

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

4/2013

МЕДСЕСТРИНСТВО

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

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

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

15

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
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний
університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України»
(протокол № 5 від 29.10.2013 р.)

© ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
© Науково-практичний журнал «Медсестринство»

Редагування і коректура
Технічний редактор
Комп'ютерне верстання
Оформлення обкладинки
Пньова Ю. М.
Демчишин С. Т.
Пухальська О. І.
Кушик П. С.

Підп. до друку 30.10.2013. Формат 60x84/8.
Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. № 1
Ум. друк. арк. 7,67. Обл.-вид.арк. 6,74
Тираж 600. Зам. № 49

Видавець і виготівник
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний
університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

ЗМІСТ

- Н. І. Рега, С. О. Ястремська, М. Й. Пригара*
Участь медичної сестри у проведенні дослідження функції зовнішнього дихання
- Н. В. Пасечко, Г. В. Петрик*
Профілактика йододefіцитних захворювань в Тернопільському регіоні
- І. Я. Господарський, І. В. Яворська*
Особливості сестринського догляду за пацієнтами після операційних втручань на органах черевної порожнини
- Ю. С. Мигович, О. В. Авдєєв*
Порівняльна оцінка впливу протизапальних зубних паст «Splat Medical Herbs» і «PresiDENT Defense clinical» на гігієнічний стан порожнини рота і профілактику рецидивів запальних процесів у пародонті після базового лікування генералізованого пародонтиту в осіб дитячого віку
- О. І. Тараненко, Д. А. Пасечник, М. І. Марущак*
Основні фактори ризику розвитку госпітальних пневмоній та роль медичної сестри у їх профілактиці
- О. Н. Литвинова, М. О. Хуторянська, Н. І. Макарова*
Комунікація і влада в діяльності старшої та головної МЕДСЕСТЕР
- О. М. Рудницька*
Психологічна взаємодія «медик–пацієнт»
- Н. В. Мороз*
Лікування коксартрозів шляхом тотального ендопротезування
- О. В. Паніхідіна*
Використання віртуальних лабораторій під час викладання практичних занять
- О. П. Савіцький*
Чинники, що сприяють розвитку депресії у населення України, та методи її профілактики

CONTENTS

- 5** *N. I. Reha, S. O. Yastremska, M. Y. Pryhara*
Participation of nurses in the study of respiratory function
- 11** *N. V. Pasyechko, G. V. Petryk*
Prophylaxy of iodine shortage in Ternopil region
- 14** *I. Ya. Hospodarskyuy, I. V. Yavorska*
Peculiarities of post-operative nursing care of patients following general abdominal surgery
- 17** *Yu. S. Myhovych, O. V. Avdyeyev*
Comparative evaluation of the impact of anti-inflammatory toothpaste «Splat Medical Herbs» and «PresiDENT Defense clinical» hygiene in oral health and prevent a recurrence of inflammation in periodontal treatment after the base generalized periodontitis in patients childhood
- 22** *O. I. Taranenko, D. A. Pasechnyk, M. I. Marushchak*
main risk factors of nosocomial pneumonia progress and the role of nurses in their prevention
- 26** *O. N. Lytovynova, M. O. Khutoryanska, N. I. Makarova*
Communication and power of business senior and chief nurse
- 31** *O. M. Rudnytska*
Psychological interaction «doktor – patient»
- 27** *N. V. Moroz*
Treatment by total hip arthrosis
- 35** *O. V. Panihidina*
The use of virtual laboratories during teaching of practical lessons
- 37** *O. P. Savitsky*
Factors contributing to the development of depression in population of ukraine and methods of its prevention

А. В. Парфеній

Використання арт-терапевтичних методик при наданні психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам

Н. В. Авдошенко

Використання відеоматеріалів під час викладання лекційного матеріалу

О. Н. Литвинова, М. О. Хуторянська
Інтеграційний соціально-психологічний портрет медсестри та формування особистості медсестри в умовах медичного коледжу

І. М. Погорілець

Обґрунтування способу лікування пенетруючих виразок шлункової локалізації

І. М. Білоконь

Стан поширеності цукрового діабету серед населення Сумської області

О. І. Зарудна, Н. І. Мураль

Синдром хронічної втоми та сучасне суспільство

М. П. Гуляєв, В. А. Альохін,

Г. О. Рудниченко

Міжнаукова взаємодія – знамення часу

41 *A. V. Parfeniy*

Art therapy methods in psychological aid for HIV-infected patients

44

N. V. Avdoshenko

Use of video in teaching lectures

48

O. N. Lytvynova, M. O. Chutoryanska

Integrating social - psychological portrait and formation of nurses personality in the medical college

52

I. M. Pohorilets

Integrating social - psychological portrait and formation of nurses personality in the medical college

55

I. N. Bilokon

Range of diabetes spreading among the population of sumy region

58

O. I. Zarudna, N. I. Mural

Chronic fatigue syndrom and modern society

61

M. P. Huljaev, V. A. Alyokhin,

H. O. Rudnychenko

Interscientific interaction is the index of time

УЧАСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОВЕДЕННІ ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ

Н. І. Рега, С. О. Ястремська, М. Й. Пригара

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
ННІ медсестринства*

У статті висвітлено участь медичної сестри в дослідженні функції зовнішнього дихання, методику виконання спірографії, наведено основні спірографічні показники. Особливо висвітлено основні вимоги до роботи медичної сестри функціональної діагностики.

PARTICIPATION OF NURSES IN THE STUDY OF RESPIRATORY FUNCTION

N. I. Reha, S. O. Yastremska, M. Y. Pryhara

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»
Educational and Scientific Institute of Nursing*

The article describes the role of the nurse in the investigation of respiratory function, the methodology of spirometry performing, and main spirometry indexes are presented. Basic requirements for nurse from functional diagnostics unit are highlighted.

Вступ. У комплексному обстеженні пацієнтів із захворюваннями бронхолегеневої системи вивченню функції зовнішнього дихання (ФЗД) належить чільне місце. Це дозволяє верифікувати клінічний діагноз, спланувати оптимальні режими лікування, певною мірою спрогнозувати перебіг патологічного процесу. Тому на сьогодні лікарі-спеціалісти широко використовують спірографічний метод обстеження.

Спірографія є методом оцінки стану легень шляхом вимірювання об'єму і швидкості повітря, що видихається. Спірографія дозволяє оцінити функціональний стан легень. Ця процедура безболісна і безпечна, найчастіше проводиться в амбулаторних умовах.

Основна частина. Спірографія – метод графічної реєстрації змін легеневої об'ємної при виконанні дихальних рухів. Цей метод дослідження дозволяє одержати низку результатів, які описують вентиляцію легень: це вимірювання статичних об'ємів та ємностей, що характеризують пружні

властивості легень і грудної клітки, та динамічні дослідження, що визначають кількість повітря під час вдиху та видиху за одиницю часу [1].

Отже, всі показники легеневої вентиляції умовно поділяють на статичні, або анатомічні легеневі об'єми, і функціональні, безпосередні показники легеневої вентиляції. Ці показники мінливі. Вони залежать від статі, віку, ваги, зросту, положення тіла, стану нервової системи та ін. Тому для правильної оцінки функціонального стану бронхолегеневої системи абсолютне значення того чи іншого показника є недостатнім, необхідно порівнювати одержані абсолютні показники з відповідними величинами у здорової людини того ж віку, зросту, ваги, статі. Таке порівняння виражається у відсотках. Враховуючи, що у здорових людей залежно від деяких причин (вдома, стан нервової системи тощо) трапляються відхилення в межах плюс-мінус 15–20 %, патологічними вважаються відхилення більш ніж на 15–20 %.

Показники функції зовнішнього дихання:
Легеневі об'єми:

* Дихальний об'єм (ДО) – об'єм повітря між рівнями спокійного вдиху і спокійного видиху (N – 500 мл).

* Резервний об'єм вдиху (Ровд) – об'єм повітря між рівнями спокійного вдиху і максимального вдиху (N – 1000–1500 мл).

* Резервний об'єм видиху (Ровид) – об'єм повітря між рівнями спокійного видиху і максимального видиху (N – 1000–1500 мл).

* Залишковий об'єм легень (ЗОЛ) – об'єм повітря між рівнями максимального видиху і повного спадання легень.

Легеневі ємності:

* Ємність вдиху (Євд) – сума дихального об'єму і резерву вдиху

$$\text{ДО} + \text{Ровд} = \text{Євд}.$$

* Життєва ємність легень (ЖЄЛ) – сума дихального об'єму і резервного об'єму вдиху і видиху $\text{ЖЄЛ} = \text{ДО} + \text{Ровд} + \text{Ровид}$ (N – 2500–3500 мл).

* Загальна ємність легень (ЗЄЛ) – сума життєвої ємності легень і залишкового об'єму легень $\text{ЗЄЛ} = \text{ЖЄЛ} + \text{ЗОЛ}$.

* Функціональна залишкова ємність легень (ФЗЄЛ) – сума резервного об'єму видиху і залишкового об'єму легень

$$\text{ФЗЄЛ} = \text{Ровид} + \text{ЗОЛ}.$$

Це фактично кількість повітря в легенях, що залишилась при звичайному спокійному видиху.

Динамічні показники (вентиляційні):

Динамічні показники можна отримати при форсованому диханні або при фізіологічному навантаженні:

* Хвилиний об'єм дихання (ХОД) – кількість повітря, що видихають за 1 хвилину.

$\text{ХОД} = \text{ДО} \times \text{ЧД}$ (при спокійному диханні 500 мл \times 16 = 8 літрів).

* Частота дихання (ЧД) – кількість актів дихання за 1 хвилину.

* Максимальна вентиляція легень (МВЛ) – найбільша кількість повітря, яку легені можуть провентилювати за 1 хвилину.

* Резерв дихання (РД) – різниця між фактичними величинами максимальної вентиляції легень і хвилиним об'ємом дихання.

$$\text{РД} = \text{МВЛ} - \text{ХОД} \text{ (у відсотках - N - 85 \%)}.$$

Бронхіальна прохідність:

Форсована ЖЄЛ (ФЖЄЛ) – об'єм повітря при гранично форсованому вдиху після спокійного максимального видиху (в нормі ФЖЄЛ на 100–200 мл менше від ЖЄЛ).

Форсований видих за першу секунду (ОФВ₁).

Проба Тифно (індекс Тифно) – відношення форсованого видиху за першу секунду до життєвої ємності легень (ФЖЄЛ за 1 с, N – 70–85 %).

Зниження індексу Тифно до 55 % – помірне порушення прохідності бронхів, до 40 % – різке порушення прохідності бронхів.

Діагностичними можливостями спірографії для клініки є:

* визначення типу та ступеня легеневої недостатності;

* виявлення початкових ознак вентиляційної недостатності;

* визначення ступеня і швидкості прогресування захворювання;

* оцінка ефективності курсового лікування захворювань бронхолегеневої системи.

Показаннями до проведення спірографії є:

* визначення типу та ступеня дихальної недостатності;

* визначення впливу захворювання на динамічну функцію зовнішнього дихання;

* моніторинг показників функції зовнішнього дихання для оцінки ступеня прогресування захворювання;

* оцінка ефективності лікування бронхообструктивного синдрому бронходилататорами (β_2 -агоністами), інгаляційними кортикостероїдами та мембраностабілізуючими препаратами;

* проведення диференційної діагностики між дихальною і серцевою недостатністю у комплексі з іншими методами дослідження;

* виявлення початкових змін функції зовнішнього дихання в осіб, які мають ризик розвитку легеневих захворювань, або у тих, які працюють в умовах впливу шкідливих факторів;

* експертиза працездатності та військова експертиза на основі оцінки функції зовнішнього дихання у комплексі з клінічними показниками;

* проведення бронходилатаційних тестів;

* проведення інгаляційних провокаційних тестів для діагностики наявності бронхіальної гіперреактивності: метахолінового, гістамінового, гіпервентиляційного, проби з фізичним навантаженням.

Противпоказаннями до проведення спірографії є:

* прогресуюча стенокардія, інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу;

* злаякісна артеріальна гіпертензія, гіпертонічний криз;

* гестози;

* недостатність кровообігу;

* тяжка легенева недостатність.

Підготовка до спірографії.

Спеціальної підготовки до спірографії не вимагається. Однак, перед проведенням дослідження варто утриматися від вживання їжі, або ж у особливих випадках проводити її через 2 год після легкого сніданку. Перед дослідженням протягом 30 хв необхідний відпочинок у положенні сидячи. Якщо пацієнт приймає бронхолітики – необхідно відмовитися від них не менше ніж за 12 год до початку дослідження.

Техніка проведення спірографії.

Дослідження проводять зранку натще. Перед дослідженням пацієнтові рекомендують перебувати у стані спокою протягом 30 хв, а також не приймати бронхолітики пізніше ніж за 12 год до дослідження.

Спірографію проводять у першій половині дня. Тим хворим, які приймають бронхолітичні препарати, призначають дослідження до і після приймання цих лікарських засобів. Після 15-хвилинного відпочинку в сидячому положенні, злегка нахиливши голову вперед та утримуючи прямо торс, пацієнтові пропонують закрити обидва носових ходи спеціальним затискачем, взяти індивідуальну простерилізовану насадку-мундштук до рота і щільно обхопити її губами. Пацієнт, сидячи, дихає через трубку по відкритому контуру, практично не зазнаючи опору диханню. Процедура виконання дихального маневру при реєстрації кривої «потік–об'єм» (КПО) ідентична тій, що відбувається при записі форсованої життєвої ємності легень (ФЖЄЛ) під час проведення спірографії. Хворому потрібно пояснити, що у пробі з форсованим диханням видихнути у прилад потрібно так, ніби гасиш свічки на святковому торті. Після деякого періоду спокійного дихання пацієнт робить максимальний вдих, у результаті чого реєструється крива еліптичної форми (крива АЕВ). Відразу після цього він робить форсований видих – реєструється крива характерної форми, що у здорових людей нагадує трикутник. Максимальна експіраторна об'ємна швидкість потоку відображається початковою частиною кривої (точка С, де реєструється пікова об'ємна швидкість видиху – ПОШ). Після цього об'ємна швидкість потоку зменшується і крива повертається до початкової позиції. Виходячи з цього, крива «потік–об'єм» описує співвідношення між об'ємною швидкістю повітряного потоку і об'ємом легень під час вдиху і видиху.

Дані швидкостей і об'ємів потоку повітря обробляються персональним комп'ютером, завдяки

адаптованому програмному забезпеченню. Крива «потік–об'єм» при цьому відображається на екрані монітора і може бути роздрукована на папері або збережена на магнітному носії (діагностичний комплекс MasterScore PC німецької фірми «Eger» або апарат типу «Пневмоскрин»). Сучасні апарати працюють у відкритій системі з пневмотахографічними датчиками і наступним інтегруванням сигналу потоку для отримання синхронічних значень об'єму легень. Обраховані та отримані результати дослідження друкуються разом із кривою «потік–об'єм» на папері в абсолютних значеннях і у відсотках до належних величин. При цьому на осі абсцис відкладається ФЖЄЛ, що приймається за 100 %, а на осі ординат – потік повітря в літрах за 1 с.

Необхідно відмітити, що сучасні спірографи зазвичай видають результати спірографії англійською мовою. Тому наводимо аббревіатуру основних спірографічних показників українською та англійською мовами:

ДО – TV,
ЖЄЛ – VC,
ЖЄЛ^{ад} – IVC,
ЖЄЛ^{внд} – EVC,
ФЖЄЛ – FEV,
ФЖЄЛ₁ – FEV₁,
МОШ₂₅ – MEF₂₅,
МОШ₅₀ – MEF₅₀,
МОШ₇₅ – MEF₇₅,
СОШ₇₅₋₈₅ – MEF₇₅₋₈₅,
ПОШ – PEF.

Провокаційні інгаляційні проби – це комплекс тестів, що визначають реактивність бронхів на різні бронхоконстрикторні речовини. Вони поділяються на специфічні та неспецифічні.

Показання до проведення:

1. Виявлення специфічних причин алергенів при інтермітуючій бронхіальній астмі та інших захворюваннях органів дихання.
 2. Встановлення діагнозу бронхіальної астми в осіб з нічними симптомами задишки та кашлю за відсутності об'єктивних даних.
 3. Діагностика гіперреактивності бронхів.
 4. Оцінка ефективності проведеного лікування.
 5. Оцінка рецепторних систем бронхів.
 6. Профорієнтація молодих людей із захворюваннями органів дихання в анамнезі.
 7. Діагностика професійної бронхіальної астми.
- Правила та послідовність проведення провокаційних інгаляційних проб:

- тести проводяться в період ремісії захворювань;
- не менш ніж за 8 год до тесту відмінюється приймання адреноміметичних препаратів.

Протипоказання до проведення провокаційних інгаляційних проб:

- період загострення захворювання;
- стан після перенесеної гострої респіраторної інфекції упродовж не менше шести тижнів;
- наявність супутних захворювань легень та інших органів, які можуть загострюватись на цьому фоні;
- висока сенсibiliзація, яка уможлиблює шоківі реакції.

Провокаційний інгаляційний тест з алергеном (специфічний).

Пробу з алергеном починають з мінімальної концентрації, яку добирають шляхом алергометричного титрування на шкірі. Як правило, пробу починають з концентрації, що відповідає ++ на шкірі. При шкірних реакціях, що відповідають 3+ та 4+ використовують алергени, розчинені до 10^{-2} , 10^{-3} , а у деяких випадках до 10^{-6} , 10^{-10} . При проведенні тестів з алергенами пацієнтові потрібно перебувати під наглядом лікаря впродовж 12–48 год з обов'язковою реєстрацією показників функції зовнішнього дихання для діагностики віддалених та пізніх реакцій, що трапляються у 25 % хворих. Тести проводяться у приміщеннях, де є спеціальне обладнання для надання невідкладної допомоги.

За 30 хв до обстеження:

- визначається вихідний рівень функціональних показників зовнішнього дихання;
- визначається відповідь на інгаляцію контрольної рідини (запис спірограми через 2 хв);
- оцінюється відповідь на послідовно зростаючі концентрації агентів до зменшення функціональних показників зовнішнього дихання на 20 % і більше або до негативного результату;
- для ідентифікації пізніх реакцій тести проводять зранку, при виникненні тяжкого стану – відразу припиняють.

Функцію зовнішнього дихання оцінюють за відсотком зниження ЖЄЛ, ОФВ₁ та ІТ. Проба вважається позитивною при зниженні ЖЄЛ та ІТ на 15 %, ОФВ₁ – на 20 % та більше. При позитивному тесті спостерігаються суб'єктивні прояви (задишка, відчуття нестачі повітря, напад ядухи); аускультативно в легенях можуть вислуховуватись сухі хрипи.

Провокаційні інгаляційні неспецифічні тести проводять з гістаміном, ацетилхоліном, метахоліном, обзиданом, простагландином, брадикініном.

Ацетилхоліновий тест визначає функціональний стан холінергічних рецепторів бронхів. Для дослідження використовують концентрації 0,01; 0,1; 2,0; 5,0; 10,0; 20,0; 40,0; 60,0 мг/мл. Після кожних 5 вдихів здійснюють контроль бронхіальної прохідності. Обструкція бронхів, що розвивається під час інгаляції чи після неї, впродовж 2–3 хв проходить самостійно або знімається інгаляцією холинолітика.

Гістаміновий тест починають з концентрації 0,991 мг/мл, збільшуючи її в 2–5 разів. Напад ядухи, який може розвинути під час проведення тесту, купірується інгаляцією бета-адреноміметичних препаратів.

Брадикініновий тест оцінює внутрішньоклітинні процеси, що регулюють рівень активності циклічних нуклеотидів. Дія брадикініну проявляється через 30–60 хв, в окремих випадках реакція триває 3–6 год. Бронхоспазм купірується атропіном або адреналіном.

Обзидановий тест виявляє блокаду адренергічних бета-рецепторів. Використовується в концентрації 1000 мкг/мк обзидану (анаприліну) за відсутності бронхоконстрикції. Пробу повторюють 7–8 разів. У хворих на бронхіальну астму бронхоспазм розвивається протягом 6–12 хв.

Простагландиновий тест проводять для оцінки внутрішньоклітинних процесів, що регулюють рівень активності циклічних нуклеотидів. Використовують простагландин F₂ в 96 % розчині етилового спирту в концентрації 5 мкг/мк, із якого готують робочі концентрації для інгаляцій. Бронхоспазм настає відразу після інгаляції, триває не більше 30 хв, купірується атропіном.

Особливе місце посідають тести з фізичним навантаженням та його похідними (гіпервентиляцією, навантаженням, вдиханням холодного повітря). Реакцію на фізичні стимули можна оцінювати клінічно та при визначенні показників функції зовнішнього дихання до і після навантаження. Навантаження можна виконувати на велоергометрі, тредмілі. В перші 2–4 хв після навантаження відмічається підвищення ФЖЄЛ, яка надалі знижується до 40–50 % від вихідної. Проба вважається позитивною при зниженні показників ОФВ₁ та ЖЄЛ на 15–20 %. Проведення провокаційних тестів у клінічній практиці сприяє діагностиці обструктивних захворювань легень, особливо бронхіальної астми у пацієнтів без документовано підтвердженої обструкції, а також оцінці ефективності лікування. При цьому першими у виборі

провокаційних агентів можуть бути гістамін та ацетилхолін. Тести з алергенами найчастіше обмежуються спеціалізованими центрами та мають меншу наукову цінність у зв'язку зі складністю проведення та можливими анафілактичними реакціями [2].

Арсенал сучасних спірографів значно розширюється за рахунок появи комп'ютеризованих приладів, що базуються на дії пневмотахометрів або турбін та інтерпретують різні алгоритми. Вони можуть бути використані для одержання кількох необхідних величин за допомогою кривих «об'єм-час» або «потік-об'єм». Невеликі за розмірами, економічні, зручні, вони користуються популярністю серед медичного персоналу (фото 1–3). Такі портативні прилади, у більшості випадків, дозволяють проводити вимірювання з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта. Показники, що вимірюються спірографічно, відповідають умовам навколишнього середовища, температури та атмосферного тиску.



Фото 1. Спірометр-спірограф СпіроС-100.



Фото 2. Діагностичний спіроаналізатор Спіролаб III.



Фото 3. Спірограф комп'ютерний «Монітор дихання».

Необхідно відмітити, що у технічному виконанні спірометрії основна роль відводиться медичній сестрі. Саме від правильності технічного виконання дослідження залежить достовірність результатів.

До медичної сестри з функціональної діагностики є такі кваліфікаційні вимоги – неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Сестринська справа», спеціалізація за фахом «Функціональна діагностика».

Медична сестра з функціональної діагностики повинна чітко знати та застосовувати у діяльності:

- техніку виконання спірографії;
- методику виконання функціональних бронходилатаційних тестів та інгаляційних провокаційних тестів;
- норми найважливіших показників спірограми;
- апаратуру, її будову, принципи роботи та правила безпечної експлуатації;
- правила оформлення медичної документації;
- сучасну літературу за фахом.

Медична сестра з функціональної діагностики повинна володіти прийомами реанімації, вміти надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах.

Також до обов'язків медичної сестри з функціональної діагностики відноситься ведення медичної документації та дотримання принципів медичної деонтології [2].

У процесі роботи медичній сестрі з функціональної діагностики присвоюються кваліфікаційні категорії.

Друга кваліфікаційна категорія надається медичній сестрі, яка має хорошу теоретичну і прак-

тичну підготовку, володіє основними методиками функціональної діагностики, яку застосовують у даній установі, знає будову і принципи роботи апаратури. Уміє виконати спірографію, має уявлення про типові зміни спірограми, дослідження з функціональними пробами та систематично підвищує свої професійні знання.

