу (больовий синдром, дихальна недостатність, нудота, кахексія, асцит та ін.).

3. Обмеженими можливостями контролю за симптомами захворювання.

4. Домінуванням у психічному стані негативних емоційних переживань (тривоги, страху, зниженого настрою, гніву та агресії).

5. Часто нереалістичними (завищеними) сподіваннями щодо можливостей власного організму перебороти хворобу або щодо можливостей медицини.

6. Прогресивним виснаженням фізичного та психічного ресурсу хворого та людей із його близького оточення.

Психологічний стан членів сім'ї на термінальній стадії розвитку онкологічного захворювання пацієнта вирізняється послідовністю та етапністю особистісного реагування. Переживання виникають як неспецифічні та специфічні симптоми захворювання, що свідчать про прогресування хвороби та несприятливий прогноз захворювання. Неспецифічними симптомами погіршення стану хворого є слабкість, швидка втомлюваність, погіршення апетиту, зниження активності та здатності до самообслуговування. Специфічні ознаки хвороби включають кровотечі, жовтяницю, асцит, ознаки пухлинного розпаду, патологічні переломи, виражений больовий синдром, розлади дихальної та травної системи та ін. Зокрема, слід відмітити, що звістка про неможливість проведення специфічної протипухлинної терапії та переведення хворого на паліативне лікування для сімей стає сильним психотравмуючим фактором.

На тлі прогресування невиліковного захворювання та погіршення фізичного стану хворого, що виражається у поновленні симптомів хвороби та появи ускладнень, у поведінці членів родини у більшості випадків спостерігається модель гіперопіки. Переважно хворого оберігають від правди про діагноз, орієнтують на позитивну перспективу щодо лікування та видужання. Мотивами такої поведінки з боку сім'ї є уявлення, що знання про тяжкість захворювання, і, відповідно, страх перед стражданнями та очікування неминучої смерті є гіршими за саму смерть, також висловлюються побоювання щодо можливості вчинення пацієнтом суїциду. Тобто, така поведінка, на думку членів родини, оберігає самого хворого. Однак з часом створюється дисонанс між прогресуванням захворювання та відсутністю очікуваного ефекту від лікування. Тоді у відносинах з родиною та медичним персоналом у більшості випадків наростає напруження, виникають конфлікти. Усвідомлення родичами того, що не слід чекати так званої легкої смерті пацієнта, постійні запитання хворого відносно перспектив лікування та видужання, що виникають на фоні прогресивного погіршення соматичного стану, зростання емоційних та фізичних потреб хворого, зіткнення з власними суперечливими відносно хвороби, приводять до бажання вийти з даної ситуації шляхом переходу до моделі дистанціювання. Внутрішнє переживання відчуженості та дистанціювання від хворого часто викликають у родичів почуття провини, яке, у свою чергу, виступає вторинним психотравмуючим чинником.

Та, незважаючи на виснаження емоційних та фізичних сил родичів, як правило, на передній план виступає усвідомлення потреби здійснення догляду за тяжкохворим та почуття обов'язку. За умови успішного формування адаптації родичі навчаються справлятися з власними переживаннями, а також перебудовують відносини та перерозподіляють ролі у родині – відбувається повернення до «нейтральних» взаємин. Усвідомлення власної смерті може також надавати можливість рідним та хворому визначити для себе життєві пріоритети та краще пізнати себе, пережити залишок свого життя у всій повноті, тоді стосунки між сім'єю та пацієнтом стають партнерськими [3].

Внаслідок впливу професійного стресу у працівників паліативних відділень часто розвивається «синдром емоційного вигорання». Згідно з сучасними даними, під «емоційним вигоранням» розуміють стан фізичного, емоційного та розумового виснаження, який може виявлятися в у працівників соціальної сфери. Цей синдром включає три основні складові: емоційна виснаженість, деперсоналізація (цинізм) і редукція професійних досягнень. Під емоційним виснаженням розуміють відчуття емоційної спустошеності і втоми, викликане власною роботою. Деперсоналізація виявляється у цинічному ставленні до праці та до об'єктів своєї праці, зокрема, до пацієнтів. Нарешті, редукція професійних досягнень проявляється у виникненні у працівників почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неспішності у власній професійній діяльності.

Традиційно, чинники, що викликають «синдром емоційного вигорання», групують у два блоки: особливості професійної діяльності та індивідуальні характеристики особистості власне працівників. До індивідуальних чинників відносять: вік, стать, рівень освіти, сімейний стан, стаж роботи, особистісні особливості (витривалість, самооцінка, нейротизм, екстраверсія, інтраверсія). До професійних організаційних чинників відносять умови праці, виробничі перевантаження, тривалість робочого дня, характер праці, число пацієнтів, складність проблем у пацієнтів, характер і глибину контакту з клієнтом, участь у прийнятті рішень і т.п.

Специфічними проблемами медичного персоналу відділення паліативної допомоги є поява негативних емоцій при так званій «неефективності» медичного лікування, необхідність зглад-

жувати спалахи гніву пацієнтів та членів їх родин, постійне залучення в емоційні конфлікти, емоційне реагування на втрату тих, за ким здійснювався догляд, та труднощі в спілкуванні з хворим і його родичами.

Основні психологічні фактори виникнення синдрому професійного вигорання у працівників паліативного відділення:

1. Часта поява негативних емоцій (роздратування, гнів, відчуття провини), пов'язана з об'єктивною неможливістю реальної допомоги хворому.

2. Необхідність постійного контролю над власними емоційними реакціями.

3. Часта необхідність згладження негативних емоцій у пацієнтів та членів їх родин.

4. Постійна потреба пошуку ефективного спілкування з хворим і його родиною.

5. Потреба приймати складні рішення у напруженій ситуації.

Основні стресогенні чинники, пов'язані з роботою медичного персоналу відділення паліативної допомоги, класифікують таким чином:

- 1) організаційний;
- 2) ситуаційний загальний;
- 3) ситуаційний специфічний;
- 4) особистісний.

Організаційний чинник включає відсутність достатньої можливості для кар'єрного росту, численні обов'язкові освітні моменти, слабкі служби підтримки персоналу. До загального ситуаційного чинника відносять необхідність у розширеній базі знань, необхідність взаємодії з критично налаштованими хворими, наявність різноманітних етичних моментів, відсутність або слабкість служби з надання психологічної підтримки персоналу. До специфічного ситуаційного – брак досвіду, тягар важкої роботи, комунікативні проблеми у спілкуванні з пацієнтами та членами їх родини, висока смертність серед пацієнтів відділення. Особистісними джерелами стресу є невміння долати труднощі, низький соціально-економічний статус працівника, інколи особисті психічні розлади (зловживання алкоголем, психоактивними речовинами), наявність сімейної чи особистісної кризи, конфлікти з персоналом або пацієнтом, смерть пацієнта, з яким встановилися тісні зв'язки, початок роботи в новому відділенні, відсутність достатньої кількості вільного часу [4].

На сьогодні вважають, що у працівників відділень паліативної допомоги існує своєрідний адапта-

ційний період, що триває від 12 до 24 місяців і який складається із різних стадій, протягом яких досягається прогрес в удосконаленні навичок догляду за вмираючими пацієнтами. Медичний персонал проходить такі стадії:

- 1) «становлення інтелекту»;
- 2) «травма/емоційне виживання»;
- 3) «депресія»;
- 4) «емоційне вживання»;
- 5) «глибоке співчуття».

Враховуючи вищевикладене, медичний персонал, що працює з помираючими пацієнтами, має володіти не лише медичними маніпуляціями та мати високий рівень комунікативної компетентності, але і вміти контролювати власні емоційні реакції та стани, що виникають в процесі надання медичної допомоги хворому та самостійно регулювати рівень стресу. Необхідність психоосвітньої роботи для працівників відділень паліативної медицини є важливим елементом медичної освіти.

Існують такі методи психологічної допомоги працівникам відділень паліативної допомоги:

1. Психоосвіта.
2. Тренінг комунікативних навичок.
3. Тренінг поведінки в конфліктних ситуаціях.
4. Психологічне консультування та психокорекція.
5. Тематичні курси з психоонкології та паліативної медицини.

Тренінги для медичних працівників, як правило, орієнтовані на:

- Основи ефективного слухання.
- Використання у бесідах відкритих запитань та узагальнень.

- Покращення розпізнавання емоційних сигналів пацієнта.

- Регулювання власного емоційного стану.
- Підвищення емпатійності (розуміння пацієнта та співчуття до нього і співпереживання йому).

Отримані навички приводять, як правило, до формування достатнього терапевтичного альянсу з пацієнтом, і внаслідок залученості хворого до процесу лікування до покращення його психологічної адаптації.