Перша кваліфікаційна категорія надається медичній сестрі, яка має хорошу теоретичну і практичну підготовку, володіє технікою виконання та реєстрації спірограм, знає апаратуру, її будову, принципи роботи та норми найважливіших показників при її експлуатації, вміє усунути прості недоліки в її роботі, знає особливості зовнішнього дихання та систематично підвищує свої професійні знання.

Вища кваліфікаційна категорія надається медичній сестрі, яка має хорошу теоретичну і практичну підготовку, знає принципи роботи всієї апа-

ратури кабінету функціональної діагностики, стежить за справністю апаратури, вміє лагодити обладнання, володіє технікою підготовки хворого до спірографії та виконання і реєстрації спірограм, опрацьовує їх для подальшого розшифрування лікарем, має уявлення про типові зміни спірограм, робить розрахунки, знає особливості дослідження зовнішнього дихання та постійно підвищує свої професійні знання [3].

Висновки. Робота медичної сестри в процесі виконання спірометрії є надзвичайно важливою, оскільки саме від правильності проведення дослідження залежить достовірність отриманих результатів. Поява нових сучасних спірографів вимагає від медичної сестри не тільки медичних, але й технічних знань та володіння основами інформатики, що потребує постійного вдосконалення її знань і вмінь.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гольденберг Ю. М. Клініка та діагностика захворювань органів дихання : навч. посіб. / Ю. М. Гольденберг, І. М. Шуліпенко, А. Е. Петров. – Полтава : Тов «Фірма Техсервіс». – 2007. – 454 с.

2. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. – Вип. 78. – Охорона здоров'я (із змінами, внесеними згідно з наказами Міністерства охорони здоров'я № 131-О від 18.06.2003 р., № 277 від 25.05.2007 р., № 153 від 21.03.2011 р., № 121 від

14.02.2012 р.), що затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України 29.03.2002 р. № 117.

3. Про атестацію середніх медичних працівників (із змінами, внесеними згідно з наказами Міністерства охорони здоров'я № 194 (v0194282-92) від 25.12.1992 р., № 39 (v0039282-01) від 01.02.2001 р., № 25 (v0025282-04) від 19.01.2004 р.) : наказ Міністерства охорони здоров'я № 742 (z1368-07) від 23.11.2007 р.

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

4/2013

МЕДСЕСТРИНСТВО

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

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

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

15

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
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний
університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України»
(протокол № 5 від 29.10.2013 р.)

© ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
© Науково-практичний журнал «Медсестринство»

Редагування і коректура
Технічний редактор
Комп'ютерне верстання
Оформлення обкладинки

Пньова Ю. М.
Демчишин С. Т.
Пухальська О. І.
Кушик П. С.

Підп. до друку 30.10.2013. Формат 60x84/8.
Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. № 1
Ум. друк. арк. 7,67. Обл.-вид.арк. 6,74
Тираж 600. Зам. № 49

Видавець і виготівник
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний
університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

ЗМІСТ

- Н. І. Рега, С. О. Ястремська, М. Й. Пригара*
Участь медичної сестри у проведенні дослідження функції зовнішнього дихання
- Н. В. Пасечко, Г. В. Петрик*
Профілактика йододefіцитних захворювань в Тернопільському регіоні
- І. Я. Господарський, І. В. Яворська*
Особливості сестринського догляду за пацієнтами після операційних втручань на органах черевної порожнини
- Ю. С. Мигович, О. В. Авдєєв*
Порівняльна оцінка впливу протизапальних зубних паст «Splat Medical Herbs» і «PresiDENT Defense clinical» на гігієнічний стан порожнини рота і профілактику рецидивів запальних процесів у пародонті після базового лікування генералізованого пародонтиту в осіб дитячого віку
- О. І Тараненко, Д. А. Пасечник, М. І. Марущак*
Основні фактори ризику розвитку госпітальних пневмоній та роль медичної сестри у їх профілактиці
- О. Н. Литвинова, М. О. Хуторянська, Н. І. Макарова*
Комунікація і влада в діяльності старшої та головної МЕДСЕСТЕР
- О. М. Рудницька*
Психологічна взаємодія «медик–пацієнт»
- Н. В. Мороз*
Лікування коксартрозів шляхом тотального ендопротезування
- О. В. Паніхідіна*
Використання віртуальних лабораторій під час викладання практичних занять
- О. П. Савіцький*
Чинники, що сприяють розвитку депресії у населення України, та методи її профілактики

CONTENTS

- 5** *N. I. Reha, S. O. Yastremska, M. Y. Pryhara*
Participation of nurses in the study of respiratory function
- 11** *N. V. Pasyechko, G. V. Petryk*
Prophylaxy of iodine shortage in Ternopil region
- 14** *I. Ya. Hospodarskyu, I. V. Yavorska*
Peculiarities of post-operative nursing care of patients following general abdominal surgery
- 17** *Yu. S. Myhovych, O. V. Avdyeyev*
Comparative evaluation of the impact of anti-inflammatory toothpaste «Splat Medical Herbs» and «PresiDENT Defense clinical» hygiene in oral health and prevent a recurrence of inflammation in periodontal treatment after the base generalized periodontitis in patients childhood
- 22** *O. I. Taranenko, D. A. Pasechnyk, M. I. Marushchak*
main risk factors of nosocomial pneumonia progress and the role of nurses in their prevention
- 26** *O. N. Lytovynova, M. O. Khutoryanska, N. I. Makarova*
Communication and power of business senior and chief nurse
- 31** *O. M. Rudnytska*
Psychological interaction «doktor – patient»
- 27** *N. V. Moroz*
Treatment by total hip arthrosis
- 35** *O. V. Panihidina*
The use of virtual laboratories during teaching of practical lessons
- 37** *O. P. Savitsky*
Factors contributing to the development of depression in population of ukraine and methods of its prevention

- А. В. Парфеній*
Використання арт-терапевтичних методик при наданні психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам
- Н. В. Авдошенко*
Використання відеоматеріалів під час викладання лекційного матеріалу
- О. Н. Литвинова, М. О. Хуторянська*
Інтеграційний соціально-психологічний портрет медсестри та формування особистості медсестри в умовах медичного коледжу
- І. М. Погорілець*
Обґрунтування способу лікування пенетруючих виразок шлункової локалізації
- І. М. Білоконь*
Стан поширеності цукрового діабету серед населення Сумської області
- О. І. Зарудна, Н. І. Мураль*
Синдром хронічної втоми та сучасне суспільство
- М. П. Гуляєв, В. А. Альохін,
Г. О. Рудниченко*
Міжнаукова взаємодія – знамення часу
- 41** *A. V. Parfeniy*
Art therapy methods in psychological aid for HIV-infected patients
- 44** *N. V. Avdoshenko*
Use of video in teaching lectures
- 48** *O. N. Lytvynova, M. O. Chutoryanska*
Integrating social - psychological portrait and formation of nurses personality in the medical college
- 52** *I. M. Pohorilets*
Integrating social - psychological portrait and formation of nurses personality in the medical college
- 55** *I. N. Bilokon*
Range of diabetes spreading among the population of sumy region
- 58** *O. I. Zarudna, N. I. Mural*
Chronic fatigue syndrom and modern society
- 61** *M. P. Huliaev, V. A. Alyokhin,
H. O. Rudnychenko*
Interscientific interaction is the index of time

УЧАСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОВЕДЕННІ ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ

Н. І. Рега, С. О. Ястремська, М. Й. Пригара

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
ННІ медсестринства*

У статті висвітлено участь медичної сестри в дослідженні функції зовнішнього дихання, методику виконання спірографії, наведено основні спірографічні показники. Особливо висвітлено основні вимоги до роботи медичної сестри функціональної діагностики.

PARTICIPATION OF NURSES IN THE STUDY OF RESPIRATORY FUNCTION

N. I. Reha, S. O. Yastremska, M. Y. Pryhara

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»
Educational and Scientific Institute of Nursing*

The article describes the role of the nurse in the investigation of respiratory function, the methodology of spirometry performing, and main spirometry indexes are presented. Basic requirements for nurse from functional diagnostics unit are highlighted.

Вступ. У комплексному обстеженні пацієнтів із захворюваннями бронхолегеневої системи вивченню функції зовнішнього дихання (ФЗД) належить чільне місце. Це дозволяє верифікувати клінічний діагноз, спланувати оптимальні режими лікування, певною мірою спрогнозувати перебіг патологічного процесу. Тому на сьогодні лікарі-спеціалісти широко використовують спірографічний метод обстеження.

Спірографія є методом оцінки стану легень шляхом вимірювання об'єму і швидкості повітря, що видихається. Спірографія дозволяє оцінити функціональний стан легень. Ця процедура безболісна і безпечна, найчастіше проводиться в амбулаторних умовах.

Основна частина. Спірографія – метод графічної реєстрації змін легеневої об'ємної при виконанні дихальних рухів. Цей метод дослідження дозволяє одержати низку результатів, які описують вентиляцію легень: це вимірювання статичних об'ємів та ємностей, що характеризують пружні

властивості легень і грудної клітки, та динамічні дослідження, що визначають кількість повітря під час вдиху та видиху за одиницю часу [1].

Отже, всі показники легеневої вентиляції умовно поділяють на статичні, або анатомічні легеневої об'єми, і функціональні, безпосередні показники легеневої вентиляції. Ці показники мінливі. Вони залежать від статі, віку, ваги, зросту, положення тіла, стану нервової системи та ін. Тому для правильної оцінки функціонального стану бронхолегеневої системи абсолютне значення того чи іншого показника є недостатнім, необхідно порівнювати одержані абсолютні показники з відповідними величинами у здорової людини того ж віку, зросту, ваги, статі. Таке порівняння виражається у відсотках. Враховуючи, що у здорових людей залежно від деяких причин (вдома, стан нервової системи тощо) трапляються відхилення в межах плюс-мінус 15–20 %, патологічними вважаються відхилення більш ніж на 15–20 %.

Показники функції зовнішнього дихання:
Легеневі об'єми:

* Дихальний об'єм (ДО) – об'єм повітря між рівнями спокійного вдиху і спокійного видиху (N – 500 мл).

* Резервний об'єм вдиху (Ровд) – об'єм повітря між рівнями спокійного вдиху і максимального вдиху (N – 1000–1500 мл).

* Резервний об'єм видиху (Ровид) – об'єм повітря між рівнями спокійного видиху і максимального видиху (N – 1000–1500 мл).

* Залишковий об'єм легень (ЗОЛ) – об'єм повітря між рівнями максимального видиху і повного спадання легень.

Легеневі ємності:

* Ємність вдиху (Євд) – сума дихального об'єму і резерву вдиху

$$\text{ДО} + \text{Ровд} = \text{Євд}.$$

* Життєва ємність легень (ЖЄЛ) – сума дихального об'єму і резервного об'єму вдиху і видиху
 $\text{ЖЄЛ} = \text{ДО} + \text{Ровд} + \text{Ровид}$ (N – 2500–3500 мл).

* Загальна ємність легень (ЗЄЛ) – сума життєвої ємності легень і залишкового об'єму легень
 $\text{ЗЄЛ} = \text{ЖЄЛ} + \text{ЗОЛ}.$

* Функціональна залишкова ємність легень (ФЗЄЛ) – сума резервного об'єму видиху і залишкового об'єму легень

$$\text{ФЗЄЛ} = \text{Ровид} + \text{ЗОЛ}.$$

Це фактично кількість повітря в легенях, що залишилась при звичайному спокійному видиху.

Динамічні показники (вентиляційні):

Динамічні показники можна отримати при форсованому диханні або при фізіологічному навантаженні:

* Хвилиний об'єм дихання (ХОД) – кількість повітря, що видихають за 1 хвилину.

$\text{ХОД} = \text{ДО} \times \text{ЧД}$ (при спокійному диханні 500 мл \times 16 = 8 літрів).

* Частота дихання (ЧД) – кількість актів дихання за 1 хвилину.

* Максимальна вентиляція легень (МВЛ) – найбільша кількість повітря, яку легені можуть провентилювати за 1 хвилину.

* Резерв дихання (РД) – різниця між фактичними величинами максимальної вентиляції легень і хвилиним об'ємом дихання.

$$\text{РД} = \text{МВЛ} - \text{ХОД} \text{ (у відсотках - N - 85 \%)}.$$

Бронхіальна прохідність:

Форсована ЖЄЛ (ФЖЄЛ) – об'єм повітря при гранично форсованому вдиху після спокійного максимального видиху (в нормі ФЖЄЛ на 100–200 мл менше від ЖЄЛ).

Форсований видих за першу секунду (ОФВ₁).

Проба Тифно (індекс Тифно) – відношення форсованого видиху за першу секунду до життєвої ємності легень (ФЖЄЛ за 1 с, N – 70–85 %).

Зниження індексу Тифно до 55 % – помірне порушення прохідності бронхів, до 40 % – різке порушення прохідності бронхів.

Діагностичними можливостями спірографії для клініки є:

* визначення типу та ступеня легеневої недостатності;

* виявлення початкових ознак вентиляційної недостатності;

* визначення ступеня і швидкості прогресування захворювання;

* оцінка ефективності курсового лікування захворювань бронхолегеневої системи.

Показаннями до проведення спірографії є:

* визначення типу та ступеня дихальної недостатності;

* визначення впливу захворювання на динамічну функцію зовнішнього дихання;

* моніторинг показників функції зовнішнього дихання для оцінки ступеня прогресування захворювання;

* оцінка ефективності лікування бронхообструктивного синдрому бронходилататорами (β_2 -агоністами), інгаляційними кортикостероїдами та мембраностабілізуючими препаратами;

* проведення диференційної діагностики між дихальною і серцевою недостатністю у комплексі з іншими методами дослідження;

* виявлення початкових змін функції зовнішнього дихання в осіб, які мають ризик розвитку легеневих захворювань, або у тих, які працюють в умовах впливу шкідливих факторів;

* експертиза працездатності та військова експертиза на основі оцінки функції зовнішнього дихання у комплексі з клінічними показниками;

* проведення бронходилатаційних тестів;

* проведення інгаляційних провокаційних тестів для діагностики наявності бронхіальної гіперреактивності: метахолінового, гістамінового, гіпервентиляційного, проби з фізичним навантаженням.

Противоказаннями до проведення спірографії є:

* прогресуюча стенокардія, інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу;

* злаякісна артеріальна гіпертензія, гіпертонічний криз;

* гестози;

* недостатність кровообігу;

* тяжка легенева недостатність.

Підготовка до спірографії.

Спеціальної підготовки до спірографії не вимагається. Однак, перед проведенням дослідження варто утриматися від вживання їжі, або ж у особливих випадках проводити її через 2 год після легкого сніданку. Перед дослідженням протягом 30 хв необхідний відпочинок у положенні сидячи. Якщо пацієнт приймає бронхолітики – необхідно відмовитися від них не менше ніж за 12 год до початку дослідження.

Техніка проведення спірографії.

Дослідження проводять зранку натще. Перед дослідженням пацієнтові рекомендують перебувати у стані спокою протягом 30 хв, а також не приймати бронхолітики пізніше ніж за 12 год до дослідження.

Спірографію проводять у першій половині дня. Тим хворим, які приймають бронхолітичні препарати, призначають дослідження до і після приймання цих лікарських засобів. Після 15-хвилинного відпочинку в сидячому положенні, злегка нахиливши голову вперед та утримуючи прямо торс, пацієнтові пропонують закрити обидва носових ходи спеціальним затискачем, взяти індивідуальну простерилізовану насадку-мундштук до рота і щільно обхопити її губами. Пацієнт, сидячи, дихає через трубку по відкритому контуру, практично не зазнаючи опору диханню. Процедура виконання дихального маневру при реєстрації кривої «потік–об'єм» (КПО) ідентична тій, що відбувається при записі форсованої життєвої ємності легень (ФЖЄЛ) під час проведення спірографії. Хворому потрібно пояснити, що у пробі з форсованим диханням видихнути у прилад потрібно так, ніби гасиш свічки на святковому торті. Після деякого періоду спокійного дихання пацієнт робить максимальний вдих, у результаті чого реєструється крива еліптичної форми (крива АЕВ). Відразу після цього він робить форсований видих – реєструється крива характерної форми, що у здорових людей нагадує трикутник. Максимальна експіраторна об'ємна швидкість потоку відображається початковою частиною кривої (точка С, де реєструється пікова об'ємна швидкість видиху – ПОШ). Після цього об'ємна швидкість потоку зменшується і крива повертається до початкової позиції. Виходячи з цього, крива «потік–об'єм» описує співвідношення між об'ємною швидкістю повітряного потоку і об'ємом легень під час вдиху і видиху.

Дані швидкостей і об'ємів потоку повітря обробляються персональним комп'ютером, завдяки

адаптованому програмному забезпеченню. Крива «потік–об'єм» при цьому відображається на екрані монітора і може бути роздрукована на папері або збережена на магнітному носії (діагностичний комплекс MasterScore PC німецької фірми «Eger» або апарат типу «Пневмоскрин»). Сучасні апарати працюють у відкритій системі з пневмотахографічними датчиками і наступним інтегруванням сигналу потоку для отримання синхронічних значень об'єму легень. Обраховані та отримані результати дослідження друкуються разом із кривою «потік–об'єм» на папері в абсолютних значеннях і у відсотках до належних величин. При цьому на осі абсцис відкладається ФЖЄЛ, що приймається за 100 %, а на осі ординат – потік повітря в літрах за 1 с.

Необхідно відмітити, що сучасні спірографи зазвичай видають результати спірографії англійською мовою. Тому наводимо аббревіатуру основних спірографічних показників українською та англійською мовами:

ДО – TV,
ЖЄЛ – VC,
ЖЄЛ^{ад} – IVC,
ЖЄЛ^{внд} – EVC,
ФЖЄЛ – FEV,
ФЖЄЛ₁ – FEV₁,
МОШ₂₅ – MEF₂₅,
МОШ₅₀ – MEF₅₀,
МОШ₇₅ – MEF₇₅,
СОШ₇₅₋₈₅ – MEF₇₅₋₈₅,
ПОШ – PEF.

Провокаційні інгаляційні проби – це комплекс тестів, що визначають реактивність бронхів на різні бронхоконстрикторні речовини. Вони поділяються на специфічні та неспецифічні.

Показання до проведення:

1. Виявлення специфічних причин алергенів при інтермітуючій бронхіальній астмі та інших захворюваннях органів дихання.
 2. Встановлення діагнозу бронхіальної астми в осіб з нічними симптомами задишки та кашлю за відсутності об'єктивних даних.
 3. Діагностика гіперреактивності бронхів.
 4. Оцінка ефективності проведеного лікування.
 5. Оцінка рецепторних систем бронхів.
 6. Профорієнтація молодих людей із захворюваннями органів дихання в анамнезі.
 7. Діагностика професійної бронхіальної астми.
- Правила та послідовність проведення провокаційних інгаляційних проб:

- тести проводяться в період ремісії захворювань;
- не менш ніж за 8 год до тесту відмінюється приймання адреноміметичних препаратів.

Протипоказання до проведення провокаційних інгаляційних проб:

- період загострення захворювання;
- стан після перенесеної гострої респіраторної інфекції упродовж не менше шести тижнів;
- наявність супутних захворювань легень та інших органів, які можуть загострюватись на цьому фоні;
- висока сенсibiliзація, яка уможлиблює шоківі реакції.

Провокаційний інгаляційний тест з алергеном (специфічний).

Пробу з алергеном починають з мінімальної концентрації, яку добирають шляхом алергометричного титрування на шкірі. Як правило, пробу починають з концентрації, що відповідає ++ на шкірі. При шкірних реакціях, що відповідають 3+ та 4+ використовують алергени, розчинені до 10^{-2} , 10^{-3} , а у деяких випадках до 10^{-6} , 10^{-10} . При проведенні тестів з алергенами пацієнтові потрібно перебувати під наглядом лікаря впродовж 12–48 год з обов'язковою реєстрацією показників функції зовнішнього дихання для діагностики віддалених та пізніх реакцій, що трапляються у 25 % хворих. Тести проводяться у приміщеннях, де є спеціальне обладнання для надання невідкладної допомоги.

За 30 хв до обстеження:

- визначається вихідний рівень функціональних показників зовнішнього дихання;
- визначається відповідь на інгаляцію контрольної рідини (запис спірограми через 2 хв);
- оцінюється відповідь на послідовно зростаючі концентрації агентів до зменшення функціональних показників зовнішнього дихання на 20 % і більше або до негативного результату;
- для ідентифікації пізніх реакцій тести проводять зранку, при виникненні тяжкого стану – відразу припиняють.

Функцію зовнішнього дихання оцінюють за відсотком зниження ЖЄЛ, ОФВ₁ та ІТ. Проба вважається позитивною при зниженні ЖЄЛ та ІТ на 15 %, ОФВ₁ – на 20 % та більше. При позитивному тесті спостерігаються суб'єктивні прояви (задишка, відчуття нестачі повітря, напад ядухи); аускультативно в легенях можуть вислуховуватись сухі хрипи.

Провокаційні інгаляційні неспецифічні тести проводять з гістаміном, ацетилхоліном, метахоліном, обзиданом, простагландином, брадикініном.

Ацетилхоліновий тест визначає функціональний стан холінергічних рецепторів бронхів. Для дослідження використовують концентрації 0,01; 0,1; 2,0; 5,0; 10,0; 20,0; 40,0; 60,0 мг/мл. Після кожних 5 вдихів здійснюють контроль бронхіальної прохідності. Обструкція бронхів, що розвивається під час інгаляції чи після неї, впродовж 2–3 хв проходить самостійно або знімається інгаляцією холинолітика.

Гістаміновий тест починають з концентрації 0,991 мг/мл, збільшуючи її в 2–5 разів. Напад ядухи, який може розвинути під час проведення тесту, купірується інгаляцією бета-адреноміметичних препаратів.

Брадикініновий тест оцінює внутрішньоклітинні процеси, що регулюють рівень активності циклічних нуклеотидів. Дія брадикініну проявляється через 30–60 хв, в окремих випадках реакція триває 3–6 год. Бронхоспазм купірується атропіном або адреналіном.

Обзидановий тест виявляє блокаду адренергічних бета-рецепторів. Використовується в концентрації 1000 мкг/мк обзидану (анаприліну) за відсутності бронхоконстрикції. Пробу повторюють 7–8 разів. У хворих на бронхіальну астму бронхоспазм розвивається протягом 6–12 хв.

Простагландиновий тест проводять для оцінки внутрішньоклітинних процесів, що регулюють рівень активності циклічних нуклеотидів. Використовують простагландин F₂ в 96 % розчині етилового спирту в концентрації 5 мкг/мк, із якого готують робочі концентрації для інгаляцій. Бронхоспазм настає відразу після інгаляції, триває не більше 30 хв, купірується атропіном.

Особливе місце посідають тести з фізичним навантаженням та його похідними (гіпервентиляцією, навантаженням, вдиханням холодного повітря). Реакцію на фізичні стимули можна оцінювати клінічно та при визначенні показників функції зовнішнього дихання до і після навантаження. Навантаження можна виконувати на велоергометрі, тредмілі. В перші 2–4 хв після навантаження відмічається підвищення ФЖЄЛ, яка надалі знижується до 40–50 % від вихідної. Проба вважається позитивною при зниженні показників ОФВ₁ та ЖЄЛ на 15–20 %. Проведення провокаційних тестів у клінічній практиці сприяє діагностиці обструктивних захворювань легень, особливо бронхіальної астми у пацієнтів без документовано підтвердженої обструкції, а також оцінці ефективності лікування. При цьому першими у виборі

провокаційних агентів можуть бути гістамін та ацетилхолін. Тести з алергенами найчастіше обмежуються спеціалізованими центрами та мають меншу наукову цінність у зв'язку зі складністю проведення та можливими анафілактичними реакціями [2].

Арсенал сучасних спірографів значно розширюється за рахунок появи комп'ютеризованих приладів, що базуються на дії пневмотахометрів або турбін та інтерпретують різні алгоритми. Вони можуть бути використані для одержання кількох необхідних величин за допомогою кривих «об'єм-час» або «потік-об'єм». Невеликі за розмірами, економічні, зручні, вони користуються популярністю серед медичного персоналу (фото 1–3). Такі портативні прилади, у більшості випадків, дозволяють проводити вимірювання з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта. Показники, що вимірюються спірографічно, відповідають умовам навколишнього середовища, температури та атмосферного тиску.



Фото 1. Спірометр-спірограф СпіроС-100.



Фото 2. Діагностичний спіроаналізатор Спіролаб III.



Фото 3. Спірограф комп'ютерний «Монітор дихання».

Необхідно відмітити, що у технічному виконанні спірометрії основна роль відводиться медичній сестрі. Саме від правильності технічного виконання дослідження залежить достовірність результатів.

До медичної сестри з функціональної діагностики є такі кваліфікаційні вимоги – неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Сестринська справа», спеціалізація за фахом «Функціональна діагностика».

Медична сестра з функціональної діагностики повинна чітко знати та застосовувати у діяльності:

- техніку виконання спірографії;
- методику виконання функціональних бронходилатаційних тестів та інгаляційних провокаційних тестів;
- норми найважливіших показників спірограми;
- апаратуру, її будову, принципи роботи та правила безпечної експлуатації;
- правила оформлення медичної документації;
- сучасну літературу за фахом.

Медична сестра з функціональної діагностики повинна володіти прийомами реанімації, вміти надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах.

Також до обов'язків медичної сестри з функціональної діагностики відноситься ведення медичної документації та дотримання принципів медичної деонтології [2].

У процесі роботи медичній сестрі з функціональної діагностики присвоюються кваліфікаційні категорії.

Друга кваліфікаційна категорія надається медичній сестрі, яка має хорошу теоретичну і прак-

тичну підготовку, володіє основними методиками функціональної діагностики, яку застосовують у даній установі, знає будову і принципи роботи апаратури. Уміє виконати спірографію, має уявлення про типові зміни спірограми, дослідження з функціональними пробами та систематично підвищує свої професійні знання.

Перша кваліфікаційна категорія надається медичній сестрі, яка має хорошу теоретичну і практичну підготовку, володіє технікою виконання та реєстрації спірограм, знає апаратуру, її будову, принципи роботи та норми найважливіших показників при її експлуатації, вміє усунути прості недоліки в її роботі, знає особливості зовнішнього дихання та систематично підвищує свої професійні знання.

Вища кваліфікаційна категорія надається медичній сестрі, яка має хорошу теоретичну і практичну підготовку, знає принципи роботи всієї апа-

ратури кабінету функціональної діагностики, стежить за справністю апаратури, вміє лагодити обладнання, володіє технікою підготовки хворого до спірографії та виконання і реєстрації спірограм, опрацьовує їх для подальшого розшифрування лікарем, має уявлення про типові зміни спірограм, робить розрахунки, знає особливості дослідження зовнішнього дихання та постійно підвищує свої професійні знання [3].

Висновки. Робота медичної сестри в процесі виконання спірометрії є надзвичайно важливою, оскільки саме від правильності проведення дослідження залежить достовірність отриманих результатів. Поява нових сучасних спірографів вимагає від медичної сестри не тільки медичних, але й технічних знань та володіння основами інформатики, що потребує постійного вдосконалення її знань і вмінь.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гольденберг Ю. М. Клініка та діагностика захворювань органів дихання : навч. посіб. / Ю. М. Гольденберг, І. М. Шуліпенко, А. Е. Петров. – Полтава : Тов «Фірма Техсервіс». – 2007. – 454 с.

2. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. – Вип. 78. – Охорона здоров'я (із змінами, внесеними згідно з наказами Міністерства охорони здоров'я № 131-О від 18.06.2003 р., № 277 від 25.05.2007 р., № 153 від 21.03.2011 р., № 121 від

14.02.2012 р.), що затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України 29.03.2002 р. № 117.

3. Про атестацію середніх медичних працівників (із змінами, внесеними згідно з наказами Міністерства охорони здоров'я № 194 (v0194282-92) від 25.12.1992 р., № 39 (v0039282-01) від 01.02.2001 р., № 25 (v0025282-04) від 19.01.2004 р.) : наказ Міністерства охорони здоров'я № 742 (z1368-07) від 23.11.2007 р.

ПРОФІЛАКТИКА ЙОДОДЕФІЦИТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ РЕГІОНІ

Н. В. Пасечко, Г. В. Петрик

*Медичний центр «Медівіт»
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

У статті висвітлюється питання про необхідність профілактики йодного дефіциту в Україні.

PROPHYLAXY OF IODINE SHORTAGE IN TERNOPIL REGION

N. V. Pasyechko, H. V. Petryk

*Medical Center «Medivit»
SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»*

The necessity of shortage iodine prophylaxy in Ukraine was discovered in the article.

Вступ. На сьогодні проблема йодного дефіциту є надзвичайно актуальною, у зв'язку з великою кількістю ендемічних територій. Особливо важливою дана проблема є для регіонів України, оскільки до нестачі йоду у воді та продуктах харчування приєдналися негативні наслідки аварії на Чорнобильській АЕС.

Основна частина. Йододефіцитними захворюваннями (ЙДЗ), за визначенням ВООЗ, є всі патологічні стани, що розвиваються в популяції у результаті дефіциту йоду, яким можна запобігти при нормалізації його споживання [1]. Фізіологічне значення йоду полягає в тому, що він бере найактивнішу участь у функції щитоподібної залози, входить до складу її гормонів, які регулюють обмін речовин, енергетичні процеси і теплообмін організму.

Намагаючись компенсувати недостатнє вироблення тиреоїдних гормонів, щитоподібна залоза збільшується в розмірах. Розростання залози саме по собі хворобою не є, але якщо дефіцит йоду в організмі зберігається досить довго, тоді й виникає небезпека різних захворювань [2].

Спектр ЙДЗ досить широкий (табл. 1) і залежить від періоду життя, в якому ці захворювання проявляються [3].

© Н. В. Пасечко, Г. В. Петрик, 2013

Профілактика ЙДЗ набагато ефективніша, ніж лікування наслідків йодного дефіциту. Споживання йоду в Україні становить всього 40–60 мкг на день, що вдвічі-втричі нижче рекомендованого рівня. Недостатнє споживання йоду створює серйозну загрозу здоров'ю населення і вимагає здійснення заходів щодо масової та групової профілактики.

У таблиці 2 наведено добову потребу організму в йоді [4].

За даними Інституту ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка, за 2012 рік вперше виявлених хворих на дифузний зоб І ступеня в Україні становить 253,3 на 100 тис. населення, у тому числі дітей 0–14 років – 658,7 на 100 тис. населення.

У Тернопільській області число вперше зареєстрованих складає 578,5, з них дітей віком 0–14 років – 1743,1 на 100 тис. населення.

Найбільш вираженим регіоном йододефіциту являється Рівненський. Кількість вперше виявлених хворих у 2012 році складає 1039,1, з них дітей віком 0–14 років – 2471,4 на 100 тис. населення.

Вперше виявлених хворих на дифузний зоб II–III ступенів в Україні складає 40,2, з них дітей віком 0–14 років – 36,2 на 100 тис. населення. У Тернопіль-

Таблиця 1. Спектр проявів йододефіцитної патології (ВООЗ, 2001)

Період життя	Потенційні прояви
Плід	Аборти, мертвонародження Підвищена перинатальна смертність Вроджені вади розвитку Ендемічний неврологічний кретинізм (затримка розумового розвитку, глухонімота, спастична дилегія, косоокість) Ендемічний мікседематозний кретинізм (затримка розумового та фізичного розвитку, карликовість) Психомоторні порушення Підвищена чутливість щитоподібної залози до радіоактивного випромінювання
Новонароджений	Підвищена смертність Неонатальний зоб Явний або субклінічний гіпотиреоз Підвищена чутливість щитоподібної залози до радіоактивного випромінювання
Діти та підлітки	Ендемічний зоб Ювенільний гіпотиреоз Порушення розумового та фізичного розвитку Підвищена чутливість щитоподібної залози до радіоактивного випромінювання
Дорослі	Зоб та його ускладнення Гіпотиреоз Зниження фізичної та інтелектуальної працездатності Йодоіндукований гіпотиреоз Підвищена чутливість щитоподібної залози до радіоактивного випромінювання
Жінки дітородного віку	Зоб Анемія Порушення репродуктивної функції (непліддя, невиношування вагітності, передчасні пологи) Ризик народження дитини з ендемічним кретинізмом Підвищена чутливість щитоподібної залози до радіоактивного випромінювання

Таблиця 2. Показники добової потреби людини в йоді

Вікові групи	Потреба в йоді (мкг/добу)
Діти грудного віку (до 1 року)	90
Діти дошкільного віку (до 6 років)	90
Школярі (до 12 років)	120
Підлітки (від 12 років) і дорослі	150
Вагітні та жінки, які годують груддю	250

ському регіоні цей показник становить 43,7, у тому числі дітей 0–14 років – 53,2 на 100 тис. населення. Найбільш вираженими регіонами щодо захворювання на дифузний зоб II–III ступенів в Україні становлять Рівненська та Закарпатська області. У Рівненському регіоні кількість вперше виявлених захворювань на 100 тис населення становить 137,1, у тому числі дітей 0–14 років – 178,6, у Закарпатській області цей показник становить 111,5, у тому числі дітей 0–14 років – 71,2 (табл. 3, рис. 1) [9].

З метою подолання недостатності йоду в харчуванні використовують методи індивідуальної, групової та масової профілактики.

Індивідуальна йодна профілактика полягає у споживанні продуктів із підвищеним вмістом йоду (морепродукти), а також лікарських препаратів, що забезпечують надходження фізіологічної кількості йоду [5].

Групова йодна профілактика передбачає призначення препаратів йоду під контролем спеціалістів у групах найбільшого ризику розвитку

Таблиця 3. Регіони з йододефіцитом

Регіони з вираженим йододефіцитом	Регіони з частково вираженим йододефіцитом	Регіони з помірно вираженим йододефіцитом	Регіони з незначно вираженим йододефіцитом
Волинська область Рівненська область Львівська область Тернопільська область Івано-Франківська область Закарпатська область Чернівецька область Чернігівська область	Київська область Житомирська область Хмельницька область АР Крим	Вінницька область Черкаська область Полтавська область Сумська область Дніпропетровська область Луганська область	Одеська область Миколаївська область Кіровоградська область Херсонська область Запорізька область Донецька область Харківська область



Рис. 1. Діаграма йододефіциту на території України.

ЙДЗ (діти, підлітки; вагітні жінки, які годують груддю; особи дітородного віку; особи, які тимчасово

ЛІТЕРАТУРА

1. Шідловський В. О. Йодний дефіцит і йододефіцитні захворювання: посібник для лікарів / В. О. Шідловський, І. М. Дейкало, О. В. Шідловський. – К., 2004. – С. 11.
2. Свириденко Н. Ю. Микроэлемент интеллекта (йод) / Н. Ю. Свириденко // Наука и жизнь. – 2003. – № 6. – С. 66–70.
3. Паньків В. І. Йододефіцитні захворювання: практичний посібник / В. І. Паньків. – К., 2003. – 20 с.
4. Паньків В. І., Ендемічний зуб (йододефіцитні захворювання) / В. І. Паньків // Новости медицины и фармации. – 2013. – № 8.
5. Суплатова Н. В. Порівняльний аналіз ефективності методів йодної профілактики у вагітних в умовах зубної ендемії: методичні рекомендації / Н. В. Суплатова, О. Ф. Туровиніна. – Київ, 2000. – 164 с.

проживають в ендемічному зубному регіоні; при позитивному родинному анамнезі; пацієнти, які завершили курс лікування ендемічного зуба) [6].

Масова профілактика розрахована на всіх жителів ендемічного регіону, також здійснюється йодування води (що розфасовується), хліба, молока, додаються йодиди у корм домашніх тварин, у воду при зрошуванні полів [8].

В Україні найбільші підприємства КНПП «ЙОД» та ДПО «Артемсіль» виготовляють йодовану сіль на основі рекомендацій спеціалістів ЮНІСЕФ.

Як добавка йоду використовується йодат калію, що дозволяє продукту зберігати свої властивості протягом 12 місяців [10, 11].

Висновок. На сьогодні залишається актуальною профілактика йододефіциту в Україні. Найбільш ефективним, простим і безпечним способом вирішення проблеми є вживання йодованої їжі.

6. Дєдов І. І. Ендемічний зуб / І. І. Дєдов, П. А. Герасимів, Н. Смірнов // Проблеми ендокринології. – 1992. – Т. 38, № 3. – С. 6–15.

7. Боднар П. М. Йододефіцитні захворювання та їх профілактика / П. М. Боднар, Г. П. Михальчишин // Международный эндокринологический журнал. – 2006. – № 4 (6).

8. Паньків В. І. Практична тиреоїдологія / В. І. Паньків. – К., 2011. – С. 152.

9. Ендокринологія: довідник основних показників діяльності ендокринологічної служби України. – 2013. – Т. 18, № 1.

10. <http://www.krashiy.com/rus/nominations2007/?nid=78&id=10041&pid=664&sd>

11. <http://iod.com.ua/index.htm>

ОСОБЛИВОСТІ СЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

І. Я. Господарський, І. В. Яворська

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
ННІ медсестринства*

У статті описано особливості роботи медсестри при виконанні догляду за пацієнтами після абдомінальних операційних втручань. Професійне виконання всіх передбачених сестринських маніпуляцій та психологічна підтримка пацієнта повинні стати запорукою попередження можливих ускладнень та швидкого одужання хворого.

PECULIARITIES OF POST-OPERATIVE NURSING CARE OF PATIENTS FOLLOWING GENERAL ABDOMINAL SURGERY

I. Ya. Hospodarskyy, I. V. Yavorska

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»
Educational-Scientific Institute of Nursing*

This article describes the peculiarities of nursing care of patients after abdominal surgery. Professional nursing compliance with all prescribed manipulations and psychological support of the patient, should be the key to preventing possible complications and faster patients recovery.

Вступ. «Унікальною задачею медичної сестри є надання допомоги людині, хворій чи здоровій, виконання заходів, які сприяють збереженню або відновленню здоров'я, які вона могла б забезпечити собі сама, якби мала необхідні для цього сили, волю і знання...».

«Медсестра – це ноги безногого, очі сліпого, опора дитині, джерело знань і впевненості для молодої матері, уста тих, хто занадто слабкий або занурений у себе, щоб говорити...».

Дані висловлювання, запозичені у В. Хендерсон, чи не якнайкраще описують власне роль сестринського догляду в різні періоди життя людини. Одним із таких періодів є післяопераційний період.

Основна частина. Післяопераційний період розпочинається з моменту закінчення операції і триває до виписування хворого з відділення. Після операції пацієнт безпорадний і беззахисний, тому

йому необхідна допомога медичної сестри [1, 7]. У цей час можливе виникнення таких серйозних ускладнень, як серцево-судинна недостатність, тромбози (тромбофлебіти) та ін. Медсестра, при відповідальному ставленні до роботи, спроможна не тільки зменшити ймовірність виникнення ускладнень, але й попередити їх [1, 6]. Професійно виконаний догляд та психологічна підтримка, що надаються пацієнту, створюють основу і для успішної медикаментозної терапії [2, 3]. Помилки, допущені медперсоналом під час післяопераційного періоду, особливо в перші дні після операції, можуть призвести до несприятливого результату лікування і продовжити тривалість перебування пацієнта у стаціонарі. Основний тягар ведення даного періоду лежить на медичній сестрі, яка повинна не лише своєчасно вводити ліки, але і доглядати за пацієнтом, брати участь в годуванні, стежити за гігієнічним станом шкіри і ротової порожнини. Крім того, медсестра майже постійно перебуває біля

хворого, тому частіше від інших, а іноді і першою, помічає погіршення стану і деколи змушена самостійно надавати першу допомогу (подача кисню, видалення блювотних мас із носоглотки, зупинка кровотечі і т. д.). Досвідчена, спостережлива медична сестра є найближчим помічником лікаря, від неї нерідко залежить успіх лікування [2, 3].

У даному періоді все спрямовано на відновлення фізіологічних функцій пацієнта, нормальне загоєння операційної рани, попередження можливих ускладнень. Правильне і своєчасне виконання лікарських призначень і чуйне ставлення до хворого створюють умови для швидкого одужання.

Абдомінальні операційні втручання супроводжуються складним передопераційним і післяопераційним періодами, які вимагають використання значної кількості сестринських технологій. В результаті спостережень, вдалось встановити, що в післяопераційному періоді в роботі медичної сестри присутній весь спектр сестринських втручань: ін'єкції, інфузії, трансфузії, перев'язки, догляд за дренажами. У відділенні хірургії він визначається об'ємом операційного втручання, наявністю ускладнень і супутніх захворювань [1, 6, 7].

Обов'язковим для палатної медичної сестри є також:

1. Огляд післяопераційної рани, в тому числі пов'язки. Перевірка фіксації пов'язки, промокання гноєм, каловими масами, кров'ю, жовчю та ін.

2. Огляд дренажів. Відзначають їх довжину, прохідність, фіксацію, здійснюють профілактику висхідної інфекції.

3. Визначення місця для ін'єкцій починають з огляду місця майбутнього введення препарату. Відзначають наявність інфільтратів, гнійників, шкірних захворювань, тромбів і т. п.

4. Визначення можливості катетеризації сечового міхура і спорожнення кишечника. Відзначають наявність виділень з уретри (гній, кров), з'ясовують наявність затримки сечі в анамнезі. Оглядають ділянку ануса (наявність гемороїдальних вузлів, свищів).

Причиною виникнення серйозних ускладнень при догляді за дренажами черевної порожнини може стати невірне або нечітке виконання всіх необхідних умов [2, 4, 5]. Помилки та ускладнення, пов'язані з сестринським втручанням можна розділити на дві основні групи:

· ускладнення, пов'язані з порушенням технології догляду за дренажною системою;

· помилки, пов'язані з порушенням технології введення лікарських речовин у дренажну трубку.

До першої групи ускладнень належать:

- порушення герметичності дренажної системи;
- обтурація дренажної трубки;
- нагноєння в ділянці дренажу.

Найважливішим елементом профілактики висхідної інфекції є виключення можливості сполучення черевної порожнини із зовнішнім середовищем [1]. Дренажна система повинна бути герметичною, проте допущення помилки під час догляду за дренажами майже цілком зумовлене суб'єктивними факторами і залежить від відповідальності медичної сестри. У разі порушень при встановленні дренажної системи може відбутися її розгерметизація у двох місцях: в ділянці з'єднання двох дренажних трубок системи, а також у ділянці дистального кінця дренажної трубки. Порушення герметичності настає в разі виходу продовжуючої трубки з дренажу або коли її дистальний кінець виходить з розчину антисептика. Причиною може бути грубе, квапливе виконання таких маніпуляцій, як промивання дренажу і введення лікарських речовин у дренаж. Порушення герметичності може бути викликане необережним рухом хворого, особливо такого, який перебуває без свідомості або в стані рухового збудження.

Палатна медична сестра після транспортування пацієнта з операційної повинна наростити дренаж і опустити вільний кінець у флакон з антисептиком. Крім того, вона зобов'язана щодня визначати характер і кількість виділень з дренажу. Таким чином, кількість операцій, що закінчилися дренажуванням, значно збільшує обсяг діяльності палатної медичної сестри в післяопераційний період.

Досить часте ускладнення, яке трапляється при дренажуванні черевної порожнини, – нагноєння в ділянці встановлення дренажу. Причиною даного порушення є те, що під час проведення перев'язування в ділянці виходу дренажу важко забезпечити повну ізоляцію рани від зовнішнього середовища, оскільки заважає дренажна трубка і інфекція може проникати між трубкою і пов'язкою [1].

При вивченні видів загоєння післяопераційних ран, встановлено, що після планових операцій, нагноєння рани виявлено лише в 6 % випадків. В інших випадках, рани гоїлися первинним натягом. У відділенні абдомінальної хірургії, у пацієнтів

після порожнинних операцій, спостерігають дефіцит самообслуговування. Він визначається складністю і травматичністю операційного втручання, а також наявністю або відсутністю післяопераційних ускладнень. При дослідженні дефіциту самообслуговування, встановлено, що кількість пацієнтів, які потребують повного об'єму сестринського догляду, не перевищує 11 %.

Висновки. 1. При проведенні хірургічного лікування захворювань органів черевної порожнини, найбільшого об'єму догляду пацієнт потребує

саме під час післяопераційного періоду, який розпочинається з моменту закінчення операції і триває до виписування хворого з відділення.

2. Професійне виконання всіх, без виключення, сестринських маніпуляцій, а також психологічна підтримка пацієнта дають можливість покращити результати лікування і скоротити тривалість перебування пацієнта у стаціонарі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Васильева И. А. Профилактика и лечение послеоперационных инфекционных осложнений / И. А. Васильева // Медицинская сестра. – 2005. – № 4. – С. 7–8.

2. Греков И. Г. Сестринский процесс в послеоперационном периоде / И. Г. Греков // Медицинская помощь. – 1997. – № 5. – С. 47–49.

3. Греков И. Г. Сестринское клиническое наблюдение за пациентами специализированных отделений многопрофильной больницы / И. Г. Греков, И. И. Грекова // Главная медицинская сестра. – 2005. – № 3. – С. 17–21.

4. Грушевская И. А. Сестринское обеспечение оперативного лечения черепно-мозговой травмы /

И. А. Грушевская // Медицинская сестра. – 2006. – № 2. – С. 11–12.

5. Кондрашкина Л. А. Роль старшей медсестры в управлении операционным блоком / Л. А. Кондрашкина // Медицинская сестра. – 2004. – № 2. – С. 11–13.

6. Кузьмина Е. Я. Организация послеоперационного периода у пациентов пожилого возраста / Е. Я. Кузьмина // Сестринское дело. – 2002. – № 2. – С. 12–13.

7. Малина Н. И. Пациенты, поступающие на плановую операцию: эмоции, страхи, ожидания / Н. И. Малина // Медицинская сестра. – 2005. – № 4. – С. 20–23.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ВПЛИВУ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗУБНИХ ПАСТ «SPLAT MEDICAL HERBS» І «PRESIDENT DEFENSE CLINICAL» НА ГІГІЄНИЧНИЙ СТАН ПОРОЖНИНИ РОТА І ПРОФІЛАКТИКУ РЕЦИДИВІВ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У ПАРОДОНТІ ПІСЛЯ БАЗОВОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ В ОСІБ ДИТЯЧОГО ВІКУ

Ю. С. Мигович, О. В. Авдеев

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Встановлено, що зубна паста «PresiDENT Defense clinical» має більш виражені протизапальні та очищувальні властивості порівняно з «Splat Medical Herbs». Клінічно доведено, що використання зубної пасти «Splat Medical Herbs» понад 14 днів призводить до сухості слизової оболонки порожнини рота та збільшення чутливості зубів, що негативно впливає на перебіг запальних захворювань пародонта.

COMPARATIVE EVALUATION OF THE IMPACT OF ANTI-INFLAMMATORY TOOTHPASTE «SPLAT MEDICAL HERBS» AND «PRESIDENT DEFENSE CLINICAL» HYGIENE IN ORAL HEALTH AND PREVENT A RECURRENCE OF INFLAMMATION IN PERIODONTAL TREATMENT AFTER THE BASE GENERALIZED PERIODONTITIS IN PATIENTS CHILDHOOD

Yu. S. Myhovych , O. V. Avdyeyev

SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»

The toothpaste «PresiDENT Defens clinical» has a pronounced anti-inflammatory properties and cleaning compared with «Splat Medical Herbs» was established. Using the toothpaste «Splat Medical Herbs» over 14 days leads to dryness of the oral mucosa and increased tooth sensitivity, which adversely affect the course of inflammatory periodontal diseases was clinically proved.