Висновок. Синдрому емоційного вигорання серед співробітників медичної служби присвячені ряд робіт вітчизняних та зарубіжних вчених [5]. Результати проведених досліджень серед співробітників відділень паліативної допомоги свідчать про високу емоційну значимість для медпрацівників психотравмуючої ситуації та необхідність проведення серед них як психопрофілактичних, так і психокорекційних заходів. До заходів первинної психопрофілактики відносять, з одного боку, впровадження загальногігієнічних рекомендацій з оптимальної організації праці на робочому місці, режиму праці та відпочинку, з іншого – здійснення більш специфічних заходів, що коригують ініціальні прояви синдрому на доклінічному рівні і підвищують психологічну стійкість медичного працівника. Для вторинної профілактики та психологічної корекції синдрому вигорання при вже сформованій стадії «резистенції», заходи повинні бути спрямовані на запобігання переходу стану «резистенції» у фазу «виснаження», а при сформованому «виснаженні» – на недопущення хронізації психосоматичних і астено-депресивних розладів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Васильева А. Ю. Профессиональное выгорание медицинских работников онкологического профиля / А. Ю. Васильева // Архив психиатрии. – 2008. – Т. 14, № 2 (53). – С. 48 – 51.
2. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь / А. В. Гнездилов. – СПб. : Издательство «Речь», 2004. – 162 с.
3. Гнездилов А. В. Психические изменения у онкологических больных / А. В. Гнездилов // Практическая онкология. – № 1 (5). – 2001. – С. 5–13.

4. Орел В. Е. Исследование феномена психического выгорания в отечественной и зарубежной психологии / В. Е. Орел // Проблемы общей и организационной психологии. – Ярославль, 1999. – С. 76–97.

5. Palliative cancer care a decade later: accomplishments, the need, next steps—from the American Society of Clinical Oncology / F. D. Ferris, D. Bruera, N. Cherny [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2009. – Vol. 27. – P. 3052–3058.

АНАЛІЗ УСПІШНОСТІ ВИСТУПІВ БРИГАД ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА НАЦІОНАЛЬНИХ ВІДКРИТИХ ТА ОБЛАСНИХ ЧЕМПІОНАТАХ

А. А. Гудима, С. О. Ястремська, О. М. Креховська-Лепявко

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

У статті описано основні методики практичної діяльності бригад швидкої медичної допомоги на національних відкритих та обласних чемпіонатах, проаналізовано здобутки та розкрито подальші перспективи розвитку.

ANALYSIS OF EMERGENCY TEAMS' ACHIEVEMENTS AT THE NATIONAL AND REGIONAL OPEN CHAMPIONSHIPS

A. A. Hudyma, S. O. Yastremska, O. M. Krekhovska-Lepyavko

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

The article describes basic methods of ambulance teams' practical activities participating in the national and regional open championships, analyzes the achievements and further perspectives.

Вступ. Аналізуючи діяльність виступів українських команд порівняно із закордонними, зокрема польськими, литовськими, румунськими і молдовськими, де відбулася суттєва реорганізація служби ШМД, потрібно сказати, що вдосконалення цієї служби – це не тільки технічне переоснащення, забезпечення сучасними засобами зв'язку, аеромобільним транспортом і т.п., це, насамперед, формування нового виду ментальності медичного працівника, у якого головною метою стає порятунок життя людині, формування виїзної бригади як колективу односторонців із чітким розподілом ролей у процедурі надання медичної допомоги відповідно до прийнятих медико-технологічних стандартів, максимально ергономічне облаштування карети швидкої допомоги і медичного майна, щоб жодна секунда не була згаяна під час порятунку життя людини. Крім того, це раціональна організація виїздів бригад ШМД на основі застосування сучасних інформаційних технологій та формування в суспільстві особливого ставлення до медиків у каретах швидкої допомоги.

Основна частина. У цьому сенсі важливим є проведення конкурсів серед виїзних бригад ШМД. Їх роль полягає, передусім, в особистому вдосконаленні, яке забезпечується участю в реалізації різноманітних типових і нетипових клінічних ситуацій з подальшим їх аналізом, прослуховуванням лекцій провідних фахівців з актуальних проблем екстреної медичної допомоги і медицини катастроф, оглядом найсучаснішого майна для роботи "швидкої", участю в майстер-класах з відпрацювання окремих елементів його використання чи технологій надання медичної допомоги, особистим спілкуванням з колегами інших міст, із-за кордону, що у кінцевому результаті дає потужний позитивний емоційний заряд, який підкреслює вагомість особистої ролі у житті суспільства. Важливим елементом конкурсів ШМД є нагода зустрітися керівникам служби ШМД різних регіонів держави з представниками Міністерства охорони здоров'я і республіканськими спеціалістами, що дає змогу оперативно обговорити стан справ, намітити у неформальній обстановці шляхи подальшого вдосконалення. І, зрештою, ще одним корисним елементом конкурсів ШМД є організація спільних навчань для всіх учасників та обмін досвідом роботи. Частіше це стосується

ситуацій з масовими ураженнями, які трапляються не часто, й тому рівень підготовки виїзних бригад ШМД є недостатньо високим.

Отже, конкурси бригад ШМД – це унікальна можливість систематичного аналізу досягнень і прорахунків, обміну досвідом, неупередженого спілкування керівного складу служби і дискусії з насущних проблем організації діяльності.

Тому не дивно, що в рамках міжнародного гранду, який отримав Львівський територіальний центр ЕМД і медицини катастроф, одним із завдань була організація таких конкурсів. Львів'яни успішно провели Галицькі медичні раллі – 2006, 2008 і 2009, в яких відповідно взяли участь 12, 17 і 31 екіпаж. Сам факт зацікавлення конкурсом з боку станцій і відділень ШМД, розширення його географії вказує на великий інтерес серед медичних працівників і доцільність їх проведення в Україні.

З ініціативи колективу кафедри ЕМД і медицини катастроф (МК) з курсом військової підготовки Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського започатковано проведення Національних чемпіонатів ШМД. Перший і другий відбулися на базі На-

вчально-оздоровчого комплексу “Червона калина” медичного університету, відповідно, у 2008 і 2010 роках. Третій – з ініціативи Хмельницького територіального центру ЕМД і МК – у м. Кам’янець-Подільський Хмельницької області в липні 2011 року. Географія команд та їх рейтинг представлений у таблицях 1–3.

Аналіз даних таблиць 1–3 дозволяє відмітити щорічне розширення географії учасників Національних чемпіонатів. Якщо Галицькі медичні раллі відбувалися практично безкоштовно для учасників (за винятком затрат на проїзд), то Національні чемпіонати відбувалися за фінансування командами та їх керівництвом, що вказує на зацікавленість служби ШМД у проведенні таких змагань.

На I і II Національних чемпіонатах закордонні команди показали значно кращий результат і домінували у групі абсолютних лідерів. Проте вже під час III Національного чемпіонату групу лідерів очолили українські команди із м. Заліщики Тернопільської обл. та медична клініка “Борис”. Цей успіх є вагомим аргументом того, що незважаючи на форму власності лікувальних закладів (державна чи приватна), в Україні існують можливості

Таблиця 1. Перелік учасників та їх рейтинг I Національного відкритого чемпіонату бригад ШМД (2008 рік)

Команда	Всього балів	Загальний рейтинг
Максимальна кількість балів	600,0	1
м. Куров (Республіка Польща) (краща закордонна команда)	431,0	2
м. Вінниця (I місце)	424,0	3
м. Люблін (Республіка Польща)	422,5	4
Клініка “БОРИС” (II місце)	421,5	5
м. Бельсько-Бяла (Республіка Польща)	413,5	6
м. Краків (Республіка Польща)	408,0	7
м. Жешув (Республіка Польща)	407,0	8
Центр ЕМД і МК м. Львів (III місце)	405,0	9
м. Тернопіль	403,5	10
м. Чернівці	389,0	11
м. Кіцмань, Чернівецька обл.	376,0	12
м. Запоріжжя	375,5	13
Центр ЕМД і МК м. Хмельницький	362,5	14
м. Київ	346,0	15
м. Біла Церква, Київська обл.	337,5	16
м. Сімферополь	336,0	17
МК “INTO-SANA”, м. Одеса	329,5	18
Клінічний госпіталь Державної прикордонної служби, м. Львів	322,0	19
м. Суми	311,5	20
Тернопільський район	292,5	21

Таблиця 2. Перелік учасників та їх рейтинг II Національного відкритого чемпіонату бригад ШМД (2010 рік)

Команда	Всього	Загальний рейтинг
Максимальна кількість балів	1300,0	1
м. Хелм (Республіка Польща) (краща закордонна команда)	1108,0	2
м. Краків (Республіка Польща)	1095,5	3
Медична клініка “Борис”, м. Київ (I місце)	987,5	4
м. Бельсько-Бяла (Республіка Польща)	970,5	5
Клінічний госпіталь Державної прикордонної служби, м. Львів (II місце)	944,5	6
м. Каунас, (Литва)	919,0	7
м. Тернопіль (III місце)	917,5	8
Клініка персоналізованої медицини “Євролаб”, м. Київ	893,5	9
м. Запоріжжя	858,0	10
м. Київ	839,0	11
м. Біла Церква	814,5	12
Збірна команда студентів Львівського і Тернопільського медичних університетів	787,0	13
м. Харків	786,0	14
Центр ЕМД і МК м. Хмельницький	777,5	15
м. Луцьк	774,5	16
м. Івано-Франківськ	760,5	17
м. Чернівці	749,5	18
м. Воловець, ЦРЛ, Закарпатська обл.	720,0	19
м. Вільнюс, Литва	711,0	20
м. Черкаси	668,0	21
м. Кіцмань, Чернівецька обл.	648,5	22
м. Дніпропетровськ	645,0	23
м. Сімферополь, АР Крим	635,5	24
м Луганськ	635,5	25
Медичний Центр “Фіторія”, м. Львів	582,5	26

для підготовки і оснащення на достатньо високому рівні виїзних бригад ШМД.