Вступ. Запальні захворювання пародонта у дітей є головною проблемою дитячої терапевтичної стоматології з огляду на їх значне поширення, кількість ускладнень і труднощі лікування. Саме захворювання пародонта найчастіше є причиною втрати зубів і можуть призводити до розладів зубо-щелепної системи, травного тракту, серцево-судинної системи тощо [1].

Найчастіше захворювання пародонта спостерігаються у дітей шкільного віку: у віці 12–15 років – 92–100 %, кровоточивість ясен спостерігається у

39 %, зубний камінь – до 82 %, патологічні кишени – у 4 % школярів цього віку. Поширеність гінгівітів у дитячому віці становить 80 %, пародонтиту – 3–5 %. Найчастіше захворювання пародонта виявляються у віці 9–10 років [2].

Проблема запальних захворювань пародонта у дітей шкільного віку пов'язана з тим, що тканини пародонта довгостроково перебувають в стані фізіологічного напруження, пов'язаного з розвитком, прорізуванням, формуванням і розсмоктуванням коренів молочних і формуванням коренів постійних зубів.

Важливим етіологічним чинником захворювань пародонта є пародонтопатогенні мікроорганізми, які разом із залишками їжі утворюють зубну бляшку (біоплівку). Зубні бляшки є постійним резервуаром мікрофлори, тому їх усунення та запобігання утворенню має велике значення у комплексному лікуванні захворювань пародонта. Найефективнішим засобом запобігання утворенню зубних бляшок та, частково, їх усунення є ретельне чищення зубів з використанням лікувально-профілактичних зубних паст. Для кращого усунення зубних бляшок із поверхні зубів до складу зубних паст введено поверхнево-активні речовини, які полегшують їх видалення, наприклад, натрію лаурилсульфат (Sodium Lauryl Sulfate – SLS) [3]. Клінічно доведено, що ці препарати швидко всмоктуються у порожнині рота і розносяться кровотоком по організму. Надалі вони накопичуються у внутрішніх органах (печінці, серці, нирках, головному мозку, органі зору) і можуть спричиняти патологічні зміни. Експериментально було встановлено, що наявність SLS у зубній пасті призводить до десквамації слизової оболонки та провокує виникнення афт у порожнині рота. Кількість виразкових уражень слизової оболонки рота зменшується на 70 %, якщо пацієнти користуються зубними пастами без SLS [4, 5]. Для того, щоб уникнути цих побічних ефектів, виробники намагаються вилучити поверхнево-активні речовини зі складу зубних паст і замінити їх природними компонентами рослинного походження. Тому, метою даної роботи стало визначення клінічної ефективності та проведення порівняльної оцінки впливу протизапальних зубних паст на основі природних інгредієнтів та протизапальних зубних паст, що містять поверхнево-активні речовини (натрію лаурилсульфат) на гігієнічний стан порожнини рота в осіб дитячого віку після базового лікування генералізованого пародонтиту.

Основна частина. Дослідження проведено у 40 хворих на хронічний генералізований пародонтит I ступеня, віком 12–15 років. Вони були розділені на дві групи по 20 пацієнтів: основну та контрольну. Усім пацієнтам провели ретельне клінічне та рентгенографічне обстеження стану тканин пародонта з визначенням гігієнічних індексів: Green–Vermillion (OH-I-S) [6], ГІ [7]; індекс кровоточивості ясенної борозни (SBI) за [8]; індекс оцінки стану тканин пародонта (РМА) папілярно-маргінально-альвеолярного за Парма [9]; вакуум-на проба на визначення стійкості капілярів ясен (В. І. Кулаженко, 1960). Усім пацієнтам провели

професійну гігієну порожнини рота, полірування та детоксикацію поверхонь зубів. Навчили правильних навичок гігієни порожнини рота і чищення зубів із використанням досліджуваних зубних паст. Залежно від проявів симптоматичного гінгівіту (катарального чи гіпертрофічного) та характеру мікрофлори пародонтальних кишень провели медикаментозне лікування. Після завершення першої фази лікування генералізованого пародонтиту здійснено оцінку клінічної ефективності та порівняльну оцінку впливу протизапальних зубних паст на основі природних інгредієнтів та протизапальних зубних паст, що містять поверхнево-активні речовини (натрію лаурилсульфат) на гігієнічний стан порожнини рота в осіб дитячого віку на основі комплексного обстеження стану тканин пародонта. Цей стан визначали в динаміці дослідження на 7, 14 день та через 1 місяць після проведеного курсу лікування. Пацієнти основної групи в загальноприйнятій схемі лікування користувалися протизапальною зубною пастою «PresiDENT Defense clinical» (Італія, Бетафарм), у контрольній – «Splat Medical Herbs» (Росія).

«PresiDENT Defense clinical» – зубна паста розроблена для спеціального догляду та лікування запальних захворювань ясен будь-якої складності. Забезпечує ефективне та безпечне видалення зубних відкладень, запобігає утворенню зубного каменя. Заживляє рани, має протизапальний, антикарієсний ефект. Емульсійна основа утворює захисну плівку на поверхні зубів та ясен і тривало захищає їх від впливу подразнювальних факторів і бактерій. До її складу входить гексетидин (0,1 %), що має антисептичну, протигрибкову дію. Руйнує клітинну оболонку мікроорганізмів або порушує синтез необхідних для розмноження мікроорганізму речовин. Активний відносно грампозитивних бактерій, грибів роду *Candida*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus* spp. Цитрат цинку має антисептичну підсушувальну дію. Прополіс («бджолиний клей») – заживляє рани, стимулює місцевий імунітет, зокрема фагоцитоз. Чебрець – має бактерицидну, протигрибкову і протизапальну дії. Вміст іонів фтору забезпечує надійний антикарієсний захист, зміцнює емаль. Паста містить унікальний абразив на основі гідратованого кремнію Syloblank (індекс контрольованої абразивності 75 RDA), забезпечує ефективне і безпечне видалення зубних відкладень, запобігає утворенню зубного каменя. Особливістю абразиву Syloblank є його інертність до інших активних компонентів паст (фтору, фітоекстракту), що дозволило мак-

симально збільшити термін дії всіх компонентів пасти до рекордної позначки – 5 років. Має приємний смак і аромат.

Зубна паста «Splat Medical Herbs» (Росія) містить рослинні препарати, зокрема екстракти шавлії, ромашки і глоду, має протизапальну та кровоспинну дію. Ефірна олія герані відома як потужний антисептик. Екстракт алтайської обліпихи стимулює регенерацію м'яких тканин пародонта, Кальцис®, отриманий з ячноїшкаралупи, зміцнює емаль і захищає її від карієсу. Очищувальні властивості пасти зумовлені наявністю кремнієвих частинок кулястої форми, які не пошкоджують емаль та мають виразний полірувальний ефект. Поверхнево-активною речовиною у цій пасти є SLS.

Таблиця 1. Показники стану пародонта у хворих до початку дослідження

Показник	Основна група	Контрольна група
ОHI-S, бали	2,51±0,25	2,14±0,21
П, Федорова–Володкіної, бали	2,81±0,22	2,45±0,24
РМА, %	48,5±0,85	46,85±0,73
SBI, бали	2,48±0,52	2,51±0,71
Стійкість капілярів, с	21	19

Повторне клінічне обстеження, проведене через 7 днів, показало незначне поліпшення цих показників: ОHI-S в основній групі становив (2,03±0,25), у контрольній – (1,98±0,21) бала; індекс Федорова–Володкіної в основній групі –

За даними первинного огляду (табл. 1), середнє значення гігієнічних індексів ОHI-S та індексу Федорова–Володкіної у всіх пацієнтів було високе і відповідало поганій гігієні порожнини рота; ОHI-S: в основній групі цей індекс становив (2,51±0,25), у контрольній – (2,14±0,21) бала; індекс Федорова–Володкіної в основній групі – (2,81±0,22), у контрольній – 2,45±0,24; значення РМА в основній групі – (48,5±0,85) %, у контрольній – (46,85±0,73) %; SBI – 2,48±0,52 та 2,51±0,71 відповідно; проба Кулаженка в основній групі – 21 с, у контрольній – 19 с, що було характерно для наявності виражених явищ запалення у тканинах пародонта, зокрема ясен.

2,41±0,22, у контрольній – 2,16±0,24; РМА – (39,5±0,85) % та (37,75±0,73) %; SBI – 1,54±0,6 та 1,92±0,4 відповідно; проба Кулаженка в основній групі – 29 с, у контрольній – 31 с (табл. 2).

Таблиця 2. Показники стану пародонта у хворих через 7 днів після початку дослідження

Показник	Основна група	Контрольна група
ОHI-S, бали	2,03±0,25	1,98±0,21
П, Федорова–Володкіної, бали	2,41±0,22	2,16±0,24
РМА, %	39,5±0,85	37,75±0,73
SBI, бали	1,54±0,6	1,92±0,4
Стійкість капілярів, с	29	31

Через 14 днів показники проведених індексів значно поліпшилися: індекс ОHI-S становив в основній групі (1,51±0,23), у контрольній – (1,46±0,27) бала, індекс Федорова–Володкіної в основній групі – 1,87±0,22, у контрольній – 1,63±0,24, що відповідає задовільним показникам індексу. Також спостерігали поліпшення пародонтальних індексів: значення РМА у всіх досліджуваних хворих відповідали легкому ступеню симптоматичного гінгівіту: в основній групі – (15,06±1,2) %, у контрольній – (18,06±1,4) %; SBI – 0,42±0,4 та 0,64±0,1 відповідно; проба Кулаженка в основній групі – 47 с, у контрольній

– 51 с. На цьому етапі дослідження достовірної відмінності значень між обстеженими групами пацієнтів не виявлено (табл. 3).

За місячний термін клінічних спостережень хворих на генералізований пародонтит показники стану тканин пародонта та гігієни порожнини рота достовірно поліпшилися. Так, в основній групі пацієнтів при використанні зубної пасти «PresiDENT Defense clinical» гігієнічний індекс ОHI-S становив (0,19±0,22), а в контрольній – (0,8±0,12) бала; індекс Федорова–Володкіної в основній групі – 1,2±0,22, у контрольній – 1,4±0,24; індекс РМА в основній групі – (5,9±2,06), а в контрольній –

(17,1±2,1) бала; індекс кровоточивості SBI – (0,1±0,1) та (0,2±0,6) бала відповідно; проба Ку-лаженка в основній групі – 61 с, у контрольній – 68 с (табл. 4).

Таблиця 3. Показники стану пародонта у хворих через 14 днів після початку дослідження

Показник	Основна група	Контрольна група
ОHI-S, бали	1,51±0,23	1,46±0,27
П, Федорова–Володкіної, бали	1,87±0,22	1,63±0,24
PMA, %	15,06±1,2	18,06±1,4
SBI, бали	0,42±0,4	0,64±0,1
Стійкість капілярів, с	47	51

Таблиця 4. Показники стану пародонта у хворих через 1 місяць після початку дослідження

Показник	Основна група	Контрольна група
ОHI-S, бали	0,19±0,22	0,8±0,12
П, Федорова–Володкіної, бали	1,2±0,22	1,4±0,24
PMA, %	5,9±2,06	17,1±2,1
SBI, бали	0,1±0,1	0,2±0,6
Стійкість капілярів, с	61	68

Графічно результати дослідження зображено на рисунках 1, 2. На основі тривалого клінічного спостереження клінічної ефективності використання різних зубних паст виявлено деякі їх недоліки. У разі застосування зубної пасту «Splat

Medical Herbs» більшість пацієнтів контрольної групи (86,67 %) скаржилися на сухість слизової оболонки рота та підвищення чутливості зубів після використання цієї пасту понад 2 тижні.

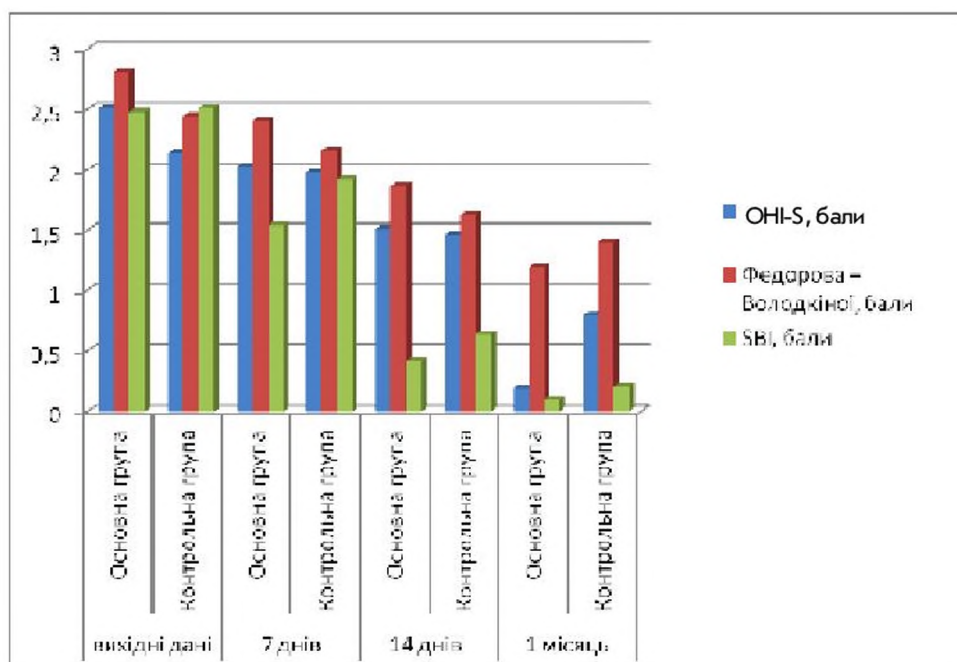


Рис. 1. Графічна характеристика гігієнічного стану ротової порожнини хворих груп спостережень.

Висновки. Під час порівняльного дослідження було встановлено, що зубні пасту «PresIDENT Defense clinical» та «Splat Medical Herbs» мають виражені протизапальні властивості, поліпшують гігієнічний стан порожнини рота і їх доцільно вико-

ристовувати у комплексному лікуванні хворих із захворюваннями пародонта. Проведені клінічні спостереження показали, що наявність у складі пасту «Splat Medical Herbs» SLS призводить, у разі її використання понад 14 діб, до сухості слизової

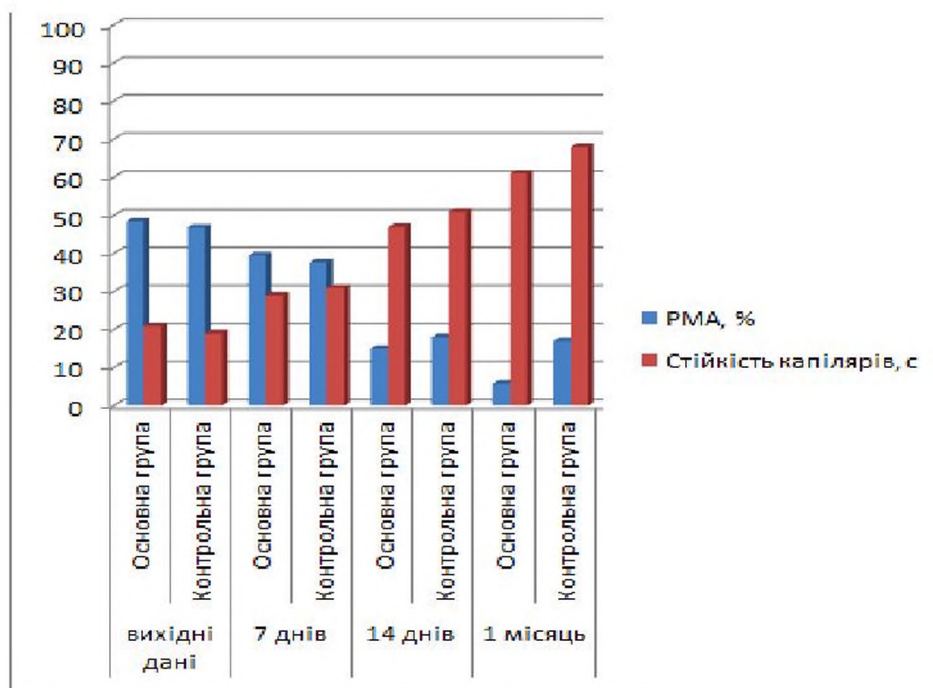


Рис. 2. Графічна характеристика ступеня запальних явищ у пародонті хворих груп спостережень.

оболонки рота і збільшення чутливості зубів, що негативно впливає на перебіг генералізованого пародонтиту. У проведені терміни дослідження було показано, що зубна паста «PresiDENT Defense clinical» має більше виражені проти-запальні та очищувальні властивості порівняно з пастою «Splat Medical Herbs». Її емульсійна основа утворює захисну плівку на поверхні зубів та ясен і тривало захищає їх від впливу подразнювальних факторів і бактерій. Паста містить унікальний абразив на основі гідратованого кремнію Syloblank (індекс контрольованої абразивності 75 RDA), забезпечує ефективне і безпечне видалення зуб-

ЛІТЕРАТУРА

1. Терапевтична стоматологія : підручник : у 4 т. / М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, А. М. Політун [та ін.]. – К. : Медицина, 2008. – Т. 3. – 616 с.
2. Савичук Н. О. Сучасні погляди на етіологію і патогенез захворювань пародонта у дітей (огляд літератури) / Н. О. Савичук, О. А. Марченко // Дентальні технології. – 2008. – № 3 (38). – С. 19–23.
3. Деньга О. В. Дослідження клінічної ефективності засобів догляду за порожниною рота для дітей від ТМ «Лакалут» / О. В. Деньга, С. В. Шпак // Современная стоматология. – 2010. – № 3. – С. 96–100.
4. Herlofson B. V. Oral mucosal desquamation caused by two toothpaste detergents in an experimental model / B. V. Herlofson, P. Barkvoll // J. Oral Sci. — 1996. — Vol. 104 (1). — P. 21–26.
5. Herlofson B. V. The effect of two toothpaste detergents on the frequency of recurrent aphthous ulcers /

них відкладень, запобігає утворенню зубного каменя. Особливістю абразиву Syloblank є його інертність до інших активних компонентів пасту (фтору, фітоекстракту), що дозволило максимально збільшити термін дії всіх компонентів пасту до рекордної позначки – 5 років.

Отже, вважаємо, що зубна паста «PresiDENT Defense clinical» є більшою мірою біосумісна з порожниною рота і організмом у цілому завдяки відсутності у її складі натрію лаурилсульфату (SLS). Це зменшує її подразнювальні властивості та сприяє ефективній профілактиці рецидивів запальних процесів у тканинах пародонта.

6. Green J. C. The simplified oral hygiene index / J. C. Green, J. R. Vermillion // J. Am. Dent. Assoc. — 1964. — Vol. 68. — P. 7–10.
7. Федоров Ю. А. Оценка очищающего действия зубных гигиенических средств и качества ухода за полостью рта / Ю. А. Федоров, В. В. Володкина // Терапевтическая и ортопедическая стоматология. – К. : Здоровье, 1971. – Вып. 1. – С. 117–119.
8. Muhlemann H. R. Gingival sulcus bleeding – a leading symptom in initial gingivitis / H. R. Muhlemann, S. Son // Helv. Odontol. Acta. – 1971. – Vol. 15. – P. 107–110.
9. Parma C. Parodontopathien / C. Parma // I. A. Verlag, Leipzig, 1960. – 203 s.

ОСНОВНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ ТА РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ЇХ ПРОФІЛАКТИЦІ

О. І. Тараненко, Д. А. Пасечник, М. І. Марущак

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

У статті проаналізовано основні фактори ризику розвитку госпітальних пневмоній та роль медичної сестри у запобіганні їх розвитку. Аналіз літературних даних показує серйозні проблеми у забезпеченні медичними сестрами належної профілактики госпітальних пневмоній.

MAIN RISK FACTORS OF NOSOCOMIAL PNEUMONIA PROGRESS AND THE ROLE OF NURSES IN THEIR PREVENTION

O. I. Taranenko, D. A. Pasechnyk, M. I. Marushchak

SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»

The analysis of the main risk factors of nosocomial pneumonia **progress** and the role of the nurse in their prevention are presented in this article. The analysis of the literature shows serious problems in ensuring adequate nurses prevention of nosocomial pneumonia.

Вступ. Госпітальна (нозокоміальна, внутрішньолікарняна) пневмонія (ГП) – це інфекційне ураження легень, яке виникає і розвивається під час перебування пацієнта у стаціонарі з приводу іншого захворювання через 48 і більше годин після госпіталізації [2]. Більш повним є наступне визначення. ГП – це захворювання, що характеризується появою нового легеневого інфільтрату через 48 годин після госпіталізації у сукупності з наявністю клінічних даних, які підтверджують його інфекційну природу, за винятком інфекцій, що перебували в інкубаційному періоді на момент госпіталізації хворого у стаціонар [4].

ГП – друга за частотою та перша за смертністю нозокоміальна інфекція [10]. Захворюваність залежить від багатьох факторів, зокрема, віку пацієнтів, тяжкості перебігу основного й супутніх захворювань, обсягу інвазивних втручань тощо. Захворюваність серед госпіталізованих пацієнтів віком до 35 років складає близько 0,5 %, тоді як серед осіб старше 65 років – 1,5 % і більше. Серед пацієнтів хірургічних відділень і палат інтенсивної терапії цей показник зростає до 15–20 % ви-

падків, а серед хворих, які знаходяться на штучній вентиляції легень – до 18–70 % [5].

В останні роки акцент на поліпшення якості медичної допомоги, що надається у лікарнях усіх рівнів нашої країни значно зросла і продовжує набирати обертів. Оскільки медичні сестри є невід'ємною частиною у догляді за пацієнтами, вони також відіграють важливу роль у поліпшенні якості надання медичної допомоги [24]. В Америці значно зростає роль сестринської справи у системі охорони здоров'я, адже вважається, що медсестри є «серцем і душею лікарні» [15].

Основна частина. Розглядаючи фактори ризику розвитку ГП можна стверджувати, що дане захворювання є багатофакторним. Супутні хвороби пацієнтів створюють передумови та небезпеку розвитку внутрішньолікарняних інфекцій. Порушення функції імунної системи у хворих сприяє інфекційній інвазії, яка зазвичай не розвивається у здорових осіб. Ще одним чинником є незадовільне харчування, що збільшує ризик ГП [21]. Тяжкі захворювання і порушення гемодинаміки також асоціюються із зростанням ризику ГП [9]. Аспірація ротоглотки відіграє значну роль у роз-

© О. І. Тараненко, Д. А. Пасечник, М. І. Марущак, 2013

витку даної патології. Близько у 45 % здорових людей може відбуватися аспірація під час сну. Проте поєднання ослаблення імунної системи, порушення мукоциліарного кліренсу дихальних шляхів, а також наявність патогенних організмів робить значний внесок у ГП [16]. Практично відразу ж після госпіталізації пацієнта починається колонізація його шкіри і слизових оболонок верхніх дихальних шляхів мікроорганізмами, що циркулюють у стаціонарі [18]. Через декілька днів перебування хворого у стаціонарі його мікрофлора суттєво змінюється. Деякі з набутих патогенних чи умовно-патогенних мікроорганізмів можуть потрапити в легені і викликати ГП. Фактори ризику інфекційної інвазії включають тривале перебування у стаціонарі, куріння, вік, уремію, споживання алкоголю, інтубацію, кому, тяжкі операційні втручання, недоїдання, поліорганну недостатність, нейтропенію [22]. Крім того, такі чужорідні тіла, як ендотрахеальний і назогастральний зонд, слугують джерелом для подальшої колонізації і виступають в якості фізичних каналів для міграції патогенів у нижні дихальні шляхи. Найбільш значущі фактори ризику розвитку ГП умовно поділені на декілька груп:

- фактори, які пов'язані з медичним впливом: перебування на ШВЛ; неадекватна обробка рук персоналу, засобів догляду і дихальної апаратури, порушення правил техніки лікувальних і діагностичних маніпуляцій; хірургічні втручання, трахеостомія; попередня антибіотикотерапія, антацидна терапія, лікування кортикостероїдами;
- фактори, які пов'язані з особливостями захворювання, наявністю супутніх патологій: регургітація зі шлунка; тяжкість вихідного захворювання; тривалість госпіталізації; цукровий діабет; хронічні обструктивні захворювання легень; ацидоз; уремія;
- фактори, які пов'язані з індивідуальними особливостями: нерухомість; літній вік; погане харчування; куріння [12].