Привертає увагу той факт, що команди, які увійшли у трійку призерів кожного чемпіонату, з Вінниці, медичної клініки “Борис”, ШМД м. Тернопіль, відділення ШМД Заліщицької ЦРЛ, Клінічного госпіталю Державної прикордонної служби України (м. Львів), Центру ЕМД і МК, м. Львів вже мали попередній досвід участі в конкурсах (у Польщі, на Галицьких медичних раллі, обласних конкурсах, які протягом останніх трьох років проходять у Тернопільській області). На III Національному чемпіонаті показали високий результат (увійшли в десятку кращих) команди з Рівненської області та Буковини. В цих регіонах у 2011 році теж відбувся Перший обласний конкурс. Отже, участь в конкурсах спонукає до поглиблення знань, успішнішого використання наявних

матеріально-технічних ресурсів карети ШМД і свідчить про важливе значення конкурсів для вдосконалення рівня підготовки виїзних бригад. Крім цього, учасники більшості із зазначених команд пройшли додатковий вишкіл з питань ЕМД, зокрема курс ALS (Advanced Life Support) у Польській раді реанімації в Республіці Польща. Цей факт свідчить про недосконалість вітчизняної системи підготовки з питань екстреної медичної допомоги, зокрема ситуацій, які завершуються клінічною смертю.

Окремо слід зупинитися на кращій закордонній команді I Національного чемпіонату. Нею стала команда мисливської пожежної станції м. Куров (Республіка Польща), яка перемогла професійні команди польських вєводських станцій і стала абсолютним чемпіоном. Склад команди – 1 фельдшер і 2 медсе-

Таблиця 3. Перелік учасників та їх рейтинг III Національного відкритого чемпіонату бригад ШМД (2011 рік)

Команда	Всього	Загальний рейтинг
Максимальна сума балів	750,0	1
м. Заліщики, Тернопільська обл. (I місце)	682,5	2
Медична клініка “Борис”, м. Київ (краща приватна клініка)	682,5	3
м. Краків, Республіка Польща (краща закордонна команда)	675,0	4
м. Каунас, Литва	654,0	5
Клініка “Добробут”, м. Київ	652,5	6
м. Харків (II місце)	631,5	7
Центр ЕМД і МК м Львів (III місце)	626,5	8
ШМД поліклініки ДУС, м. Київ	607,0	9
м. Вільнюс, Литва	600,0	10
м. Рівне	593,0	11
м. Чернівці	586,5	12
м. Сторожинець, Чернівецька обл.	580,0	13
м. Івано-Франківськ	552,0	14
м. Кіцмань, Чернівецька обл.	543,5	15
м. Березне, Рівненська обл.	524,5	16
м. Тернопіль	518,5	17
м. Черкаси	515,5	18
Центр ЕМД і МК, м. Київ № 2	498,0	19
Центр ЕМД і МК, м. Київ № 1	495,0	20
м. Дунаївці, Хмельницька обл.	487,5	21
м. Біла Церква, Київської обл.	480,5	22
Клініка “Фіторія”, м. Львів	473,5	23
Клінічний госпіталь Державної прикордонної служби України, м. Львів	471,5	24
Студенти Національного медичного університету імені О. О. Богомольця	453,5	25
м. Луцьк	440	26
Центр ЕМД і МК, м. Хмельницький	418,5	27
м. Воловець, Закарпатська обл.	415	28
м. Анрацит, Луганська обл.	393,5	29
м. Вінниця	387,5	30
м. Первомайськ, Миколаївська обл.	273	31

стри. Основа успіху – ретельне, відпрацьоване до автоматизму виконання протоколів з невідкладної медичної допомоги. Отже, розробка науково обґрунтованих і доказових протоколів з медицини невідкладних станів і їх обов’язкове виконання є насущною проблемою діяльності служби ШМД і запорукою успішної діяльності як під час конкурсів, так і під реальних виїздів на виклики. На жаль, в Україні останні протоколи з медицини невідкладних станів датуються 2005 роком і не відповідають сучасному баченню технологій надання

медичної допомоги пацієнтам у невідкладних станах на догоспітальному етапі.

На II Національному відкритому чемпіонаті (2010 р.) в порядку експерименту серед лікарських бригад відділення ШМД Кіцманської центральної районної лікарні виставило фельдшерську бригаду у складі двох фельдшерів та одного водія. Команда посіла 22 місце у загальному заліку із 26 можливих. Команда показала типові помилки, що були характерні більшості команд другої половини турнірної таблиці:

1. При наданні допомоги постраждалим у ДТП та падінні з висоти судді відмітили такі типові помилки:

- більшість команд не оцінювала рівень власної безпеки, поганою була координація з рятувальниками, які були присутніми на місці пригоди;
- не проводився огляд місця пригоди з метою виявлення всіх постраждалих;
- первинний огляд відбувався хаотично, не всі бригади визначали пульс на сонній і променевої артерії, мало хто акцентував увагу на тактильній температурі тіла та капілярному наповненні;
- допускалися помилки під час вкладання постраждалого на довгу транспортувальну дошку;
- інгаляцію кисню потерпілим проводили тільки окремі команди;
- деякі бригади намагались розмістити усіх постраждалих до однієї карети ШМД, не виконувалися елементи сортування щодо черговості евакуації, не викликалися додаткові бригади на допомогу;
- вторинний огляд виконували тільки поодинокі команди. Його проведення було несистемним і не в повному об'ємі;
- при визначенні подальшої допомоги у салоні карети ШМД дорогою до лікувальної установи окремі бригади взагалі не намагались її виконувати;
- рідко використовувалося термопокривало.

Судді зробили висновок, що найменше балів практично у кожній українській команді було виставлено за відсутність реальної співпраці з працівниками міліції і рятувальниками.

2. При оцінюванні конкурсантів з надання медичної допомоги потопельнику судді відмітили такі типові помилки:

- не усі українські команди мали достатню кількість обладнання для проведення серцево-легенево-церебральної реанімації на березі озера, з чим не було проблем у польських команд;
- ряд команд намагались розпочати реанімаційні заходи безпосередньо в надувному човні, що, враховуючи особливості його конструкції і те, що він уже знаходився біля берега, було недоцільним і малоефективним;
- близько 20 % команд не забезпечили іммобілізацію шийного відділу хребта комірцями, хоча ці засоби були в їхньому арсеналі. Не було виконано навіть ручної фіксації. Також не всі учасники дотримувались правил синхронного перетранспортування постраждалого з човна на щит;

- лише 70 % команд належним чином приділили увагу іншим присутнім на місці події, застосувавши адекватні заходи для її заспокоєння, що в кінцевому результаті дозволило їм працювати без зайвих перешкод.

- третина команд вдалася до поверхневих, застарілих методик визначення абсолютних ознак клінічної смерті, не оцінивши належним чином (впродовж 10 секунд) наявність дихання, пульсу над магістральними судинами, стану зіниць;

- частина учасників розпочала проведення штучної вентиляції легень без попередньої санації зовнішніх дихальних шляхів, в подальшому не подавши до мішка Амбу належного потоку кисню;

- майже половина команд не дотримувалась правильного співвідношення ШВЛ до непрямого масажу серця, а саме 2 : 30. Декілька учасників змагань не виконали інтубацію трахеї, хоча мали в своєму арсеналі необхідне для цього обладнання;

- абсолютна більшість команд після забезпечення прохідності дихальних шляхів розпочали серцево-легеневу реанімацію відразу ж провівши оцінку ритму, що відповідає нормативам ALS, проте окремі колективи вибрали не оптимальний шлях введення ліків – інтратрахеальний, хоча загальновідомо, що найкращим методом для введення медикаментів під час реанімації є внутрішньовенний шлях. Крім того, введення 1 мл 0,1 % розчину адреналіну до інтратрахеальної трубки не приведе до утворення його оптимальної терапевтичної концентрації у плазмі крові потерпілого.

3. У більшості українських команд виникли труднощі під час надання медичної допомоги постраждалим в умовах масових уражень. Зрозуміло, що найважливішим було організувати надання медичної допомоги, правильно провести, насамперед, медичне сортування. Однак в українських медико-технологічних стандартах критеріїв, за якими можна визначити уражених тяжкого, середнього і легкого ступеня, немає. Так само немає критеріїв визначення постраждалих, стан яких несумісний з життям і яким тільки полегшують страждання. Більш того, в Україні не розроблені сортувальні талони, придатні для медицини катастроф. Все це стало основною проблемою, яка не стільки залежала від умінь кожної команди, скільки від недосконалості системи медицини катастроф в Україні. Проте деякі ук-

раїнські команди продемонстрували хороші знання наведених систем сортування, мали при собі найпростіші сортувальні мітки червоного (тяжкоуражений), жовтого (уражений середнього ступеня тяжкості), зеленого (легкоуражений) та чорного (неможливо врятувати) кольорів. Представники цих команд були учасниками чи спостерігачами перших спільних українсько-польських навчань з медицини катастроф, які відбулися на базі "Червоної калини" у листопаді 2007 року. Кафедра ЕМД і МК з курсом військової підготовки Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського та фахівці аналогічної кафедри Ягелонського університету (м. Краків, Республіка Польща) на моделі зіткнення двох автобусів на автобусній зупинці продемонстрували в реальному часі із використанням трьох пожежно-рятувальних команд, наряду міліції та семи карет ШМД з Тернополя, Львова (Клінічний госпіталь державної прикордонної служби), Кіцмані, Києва (клініка "БОРИС") та Бельсько-Бяло європейську технологію організації надання медичної допомоги при масовому ураженні із використанням систем сортування "START" (Newport Beach Fire Department and Hoag Memorial Hospital, Kalifornia, USA) та "jumpSTART" (Developed by Lou E. Roming MD, FAAP, FACEP Miami Children's Hospital Miami-Dale Fire Rescue Department Medical Director, FL/5DMAT). При цьому використовували сортувальні талони, розроблені доктором Аркадіушем Тшосом (Ягелонський університет), відтворені ідентично українською мовою.

Головними помилками у цьому конкурсі були:

- погана взаємодія з представниками рятувальних служб, міліції, працівниками Червоного Хреста;
- мало хто інформував диспетчера про масове ураження й викликав підмогу;
- недостатню увагу приділяли легкоураженим "зеленим", роботу з якими можна було доручити

будь-кому, незадіяному у процедурі рятування. Практично не забезпечувалася психологічна підтримка цієї категорії постраждалих;

- більшість з українських команд не виконала п'яти реанімаційних вдихів немовляті із симптомом апное, після чого дитинка починає дихати й відноситися до категорії "червоних";
- не всі команди організували пункти збору окремо "червоних", "жовтих" і "зелених". Цьому перешкоджала відсутність транспортувальних щитів у пожежних;
- практично всі команди розгубилися, як визначити серед категорії "червоних" потерпілого, стан якого був найважчим, щоб з ним займатися до приїзду інших бригад;
- не всі команди діяли злагоджено, було багато хаотичних дій.

Польські команди продемонстрували кращі вміння і навички до дій при масових ураженнях, що свідчить про більшу увагу в цій країні до проблеми масових уражень.

Значний інтереси викликали Буковинські медичні раллі – 2012, адже половина команд-учасниць були фельдшерськими.

Результати змагань свідчать, що 62,5 % фельдшерських команд, які брали участь у чемпіонаті, розташувалися відразу за трійкою переможців – лікарських бригад. Аналіз середньої успішності за конкурсами був наступним (табл. 4).

З таблиці 4 видно, що за середньою сумою балів фельдшерські бригади відстають лише на 11,0 %. У конкурсах "Кордон" (надання медичної допомоги хворому на контрольно-пропускному пункті на кордоні із особливо-небезпечною інфекцією (холерою) та за характером оснащення оцінки як у лікарських, так і у фельдшерських бригад були практично однаковими.

У конкурсі "Ларисо, де ти Ларисо!" з числа бригади виключалася одна особа й була необхідність проведення реанімаційних заходів. При цьому лікарські бригади працювали у трьох (2

Таблиця 4. Порівняльний рейтинг лікарських і фельдшерських бригад під час Буковинських медичних раллі – 2012

Склад бригади	Конкурси					Сума
	"Кордон"	"Ларисо, де ти Ларисо!"	"Оснащення карет ШМД"	"Стоянка"	"Веселий автобус"	
Лікарські	54,3	72,7	129,7	38,8	109,7	405,2
Фельдшерські	49,2	54	131,8	56,4	69	360,4

фельдшери і водій), а фельдшерські тільки удвох (фельдшер і водій).

Тому зрозуміло, що відставання фельдшерських бригад становило 25,7 % від лікарських. Цей факт додатково вказує на необхідність присутності трьох підготовлених осіб для успішного проведення реанімаційних заходів. Враховуючи той факт, що загальна сума балів у цьому конкурсі була 100, то фельдшерські бригади із 3 осіб справились ледве на 70%, а фельдшерські бригади із двох осіб – ледве на 50 %. Іншими словами, неповна фельдшерська бригада (2 особи), що найчастіше відмічається в українських реаліях не здатна адекватно надати допомогу у випадку клінічної смерті, навіть при наявності повного оснащення, що засвідчив аналогічний конкурс "Оснащення карет ШМД", де було виявлено, що і лікарські, і фельдшерські бригади були оснащенні практично ідентично.

У конкурсі "Веселий автобус", у якому було троє постраждалих й одному з них на тлі передозування наркотиків необхідно було виконувати реанімаційні заходи, повноцінні лікарські бригади (у складі 4-х осіб) справились найкраще з перевагою у 47,1 % балів порівняно із аналогічними фельдшерськими бригадами (із 3-х осіб).

Разом з тим, у конкурсі "Стоянка" кращими виявилися фельдшерські бригади. Їх відставання від максимально можливої суми балів (90 балів) склало 37,3 %, тоді, як у лікарських бригад – 56,9 %, що, по-перше, підкреслює відсутність ефективних технологій надання ЕМД при масових ураженнях в Україні, а також відомий постулат медицини катастроф, який говорить про те, що чим більше число постраждалих, тим менше значення має кваліфікація медичних працівників.

Загальною рисою цього чемпіонату, як в ряді випадків Національних, є невисокий рівень підготовки та бажання брати участь в наданні медичної допомоги у водіїв карет ШМД, що неприпустимо у країнах Європи.

Висновок. Таким чином, наведені у розділі результати дозволяють сформулювати висновки:

1. Команди країн Євроспільки, зокрема польські команди, краще підготовлені і забезпечені до виконання дій з екстреної медичної допомоги, ніж українські.

2. Ретельна реалізація медико-технологічного стандарту (протоколу) є запорукою успішного надання медичної допомоги постраждалим. Протоколи вимагають систематичного перегляду й оновлення відповідно до досягнень сучасної науки і техніки. Доцільним є врахування стандартів Американської асоціації кардіологів та Європейської ради реанімації. У зв'язку з цим на часі створення Української ради реанімації.

3. Подальшої роботи вимагає уніфікація оснащення карет ШМД. Проте на сьогодні працівники "швидкої" не використовують наявну апаратуру, вироби медичного призначення та медикаменти в повному обсязі для надання медичної допомоги постраждалому ще домінує в ментальності працівників ШМД.

4. Катастрофічною є ситуація з алгоритмом дій в умовах масових уражень. До медицини катастроф слід віднести як до окремої медичної технології, починаючи з етапу планування медичного забезпечення масових заходів, закінчуючи правилами дій у вогнищі ураження, взаємодії служб, розуміння кінцевої мети – врятувати якомога більше людей. Насамперед – це розробка алгоритму дій і взаємодії між службами у вогнищі ураження, прийняття на озброєння технології медичного сортування, розробка сортувальних талонів, підготовка і перепідготовка працівників ШМД з цих питань.

5. У роботі виїзної бригади вагоме значення відводиться водіям. В його обов'язки повинна входити допомога лікарю чи фельдшеру з різноманітних питань надання екстреної медичної допомоги. Тому такій категорії працівників слід дати змогу одержати первинну медичну освіту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гудима А. А. До питання вдосконалення екстреної медичної допомоги при масових ураженнях / А. А. Гудима, М. Я. Джус, Р. М. Ляхович // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції "Актуальні питання екстреної медичної допомоги і медицини катастроф", (9-10 червня, м. Тернопіль). – Тернопіль : Укрмедкнига, 2010. – С. 12-13.
2. Ковальчук Л. Я. Сучасний стан вдосконалення підготовки студентів та інтернів з питань екстреної і невідкладної медичної допомоги у Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського / Л. Я. Ковальчук, І. Р. Мисула // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції "Актуальні питання екстреної медичної допомоги і медицини катастроф", (9-10 червня, м. Тернопіль). – Тернопіль : Укрмедкнига, 2010. – С. 6-7.
3. Мельник І. В. Система підготовки та методика викладання на тренінгах для медичного персоналу / І. В. Мельник, І. Л. Мокрий // Зб. матер. Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю "Єдина система екстреної медичної допомоги. Створення та перспективи розвитку в Україні", (м. Рівне, 22 - 23 березня 2012 року). – К. : ТОВ "НВП "Інтерсервіс", 2012. – С. 53-54.
4. Основні завдання щодо реалізації державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на 2010 рік / З. М. Митник, Г. Г. Рошчін, М. Д. Близнюк [та ін.] // Матеріали наукового симпозіуму "Проблемні питання медицини невідкладних станів", (20-21 квітня 2010 р., м. Київ). – К., 2010. – С. 13–15.
5. Першочергові заходи щодо подальшої розбудови єдиної системи надання екстреної медичної допомоги / З. М. Митник, Г. Г. Рошчін, М. Д. Близнюк [та ін.] // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції "Актуальні питання екстреної медичної допомоги і медицини катастроф", (9-10 червня 2010 р., м. Тернопіль). – Тернопіль : Укрмедкнига, 2010. – С. 3–4.
6. Наказ МОЗ України № 24 від 17.01.2005 р. "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги".
7. Наказ МОЗ України від 01.06.2009 р. № 370 "Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги".
8. Наказ МОЗ України від 28.04.2009 р. № 283 "Про удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги".
9. Наказ МОЗ України від 12.05.2008 р. № 245 "Про затвердження плану реалізації заходів щодо забезпечення виконання Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року".