Крім того, виділяють фактори ризику летально-го кінця. Це літній вік, шок, нейтропенія, цукровий діабет, двостороннє ураження легень, бактеріємія, попередня антибіотикотерапія, неадекватна антибіотикотерапія, синьогнійна або *Acinetobacter* зумовлена інфекція. Проведення мультиваріантного аналізу в роботі Paterson D. показало, що найважливішим фактором ризику летальності є неадекватна стартова антибіотикотерапія [3].

Згідно з бразильськими рекомендаціями щодо принципів лікування внутрішньолікарняних пневмоній і вентиляторасоційованої пневмонії 2007 року фактори ризику розвитку ГП можна класифікувати на модифіковані та немодифіковані [23]. До немодифікованих факторів ризику належать літній вік, ступінь тяжкості захворювання на момент госпіталізації, хронічні обструктивні захворювання легень, неврологічна патологія, травми та операції. Модифіковані фактори ризику включають тривалість механічної вентиляції, реінтубації, трахеостомії, використання назогастрального зонда, ентеральне харчування, аспірація шлункового вмісту, використання антацидів, попереднє застосування протимікробних препаратів, транспортування з відділення інтенсивної терапії у лежачому положенні.

Враховуючи ступінь тяжкості, фактори ризику і період госпіталізації виділяють наступні групи хворих на ГП згідно з наказом МОЗ України № 311 від 30.12.1999 р.:

- перша група – хворі без факторів ризику з легким і помірним ступенем тяжкості ГП, що розвинулася в будь-який час госпіталізації або тяжкою ГП із раннім початком (до 5 днів госпіталізації);
- друга група – хворі зі специфічними факторами ризику з легким і помірним ступенем тяжкості ГП, що розвинулася в будь-який час госпіталізації або тяжкою ГП із раннім початком (до 5 днів госпіталізації);
- третя група – хворі з тяжкою ГП при наявності факторів ризику або такої, що розвинулася в пізні терміни (більше 5 днів із часу госпіталізації) [1].

Проаналізувавши основні фактори ризику розвитку ГП, важливим є встановити роль медичної сестри у попередженні впливу цих чинників на досліджувану патологію. Відомо, що медсестри відіграють ключову роль у запобіганні внутрішньолікарняних інфекцій не тільки за рахунок основних аспектів їх сестринської практики, але й за допомогою навчання пацієнтів. Як захисники пацієнтів, медсестри перебувають в унікальному становищі для поліпшення стандартів діагностики та лікування пацієнтів. Медсестра має багато інструментів, доступних для створення безпечного середовища для пацієнтів. Насамперед, універсальні запобіжні заходи є наріжним каменем безпечного середовища, вільного від інфекцій. За даними Центру з контролю і профілактики захворювань (Center for Disease Control and Prevention, 2010)

універсальні запобіжні заходи призначені для запобігання передачі через кров патогенів при наданні першої медичної допомоги або медичного обслуговування [14]. Вони використовуються для великої кількості рідин організму, у тому числі крові, цереброспінальної рідини, амніотичної рідини, сперми і вагінальних виділень. Проте вони не поширюються на такі біологічні рідини, як носові виділення, харкотиння, слина, піт, сльози, сеча, кал або блювотні маси, якщо ці рідини не містять видимі сліди крові. Під універсальними запобіжними заходами розуміють необхідність медичних сестер носити засоби індивідуального захисту при контакті зі зазначеними рідинами організму [6].

Миття рук є ще одним потужним засобом в арсеналі медсестри у профілактиці інфекцій, і є найпершим втручанням медичної сестри для запобігання ГП. Ефективне миття рук може бути досягнуте антимікробним милом і водою, а в деяких випадках використовують спеціальні замінники на спиртовій основі [7].

Є багато інших способів, за допомогою яких медсестри можуть запобігти інфекції біля ліжка хворого [13]. Насамперед, рекомендується мінімізувати використання катетеризації сечового міхура, а при клінічній необхідності використовувати метод переривчастої катетеризації. Скрупульозне миття рук і застосування асептиків є життєво важливим у догляді за сечовими катетерами.

Пацієнти з нейтропенією повинні отримувати ретельний догляд за порожниною рота, у тому числі чищення зубів щіткою і зубною ниткою. Згідно з рекомендаціями Американської Асоціації невідкладної допомоги медичних сестер пацієнтам дорослого віку при кардіологічних опе-

раційних втручаннях у передопераційний період необхідно полоскати ротову порожнину 0,12 % розчином хлоргексидину глюконату двічі на день [11]. У хворих, які знаходяться на штучній вентиляції легень, згідно з даними Асоціації професіоналів інфекційного контролю та епідеміології рекомендовано проводити стандартну гігієну ротової порожнини як частину заходів щодо профілактики ГП [17].

За даними групи вчених з Пакистану, основним у розвитку ГП є відсутність достатніх знань медичного персоналу щодо їх профілактики, а також неналежне дотримання основних рекомендацій світових товариств і асоціації щодо попередження розвитку цього виду пневмоній [19]. Отримані результати великого, багатоцентрового дослідження у відділеннях інтенсивної терапії Європи свідчать про недотримання основних вимог щодо попередження розвитку ГП у 37 % випадків [20]. Різні автори та експерти описали певні принципи збереження знань. Дослідження вказують, що рівень знань в цілому падає на 75–89 % від початкового рівня вже через 2–3 тижні навчання [8]. Тому автори рекомендують безперервне навчання медичних сестер для кращого збереження знань.

Висновок. Аналіз літературних даних показує серйозні проблеми у забезпеченні медичними сестрами належної профілактики госпітальних пневмоній, що пов'язане не тільки з недотриманням основних вимог щодо попередження розвитку нозокоміальних пневмоній, але й з відсутністю достатніх знань медичного персоналу щодо їх профілактики.

ЛІТЕРАТУРА

1. Міністерство охорони здоров'я України. Про затвердження інструкції щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим : наказ № 311 від 30.12.1999 р. // Укр. пульмонолог. журн. – 2000. – № 1. – С. 4–12.
2. Перцева С. А. Про затвердження інструкції щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим : наказ МОЗ України № 311 від 30.12.1999 р. / Т. А. Перцева // Укр. пульмонолог. журн. – 2003. – № 1. – С. 4–12.
3. Предикторы летальности пневмонии : тез. докл. 10-го Национального конгресса по болезням органов

дыхания, Санкт-Петербург, 1–4 ноября 2000 г. / Л. О. Багрова, Е. А. Вострикова, А. Г. Осипом [идр.] // Пульмонология. – 2000, прилож. – С. 206.

4. Суворова М. П. Проблемы диагностики и антибактериальной терапии госпитальной пневмонии / М. П. Суворова, С. В. Яковлев, Л. И. Дворецкий // Антибиотики и химиотер. – 2001. – № 46(9). – С. 40–44.

5. Яковлева І. І. Особливості діагностики та антибактеріальної терапії госпітальної пневмонії у хворих нейрохірургічного відділення / І. І. Яковлева, А. Б. Ільченко // Український нейрохірургічний журнал. – 2012. – № 3. – С. 43–47.

6. Ball C. Medical devices and their role in the incidence of ventilator-associated pneumonia: challenging some sacred cows / C. Ball // *Intensive and Critical Care Nursing*. – 2005. – Vol. 21 (3). – P. 131–134.
7. Boyce J. M. Guideline for hand hygiene in health care settings / J. M. Boyce, D. Pittet // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. – 2002. – Vol. 51. – P. 1–45.
8. Bruno P. Longterm retention of material taught and examined in chiropractic curricula: Its relevance to education and clinical practice / P. Bruno, A. Ongaro, I. Fraser // *J. Can. Chiropr. Assoc.* – 2007. – Vol. 51. – P. 14–18.
9. Circulating immune parameters predicting the progression from hospital-acquired pneumonia to septic shock in surgical patients / V. Von Dossow, K. Rotard, U. Redlich [et al.] // *Crit. Care*. – 2005. – Vol. 9. – P. 662–669.
10. Clinical practice guidelines for hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia in adults / C. Rotstein, G. Evans, A. Born [et al.] // *Can. J. Inf. Dis. Med. Microbiol.* – 2008. – Vol. 19. – P. 19–53.
11. Duration of action of a single, early oral application of chlorhexidine on oral microbial flora in mechanically ventilated patients: A pilot study. / M. J. Grap, C. Munro, R. K. Elswick [et al.] // *Heart and Lung*. – 2004. – Vol. 33 (2). – P. 83–91.
12. Eggimann P. Infection Control in the ICU / P. Eggimann, D. Pittet // *Chest*. – 2001. – № 120. – P. 2059–2093.
13. Evidence-based clinical practice guideline for the prevention of ventilator-associated pneumonia / P. Dodek, S. Keenan, D. Cook [et al.] // *Annals of Internal Medicine*. – 2004. – Vol. 141(4). – P. 305–313.
14. Guidelines for preventing health care associated pneumonia: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee 2003. / O. C. Tablan, L. J. Anderson, R. Besser [et al.] // *Morbidity and Mortality Weekly Recommendations and Reports*. – 2004. – Vol. 53. – P. 1–36.
15. Hoangmai H. The Impact of Quality-Reporting Programs on Hospital Operations / P. Hoangmai H., J. Coughlan, A. S. O'Malley // *Health Affairs*. – 2006. – Vol. 25, № 5. – P. 32–36.
16. Hunter J. P. Ventilator-associated pneumonia / Hunter J. P. // *Postgrad. Med. J.* – 2006. – Vol. 82. – P. 172–178.
17. Jones H. A survey of the oral care practices of intensive care nurses / H. Jones, J. Newton, E. J. Bower // *Intensive and Critical Care Nursing*. – 2004. – Vol. 20. – P. 69–76.
18. Mayhall C. G. Nosocomial pneumonia. Diagnosis and prevention / C. G. Mayhall // *Infect. Dis. Clin. North. Am.* – 1997. – № 11(2). – P. 427–457.
19. Nurses' knowledge of evidence-based guidelines for prevention of ventilator-associated pneumonia in critical care areas: a pre and post test design / S. M. Meherali, Y. Parpio, T. S. Ali, F. Javed // *J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad*. – 2011. – Vol. 23 (1). – P. 146–149.
20. Reducing ventilator-associated pneumonia rates through a staff education programme / N. Salahuddin, A. Zafar, L. Sukhyani [et al.] // *J. Hosp. Infect.* – 2004. – Vol. 57. – P. 223–227.
21. Reduction of nosocomial pneumonia after major burns by trace element supplementation: aggregation of two randomized trials / M. M. Berger, P. Eggimann, D. K. Heyland [et al.] // *Crit. Care*. – 2006. – Vol. 10. – P. 153–160.
22. Rello J. Bench to bedside review: therapeutic options and issues in the management of ventilator-associated bacterial pneumonia / J. Rello // *Crit. Care*. – 2005. – Vol. 9. – P. 259–265.
23. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas a ventilação mecânica // *J. Bras. Pneumol.* – 2007. – Vol. 33, Suppl. 1. – P. 1–30.
24. The Role of Nurses in Hospital Quality Improvement / D. A. Draper, L. E. Felland, A. Liebhaber, L. Melichar // *Center for Studying Health System Change*. – 2008. – № 3. – P. 1–8.

КОМУНІКАЦІЯ І ВЛАДА В ДІЯЛЬНОСТІ СТАРШОЇ ТА ГОЛОВНОЇ МЕДСЕСТЕР

О. Н. Литвинова, М. О. Хуторянська, Н. І. Макарова

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
ННІ медсестринства*

У статті містяться основні моменти владних повноважень в діяльності головних та старших медичних сестер.

COMMUNICATION AND POWER IN BUSINESS SENIOR AND CHIEF NURSE

O. N. Lytvynova, M. O. Khutoryanska, N. I. Makarova

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»
Educational and Scientific Institute of Nursing*

This article contains the highlights of powers in chief (senior) nurses.

Вступ. Будь-який колектив, у тому числі і медичних працівників, складається з окремих особистостей із найрізноманітнішими комбінаціями психологічних типів, які між собою перебувають у постійному контакті. Основна форма таких контактів – це спілкування. Ще Стендаль сказав: «Вміння вести розмову – це талант». Невміння вести ділову розмову – це серйозний недолік у підготовці керівника системи охорони здоров'я. Сучасна риторика, психологія, естетика та етика розробляють певний набір правил загальної, абстрактної розмови, тобто визначеного набору цілеспрямовано підібраних слів. Знання принципів комунікації і побудова мотиваційних чинників – вагомі чинники в успішній діяльності керівника будь-якого рівня.

Основна частина. Комунікаційна функція зосереджена навколо забезпечення горизонтальних та вертикальних взаємозв'язків всередині організації та зовнішнім оточенням. Успішність взаєморозуміння при спілкуванні передбачає певні умови, які можемо назвати критеріями ефективності комунікації [1]:

1. Здатність сприяти збереженню та розвитку ділових стосунків, особистісної цілісності учасників.

2. Сприяння досягненню цілей учасників спілкування.

3. Зміна поведінки партнерів (діє на досягнення спільних цілей).

4. Передача та прийняття змісту повідомлення (інформація має бути чітко переданою, отримувач повідомлення має правильно його зрозуміти та інтерпретувати).

Відомо, що людина сприймає у повідомленні близько 30 % інформації. Щоб бути сприйнятним на 100 %, рекомендується повторити повідомлення тричі. Існує т. з. правило 3-х: Повідомлення – Посилення – Повторення [2]:

1. Повідомити те, що ми збираємося сказати.

2. Сказати те, що ми маємо сказати.

3. Повторити те, що було сказано.

При виконанні останньої позиції потрібно переформулювати інформацію з метою «маскування» повторів.

Комунікація – це складний процес, який характерний проходженням певних етапів та стадій, знання яких дозволить ефективніше керувати даним процесом.

Комунікація з точки зору керівника має як внутрішньоорганізаційне, так і зовнішньоорганізаційне (міжорганізаційне) значення. Остання має

місце між організаціями охорони здоров'я та їх клієнтами. На жаль, процес комунікації не завжди завершується повним взаєморозумінням, оскільки існує занадто багато перешкод як у навколишньому середовищі, так і особистих на шляху до ефективної комунікації.

Комунікаційний шум з позицій теорії інформації – це будь-який вплив на процес комунікації, який викривляє зміст інформації [1–3].

Шум певною мірою існує завжди (звукові помилки у вимові, наявність сильнішого паралельного сигналу, викривлення в лініях зв'язку, додавання «своїї інформації» на кожному етапі тощо) і потрібно мати на увазі, що на всіх етапах процесу комунікації відбувається певне викривлення інформації. Визнання того, що люди вибірково

сприймають інформацію, піддаються страху і схильні до ревностів, є першим кроком до подолання чи принаймі зменшення цих перешкод. Емпатія до тих, кому адресоване повідомлення, може бути найвірнішою гарантією того, що воно буде сприйняте відповідно до намірів адресата.

Комунікація – згори донизу, знизу догори, горизонтальна та діагональна – може утворювати структуру, що називається комунікаційною мережею.

Комунікаційна мережа – це система центрів прийняття рішень, об'єднаних між собою каналами комунікації.

На сьогодні відомо п'ять найпоширеніших комунікаційних мереж: ланцюгова, Y-подібна, кільцева, кругова, багатоканальна (рис.).

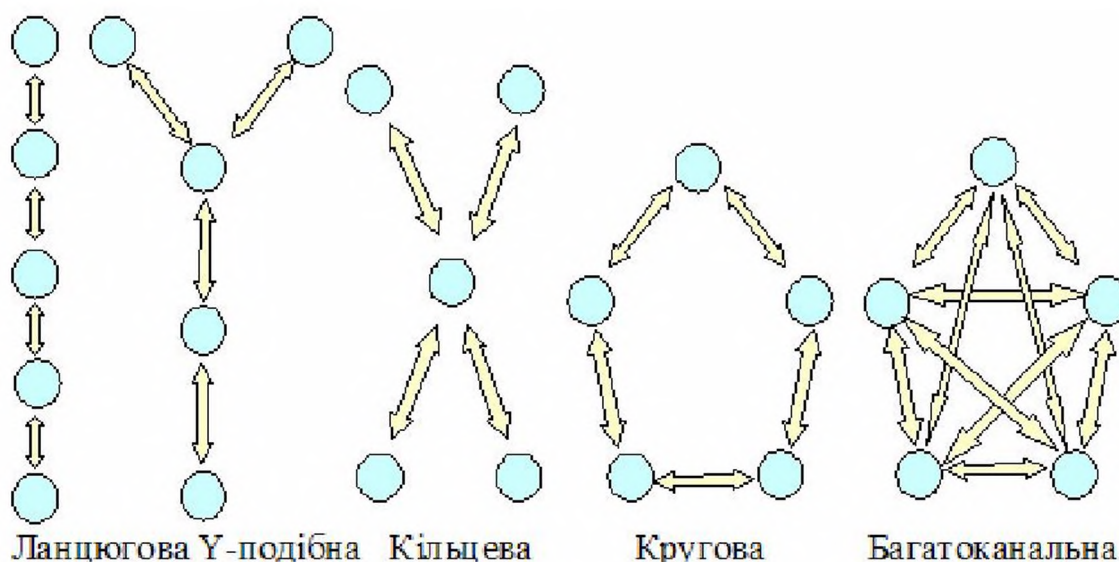


Рис. Комунікаційні мережі (Rakich, Lngest, Darr).

Ланцюгова – це стандартний формат для спілкування згори донизу та знизу догори, що проходять відповідно до розділу повноважень посадових осіб. Наприклад, штатна медсестра підлегла старшій медсестрі відділення, яка підпорядкована головній медсестрі лікарні, котра підпорядкована головному лікареві, котрий підлеглий начальникові управління охорони здоров'я і т. д.

Y-подібна схема (перевернута основою догори) показує, що двоє людей підпорядковані начальнику, який, в свою чергу, підпорядкований двом іншим. Наприклад, двоє аптекарів підпорядковані завідувачеві аптекою, котрий підпорядкований начальнику аптечного управління і т. д.

У кільцевій схемі показано ситуацію, коли четверо підлеглих підпорядковані одному начальни-

кові. Між цими підлеглими не відбувається жодної взаємодії, і вся комунікація проходить через керівника, який знаходиться у центрі кола. Така схема в організаціях охорони здоров'я зустрічається рідко, хоча елементи її можна спостерігати в ситуаціях, коли чотири завідувачі відділеннями підпорядковані головному лікареві, якщо вони мало взаємодіють між собою.

Кругова система дозволяє зацікавленим сторонам процесу комунікації у мережі безпосередньо спілкуватися лише з двома іншими, але, оскільки кожен спілкується з іншим учасником комунікації у мережі, звідси випливає, що всі спілкуються з усіма і немає центральної влади чи лідера.

Багатоканальна мережа – це кільцева схема, за винятком того, що кожен член організації може

спілкуватись безпосередньо з будь-яким учасником мережі.

Наступна управлінська функція – це функція експлуатації та забезпечення життєздатності системи мають відношення як до фізичної, так і до людської інфраструктури організації. Вони включають фінансове забезпечення та експлуатацію потужностей, а також професійний ріст та розвиток персоналу. Сьогодні, в час реформування системи охорони здоров'я до функції експлуатації та забезпечення життєздатності системи висуваються все більші вимоги.

Індикатором живучості системи є адаптаційна функція управління. При використанні інформації, одержаної при налагодженні комунікацій і знань про виробничу потужність організації та про системи матеріально-технічного забезпечення, функція адаптації чи пристосування допомагає організації передбачати зміни та пристосовуватись до них. Сюди може входити необхідність розробки нових програм та послуг, зміни в структурі організації чи внесення суттєвих змін у стратегію організації. Функція адаптації також підкреслює здатність організації до новаторства та оновлення шляхом активного внесення змін у своє середовище, що в час реформ є однією з найнеобхідніших властивостей.

Власне управління – це сумарна функція, яка об'єднує всі інші функції в системі управління. Цю функцію можна розглядати, як центральний процесор, який організовує, направляє та наглядає за виконанням всіх інших функцій. В більшості організацій охорони здоров'я вона представлена командою керівників вищої ланки та керівниками середньої ланки, які обіймають ключові посади – сюди і належать головні та старші медсестри.

Влада є окремою функцією управління, яка забезпечується певними повноваженнями керівних осіб. Це функція, яка забезпечує певні можливості та відповідальність керівництва організації за свої дії і допомагає керівництву вибрати основний стратегічний напрямок діяльності організації, дає владу над людьми, владу маніпулювати людьми.

ЛІТЕРАТУРА

1. Моральне Богослов'я Католицької Церкви ; авторизований переклад з французької Архієпископа Кир В. Стернюка. – Львів : «Стрім», 1996. – Т. 1. – 129 с.
2. Паренте П. Богослов'я Христа ; переклад з італійської змінений і допрацьований Мирослава Івана Кар-

Саме відповідальність за свої дії керівника і лежить в основі тези, що «Влада від Бога».

Влада є надзвичайно небезпечна і відповідальна. У світі, де матеріальне первинне, а Бог – поняття досить умовне або відсутнє, такі можливості призводять до невторимної зверхності керівництва і до тієї «зіркової хвороби», яка ще нікого до нічого доброго не доводила. У світі, де в основі є Бог, ці ж можливості приводять до великої відповідальності: ти керуєш людиною і вона робить те, що ти їй наказуєш, відповідно, ти несеш відповідальність перед Богом не лише за свої, а й за вчинки інших людей, які вчинені за твоєю вказівкою. Кожен керівник, хоче він цього чи ні, але є прикладом для своїх підлеглих, і це ставить перед ним додаткові вимоги і покладає на нього додаткову відповідальність.

Кожен керівник, незалежно від рівня і сфери діяльності знаходиться під певним тиском: обставин, верхнього керівництва, підлеглих, інтересів власної сім'ї тощо. Знаходити достойний вихід із даних ситуацій, зберігаючи гідність, не зашкоджуючи іншим і приносячи користь загальній справі – це велике мистецтво, яке можуть досягнути керівники лише за умови плекання у собі ряду чеснот. Біблія вчить, що чим вище піднімається людина по службовій драбині, тим більше повинна служити іншим. Ісус сказав своїм учням: «...хто великим із вас хоче бути, – хай буде слугою він вам. А хто з вас бути першим бажає, – нехай буде він вам за раба» (Мт. 20, 26–27).

Висновки. Авторитарна влада породжує незадоволення і спротив підлеглих, що призводить до нездорового психологічного клімату та низької продуктивності праці.

Навпаки ж, якщо керівник використовує владу на користь підлеглих, якщо допомагатиме їм та підтримуватиме їх у їхній праці, то вони із відданістю і радістю виконуватимуть свою роботу. «Якщо ти сьогодні будеш рабом цьому народові і будеш служити їм, і відповіси їм, і говоритимеш їм добрі слова, то вони будуть тобі рабами по всі дні» (1 Цар. 12,7).

динала Любачівського. – Львів : «Стрім», 1995. – Т. 1. – 141 с.