ВИКОРИСТАННЯ ПОТЕНЦІАЛУ ПРАКТИЧНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ПІДГОТОВЦІ СУЧАСНОГО СПЕЦІАЛІСТА

П. Є. Мазур, Л. Л. Стаднюк, Є. Л. Горошко

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського

У статті висвітлено основні засади організації практичного тренування студентів Кременецького медичного училища імені Арсена Річинського, що ґрунтуються на тісній співпраці викладачів училища та працівників практичної охорони здоров'я. Така співпраця дає студенту можливість отримати повне уявлення про майбутню професію, сформувати професійні, соціальні і психологічні компетенції, які необхідні для самореалізації, самовдосконалення і самоствердження в суспільстві.

USING OF THE POTENTIAL OF PRACTICAL HEALTH CARE IN THE TRAINING OF A MODERN SPECIALIST

P. Ye. Mazur, L. L. Stadnyuk, Ye. L. Horoshko

Kremenets Medical College by Arsen Richynskyi

The article adduces the main principles of students' practical training organisation of Kremenets Medical College by Arsen Richynskyi, that are based on close cooperation of teachers and doctors. This cooperation provides a student with a complete picture about the future profession, helps to form professional, social and psychological competencies that are necessary for self-improvement and self-affirmation in society.

Вступ. Формування та всебічний розвиток особистості, забезпечення умов для самовизначення і самореалізації – головна мета галузі освіти на сучасному етапі побудови розвинутого демократичного суспільства. Підготовка висококваліфікованих фахівців є основним завданням вищих навчальних закладів I – II рівнів акредитації.

Перебудова вищої освіти передбачає підготовку спеціалістів на більш високому рівні, який повинен відповідати вимогам ринкових відносин, поєднувати глибокі фундаментальні теоретичні знання та практичні навички. Для здійснення цього завдання навчання сучасного спеціаліста повинно проводитися в тісному взаємозв'язку із лікувально-профілактичними закладами.

Основна частина. Зв'язок нашого училища із практичними базами забезпечує наказ Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА №146 від 16.10.2006 р. "Про затвердження лікувально-профілактичних закладів області базами

для проведення практики студентів Чортківського державного медичного коледжу та Кременецького медичного училища", згідно з якими базами для проведення виробничої і переддипломної практики призначено 26 ЛПУ обласного, районного і міського підпорядкування.

Кременецька ЦРКЛ призначена базою для проведення навчальної практики.

Зі всіма базами укладено угоди на термін 5 років.

Важливим елементом зв'язку є ведення паспортів баз, за якими можна судити про потужність лікувального закладу, його відповідність певному виду і програмі практики. Їх дані враховуються при направленні студентів різних спеціальностей на виробничу чи переддипломну практику.

Методичними керівниками практики є викладачі училища, які під час перевірки проходження практики працюють не лише із студентами, а й із загальними і безпосередніми керівниками практики, якими є керівники ЛПУ і їх підрозділів (завідувачі і старші медсестри відділень).

Практика починається із зустрічі студентів із керівником і фахівцями лікарні, це дає можливість більш глибоко ознайомитися із вибраною професією.

Керівники практики бази організують роботу практикантів відповідно до робочої програми і графіка проходження практики, проводять інструктаж з охорони праці, здійснюють облік їх роботи, організують проведення лекцій і семінарів, здійснюють поточний контроль, проводять заміри практичних навичок і вмінь студентів, роблять висновок про їх роботу, дають рекомендації щодо покращення організації практичного навчання.

Усі студенти перед проходженням практики отримують індивідуальні завдання відповідно до фаху і програми практики. Виконати ці завдання їм допомагають безпосередні і загальні керівники практики. Тематика завдань різноманітна. Наприклад, "Поширеність гіпертонічної хвороби серед населення району", "Використання лікувальної фізкультури у комплексному лікуванні гіпертонічної хвороби", "Застосування лікарських засобів при соматичній патології у дітей", "Екстрагенітальна патологія і вагітність".

Під час виробничої і переддипломної практики кожен студент веде щоденник, оформлення якого також контролюють керівники баз практики. У щоденники студенти вносять короткі відомості про самостійно виконані завдання, про роботу із медичним інструментарієм, про організацію роботи на ділянці, де проходить практика, фіксують особисті спостереження, характер виконаних робіт, вказують, яку допомогу отримали від провідних фахівців ЛПУ.

Наступним важливим елементом зв'язку училища і ЛПУ є зустрічі з завідувачем практики, адміністрацією училища, із загальними і безпосе-

редніми керівниками практики на місцях і їх відгуки про роботу студентів та базову підготовку.

Керівники баз беруть участь у проведенні диференційованого заліку із практики, входять до складу державної кваліфікаційної комісії, а також у підсумковій конференції за результатами практики. Звичайно, в цьому випадку це в основному працівники Кременецької ЦРКЛ. Хотілось би, щоб на цих конференціях були присутні керівники практики з інших баз.

Окремо хочу зупинитись на співробітництві із працівниками Кременецької ЦРКЛ, на базі якої розгорнуто 10 навчальних кабінетів: у хірургічному, дитячому, дерматовенерологічному, фізіотерапевтичному, інфекційному, терапевтичному, неврологічному, пологовому, поліклінічному, ЛОР-очному відділеннях. У цих кабінетах проводять навчальні практичні заняття з відповідних дисциплін, що дає можливість широко поєднувати теоретичні знання і практичні вміння.

Крім цих позитивних елементів взаємозв'язку практичної охорони здоров'я і навчального закладу, є й труднощі, які передусім пов'язані зі специфікою певних дисциплін, особливо це стосується акушерства і гінекології. В цих відділеннях особливо увагу студентів викладачі та працівники відділень звертають на етико - деонтологічні питання.

Висновок. Взаємозв'язок практичної охорони здоров'я і ВНЗ сприяє формуванню професійних вмінь та навичок, трудової та професійної дисципліни, розширенню, поглибленню і закріпленню теоретичних знань та залучення до праці. Студент отримує повне уявлення про майбутню професію, формує професійні, соціальні і психологічні компетенції, необхідні для самореалізації, самовдосконалення і самоствердження в суспільстві.

ЛІТЕРАТУРА

1. Наказ Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА №146 від 16.10.2006 р. "Про затвердження лікувально-профілактичних закладів області базами для проведення практики студентів Чортківсько-

го державного медичного коледжу та Кременецького медичного училища".

2. Ключенко В. Практичне навчання – пріоритетний напрям в навчальному процесі коледжу / В. Ключенко // Освіта, технікуми, коледжі. – 2011. – № 3, 4.

РОЛЬ НАУКОВО-ДОСЛІДНОЇ РОБОТИ В ПРАКТИЧНОМУ НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ

П. Є. Мазур, Л. Л. Стаднюк, Н. П. Колотило

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського

У статті обґрунтовано важливість та подано методи проведення науково-дослідної роботи студентів медичного училища. Проводячи пошуково-дослідну роботу, студенти отримують попередню соціалізацію фахової підготовки, активно готуються до майбутньої професійної діяльності.

ROLE OF RESEARCH WORK IN THE PRACTICAL TRAINING OF STUDENTS

P. Ye. Mazur, L. L. Stadnyuk, N. P. Kolotylo

¹Kremenets Medical College by Arsen Richynskiy

The article adduces the methods of scientific research of medical school students. The students get the previous specialization of professional preparation carrying the research work out.

*“Пізнання само по собі
є дивовижним, чудовим процесом,
що пробуджує живий і незгасний інтерес”.*
(В. О. Сухомлинський)

Вступ. Завдання викладача – пробуджувати та зміцнювати пізнавальні процеси. Цьому сприяють виконання студентами науково-дослідних робіт (НДР), які є важливим компонентом їх підготовки до професійної діяльності, формування наукового світогляду, здатності знаходити розв’язання життєвих проблем, а також спонукає їх до самостійності і творчого підходу до справи, вміння постійно вчитися, поновлювати свої знання, мати “наскрізні” вміння.

Основна частина. У нашому навчальному закладі створена система безперервної науково-дослідницької підготовки студентів. Зміст і структуру цієї системи визначають такі цілі:

- привити студентам стійку цікавість до самоосвіти, науково-дослідницької і експериментальної роботи;
- дати необхідні знання про структуру, зміст і методику проведення НДР;

- формувати у кожного студента навик і вміння НДР, необхідні в майбутній професії;
- розвивати гнучке методичне мислення, виробляти творчий науковий підхід до роботи;
- здійснювати відбір найздібніших студентів і залучати їх до розробки наукових проблем особистих методик;
- сприяти втіленню в практику роботи результатів наукових студентських досліджень.

Вибір теми, мети та завдань проведення НДР студентами визначається реаліями самого життя, повинні представляти безсумнівний інтерес для тих, хто нею займається.

У Кременецькому медичному училищі імені Арсена Річинського є давні традиції плекання наукової думки, духу творчого пошуку. Для проведення НДР створено студентське наукове товариство, проводяться конференції із НДР студентів, переможці яких беруть участь у регіональних, міжрегіональних науково-практичних конференціях і міжнародних медичних конгресах студентів та молодих вчених, видаються збірники тез кращих студентських робіт, інформаційні листки, бюлетені, стінгазети. Студенти працюють в наукових гуртках при кабінетах загальноосвітніх і медичних дисциплін, а також виконують пошукові роботи під час проходження

виробничої і переддипломної практик. При проведенні НДР керівники допомагають студентам розібратися у досить складному комплексі проблем, виробити власне ставлення та відповідну життєву ситуацію.

Науково-пошукова робота проводиться з таких проблем медицини та суспільства:

- формування здорового способу життя;
- профілактика серцево-судинних захворювань;
- поширеність деяких захворювань на Кременеччині та на базах проходження виробничої і переддипломної практики;
- біологічні наслідки для України аварії на ЧАЕС;
- планування сім'ї;
- госпітальна інфекція;
- сучасні методи функціональної діагностики і лікування;
- інформаційні технології та процес комп'ютеризації в медицині;
- міжособове спілкування, питання встановлення терапевтичних контактів у діяльності медперсоналу;
- історія медицини.

Головна наша мета – допомогти сучасному студенту, який отримує значну частку величезної частіше суперечливої за характером інформації, не загубити себе у бурхливому потоці життя, вміти визначити головні тенденції суспільного розвитку, розуміючи, що від свідомо вибраної ним позиції залежить і його доля, і доля близьких йому людей і, в кінцевому результаті, доля та майбутнє усієї країни.

Як приклад можна продемонструвати пошукову роботу "Народна мудрість про алкоголізм", яку виконали студенти гуртка "Вибір", що працює в кабінеті доклінічної практики із нервових і психічних хвороб. Для виконання цієї роботи студенти отримали завдання зібрати в своїй місцевості народні прислів'я і приказки, і зібраний матеріал оформити у вигляді лекції на тему "Алкоголізм" відповідно до плану: актуальність, поширеність, причини, клінічні прояви, ускладнення, лікування, наслідки і профілактика. Для виконання цього завдання необхідно було перш за все вивчити дану тему з медицини. Робота мала для студентів і пізнавальне значення, і наукове, а також виховне – формування здорового способу життя. Ця робота у подальшому викорис-

товується на практичних заняттях та виховних годинах.

У пошуковій роботі іншого напрямку "Стан наркологічної ситуації серед молоді м. Кременця" – студенти отримали завдання провести опитування молоді міста Кременця з відповідної анкети, обробити ці дані і зробити висновки. Робота вимагала від студентів навиків спілкування, індивідуального підходу до кожної молодої людини, статистичної обробки отриманих даних, вміння робити висновки і узагальнення, а також замислитись над цією проблемою як соціальним злом.

Проводяться численні науково-дослідницькі роботи, які сприяють формуванню у студентів клінічного мислення, наукової думки – це "Ефективність раннього виявлення, лікування і профілактики глаукоми та катаракти" (студент В. Данилюк, науковий керівник П. Данилюк), "Напрямки профілактичної роботи серед населення з метою попередження порушень мозкового кровообігу" (студент І. Хахула, викладач Г. Присяжнюк), "Вплив нестероїдних протизапальних препаратів на формування "німої виразки шлунка" (студент С. Ішук, викладач О. Біркова) та інші.

Однією із форм науково-пошукової роботи в нашому колективі є проведення конкурсів із спеціальностей:

- "Нумо, акушерки!" – відділення "Акушерська справа",
- "Краща за фахом" – відділення "Сестринська справа".

Конкурс серед медсестер проводиться в три етапи: внутрішньоучилищний, регіональний і Всеукраїнський, в якому неодноразово брали участь наші студенти, а також колишні учасниці студентських конкурсів Інна Голуб і Наталія Кісіль брали участь у Всеукраїнських конкурсах медсестер – професіоналів "Ескулап", де зайняли відповідно II і IV місця.

Студенти, які вступають у ВНЗ III-IV рівнів акредитації продовжують працювати над НДР.

Висновок. Таким чином, проводячи пошуково-дослідну роботу, студенти отримують попередню соціалізацію фахової підготовки, активно готуються до майбутньої професійної діяльності.

Ми вносимо вкрай необхідний вклад у становлення особистості, громадянина, у формування,

як висловлюються вчені спеціалісти, "людського капіталу", який в умовах сучасного цивілізованого суспільства є провідною, рішучою силою не

тільки в економіці, а й в усіх життєво важливих процесах, які трапляються в суспільному організмі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Горлова Т. Дослідна робота – елемент навчального процесу / Т. Горлова // Освіта, технікуми, коледжі. – № 3, 4. – 2005.

2. Чечель І. Інтеграційні зв'язки в роботі науково-дослідного товариства студентів / І. Чечель // Освіта, технікуми, коледжі. – № 2. – 2006.

ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ІНТЕРАКТИВНОГО НАВЧАННЯ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УЧИЛИЩА НА ЗАНЯТТЯХ ІЗ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

В. А. Левчук¹, Є. Л. Горошко¹, Л. П. Мазур²

¹*Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського*

²*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

У статті відображено основні завдання, варіанти та методи інтерактивного навчання студентів на заняттях із оториноларингології. Це сприяє розвитку активності, творчості, самостійності та критичного мислення у студентів медичних училищ. Використання технологій інтерактивного навчання забезпечує опанування студентами-медиками сучасних моделей професійної діяльності, максимально наближених до реальних клінічних ситуацій.

USAGE OF TECHNOLOGIES OF INTERACTIVE LEARNING DURING OTIRRHINOLARYNGOLOGY CLASSES IN STUDENTS OF MEDICAL COLLEGES

V. A. Levchuk¹, Ye. L. Horoshko¹, L. P. Mazur²

¹*Kremenets Medical College by Arsen Richynskyi*

²*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky*

The article adduces the basic tasks, options and methods of the interactive education on the otorhinolaryngology classes. This method promotes activity development, creativity, independence and critical thinking in students of medical colleges. The usage of interactive education technologies provides the mastering by medical students the modern models of professional activity, which is very close to the real clinical situations.

Вступ. В умовах інтеграції вітчизняної медичної освіти до європейського освітнього та наукового простору особливої актуальності набувають питання формування системи знань, умінь та навичок професійного медичного фахівця, яке досягається шляхом впровадження інноваційних технологій в навчальному процесі у вищих медичних закладах. Сьогодні необхідний фахівець «нового типу» професійно і соціально мобільний, який має глибокі медичні знання, здатний до самореалізації, творчості, самовдосконалення, готовий до роботи в ринкових умовах та до гострої конкуренції. Рівень професійної підготовки студентів-медиків за традиційними підходами не забезпечує комплексного підходу до пацієнта як до особистості, прийняття рішень щодо цілей догляду, планів і методів медичного втручання,

надання невідкладної допомоги та не враховує психологічні та соціальні аспекти життя людини.

Процеси реформування медичної освіти в Україні вимагають якісно нових підходів до навчання, використання компетентнісного та особистісно-орієнтованого підходу до організації цілісного навчального процесу, з метою підвищення професійної та практичної підготовки випускників на основі Концепції розвитку охорони здоров'я населення України.

Основна частина. Викладачі клінічних дисциплін Кременецького училища імені Арсена Річинського широко використовують інноваційні технології, серед яких важливе місце посідають інтерактивні технології навчання, спрямованні на розвиток особистості та її професійного становлення, створюють усі можливості для медичних сестер, акушерок, фельдшерів, щоб вони могли проявити свої таланти і здібності, розкрити свій

творчий потенціал, успішність та інтелектуальну спроможність.

При викладанні предмета оториноларингології ми широко використовуємо різні технології інтерактивного навчання, а саме: кооперативного та колективно-групового навчання, ситуативного моделювання, опрацювання дискусійних питань, які дозволяють посилити мотивацію та інтерес до навчання, моделювати різні клінічні ситуації, забезпечити самоконтроль і самокорекцію, індивідуалізувати процес навчання, інтерактивно спілкуватись.

При проведенні практичних занять з ЛОР хвороб найбільш ефективним є кооперативне навчання в парах та групах, яке проводиться у нетрадиційній формі: акваріум, карусель, робота в малих групах, тренінги, ділові та рольові ігри.

Навчальний процес відбувається за умови постійної активної взаємодії всіх його учасників, де викладач є організатором та спонукає студентів до пізнання навчального матеріалу, клінічного мислення, йде обмін знаннями, ідеями, засобами діяльності і кожен вносить індивідуальний вклад для досягнення запланованого результату. Все це відбувається в атмосфері толерантності, доброзичливості та взаємопідтримки, що дозволяє отримати професійні знання, навички та вміння, розвиває пізнавальну діяльність, переводить її на більш високі форми кооперації та співпраці.