3. Веряскин О. В. Самоуправление – в обществе, жизни, бизнесе. – Москва, 1999. – 124 с.

ПСИХОЛОГІЧНА ВЗАЄМОДІЯ «МЕДИК–ПАЦІЄНТ»

О. М. Рудницька

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
ННІ медсестринства*

У статті подано інформацію про основні види взаємодії медичного працівника і пацієнта.

PSYCHOLOGICAL INTERACTION «DOKTOR – PATIENT»

О. М. Rudnytska

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»
Educational and Scientific Institute of Nursing*

The article contains information about main types of interactions between a medical worker and a patient.

Вступ. У реляції лікар–пацієнт завжди існують психологічні чинники, навіть, якщо багато медиків їх недооцінюють, що може погано вплинути на процес лікування. Психологічні аспекти клінічної практики повинні спиратися на психологічні дані. Різні види цих даних охоплюють:

- інформації, котрі одержані за допомогою опитування;
- статистичні дані;
- якісні описи інтеракції лікар–пацієнт і досвід пацієнта;
- клінічні спостереження.

Медик може використовувати ці дані в критичний спосіб із метою опрацювання реакції на кожну специфічну проблему, а потім оцінити результати.

Психологічний підхід відрізняється від буденної медичної практики, оскільки базується на тому, що:

- тіло і розум нерозривні;
- люди, зазвичай, не акцептують ситуацій, але можуть їх активно вирішувати;
- люди постійно аналізують, що з ними відбувається;
- психологічні процеси впливають як на медиків, так і на пацієнтів.

Основна частина. Сучасна система охорони здоров'я на Заході є сумішшю дуалізму, голізму і консумеризму. Рідко трапляється, щоб праця

медика була замкнутою в одній з цих моделей. Різні аспекти лікування віддзеркалюють впливи різних моделей [1].

Моделі, з якими працюють медики, можуть призводити до суперечливих цілей. Наприклад, психологічне розв'язання проблеми пацієнта може не бути успішним. Вимоги медиків щодо психології є так само складними. Психологічні знання повинні використовуватись для кращого розуміння проблем медичних і передбачення психічних реакцій пацієнтів. Однак вибір між доступними реляціями часто робиться на ґрунті медицини чи етики, а не психології [2].

Різні моделі мають відмінні вимоги щодо психології. Згідно з теорією дуалізму, хвороба соматична є результатом фізичних процесів, котрі зрозумілі тільки спеціалістам. Авторитарні медики потребують психології для полегшення акцептації пацієнтами їхніх рішень.

Голізм визнає, що психічні процеси є причиною соматичних хвороб, котрі, в свою чергу, призводять до психічних потреб. Голістичні медики потребують психології до пояснення і лікування хвороб та їх наслідків.

Консумеризм підкреслює вибір пацієнта. Психологія слугує тут для оцінки задоволення пацієнта. Клінічна практика є сумішшю різних моделей, котрі часом визначають суперечливі цілі і додатково викликають стрес [3, 4].

Стрес – це фізіологічні, емоційні та інші наслідки психічних ситуацій, включно з хворобою та її лікуванням. Люди фізично по-різному реагують на стрес, хоча часто не усвідомлюють, що це власне стресова реакція. Тому є багато звернень до медиків з проявами таких реакцій. Люди можуть реагувати на труднощі, опановуючи саме цю ситуацію або її емоційні наслідки. Останнє може створити складності для медиків і їх дезорієнтувати [1–3].

Лікарі повинні інформувати пацієнтів про вплив психіки на стан здоров'я, не покладаючи на них відповідальності за хворобу. Популярне твердження, що стрес призводить до хвороби, є спрощеним. Але те, як люди оцінюють і вирішують ситуації, має вплив на фізіологічні процеси хвороби. Деякі особи мають ризик серцевих хвороб, оскільки змушені вирішувати складні для них ситуації. Інші мають загрозу цих хвороб, оскільки оцінюють ситуації як складні. Ракові хвороби мають зв'язок із загальмованими емоційно способами виходу з ситуацій. «Дух боротьби» і відкрите вираження своїх почуттів парадоксально спричиняють кращі результати в лікуванні деяких новоутворень [5, 6].

Повернення до здоров'я після хвороби є легшим завдяки емоційній підтримці. Оскільки психічні чинники мають вплив на фізіологічні процеси, то деякі соматичні хвороби можна лікувати психологічно.

Клінічна оцінка стану пацієнта повинна враховувати і переконання самих пацієнтів. Оцінці підлягає також зміст цих переконань, наприклад, звинувачення інших за появу хвороби, порушення рівноваги органічних процесів та ін. Лікарі часто не усвідомлюють приводів для візиту пацієнтів, таких як: бажання підтвердити «роль хворого» чи створення «союзу» проти хвороби. Прості запитання можуть виявити, якої допомоги потребує пацієнт: інформації, підтримки чи інтервенції. Помилково оцінені інтенції пацієнтів можуть призвести до застосування непотрібного або шкідливого лікування.

Щодо впливу психіки на соматичні хвороби, то медик повинен, передусім, сприймати ці емоції

як нормальні та допомогти пацієнтові їх акцептувати. Емоційні наслідки хвороби і лікування, їх сприйняття можливе тільки завдяки розумінню переконань пацієнта. Ситуації, котрі є наслідками хронічної хвороби, охоплюють відповідальність за процес лікування, звичайні обов'язки щодо сім'ї і суспільства пов'язані з певними обмеженнями. Деякі клопітливі реакції пацієнтів (як нехтування важливих приписів лікаря або злість на нього) – це спроби зарадити собі з емоційними ситуаціями внаслідок хвороби. Депресія в хронічній хворобі може довести до смерті. Медики надають підтримку безпосередньо або через сім'ю пацієнта. Порадництво може допомогти подолати депресію, котра часто відступає, коли пацієнт відчуває підтримку.

Складні ситуації, котрі змінюють психіку людини, це інформація про невиліковну хворобу і близьку смерть. Спосіб пристосування віддзеркалює рівновагу між двома силами натиску: униканням перед завданням і конфронтацією. Кожен пацієнт вибирає між заглибленням у минуле і боротьбою за майбутнє. Конфронтація означає перехід від орієнтації на минуле до орієнтації на майбутнє. Оскільки не існує «правильних» способів пристосування до ситуації, медик повинен оцінити індивідуальні потреби пацієнта і підтримати його процес пристосування. Для співпраці з пацієнтом медик мусить дати можливість пацієнтові відкрито виражати свої почуття і шанувати їх.

Висновок. З етичних і медико-правничих причин пацієнти потребують особливої інформації, щоб погодитися на лікування. Як інформування, так і контроль часто є умовами результативності терапії і додатково впливають на акцепцію процедур. Але це не повинно означати перекидання відповідальності на хворого. Пояснення полягають у допомозі пацієнтам у розумінні інформації. Потребу участі хворого можна забезпечити через надання можливості вибору, почуття контролю, заангажування, що додатково може зменшити стресові реакції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Александер Ф. Фундаментальные принципы психосоматического подхода / Ф. Александер // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2000. – № 1.
2. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2000.
3. Абрамова Т. С. Психология в медицине / Т. С. Абрамова, Ю. А. Юдниц. – М., 1998.

4. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. – Прага, 1983.
5. Меерсон Ф. З. Адаптация, стресс и профилактика / Ф. З. Меерсон. – М., 1981.
6. Мишина Т. М. Исследования семьи в клинике и коррекция семейных отношений / Т. М. Мишина // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л., 1983.

ЛІКУВАННЯ КОКСАРТРОЗІВ ШЛЯХОМ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ

Н. В. Мороз

Сумська обласна клінічна лікарня

У статті висвітлено структуру захворюваності на коксартроз. Розглядається введення тотального ендопротезування як способу лікування даної патології. Звертається увага на післяопераційний період після операційного втручання.

TREATMENT BY TOTAL HIP ARTHROSIS

N. V. Moroz

Sumy Regional Clinical Hospital

The article highlights the morbidity structure of coxarthrosis. Considers the introduction of the total endoprosthesis, as a method of treatment of this pathology. Attention is paid to the post-operative period after surgery.

Вступ. У структурі деструктивно-дистрофічних захворювань суглобів коксартроз займає провідне місце. Тому важливим є введення в лікування тотального ендопротезування для покращення здоров'я і життя людей.

Основна частина. Від остеоартрозу страждає кожен п'ятий житель планети [1], причому це захворювання є найчастішим серед патологій опорно-рухового апарату в різних регіонах земної кулі [2, 3]. Хвороба несе велике медичне, соціальне та економічне навантаження на суспільство [4]. Найактуальнішою вважається проблема уражень колінних і тазостегнових суглобів, оскільки гонартроз і коксартроз є найбільш інвалідизуючими локалізаціями патологічного процесу [5]. Кожний четвертий ортопедичний хворий страждає від захворювань суглобів, серед яких більш ніж 60 % становлять люди працездатного віку, а у 11,5 % це призводить до інвалідизації. Останнім часом відзначається тенденція до зростання захворюваності коксартрозом серед осіб молодого віку. Коксартроз – це один із різновидів артрозу, який уражає кульшові суглоби. Це захворювання спостерігається при анатомо-функціональній неповноцінності опорно-рухового апарату, зумовле-

ного вродженими порушеннями розвитку, травмами, перенесеними запальними процесами та іншими порушеннями [6].



Розрізняють три ступеня коксартрозу. Чим вищий ступінь, тим тяжча симптоматика.

Коксартроз 1 ступеня. Періодично виникають болі тільки в ділянці суглоба. Біль з'являється, як правило, у той момент, коли пацієнт після спокійного стану починає рухатися. Суглоб «розробляється», біль вщухає. У стані спокою біль не відчувається. Суглоб рухливий, як у здорової людини. Рентген показує лише незначні розростання

кісткових тканин, майже непомітне звуження суглобової щілини, головка і шийка стегнової кістки не змінені.

Коксартроз 2 ступеня. Болі починають віддавати в коліно і стегно, виникають і в стані спокою. При інтенсивних фізичних навантаженнях (тривала ходьба, біг) хворий починає мимоволі кульгати. Зміни, видимі рентгеном, стають більш помітними: деформується головка стегнової кістки, її контур стає нерівним, шийка кістки потовщена, суглобова щілина звужена на одну третину від норми.

Коксартроз 3 ступеня. Біль стає перманентною, хворий відчуває її незалежно від навантажень, вона може стати причиною безсоння. Рухливість в суглобі настільки обмежена, що хворий не може ходити без підтримки. Рентген показує значне зменшення суглобової щілини, шийка стегнової кістки дуже широка і коротка порівняно з нормою, головка стегнової кістки деформована.

Діагноз коксартрозу ставиться на підставі особистого огляду пацієнта (він дозволяє визначити напрямки подальших досліджень); клінічних аналізів: загальний і біохімічний аналізи крові (за їх допомогою можна визначити наявність в організмі запальних процесів, можна відрізнити артрит від артрозу); рентгенографія дозволяє побачити пошкодження та зміни кісткових тканин (недолік – не можна оцінити стан м'яких тканин або рідких структур); МРТ суглоба – дуже ефективний спосіб, що дозволяє побачити навіть незначні зміни хрящів.

У кожному випадку лікування призначається індивідуально залежно від стадії захворювання, віку пацієнта, супутніх захворювань. Лікувальні процедури можуть включати консервативні та медикаментозні методи:

Нестероїдні (тобто негормональні) протизапальні засоби. Вони знімають біль. Їх можуть призначати на будь-якій стадії коксартрозу.

Засоби, що знімають м'язове напруження навколо суглоба – міорелаксанти. Вони знімають біль і покращують кровообіг у ділянці суглоба. Призначають засоби, які відновлюють хрящову тканину. Це можуть бути глюкозамін, артепарон та ін. Ця група засобів є найбільш ефективною.

Фізіотерапія: електрофорез, фонофорез, кріотерапія, лазерна терапія. Всі вони направлені на поліпшення кровообігу в ураженій частині та зняття запалень. Апаратне витягування суглоба

застосовується для того, щоб зменшити навантаження на поверхні суглоба. Виконується за допомогою спеціального обладнання. Таке лікування є курсовим.

Існує витягування м'язів і зв'язок без застосування допоміжних механізмів (постізометрична релаксація). Пацієнт активно працює, також як і лікар. Завдання пацієнта – розслабляти і напружувати певні групи м'язів. Лікар виконує розтяжку в моменти розслаблення.

На початкових стадіях лікування дозволяє призупинити розвиток хвороби. Пацієнт, який почав лікування вчасно, ніколи не дізнається, що являє собою коксартроз 3 ступеня. На цих стадіях активно використовуються методи консервативного лікування та медикаментозне лікування.

Виключаються серйозні навантаження на уражений суглоб, хворого переводять на щадний режим. При цьому виконується курс спеціальних вправ. Призначаються препарати, що зменшують біль: анальгетики та нестероїдні протизапальні препарати; масаж, рефлексотерапія.

Всі ці методи активізують кровообіг у суглобі та прилеглих тканинах, дозволяють відновити його рухливість аж до повного одужання. Лікування III стадії коксартрозу є паліативним, тобто воно приносить лише тимчасове полегшення страждань хворого. Лікування полягає у введенні в порожнину суглоба спеціальних речовин (артропорон, кеналог) за допомогою шприца в умовах спеціалізованої установи. Єдиний вихід для хворих із III стадією захворювання – це операція з ендопротезування кульшового суглоба. Дана операція показана хворим із III стадією коксартрозу або з вираженими клінічними проявами захворювання. У ході цієї операції проводять видалення ураженого кульшового суглоба і встановлення на його місце спеціального ендопротеза, виготовленого з спеціальних матеріалів. Це складна і тяжка операція. Її не можна проводити людям з іншими вираженими захворюваннями, крім коксартрозу.

На базі КЗ «СОКЛ» ретроспективно проаналізовано результати 30 операційних втручань виконаних протягом 2012 року шляхом тотального ендопротезування кульшових суглобів у хворих на коксартроз.

Вік хворих коливався від 35 до 77 років. Жителі м. Суми склали 56 % прооперованих, інші склали 44 %. Під час ендопротезування використовували

вали ендопротези виробництва України з цементним типом фіксації та США (Біомет та Страйкер) з цементним та безцементним типом фіксації.



Протези з цементним типом фіксації застосовували у 9 (20 %) хворих літнього і старечого віку. Це зумовлено слабкістю кісткової тканини, внаслідок остеопорозу. Крім того, цементний тип фіксації протеза дозволяє раннє навантаження на прооперовану кістку, що вкрай важливо для хворих у цьому віці. Протези з безцементним типом фіксації встановлювали 34 (80 %) хворим у більш молодому віці з добре збереженою кістковою тканиною.

Післяопераційний період перебігав без особливостей, проводилась рання активізація хворих.

Після ендопротезування кульшового суглоба перебування хворого в стаціонарі в середньому складає 8–10 днів. До цього часу відбувається загоєння післяопераційної рани, хворий ходить на милицях на невеликі відстані, обслуговує себе в побуті, але його стан потребує сторонньої допомоги. Транспортування хворого здійснюють у звичайному легковому автомобілі в напівлежачому положенні. Госпіталізація в стаціонар у перші 1–1,5 місяця після операції не потрібна.

Період адаптації:

Перші 1–1,5 місяця після операції відбувається адаптація організму до вживленого імплантанту, на місці видаленої капсули суглоба утворюються рубцеві тяжі, розсмоктується післяопераційна гематома. Після повернення додому від хворого потребують виконання таких рекомендацій:

Ходьба на милицях не наступаючи на прооперовану кінцівку (профілактика тромбоемболічних ускладнень, пролежнів, пневмоній та ін.).

Лікувальна фізкультура прооперованої кінцівки – досить регулярного виконання 3-х будь-яких вправ спрямованих на зміцнення м'язів стегна, у першу чергу чотириголового м'яза стегна:

– згинання ноги в колінному суглобі до 70–80° і розгинання до рівного положення;

– під ногу в ділянці підколінної ямки підкладається валик або подушка висотою 25–40 см, виконується розгинання колінного суглоба до рівного положення за рахунок підняття гомілки і стопи;

– розгинання колінного суглоба в положенні хворого сидячи на краю ліжка («удар по м'ячу»).

Рекомендовано займатися вправами 6–8 разів на добу починаючи з 10–20 разів за підхід із поступовим збільшенням навантаження (до 30 дня після операції – по 50–70 разів кожної вправи). Потрібно відзначити, що регулярні і систематичні заняття лікувальною фізкультурою є запорукою швидкого відновлення працездатності хворих. Через 2–3 тижні від початку занять можна розпочати найбільш значущу вправу – підняття прямої ноги без згинання в колінному суглобі. Крім того, ця вправа є критерієм оцінки наполегливості хворого в заняттях – якщо воно виконується з легкістю, значить лікувальній фізкультурі приділялося досить часу й уваги.

Бинтування нижніх кінцівок еластичним бинтом виконується протягом 1 місяця після операції з метою механічної профілактики тромбоемболічних ускладнень.

Повноцінне харчування – невід'ємна частина відновлення організму після тяжкої операції. З метою лікування анемії рекомендується вживання м'ясних продуктів, фруктів і овочів, з метою профілактики остеопорозу – молочних продуктів. З огляду на вимушений тимчасовий малорухомий спосіб життя рекомендується відмовитись від хлібобулочних виробів і солодощів.

Медикаментозне лікування полягає в прийманні лише рекомендованих лікарем препаратів кальцію «Кальцемін», «Кальцій-Д₃ Нікомед», «Ідеос», «Вітрум кальцій», препаратів, що пригнічують резорбцію кісткової тканини «Остеогенон», «Остеомакс», «Бонвіва», «Міакальцик», препаратів заліза «Сорбифер Дурулес», «Феррум Лек», препаратів, що поліпшують периферичний кровообіг «Циннаризин», «Агапурин», препаратів, що відновлюють мікрофлору кишечника після приймання антибіотиків «Біфіформ», «Хілак форте», «Йогурт», «Біфідумбактерин», препа-

ратів, що підвищують тонус вен «Флебодія», «Ескузан», «Детралекс».

Висновок. На сьогодні при лікуванні хворих на коксартроз перевагу віддають операціям тотального ендопротезування кульшового суглоба.

Тотальне ендопротезування дозволяє усунути біль, кульгавість, відновити функцію в кульшовому суглобі, опороспроможність нижньої кінцівки і на 30–35 % знизити інвалідність у цієї категорії хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Recent progress in understanding molecular mechanisms of cartilage degeneration during osteoarthritis / M. Wang, J. Shen, H. Jin, H. J. Im. // *Ann. NY Acad. Sci.* – 2011. – Vol. 1240, № 12. – P. 61–69.
2. Osteoarthritis epidemiology and risk factors / T. Marhadour, D. Guellec, A. Saraux [et al.] // *Soins.* – 2012. – Vol. 768, № 9. – P. 28–29.
3. Tangtrakulwanich B. Epidemiology and risk factors of patellofemoral osteoarthritis in adults: a populationbased study in southern Thailand / B. Tangtrakulwanich, P. Suwanno // *J. Med. Assoc. Thai.* – 2012. – Vol. 95, № 8. – P. 1048–1052.

4. HarrisHayes M. Relationship of acetabular dysplasia and femoroacetabular impingement to hip osteoarthritis: a focused review / M. HarrisHayes, N.K. Royer // *PMR.* – 2011. – Vol. 3, № 11. – P. 1055–1067.
5. Michon F. Osteoarthritis. A public health problem / F. Michon // *Soins.* – 2012. – Vol. 768, № 9. – P. 27–28.
6. Диагностика и лечение дегенеративно-дистрофических поражений суставов / [И. В. Шумада, О. Я. Сулова, В. И. Стецула и др.]. – К. : Здоровье, 1990. – 197 с.

ВИКОРИСТАННЯ ВІРТУАЛЬНИХ ЛАБОРАТОРІЙ ПІД ЧАС ВИКЛАДАННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

О. В. Паніхідіна

Горлівський медичний коледж

У статті наведено основні принципи використання віртуальних лабораторій під час викладання практичних занять, які сприяють формуванню розумової та самостійної діяльності студентів.

USE OF VIRTUAL LABORATORIES DURING TEACHING OF PRACTICAL LESSONS

O. V. Panihidina

Horlivka Medical College

Basic principles of the use of virtual laboratories during teaching of practical lessons which are instrumental in forming of mental and independent activity of students are presented in the article.

Вступ. Сучасні тенденції розвитку освітньої системи припускають впровадження комп'ютерних технологій у навчальний процес, стимулюють появу віртуального навчання, віртуальних лабораторій, які сприяють формуванню самостійної, творчо розвиненої особистості. Особливо гостро це питання стоїть у вищій освіті – коледжах, де, на думку ряду дослідників, необхідно ширше впроваджувати заняття з використанням електронних навчальних матеріалів.

Оскільки впровадження комп'ютерних технологій у навчання – об'єктивний і неминучий процес, що є результатом науково-технічного прогресу, то проблема віртуалізації навчання як одного із способів такого впровадження є дійсно актуальною.

Основна частина. Віртуальні лабораторії, що дозволяють моделювати поведінку об'єктів реального світу в комп'ютерному освітньому середовищі і які допомагають студентам сприймати в самостійному оволодінні нові знання та вміння, привертають підвищену увагу педагогів-практиків. На думку А. Ф. Єгорова, В. П. Белькова, Т. В. Савицької, віртуальна лабораторія являє собою «інтегроване інформаційне середовище, що

включає навчальні, навчально-методичні, практичні, довідкові, контрольно-навчальні та контрольно-тестувальні матеріали» [1–2].

Підкреслюючи переваги віртуальної лабораторії, К. І. Богатиренко вважає, що це засіб, який «істотно дозволяє скоротити час на розробку методичних матеріалів і приділити основну увагу методам досліджуваної теорії та аналізу одержуваних результатів». Вивчення педагогічної літератури з даної проблеми також дозволяє відзначити, що віртуальна інформаційно-освітня лабораторія [2–3]:

- використовується як ефективний інструмент навчання, не замінюючи при цьому викладача в навчальному процесі для отримання знань з елементами самонавчання та самоконтролю;

- поєднує в собі переваги хорошого підручника з можливостями комп'ютера, що забезпечується можливістю зберігання великих обсягів інформації, наочністю, поєднанням текстової, графічної, аудіо- та відеоінформації.

До основних переваг виконання деяких практичних навичок в умовах віртуальної лабораторії можна віднести:

- наочну ілюстрацію і підтвердження справедливості досліджуваних законів;

- можливість самостійної збірки схем, розрахунку їх параметрів і спостереження за процесами;
- забезпечення повної безпеки виконаних практичних навичок;
- можливість індивідуального виконання навичок, що не може не позначитися на розвитку самостійності студентів, їх технічної кмітливості та відповідальності;
- виконання віртуальних практичних навичок під час заняття усуває часовий бар'єр між теоретичними та практичними заняттями, що сприяє підвищенню ефективності і якості навчання, активізації самостійної пізнавальної діяльності студентів;
- віртуальна інформаційно-освітня лабораторія надає широкі можливості при проведенні занять з лабораторної та інструментальної діагностики, які дозволяють використовувати їх як доповнення до реальних умов у певних, методично обґрунтованих ситуаціях;
- лабораторія на комп'ютері забезпечує набуття студентами суб'єктивного досвіду у нестандартних і проблемних ситуаціях.