Технології колективно-групового навчання ми використовуємо для підвищення мотивації до пізнавальної діяльності, актуалізації опорних знань, вирішення складних або проблемних питань в оториноларингології. Найкращі форми організації занять це – мікрофон, мозковий штурм, незакінчені речення, навчаючи – вчусь («кожен вчить кожного», «броунівський рух»), ажурна пилка («мозаїка», «джиг-со»), аналіз ситуації («case» - метод), вирішення проблем, «дерево» рішень.

Тренінгові методи проведення занять забезпечують взаємодію всіх учасників навчального процесу і є надзвичайно активними методами навчання з метою розвитку та формування у студентів-медиків життєвих та особистісно-професійних компетентностей.

Організації навчального процесу в формі тренінгу притаманні специфічні принципи, основними з яких є: принцип активності, дослідницької творчої позиції, усвідомлення поведінки, партнерського спілкування, кооперативної взаємодії.

Під час проведення мультимедійних лекцій ми демонструємо клінічну картину та перебіг зах-

ворювань вуха, горла, носа, методи обстеження та діагностики, лікування, надання невідкладної допомоги при травмах, сторонніх тілах лор органів, використання сучасних медикаментів (з урахуванням їх доцільності, показання та проти-показання). Демонстрацію відеооперацій на лор органах: аденотомію, поліпотомію, трахеотомію, тонзилектомію, гайморотомію, репозицію кісток носа, радикальні операції на вусі та інші з захопленням сприймають студенти.

Ефективними моделями тренінгового процесу на заняттях з ЛОР та інших клінічних дисциплін є: ділові та рольові ігри, кейси, групові дискусії, відеоаналіз та відеоалгоритми, модерації, мультимедійні презентації, відеооперації.

Студенти надзвичайно раді впровадженню кейс-метода в навчальний процес, оскільки ми пропонуємо реальні клінічні ситуації, а медична сестра чи фельдшер повинні проаналізувати, вникнути в суть проблем, запропонувати єдино правильне рішення, скласти алгоритм надання невідкладної допомоги, проведення діагностичного дослідження та догляду за пацієнтом.

Найдоцільнішими для застосування на заняттях є: кейс-випадок, кейс-вправа, і кейс-ситуація, яка дозволяє розвивати у студентів креативне мислення, дослідницькі, комунікативні навички, вміння систематизувати інформацію, знаходити правильне рішення у складних клінічних ситуаціях.

Практичні заняття з оториноларингології, які ми проводимо на базі клінічної районної лікарні, є надзвичайно ефективними, оскільки студенти безпосередньо беруть участь у обстеженні пацієнтів, проведенні діагностичних маніпуляцій та спостерігати за оперативними втручаннями, попередньо засвоївши правила асептики та антисептики, хірургічний інструментарій, правила накладання пов'язок та особливості догляду за післяопераційними хворими. На заняттях ми створюємо комфортні умови, максимально наближені до реальних, пропонуємо студентам атмосферу співпраці, взаємодопомоги та взаєморозуміння, активного обміну знаннями між студентами, заохочуємо їх до практичного тренінгу, що дозволяє виробити професійні навички та вміння, навчаємо мислити та спілкуватися з іншими людьми, спрямовуємо в русло практичного засвоєння матеріалу.

Під час тренінгу наші студенти дотримуються таких правил: бути активними та позитивними, не критикувати, а мати власну думку, говорити тільки

за темою, дотримуватись регламенту, бути уважними у своїх діях та вчинках, дотримуватись медичної етики та деонтології.

На заняттях викладач виступає в ролі основного тренера, координатора дій студентів, спостерігає за дотриманням умов та послідовності тренінгу, акцентує увагу на важливих моментах, систематизує та корегує отримані вміння та навички, оцінює підсумкові результати.

Функції студентів під час інтерактивного тренінгу полягають у вирішенні проблемних ситуацій, вмінні висловлювати власну думку та слухати інших, креативно мислити, відповідально виконувати завдання, активно співпрацювати з колегами, досягати поставлених цілей, аналізувати успіхи та невдачі.

Викладачі клінічних дисциплін нашого навчального закладу мають всі можливості проводити різні форми інтерактивних занять, використовуву-

ючи комп'ютерну техніку, мультимедійні проектори, інтернет.

Висновок. Інтерактивні технології навчання дозволяють залучити в навчальний процес «цілісну людину», сприяють розвитку активності, творчості, самостійності, відповідальності, критичного мислення, формують установки практичної діяльності. Використання технологій інтерактивного навчання забезпечує для студентів-медиків сучасні моделі професійної діяльності, максимально наближені до реальних клінічних ситуацій, формує клінічне мислення, надає можливість освоїти діагностичні навички, методики обстеження, надання невідкладної допомоги, сприяє професійному засвоєнню та виконанню практичних навичок, маніпуляцій, що в подальшому стане запорукою формування конкурентоспроможного фахівця найвищого рівня для медицини України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баханов К. Інноваційні системи, технології та моделі навчання / К. Баханов. – Запоріжжя, 2000.

2. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції "Сучасні освітні технології у підготовці майбутніх фахівців". – Львів, 2002.

3. Інноваційні технології в сучасній освіті / за ред. Л. І. Даниленко. – К. : Лотос, 2004. – 220 с.

4. Стрельников В. Ю. Педагогічні основи забезпечення особистого і професійного розвитку студентів засобами інноваційних технологій навчання. Кн. 2 / В. Ю. Стрельников. – Полтава, 2002. – С. 145–191.

5. Освітні технології : навчально-методичний посібник / за ред. О. М. Пехоти. – К. : А.С.К., 2002. – 255 с.

СУЧАСНИЙ СТАН МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

А. В. Кабанцова

Чемеровецький медичний коледж

У статті висвітлено літературні дані щодо ролі медичної сестри загальної практики в охороні здоров'я на сучасному етапі. Розвиток суспільства ставить нові вимоги до професії медсестри. Сьогодні формується якісно новий підхід до медсестринської допомоги, який базується на здійсненні медсестринського процесу.

CONTEMPORARY STATE OF NURSING PROCESS (LITERATURE REVIEW)

A. V. Kabantsova

Chemerivtsi Medical College

The article adduces the literature data about the role of nursing staff in health care nowadays. There are new demands to the profession of nursing because of the society development. A new approach to the nursing help is formed, based on the realization of nursing process.

Вступ. Завершилося двадцяте століття – вік наукового і технічного прогресу, революційних змін суспільства і людства в цілому. Мабуть, немає такої сфери діяльності людини, яку б не торкнулися ці зміни. Це повною мірою стосується медицини як науки і системи медичної освіти – найважливішої складової частини галузі охорони здоров'я.

Здоров'я людини – особлива неминуща цінність, дарована природою. Збереження фізичного, психічного, емоційного здоров'я має бути в центрі уваги як окремої особистості, так і цивілізованої держави.

Основна частина. Взаємовідносини лікаря і медичної сестри є одним з ключових моментів в медичній практиці. З розвитком технічного оснащення галузі постійно вдосконалюється і підвищується роль медсестринського персоналу в охороні здоров'я. Сьогодні медсестринський персонал для роботи з пацієнтами повинен володіти не лише складними технічними маніпуляціями і навичками, а й сучасними медичними та природничими знаннями.

Медсестринська справа в Україні є частиною загальної медичної практики. Необхідність виді-

лення сестринської справи зумовлена низкою організаційних, психологічних та етичних аспектів [1–2].

З переходом до надання первинної медичної допомоги за принципом лікаря загальної практики (сімейного лікаря) виникла необхідність у підготовці медсестер загальної практики. Медсестра загальної практики повинна володіти більшою самостійністю в роботі, а не бути просто помічником лікаря. Робота медсестринського персоналу може мати два рівні функціонування. Один рівень – це робота в складі команди загальної лікарської практики. В цьому випадку сестринський персонал працює при проведенні прийому пацієнтів, проводить діагностичні та лікувальні процедури, здійснює патронаж хворих на дому. Другий рівень роботи медичних сестер, який тільки з'являється в Україні, має передбачати більшу їх самостійність [4].

Одним з головних напрямів реформи охорони здоров'я, що проводиться з метою виконання конституційних гарантій населення в галузі охорони здоров'я, є реформа первинної медичної допомоги. У зв'язку з тим, що майже 80 % населення починає і закінчує обстеження і лікування в первинній ланці охорони здоров'я, від

стану амбулаторно-поліклінічної допомоги багато в чому залежить ефективність і якість роботи всієї системи охорони здоров'я, збереження трудового потенціалу країни, а також вирішення більшості медико-соціальних проблем, що виникають на рівні сім'ї.

Лікар загальної практики (сімейний лікар) і медична сестра загальної практики надають всебічну і безперервну допомогу всім пацієнтам, незалежно від статі і віку, з урахуванням їх сімейних відносин і соціального статусу. Одним з головних пріоритетів загальної практики є доступність і профілактична спрямованість, що сприяє попередженню розвитку захворювань в групах ризику та їх ускладнень, що вимагають стаціонарного лікування. Добре підготовлений лікар загальної практики в змозі самостійно забезпечити надання допомоги 80 % пацієнтів, що звертаються до установ амбулаторного типу, що значно знижує потребу в вузьких фахівцях на цьому етапі надання допомоги [3].

Одна з основних проблем на цьому етапі – відсутність точних даних про потреби в медсестринському догляді, особливості його планування, моральної і правової відповідальності медичних сестер загальної практики. Ще в 60-ті роки комітет експертів ВООЗ з сестринської справи визначив її як "практику людських взаємин", де медсестра повинна вміти розпізнавати потреби пацієнтів, "розглядаючи хворих як індивідуальних людських істот". Сестринський догляд повинен бути націлений на особистість, на фізичні, психологічні та соціальні проблеми, що виникають перед цією особистістю в зв'язку з хворобою, а також на сім'ю в цілому.

Медична сестра разом з хворим і з його родичами, а не тільки з лікарем, накреслює заходи, які необхідно провести для досягнення конкретно поставленої мети. Вона повинна передбачити результат цих заходів. Оскільки з хворим більший час проводить медична сестра, а в умови сім'ї – родичі, то успіх дії медсестри залежить від уявлень хворого і його родини про здоров'я, хвороби і потреби в успіху.

Сімейна медицина передбачає роботу команди медиків з сім'єю в цілому і з кожним її членом протягом тривалого часу. В системі загальної лікарської практики функції лікаря і медичної сестри значно ширші, ніж у дільничних терапевтів і педіатрів і працюючих з ними медичних сестер, тут виявляється більш різноманітний спектр медич-

них послуг, багато з яких традиційно виявляються лікарями-фахівцями, тому у пацієнтів не виникає потреби користуватися їх допомогою, наприклад, для визначення гостроти зору або для зміни післяопераційної пов'язки. У більш складних випадках, що вимагають втручання фахівця, лікар загальної практики, який визначає необхідність консультації, може направити пацієнта до нього, але у того ж фахівця має бути більше часу на роботу з тими хворими, хто потребує його допомоги, і цей час з'явиться, якщо частина функцій даного спеціаліста візьме на себе лікар загальної практики.

Значна роль у роботі загальних лікарських практик відводиться медсестринському персоналу. Зважаючи на соціальний статус сім'ї, рівень здоров'я кожного з її членів, особливості розвитку та перебігу захворювань, користуючись довірою й авторитетом у своїх пацієнтів, сімейна медична сестра може більш ефективно займатися не тільки координуючою діяльністю, а й розробкою і реалізацією конкретних профілактичних заходів, необхідних кожній родині, відповідно до умов життя цієї сім'ї, а також розробкою та реалізацією планів сестринського догляду за пацієнтами.

Для успішної роботи медичної сестри загальної практики необхідні глибокі знання та вміння, що перевищують ті, що набуваються на базовому рівні освіти, оскільки функції сімейної медичної сестри значно різноманітніші, ніж у медичних сестер стаціонарів і медсестер, що працюють на терапевтичних та педіатричних дільницях амбулаторно-поліклінічних установ.

До функцій медичної сестри загальної практики серед іншого належать:

- проведення персонального обліку, збір демографічної та медико-соціальної інформації про прикріплене до дільниці населення;
- виявлення факторів ризику, проведення заходів, спрямованих на зниження їх впливу на стан здоров'я населення;
- проведення заходів щодо гігієнічного виховання та освіти населення: навчання догляду за хворими, навчання вагітних та їх сімей, навчання населення здоровому способу життя, знань і навичок, пов'язаних з конкретними захворюваннями, догляду за дітьми та інвалідами;
- навчання населення наданню само- та взаємодопомоги при травмах, отруєннях, невідкладних станах;

- консультування з медико-соціальних аспектів сім'ї, планування сім'ї;

- організація медико-психологічної підтримки членів сім'ї з урахуванням стану здоров'я і вікових особливостей;

- виконання профілактичних, лікувальних, діагностичних та реабілітаційних заходів, що признаються лікарем у поліклініці і на дому.

На даний час підготовка медсестер орієнтована в основному на роботу з уже хворими людьми; переважно готуються кадри для стаціонарів, що не дозволяє медичним сестрам приділяти достатню увагу питанням профілактичної діяльності, хоча на всіх рівнях підготовки медсестринського персоналу велике значення має надаватися саме питанням підтримки здоров'я здорових людей, а також профілактиці подальшого розвитку вже наявних захворювань. Однак така орієнтація при підготовці медичних сестер загальної практики неприйнятна: поряд із знанням особливостей сестринської діяльності при різних захворюваннях їм необхідні великі знання і в галузі сімейних відносин, і психології, і профілактичної медицини. Медична сестра повинна знати особливості своєї діяльності в системі первинної медико-санітарної допомоги, вміння надавати паліативну допомогу, допомогу сім'ям, які мають інвалідів та багато іншого. Тому основним завданням при підготовці медичних сестер загальної практики є створення умов, що забезпечать максимальне наближення до реалій сучасного суспільства, сучасної сім'ї з їх медичними та соціальними проблемами, забезпечення цілісного підходу до діяльності медичної сестри при роботі з сім'єю.

До фахівців медсестринської справи в структурі сімейної медицини належать:

- медсестра загальної практики (середня освіта плюс три роки коледжу, 1-й рівень) працює з лікарем загальної практики;

- фельдшер (середня освіта плюс чотири роки коледжу, 2-й рівень) працює як помічник лікаря загальної практики в структурах сільської медицини і в окремих офісах – самостійно;

- академічна медсестра (вища освіта, 3-й рівень) працює менеджером відділення лікарів загальної практики, головною або старшою медсестрою.

Сімейна медицина як складова частина медсестринської справи орієнтована на особистість, сім'ю, суспільство в цілому, основана на концепції

здоров'я населення в даній країні і найважливіших соціально-гігієнічних проблемах. Підготовка та перепідготовка медичної сестри загальної практики повинна включати поглиблене знання предметів сестринської справи по горизонталі (терапія, хірургія, акушерство і гінекологія тощо) і міжпредметне співробітництво по вертикалі (педагогіка, психологія та ін.). Наріжним принципом багатьох дисциплін повинен бути медсестринський процес як науково обгрунтований метод вирішення медичною сестрою проблем пацієнта.

Все це вимагає спеціальної професійної підготовки, що було враховано при створенні нових навчальних програм, які передбачають не просто "нарощування" знань і збільшення числа дисциплін, а підготовку спеціалістів із різним рівнем категорій функцій, які передбачають право прийняття самостійного рішення.

Короткий перелік навичок і вмінь медичної сестри загальної практики якісно відрізняє її від звичайної "кабінетної" медсестри і може бути представлений так:

- запис електрокардіограми, функції дихання на портативному апараті;
- визначення гостроти зору і слуху;
- очна тонометрія;
- експрес-аналіз крові, сечі, визначення білірубіну, жовчних пігментів;
- виконання фізіотерапевтичних процедур;
- володіння основами лікувального масажу;
- серцево-легенева реанімація, електрична дефібриляція за життєвими показаннями;
- знання основ медичної статистики;
- робота на персональному комп'ютері в об'єкті користувача.

Медична сестра загальної практики, що виконує програму з захисту та зміцнення здоров'я сім'ї, повинна знати і вміння оцінити сім'ю як систему, її культурні та етнічні особливості, взаємини її членів, характер харчування в сім'ї, шкідливі звички і чинники ризику, визначити вплив змін у складі сім'ї на здоров'я. Якщо в сім'ї є віруючі, медична сестра повинна знайти підхід до них з метою позитивного впливу на здоров'я членів цієї родини. Медична сестра загальної практики дає детальну оцінку стану здоров'я сім'ї та рекомендації щодо корекції виявлених порушень, разом з родиною оцінює результати проведених нею, лікарем загальної практики та родиною профілактичних заходів. Тобто, медсестра загаль-

ної практики проводить первинний скринінг різних аспектів здоров'я сім'ї.

Висновок. Таким чином, медична сестра загальної практики – це рівноправний учасник, поряд з лікарем загальної практики, всіх видів лікувально-профілактичної роботи на ділянці. Відповідно до світових стандартів медична сестра загальної прак-

тики повинна ставитися до пацієнтів як до унікальних особистостей; вміти виявляти їхні проблеми, у тому числі сімейні, координувати медичну допомогу протягом усього життя пацієнтів. Гарна, дружна робота тандему: лікар і медсестра загальної практики – запорука зниження захворюваності і підвищення показників здоров'я сім'ї.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вороненко Ю. В. Реформування медсестринської освіти в Україні / Ю. В. Вороненко, Т. І. Чернишенко // Медсестринство України. – 1998. – № 1. – С. 5–11.

2. Сорокіна І. Мати Тереза / І. Сорокіна // Медсестринство України. – 1998. – № 1. – С. 55–57.

3. Голяченко О. М. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я / О. М. Голяченко, А. М. Сердюк, О. О. Приходський. – Тернопіль: Джура, 1997. – 328 с.

4. Введение к комплекту материалов. "ЛЕМОН". Учебные материалы по сестринскому делу. ВООЗ. – Европейское региональное бюро, 1996. – 45 с.