Практичні заняття, в ході яких студент виконує практичні навички на створеній розробниками курсу або зробленій ним самим віртуальній установці, готує пацієнта до обстеження, допомагає лікарю під час проведення маніпуляції, після чого здійснюється комп'ютерна перевірка відповіді, є типовим прикладом перспективного використання віртуальних інформаційно-освітніх лабораторій в комплексі з іншими засобами навчання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Якушкіна А. А. Віртуальні лабораторії / А. А. Якушкіна, Є. В. Алексєєва // Питання інформатизації освіти. – 2005. – № 7.
2. Віртуальна лабораторія як засіб забезпечення колективної науково-методичної роботи / В. Ю. Михайлов, В. М. Гостєв, В. В. Кугуракова [та ін.] // Зб. праць

Основна цінність віртуальних лабораторій полягає в її змістовному наповненні. Прекрасна навігація, колірна палітра, швидке завантаження і висока надійність роботи віртуальних експериментів є лише допоміжними елементами отримання та освоєння знань. Віртуальні лабораторії являють собою «порожній стіл», на якому студент за допомогою спеціальних інструментів може створювати умови проведення лабораторних та інструментальних досліджень, розташовувати їх потрібним чином один щодо одного, встановлювати зв'язки між об'єктами. Фактично, віртуальні лабораторії дозволяють створювати на основі одного і того ж модуля різні інтерактивні моделі.

Висновки. Таким чином, віртуальний процес в умовах сучасної вищої освіти спрямований на використання багатого педагогічного потенціалу традиційного навчання за умови перенесення його на новий рівень – рівень віртуальних комп'ютерних технологій. Крім того, при вивченні нових галузей знання через навчальне моделювання в умовах віртуальної інформаційно-освітньої лабораторії у студентів активізується самостійна діяльність у пізнанні нових навичок, формується вміння самостійно знаходити варіанти вирішення виникаючих у процесі життєдіяльності завдань, готовність застосовувати отримані знання на практиці. Отже, використання віртуальних лабораторій, що сприяє розвитку самостійності студентів, є невід'ємною частиною успіху в стратегії впровадження електронного освітнього комп'ютерного продукту.

XII міжнародної конференції «ІТО-2002». – М. : Проспект, 2002.

3. Гуріна Н. А. Віртуальна інформаційно-освітня лабораторія як засіб розвитку самостійності / Н. А. Гуріна, О. А. Медведєва // Інформатика та освіта. – 2007. – № 3.

ЧИННИКИ, ЩО СПРИЯЮТЬ РОЗВИТКУ ДЕПРЕСІЇ У НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ, ТА МЕТОДИ ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ

О. П. Савіцький

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

У статті подано визначення різних видів депресії; проаналізовано чинники, що сприяють розвитку депресії у населення України, та можливі методи профілактики цього захворювання.

FACTORS CONTRIBUTING TO THE DEVELOPMENT OF DEPRESSION IN POPULATION OF UKRAINE AND METHODS OF ITS PREVENTION

O. P. Savitsky

SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»

The article defines the different types of depression, analyzes the factors that contribute to the development of depression in population of Ukraine and identifies possible methods of prevention of this disease.

Вступ. Згадки про депресію зустрічаються ще у записах древніх істориків. Так, Фома Аквінський (1225–1274) писав: «Великий сум лікують теплою, дружньою бесідою, чаркою доброго вина та водними процедурами» [8].

Сучасний капіталістичний спосіб виробництва побудований на принципі корисності і необхідності безробіття на рівні 4 відсотків для державної економіки (до того ж, безробіття у певні роки перевищує межу в 4 відсотки). На тлі травмуючих суспільних чинників: довгі економічні кризи, безробіття, безгрошів'я, несправедливий осуд владою певних суспільних груп, це може призводити до розвитку депресивних станів у населення країни. Якщо для малонаселених держав це не становитиме проблеми, то в таких країнах, як США, Японія, Китай чи, навіть, Україна ознаки депресії можуть виявлятися у мільйонів людей.

Основна частина. Депресія – термін, що використовується для визначення настрою, симптому та синдромів афективних розладів. Депресії – це сукупність захворювань, для яких характерне падіння настрою, що породжує відчуття жахливого

психологічного колапсу, який кількісно і якісно є значно більшим, ніж будь-який занепад сил, спричинений перипетіями життя [9]. Перебіг депресії пов'язаний з низьким рівнем серотоніну в мозку людини. Депресія проявляється у поганому настрої, низькій самооцінці, тривалому смутку, постійній невдоволеності, небажанні жити. Останнє в дуже тяжких випадках депресії може призвести до самогубства. Депресію лікують медикаментозними та психологічними методами. Психологічні методи здебільшого орієнтовані на розкриття суті і причин виникнення проблем людини у минулому або концентруються на поточному, а не минулому досвіді. Існують також моделі, що акцентують увагу на важливості ролі соціуму у виникненні та перебігу депресії.

За патогенезом розрізняють два основні типи депресії: ендогенна, яка виникає внаслідок церебрального біохімічного розладу спадкової природи і походить зсередини, тобто не спричинена жодним зовнішнім чинником, тому сприймається як щось дивне, неочікуване, невиправдане. На іншому кінці депресивної дуги знаходиться екзогенна депресія, яка походить ззовні та вини-

кає внаслідок негативних перипетій життя. Жінки особливо чутливі до емоційних і родинних фрустрацій, тоді як чоловіки особливо чутливі до професійних і економічних [9].

Існують такі види депресій: набуті, сезонні, спадкові (генетично зумовлені), післяпологові депресії тощо.

Набуті депресії. Необхідно відразу відзначити, що набуті депресії, як психічний стан, є захисною реакцією мозку на стрес. І тільки здорова людина з хорошими компенсаторними можливостями і сильною психікою має змогу без сторонньої допомоги подолати депресію, особливо якщо буде усунуто стрес чи інші чинники її виникнення. За інших умов депресія може зумовлювати різноманітні патологічні психосоматичні реакції та призводити до розвитку хвороби.

Щодо настрою, депресія визначає перехідний стан, для якого характерне відчуття смутку, покинутості, безрадісності, нещастя та (або) пригніченості. Як синдром, депресія об'єднує скарги, що часто супроводжують групу біопсихосоціальних проблем.

Нормальна депресія – перехідний період смутку та підвищеної втомлюваності, що, зазвичай, починається у відповідь на ідентифіковані стресові стани в житті людини.

Сезонні депресії. Автори вже давно вказують на залежність поганого настрою і частоти депресій від сезону. Довгі й похмурі осінь та зима можуть бути причиною сезонних депресій. Адже є певний зв'язок між інтенсивністю сонячного освітлення і виникненням депресивних станів. Саме восени і взимку інтенсивність інсоляції значно знижується і призводить до зниження синтезу медіатора серотоніну, який відповідає за добрий настрій людини. Тому потрібно гуляти в кожний сонячний день восени та взимку. Депресія, що пов'язана з кількістю світла, яке потрапляє в очі, може виникати і навесні, і влітку за похмурої погоди або під час тривалого перебування у затемнених приміщеннях. Для її усунення застосовують світлову терапію, використовуючи спеціальні лампи білого світла.

Спадкові депресії. Особливу групу складають спадкові депресії, рівень яких статистика визначає у 2–4 відсотки в популяції. Вони підлягають реєстрації і медичному втручанням, особливо в гострій фазі. Прикладами таких захворювань є маніакально-депресивні психози, біполярна депресія, уніполярна депресія. На сьогодні надзвичайно актуальними в цій групі є біполярні депресії, оскільки

краще вивчені. Це депресії, при яких депресивні фази змінюються ейфорійними, таким чином глибокий занепад сил чергується із радістю і надмірною життєвою енергією.

Післяпологові депресії жінок. За статистикою, 70–80 % породіль страждають від післяпологової депресії. Термін «післяпологова депресія» стосується депресивних станів, які виникають після пологів. Вона може з'явитися після народження дитини – і не лише першої, – а іноді навіть після викидня чи штучного переривання вагітності. Згідно зі Службою охорони здоров'я жінок, що діє при Департаменті здоров'я та громадських служб США, ця депресія буває різною за складністю та гостротою перебігу [3].

Серед чинників, що впливають на виникнення депресії у певної особи, виділяють такі: генетичні, біологічні (вік і стать), суспільні тощо.

Встановлено, що схильність до депресії і нервових розладів зумовлена генетично. Деякі люди володіють «укороченою» версією гена SERT-1, відповідального за перенесення серотоніну. Саме вони більше за інших залежать від поганої погоди, дорожніх пробок або падіння курсу гривні, що і спричиняє різні психічні відхилення [1].

Простежується зв'язок між депресіями і статтю особи. Так, жінки частіше хворіють на депресії, бо мають трохи менший рівень вироблення серотоніну, ніж чоловіки. Особливо депресії вражають жінок, що втратили значущі для особи явища чи людей – коханого, дитину, своїх батьків, чоловіка, якщо стосунки були добрі тощо.

Джерелом масових депресій стають травмуючі суспільні чинники – військові перевороти, терор, довгі економічні кризи, безробіття, безгрошів'я, несправедливий осуд владою певних суспільних груп. Сукупність таких суспільних впливів у ХХ столітті завжди перевищувала компенсаторні механізми особи, зберігаючи травмуючий характер надалі, хоча й менший за інтенсивністю. Високий рівень депресій постійно підтримує значний рівень самогубств у ту чи іншу історичну добу.

На жаль, депресії належать до проблем з неможливістю повного усунення на сучасному етапі розвитку суспільства. У капіталістичних державах, де населення десятиліттями загартовувалось в суспільних випробуваннях, відшліфовані свої протидії і безробіттю, і депресіям (курси перекваліфікацій, право на працю не за дипломом, готовність на тимчасову працю не за фахом, розголос принципу «безробітній – не пропащий» тощо). Існують і

мережі соціального захисту. Проте навіть це не перешкоджає появі безробітних, жебраків, безпритульних і, як наслідок, депресій.

На депресію працює дегуманізація середовища, стреси на роботі, загальне пришвидшення темпів праці і життя без отримання успіху, престижу, добробуту. В США епідемічного поширення набуло використання антидепресанту «Прозак» – засобу для підвищення настрою. Але він ні у кого не усуває причин депресій.

Депресія, як правило, погіршує загальний стан здоров'я та самопочуття людини. Нерідко вона супроводжується іншими психічними розладами, зокрема неврозом. Перебіг депресії та неврозів може також призвести до виникнення психосоматичних захворювань.

Отже, для профілактики і протидії депресії необхідно:

У легких випадках:

- інсоляція (багато світла в кімнаті), світлотерапія білим світлом, прогулянки в сонячні дні;
- інтенсивні заняття фізкультурою та спортом, оскільки вони підвищують рівень серотоніну;
- нові подорожі, краще на південь;
- радісні емоції (музика, танці, усе, що викликає радість (не наркотики)).

Для попередження суїцидальних спроб необхідно створювати телефони довіри, забезпечувати доступність консультацій психологів (часто або довго) та психотренінгів для людей з депресіями.

У тяжких випадках: перш за все, обов'язковим є лікування під наглядом спеціаліста. Необхідно зазначити, що лікування є різним у кожному випадку. При ендогенних депресіях важливим є призначення ліків; при екзогенних – психотерапія. При перших йдеться про те, щоб відновити біохімічний баланс, і в цьому сенсі за останні роки проведено величезну кількість досліджень. Арсенал препаратів, які є в нашому розпорядженні, – дуже широкий, а їх ефективність – надзвичайна. Лікування проводять за допомогою трьох основних складників: антидепресантів, які піднімають настрій, транквілізаторів, за наявності тривоги, і ліків, які корегують порушення сну (гіпнотиків чи снодійних препаратів).

При екзогенних депресіях чи депресивних реакціях потрібно вивчити причини, які їх спричинили, і виробити певні правила поведінки, що мали б нормалізувати, наскільки це можливо, життя такої людини. Тут на допомогу приходять психотерапія, зокрема, когнітивно-поведінкова терапія.

Не зайвими також будуть прогулянки в сонячні дні або світлотерапія білим світлом у випадку сезонної депресії, призначення природних адаптогенів та, зокрема елеутерокока.

Профілактика даного захворювання полягає в тому, щоб пильно стежити за сферами виснаження і бути чутливим відносно тих ділянок, де виникає втрата сил. Це часто відбувається там, де людина докладає до чогось занадто багато зусиль, наприклад, на роботі, під час водіння автомобіля, навіть у процесі миття посуду пізно ввечері після робочого дня. Такі стресові чинники потрібно усвідомлювати, тому що на них іде багато сил, і часто це призводить до дратівливості, появи м'язового напруження (насамперед у плечовій ділянці і в спині). Правильна організація відпочинку, уважне ставлення до тривалості сну, перерв, занять спортом, режиму дня, планування тижня можуть запобігти втраті сил і виснаженню. Важливо жити відповідно до свого темпу, бо, як показує досвід, у будь-якій депресії є частка виснаження.

Для збереження радості життя і життєвої сили важливо приділяти увагу тому, що подобається. Фундаментальне почуття – добре, що ти живеш, що ти є на світі – має зберігатися і по можливості підсилюватися. Для цього важливий досвід, який призводить людину до відносин з цінностями. Завдяки дбайливому використанню часу людина звертає увагу на любов до власного життя. Конкретно це означає: по можливості робити тільки те, що є для тебе важливим, і уникати витрати часу на другорядне. Для депресивної людини дотримання цього правила особливо важливе. Не нехтувати собою знову і знову, не відмовлятися від себе заради інших.

Депресивна людина схильна до установки підпорядкування, особливо на початку депресії. Їй властиво пристосовуватися, щоб «заслужити» цінну близькість, підкорятися долі або авторитетам. Необхідно працювати над тим, що важливо заступатися за себе, проживати свої бажання, потреби, запити. Варто критично розглянути і змінити депресивну «ідеальну» картину: аж ніяк не завжди добре бути скромним і зміщувати своє «я» на другий план.

Висновки. Депресія – це хвороба нашого часу, яка може виникати внаслідок різноманітних причин і під впливом різних чинників. Своєчасне розпізнавання проявів та причин цього захворювання, нормалізація життєвого ритму, застосування позитивних установок у поглядах на дійсність стають ключовими у попередженні депресії у людей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Депрессия в неврологической практике / А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская [и др.] – М., 1998.
2. Доброхотова Т. А. Нейропсихиатрия / Т. А. Доброхотова. – М., 2006.
3. Корсини Р. Психологическая энциклопедия / Р. Корсини, А. Ауэрбах. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2006. – 1096 с.
4. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – М., 2003.
5. Українська психологічна термінологія : словник-довідник / за ред. М.-Л. А. Чепи. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. – 302 с.
6. Seasonal Affective Disorder (SAD) — Topic Overview
7. Winter blues: everything you need to know to beat seasonal affective disorder / Norman E. Rosenthal. – New York: Guilford Press, 2006.
8. Кондратенко О. Депресія / О. Кондратенко // Стаття на ВебМед (www.webmed.com.ua), 18.12.2011.
9. Рохас Е. Депресія: хвороба печалі / Е. Рохас // Західна аналітична група <http://zgroup.com.ua/print.php?articleid=4037>

ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДИК ПРИ НАДАННІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ ПАЦІЄНТАМ

А. В. Парфеній

Кіровоградський медичний коледж імені Є. Й. Мухіна

У статті визначено засоби застосування арт-терапевтичних методик, що сприяють зниженню нервового і психологічного напруження, шляхом творчого самовираження при роботі з ВІЛ-позитивними пацієнтами. Зазначена тематика арт-терапії, яка охоплює різні галузі життя пацієнта та позитивно впливає на психологічний стан ВІЛ-інфікованих.

USING ART THERAPY METHODS IN PSYCHOLOGICAL AID FOR HIV-INFECTED PATIENTS

A. V. Parfeniy

Kirovohrad Medical College by Ye. Y. Mukhin

The article describes the methods of art therapy applying, resulting in the release of nervous irritation and internal psychological problems through the creative expression, working with HIV-positive patients. Art therapy covers different areas of the patient's life and positively affects the psychological health of HIV-infected people.

Вступ. Арт-терапія – відносно новий метод психотерапії і достатньо широко застосовується в роботі з ВІЛ-позитивними пацієнтами як в рамках психотерапії, так і окремо.

Арт-терапія як засіб вільного самовираження та самопізнання передбачає атмосферу довіри, високої толерантності, уваги до внутрішнього світу людини. Дає значний позитивний емоційний заряд, формує активну життєву позицію, впевненість у своїх силах, що вкрай необхідно ВІЛ-інфікованим пацієнтам.

Основна частина. Метою використання арт-терапевтичних методик при роботі з ВІЛ-інфікованими пацієнтами є:

- 1) сприяння зниженню рівня тривожності, невротизації та депресивності у ВІЛ-позитивних хворих;
- 2) ознайомлення ВІЛ-інфікованих із можливими шляхами вираження почуттів та емоцій;

- 3) сприяння зниженню рівня тривожності засобами мистецтва;

- 4) створення сприятливих умов для розвитку особистості.

Арт-терапія може слугувати способом захисту від конфліктів і сильних переживань; прискорювачем терапевтичного процесу; допоміжним засобом для інтерпретацій і діагностичної роботи; дисциплінуючою і контролюючою «силою», засобом розвитку уваги до відчуттів; посиленням відчуття власної особистісної цінності та підвищення художньої компетентності [1].

В арт-терапії ВІЛ-інфікованим пацієнтам пропонують різноманітні заняття образотворчого і художньо-прикладного характеру (малюнок, графіка, живопис, скульптура, дизайн, дрібна пластика, різьблення, випалювання, чеканка, гобелен, мозаїка, фреска, вітраж, різноманітні вироби з хутра, шкіри, тканин та ін.), які направлені на активізацію спілкування з психотерапевтом або в групі

в цілому для повного вираження своїх переживань, проблем, внутрішніх суперечностей, з одного боку, а також творчого самовираження – з іншого. На сучасному етапі арт-терапію застосовують і такі форми творчості, як відеоарт, інсталяція, перформанс, комп'ютерна творчість, де візуальний канал комунікації відіграє провідну роль [2–4].

Арт-терапію розглядають як особливу форму відреагування і сублімації. Художня сублімація виникає тоді, коли інстинктивний імпульс людини замінюється візуальним, художньо-образним уявленням. Прихильники цієї концепції вважають творчість як одну з форм сублімації, що дозволяє проявляти, усвідомлювати, а також виражати і тим самим корегувати в мистецтві різні інстинктивні імпульси (сексуальні, агресивні) та емоційні стани (депресію, тугу, пригніченість, страх, гнів, незадоволеність і т. п.) [5]. Таким чином знижується небезпека зовнішніх проявів вказаних переживань в соціально небажаній діяльності. Творчість розглядається як засіб максимального самовираження, що дозволяє пацієнту проявляти себе яскравіше, ніж у письмі або в мові, а психотерапевту забезпечує прямий доступ до несвідомого.

Малювання розглядається як компенсуючий акт, що дозволяє ВІЛ-інфікованим пацієнтам виражати брутальну агресію. Деякі дослідники вважають малювання і ліплення способом зняття напруження також за рахунок повернення до примітивних форм функціонування і задоволення несвідомих бажань [2]. Здійснюється це шляхом свідомої творчої діяльності, що відбувається в процесі сублімації через вираження в символічному вигляді внутрішніх конфліктів і неусвідомлених прагнень. Витвори сприяють витісненню, прориву змісту комплексів у свідомість і переживанню їх супутніх негативних емоцій. Це особливо важливо для пацієнтів, які не можуть «виговоритися», виразити свої фантазії в творчості легше, ніж про них розповісти. Фантазії, зображені на папері або виконані в глині, прискорюють і полегшують вербалізацію переживань. У процесі роботи ліквідується або знижується захист, який є привербальному, звичному контакті, тому в результаті арт-терапії пацієнт правильніше і реальніше оцінює свої порушення і відчуття навколишнього світу.

У проективному малюванні головна увага приділяється зовсім не процесу творення. Провідною є цілеспрямована орієнтація психотерапевта на проективний аспект процедури і його зосередження на інформації. Функція проектив-

ної терапії полягає в тому, що проекція внутрішніх уявлень кристалізується і укріплює в постійній формі спогади і фантазії. Арт-терапія включає «перенесення» відносин між пацієнтом і психотерапевтом, причому, якщо пацієнт не розуміє несвідомого змісту своєї продукції, застосовується техніка вільних асоціацій.

Станіслав Кратохвіл розглядає проективну арт-терапію як надання пацієнтам додаткових засобів, які можуть полегшити їм виявлення складної проблематики їх станів. У ході проективної арт-терапії повинна стимулюватися демонстрація відчуттів, відносин, станів для того, щоб людина дізналася, зрозуміла всі ці відчуття і пододала їх у собі. Специфіка проективного малювання полягає в тому, що психотерапевт пропонує пацієнту сюжет проективного характеру і потім обговорює малюнки та інтерпретує їх.

При розгляданні арт-терапії як зайнятості передбачається, що образотворча творчість діє так само, як і інші подібні форми роботи з хворими, що цілеспрямована і плідна діяльність, здійснювана при арт-терапії, є «оздоровчим процесом», який послаблює порушення і об'єднує здорові реакції. У простому варіанті образотворча творчість лише відволікає ВІЛ-інфікованих від їх хворобливих переживань.

Особливого значення надають колективному характеру занять арт-терапії. Їм приписується каталізуючий ефект і комунікативний, який сприяє поліпшенню самовідчуття, розумінню своєї ролі в суспільстві, власного творчого потенціалу і подоланню труднощів самовираження. Крім того, що арт-терапія є цікавою, емоційно значущою формою зайнятості, вона ще й додатковий спосіб спілкування хворих між собою. Сумісна творчість допомагає ВІЛ-інфікованому пацієнту пізнати світ іншої людини, що полегшує соціальну адаптацію.

Теми для арт-терапії охоплюють різні галузі життя пацієнта або групи і є лише орієнтирами:

1. Власне минуле і сьогодення: уявлення про себе; хто я є перед оточенням; моя найголовніша проблема; моє найгірше враження; я і мій ВІЛ-статус; чого я боюся; моя сім'я, батьки; мої головні недоліки; моя гідність; я серед людей; що мені не подобається в людях; хто я; я у вигляді тварини; життєвий шлях; мої сни.

2. Майбутнє, цілі та абстрактні поняття: яким я хотів би бути; життя без хвороби; ким би я хотів стати, якби я був чародієм; моя батьківщина; три бажання; я через десять років; любов; ненависть;

краса; добро; туга; свобода; сила; слабкість; залежність; незалежність; жіночність; чоловіча гідність; концентрація; напруження; страх; біль; бажання.

3. Відносини в групі: наша група; моє положення в групі; моя проблема і стосунки в групі; настрої з приводу сьогоднішньої зустрічі в групі; група у вигляді тварин; група у вигляді цирку; чарівник змінив групу; група в пустелі; зустріч групи з бедуїнами; група відправляється на бал-маскарад; наше королівство; що я людям даю і чого я від них чекаю; портрети членів групи.

Висновок. Позитивний ефект від художньої творчості при роботі з ВІЛ-позитивними пацієнтами, насамперед, досягається завдяки створенню позитивного настрою, відволіканню від наболілого. Через техніку, колір, форму та сюжет відбувається об'єктивація змісту глибинних, неусвідомлюваних шарів психіки, звільнення від нервово-психічного напруження, тяжких переживань. До

позитивних аспектів методу належать, зокрема, легкість встановлення контакту та взаєморозуміння з протагоністом, сприяння психологічному зближенню людей, отримання потужних позитивних емоцій, здобуття людиною здатності долати сумніви та страхи, що, у свою чергу, дозволяє побачити шляхи виходу зі складних життєвих ситуацій та сприяє розв'язанню особистісних проблем. Щодо роботи з ВІЛ-позитивними пацієнтами, актуальним є те, що творчість може використовуватись як засіб подолання почуттів провини та сорому, а також сублімації та каналізації агресивних і деструктивних нахилів та потягів; сприяння розвитку таких якостей, як емпатія та схвалення, виявлення можливих причин проблем, які йдуть з дитинства; стимулювання потреб у самовираженні, вираження своїх почуттів через ліплення з пластиліну; за допомогою роботи з піском досягнути стану релаксації, який допомагає позбутися неприємних відчуттів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Арт-педагогика и арт-терапия в специальном образовании. – М. : Класс, 2001. – 189 с.
2. Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты / А. Л. Венгер. – М.: Владос Пресс, 2002. – 392 с.
3. Копытин А. И. Техники аналитической арт-терапии: исцеляющие путешествия / А. И. Копытин, Б. И. Корт. – СПб. : Речь, 2007. – 140 с.

4. Практикум по арт-терапии / под ред. А. И. Копытина. – СПб. : Питер, 2001. – 167 с.
5. Рудестам К. Групповая психотерапия / К. Рудестам. – СПб. : Питер ком., 2001. – 384 с.

ВИКОРИСТАННЯ ВІДЕОМАТЕРІАЛІВ ПІД ЧАС ВИКЛАДАННЯ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

Н. В. Авдошенко

Горлівський медичний коледж

У статті містяться основні принципи викладання лекційного матеріалу. Питання щодо використання відеоматеріалів як принципу активізації та кращого засвоєння матеріалу студентами.

USE OF VIDEO IN TEACHING LECTURES

N. V. Avdoshenko

Horlivka Medical College

The article contains the basic principles of teaching lectures, questions to the use of video as the principle of activation and the best mastering of material by students.

Вступ. Одним із видів навчальної роботи у ВНЗ є лекція, яка створює фундаментальну базу знань студентів з кожної дисципліни, що передбачена навчальним планом.

Сучасний рівень підготовки студентів орієнтує викладача на перехід від педагогічного традиціоналізму до впровадження нових форм і методів проведення лекційного заняття.

Основна частина. Викладання навчальних дисциплін у вищому навчальному закладі передбачає ілюстрування та демонстрування схем, предметів, явищ і процесів у зручній для розумового та зорового їх сприйняття формі за допомогою сучасної техніки. Сучасні технічні засоби навчання (ТЗН) та засоби наочності дозволяють не тільки доповнювати словесну інформацію викладача, але і самі виступають носіями змістовних повідомлень [1–3].

У педагогічних дослідженнях, присвячених питанням підвищення якості викладання навчальних дисциплін, використання наочних засобів навчання розглядається як явище, що займає чільне місце серед існуючих основних та додаткових технологій навчання. Існують засоби наочності відтоді, як з'явилися перші навчальні заклади. Зокрема, аналіз наукової літератури, присвяченої даній проблемі показав, що першим ученим, який підвів наукову базу під застосування наочності в навчальному

процесі, був Я. А. Коменський [1]. Він сформулював дидактичні принципи наочності, дав всебічне теоретичне та практичне обґрунтування системного підходу до залучення різних органів людини під час сприйняття тієї чи іншої інформації: «Усе можна представити органам чуття, а саме: що бачимо – зору, що чуємо – слуху, що можна їсти – смаку, а те що можна сприймати одночасно кількома органами чуття, то необхідно й представити декільком органам чуття».

Отже, реалізація освітніх завдань під час викладання будь-якого навчального предмета та його ефективність значною мірою залежать від умов, що створюються для пізнавальної діяльності. Одна з найважливіших із них – забезпечення наочності навчання.

Відомо, що наочні засоби навчання, за умов їх доцільного використання в навчальному процесі, сприяють ефективному вирішенню основних завдань освіти та професійного становлення майбутніх фахівців, зокрема [2–4]:

- забезпечують студентів новою і достовірною інформацією про явища і процеси, які вивчаються;
- пояснюють у динаміці принципи та дії складних механізмів;
- навчають алгоритму виконання різних видів діяльності;
- задовольняють бажання та інтереси студентів;
- забезпечують контроль і корекцію знань, умінь і навичок, ефективний зворотний зв'язок;

- дозволяють створити банк даних для проведення навчально-тренувальних і дослідницьких робіт;
- сприяють раціональній організації навчального процесу, підвищенню його результативності тощо.

На сьогодні у навчальному процесі ВНЗ досить активно використовуються різноманітні сучасні джерела інформації: телебачення, відеомагнітофони, DVD-плеєри, комп'ютерна та мультимедійна техніка.

Використання у процесі проведення навчальних занять комп'ютера у поєднанні з мультимедійним обладнанням дозволяє викладачу вільно коментувати підготовлені матеріали, вибирати раціональний стиль і ритм викладання та спілкування з аудиторією, а студентам не тільки усвідомлювати інформацію, але й скласти якісний конспект [5–6].

Сучасні технічні засоби навчання надають викладачеві небачені раніше технічні можливості. Однак ефективно використання цих пристроїв можливе лише за наявності відповідного дидактичного забезпечення та глибоко продуманої методики застосування ТЗН.

Ефективному застосуванню ТЗН передують ретельна підготовка. Вона передбачає добір та виготовлення дидактичних матеріалів (слайдів, діафільмів, відеофрагментів, магнітофонного звукозапису, файлів для мультимедійної проєкції тощо), визначення та підготовку умов демонстрації, аналіз та вибір методичних прийомів та послідовності демонстрації. В робочому плані викладача це відображається відповідними помітками [5].

Так, використання ТЗН в організаційно-вступній частині лекції вважається дієвим засобом підготовки аудиторії до сприйняття складної теми, загострення уваги на актуальності питань, які розглядають, тобто формуванні мотивації глибокого вивчення теми. На цьому етапі доцільно показувати слайди із зазначеною темою і переліком питань для вивчення. Ефективною є також методика демонстрації на початку занять кіно- і відеофільмів. Завдяки сильному емоційному впливу демонстрація фільмів одразу налаштовує студентів на робочий лад, скорочує до мінімуму момент необхідної психологічної адаптації, дає зорову основу для подальших логічних пояснень викладача. Для фільмів-введень найбільш підходять такі матеріали, які можуть слугувати самостійним джерелом інформації і у викладенні конкретних питань здатні замінити викладача. Проте по можливості

необхідно уникати показу на початку заняття кадрів, що несуть значне емоційне навантаження.

Застосування ТЗН у кінці лекції за змістом є прийомом протилежним попередньому. Він спрямований на систематизацію та закріплення навчального матеріалу, на загострення уваги слухачів на його ключових моментах або для швидкої і твердої зміни думки про неправильно засвоєний матеріал. Для реалізації цього прийому можуть використовуватись будь-які ТЗН, але найбільш доцільними є візуальні засоби [6].

Використання ТЗН у процесі викладання нового матеріалу дозволяє застосовувати інформацію як зорову опору, що допомагає найбільш повно засвоювати навчальний матеріал. Важливо, щоб демонстрація дидактичних матеріалів органічно поєднувалась з їх поясненням, щоб вона стала наочним аргументом слів викладача.

Застосування ТЗН може здійснюватись також із метою актуалізації опорних знань та мотиваційно-пізнавальної діяльності. Використання кіно- і відеофільмів є найефективнішим у методичному розумінні. Ефективно застосування фільмів на заняттях вимагає планування їх демонстрації відповідно до поставленої мети. Однією з найважливіших методичних вимог є необхідність вступного і заключного слова викладача до і після демонстрації фільму, відповідного коментованого супроводу.

Досвід викладання із застосуванням ТЗН свідчить, що тривалість показу навчального фільму не повинна перевищувати 10 хвилин. За межами цього обсягу часу він перестає виконувати функції навчання і перетворюється на показ, що має суто просвітницькі цілі. Якщо відеофрагмент довгий, то краще розбити його на частини (не більше трьох). Важливим також у цьому питанні є створення відеотек із записами фрагментів за тематикою навчального предмета.

Безперечно, можливе, і навіть доцільне, поєднання на одному занятті декількох методичних прийомів використання ТЗН. У цьому випадку надзвичайно посилюється ефект переключення уваги, про який йшлося вище, а отже, підвищується продуктивність розумової праці і викладача, і студентів.

Заняття, під час яких викладач використовує ТЗН, своєю методикою викладання дещо відрізняються від традиційних. Тому при використанні аудіо-візуальних засобів навчання викладачеві необхідно дотримуватися певних правил:

- потрібно підготувати аудиторію до сприйняття нового матеріалу;
- необхідно передбачити форму перегляду і обговорення відеоматеріалів (індивідуальну, групу чи колективну);
- визначити характер допомоги відстаючим; використовувати під час заняття інші засоби навчання;
- викладач має уміти поєднувати аудіовізуальні засоби з підручником, картою та іншими засобами навчання.

Перед переглядом відеофрагменту необхідно ставити перед аудиторією певну проблему. При цьому такий перегляд не повинен займати більше 20–30 хвилин заняття, тому що це може призвести до перенапруження зорового та слухового аналізаторів студентів та як наслідок до зниження працездатності в цілому.

Тому більш доцільним буде використання невеличких відеофрагментів (до 5–10 хвилин) і зміна навчальної діяльності на занятті.

Характерними особливостями навчального кіно є інформаційна насиченість, сильний емоційний вплив на аудиторію, регульований темп подачі інформації з екрана, керування процесом сприйняття інформації, цілісність і завершеність.

Інформаційна насиченість фільму полягає в тому, що за короткий час його демонстрування подається такий обсяг інформації, який неможливо передати словесно з використанням інших засобів наочності.

Емоційний вплив здійснюється завдяки особливій виразності навчального кіно. Об'єкт, явище чи процес у фільмі подаються таким чином, що уможливується розгляд будь-яких необхідних для вивчення елементів.

Темп подачі інформації з екрана задається автором фільму. Тому, якщо студентам складно пристосуватися до нього, то фільм потрібно розбити на фрагменти й показувати їх із певними паузами.

Керування процесом сприйняття інформації з екрана визначається не лише темпом її подачі, а й логікою викладання, використаними засобами фільмування, виділенням загального, середнього й великого планів аж до детальних зображень, дикторським текстом, елементами анімації тощо.

Цілісність і завершеність навчального фільму полягають у тому, що він містить логічно цілісну

інформацію з певною методикою її подачі, оскільки здебільшого підготовлений для використання як основного джерела інформації.

Види навчального кіно: кіно- або відеофільм, кіно- або відеокурс, кіно- або відеохрестоматія, кіно- або відеофрагмент, кінокільцівка.

Використовувати відеофільм можна за двома методиками:

перша – коли він переглядається повністю. Тоді для організації та керівництва пізнавальною діяльністю студентів можна використовувати прийом «стоп-кадр». Його призначення – статична демонстрація явищ, об'єктів, для якісного сприймання та усвідомлення яких необхідно збільшувати тривалість їх споглядання студентами. «Стоп-кадр» доцільно застосовувати для показу складних схем, таблиць, малюнків тощо. Під час «стоп-кадру» викладач може керувати пізнавальною діяльністю студентів, акцентуючи їхню увагу на найважливіших положеннях змісту кадру, а також робити необхідні, на його думку, роз'яснення й доповнення, ставити запитання тощо;

друга методика – коли переглядаються фрагменти відеофільму, проводиться певна робота викладача з студентами між окремими фрагментами та виконується самостійна робота після перегляду всього відеофільму.

На початкових етапах застосування відеоінформації для узагальнення й систематизації знань обидві методики можна використовувати в комплексі. Це доцільно робити, коли у студентів ще не достатньо сформовані навички та прийоми сприймання, усвідомлення й засвоєння навчальної відеоінформації з екрана телевізора.

Застосування другої або разом першої і другої методик доцільне також під час узагальнення й систематизації великих за обсягом тем.

Обидві методики дають позитивні результати щодо підвищення рівня знань студентів.

Висновки. Отже, використання відеоматеріалів під час викладання лекційного матеріалу дає дуже позитивні результати тому, що сучасних студентів вже мало цікавлять традиційні лекції – сьогодні молодь надає перевагу інтерактивним технологіям. До того ж ці методи, на думку викладачів, є дуже результативними (підвищується рівень як успішності, так і якості навчання).

ЛІТЕРАТУРА

1. Коменський Я. А. Великая дидактика : избр. пед. соч. / Я. А. Коменський. – М. : Учпедгиз, 1995. – 72 с.
2. Психолого-педагогічні основи використання технічних засобів навчання [Електронний ресурс].
3. Лихачов Б. Т. Педагогіка : курс лекцій / Б. Т. Лихачов. – М., 2001.
4. Фіцула М. М. Педагогіка: наукова допомога для студентів вищих педагогічних учбових закладів / М. М. Фіцула. – К. : «Академія», 2002.
5. Назарова Т. С. Средства обучения: технология создания и использования / Т. С. Назарова, Е. С. Полат. – М. : Изд-во УРАО, 1998. – 204 с.
6. Осетрова И. В. Книга и электронные средства в образовании / И. В. Осетрова, А. И. Смирнов, А. В. Осин. – М. : Изд. сервис; Логос, 2002. – 144 с.

ІНТЕГРАЦІЙНИЙ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ МЕДСЕСТРИ ТА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ МЕДСЕСТРИ В УМОВАХ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ

О. Н. Литвинова, М. О. Хуторянська

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
ННІ медсестринства*

У статті виведено інтегральну характеристику соціально-психологічного портрета медичної сестри. Показано шляхи формування особистості медсестри в умовах медичного коледжу.

INTEGRATING SOCIAL - PSYCHOLOGICAL PORTRAIT AND FORMATION OF NURSES PERSONALITY IN THE MEDICAL COLLEGE

O. N. Lytvynova, M. O. Khutoryanska

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»
Educational and Scientific Institute of Nursing*

The article derived an integral characteristic of social - psychological portrait of a nurse. The ways of formation of nurses personality in a medical college are showed in this researches work.

Вступ. У практичній діяльності медсестри її успішність великою мірою залежить від ступеня її готовності до виконання тих складних професійних завдань, які стоять перед нею. Складність підготовки і формування особистості медсестри полягає в тому, що з позицій різних учасників медичного процесу від медсестри очікують різної поведінки і різних функцій. Для об'єктивізації очікувань пацієнта і лікаря в плані соціально-психологічних особливостей медсестри ми провели анкетне дослідження думки всіх учасників даних відносин.

Побудована анкета містила 25 запитань щодо якостей медичної сестри в її діяльності, в якій пропонувались п'ять варіантів відповіді до кожного і можливість сформулювати своє бачення даного питання. Підготовлено 100 анкет і запропоновано окремим групам респондентів відповісти на поставлені запитання. 50 анкет запропоновано хворим різних відділень, а також відповіді на запитання 50 анкет дали лікарі.

Анкети були роздані респондентам на два дні, що було цілком достатньо для отримання виважених та щирих думок. Жодної анкети не було зіпсовано чи не повернуто. Аналіз отриманих результатів пропонуємо в окремих розділах.

Основна частина. Проведене дослідження дозволило нам вивести інтеграційний соціально-психологічний портрет медсестри за баченням як пацієнтів, так і лікарів.

Те, що медична сестра у своїх діях завжди повинна керуватися виключно розумом і логікою відмітили ($72 \pm 3,67$) % всіх опитаних.

З приводу вміння медсестри висловлювати свої думки, то погляди лікарів і пацієнтів розійшлися. Перші ($72 \pm 3,67$) % вважають, що вона повинна їх формувати максимально стисло і чітко, а ($42 \pm 4,03$) % пацієнтів вважають, що медична сестра повинна висловлювати свої думки вільно і зрозуміло. Але очевидним є той факт, що медсестра повинна вміти висловлювати свої думки.

З обов'язковим вмінням медсестри брати на себе ризик лише в критичних ситуаціях погодились

(77 ± 3,49) % респондентів обох груп. Водночас необхідно відмітити, що (10 ± 2,45) % опитаних не дають їй права на помилку і вважають, що вона взагалі не може ризикувати.

На необхідність впевненості у собі вказали (82 ± 2,14) % лікарів і майже стільки ж (80 ± 2,27) % пацієнтів вказали, що тим краща медсестра, чим більше виражені в ній поєднання співчуття впевненості у собі та співчуттям до хворого.

З приводу ініціативності і творчості, які мала б проявляти медична сестра при підготовці хворих до інструментальних методів обстеження, то більшість респондентів (52 ± 4,08) % відповіло, що такі властивості вона проявляє відповідно до інструкції, проте (24 ± 3,49) % респондентів вважає обов'язковим такі прояви.

Щодо запитання «Чи медсестра повинна мати оригінальність мислення та здатність до концептуалізації?», то (65 ± 3,87) % респондентів вважають, що такі якості безперечно повинні бути притаманні медсестрі і ще (45 ± 4,07) % опитаних вважає, що ці риси притаманні медсестрі лише в тому випадку, коли вона займається науковою роботою.

Інтуїцію та проникність у характері медсестри, як звичайне явище схильні сприймати (78 ± 3,38) % респондентів. Лише (10 ± 2,45) % лікарів і стільки ж пацієнтів допускає, що для проявів цих рис необхідна згода хворих.

Вивчаючи думку пацієнтів щодо переваги гнучкості чи наполегливості в характері медсестри, ми отримали виражену схильність (66 ± 3,87) % опитаних до думки, що виключно наполегливість медсестра має проявляти при наданні допомоги у невідкладних станах. У (14 ± 2,83) % респонденти бажають бачити у медсестри ознаки гнучкості відносно хворих, а (26 ± 3,58) % оточення вважають, що ці риси повинні проявлятися залежно від ситуації.

Сміливу медсестру лише в ситуаціях, які стосуються її роботи, воліють бачити (42 ± 4,03) % опитаних, в екстремальних ситуаціях ще (34 ± 3,87) %. Про те, що медсестра завжди повинна проявляти сміливість сказали лише (14 ± 2,83) % респондентів, а (20 ± 3,27) % оточення вважає, що такі вміння медсестра повинна проявляти лише тоді, коли їй доручають прочитати таку лекцію.

Чи може медсестра самостійно приймати рішення в межах своєї компетенції? (36 ± 3,92) % респондентів вважають, що лише в екстремальних ситуаціях, а (18 ± 3,14) % вважають, що вона може приймати самостійні рішення лише тоді, коли є загроза життю хворого.

На запитання «Чи потрібні медсестрі вміння організовувати поширення медичних знань щодо профілактики захворювань та їх ускладнень?» (52 ± 4,08) % респондентів відповіли, що лише при нагоді. Про те, що такі риси необхідні медичній сестрі постійно, відповіли (24 ± 3,49) % опитаних. Найменша частка – це (16 ± 2,99) % респондентів вважають, що такі вміння медсестра повинна проявляти лише тоді, коли їй доручають прочитати таку лекцію.

Чи може медсестра самостійно приймати рішення в межах своєї компетенції? (34 ± 3,78) % респондентів вважають, що лише в екстремальних ситуаціях, а (26 ± 3,58) % вважають, що це її право. Близькі до них (18 ± 3,14) % вважають, що вона може приймати самостійні рішення лише тоді, коли є загроза життю хворого.

Щодо таких рис, як цікавість та здатність освоювати нові знання та вміння, то абсолютна більшість, а це (76 ± 3,49) % пацієнтів вважає, що такі риси можуть бути притаманні медсестрі, особливо в межах її компетенції. А (24 ± 3,49) % вважають, що такі навички знадобляться їй лише в тому випадку, коли їй доведеться виконувати певну роботу самотужки.

Риси відповідальності ми вивчали поставивши ситуативне запитання «Чи несе медсестра відповідальність за неякісне ведення медичної документації та недостовірність інформації, що вноситься до неї?», (82 ± 3,14) % пацієнтів виявилися достатньо лояльними і заявили, що вона повинна проявляти пильність і бути чесною. Нести відповідальність лише за допущені помилки закликають (62 ± 3,96) % лікарів.

Колегіальні риси та вміння працювати в команді ми вивчали за відповідями на запитання «Чи зобов'язана медсестра вміти заручитися чиеюсь підтримкою при організації роботи лікувально-профілактичного закладу?». Більшість респондентів, а це (36 ± 3,92) % відповіли, що заручитися чиеюсь підтримкою при організації роботи лікувально-профілактичного закладу вона може лише в межах підрозділу, де працює. Хоча (62 ± 3,96) % пацієнтів вважає це її особистою справою.

Вивчення рис характеру медсестри в екстремальних ситуаціях ми провели, запитуючи своїх пацієнтів чи зобов'язана медсестра проявляти такт і дипломатичність при наданні невідкладної допомоги? І про те, що навіть в такій ситуації вона зобов'язана проявляти такі риси, відзначили (76 ± 3,49) % респондентів, причому у хворі були більш катего-

ричні у цьому твердженні. Решта ($24 \pm 3,49$) % теж стверджують, що вона повинна певною мірою дотримуватись таких вимог, але, головне, все-таки на їхню думку, це володіння методикою введення ліків.

Аналізуючи структурні елементи відповідальності медсестри, ми запропонували хворим виразити у відсотках риси характеру, які зумовлюють відповідальність за важливість і впливовість. В результаті аналізу, ми побачили, що на перше місце ($46 \pm 4,07$) % у формуванні відповідальності пацієнти поставили таку рису характеру, як обов'язковість, на друге – ($24 \pm 3,49$) % непохитність. Значна частка респондентів ($14 \pm 2,83$) % вважає, що основою відповідальності є страх.

Звісно, що «буття – визначає свідомість», тому ми маючи за мету визначити мотиваційну складову рис особистості медсестри запропонували респондентам оцінити рівень заробітної плати медсестри. Як низьку – достатню лише для придбання продуктів харчування і оплати комунальних послуг визначили платню медсестри ($46 \pm 4,07$) % респондентів. Значна кількість – (40 ± 4) % вважають заробітну плату медсестри середньою і достатньою лише для придбання продуктів харчування, оплати комунальних послуг і недорогого одягу. Купівля побутової техніки вже проблемна. І ($14 \pm 2,83$) % вважають, що медсестра отримує дуже низьку заробітну платню – достатню лише для придбання продуктів харчування.

Як похідне від попереднього питання стояло визначення престижності роботи медсестри. Більше престижною, ніж не престижною вважають дану спеціальність ($64 \pm 3,92$) % опитаних. Водночас ($30 \pm 3,74$) % респондентів вважають цей фах престижним.

Також мотиваційні риси ми вивчали запропонувавши своїм респондентам вказати у %, що із нижченаведеного є визначальним, на Вашу думку, в роботі середнього медичного персоналу. Половина респондентів ($50 \pm 4,08$) % виявила співчуття до хворого. ($30 \pm 3,74$) % обрали можливість при необхідності надати допомогу собі, рідним і близьким, на професійний інтерес як мотиваційний чинник вказали ($14 \pm 2,83$) % опитаних.

Для верифікації чесності, ми обрали схоже запитання, що стосується найголовніших рис для медсестри і запитали лікарів і пацієнтів, які якості вони вважають найголовнішими для медсестри. Ступінь важливості вони виражали у відсотках. Найважливішою рисою ($32 \pm 3,81$) % вони вважа-

ють співчуття, у ($16 \pm 2,99$) % випадків вирішальною рисою є душевна теплота. Професійні знання і віртуозність у проведенні маніпуляцій відзначили у ($24 \pm 3,49$) %.

Вивчення впливових мотиваційних чинників ми вивчали за структурою відповідей на запитання «Які види заохочень Ви вважаєте найзначимішими для медсестри?». На перше місце респонденти поставили матеріальну винагороду – ($66 \pm 3,87$) % респондентів відповіли, що це видача премії. Ще ($20 \pm 3,27$) % вважають, що цінні подарунки теж будуть добрим стимулом.

Найзначиміші риси характеру респондентам пропонувалось визначити за відсотковою ставкою. Найважливішою рисою – ($48 \pm 4,08$) % вони вважали самостійність, у ($20 \pm 3,27$) % поставили незалежність, у ($26 \pm 3,58$) % уміння кооперуватися.

«Якою мірою для медсестри необхідне формування свого характеру як цілісної особистості?» ($36 \pm 3,92$) % відповіли, що у 75 %, половина на половину вважає ($32 \pm 3,81$) % респондентів і стільки ж вважає, що вона має бути 100% цілісною особистістю.

Щодо визначення пріоритетності рис характеру, необхідних медсестрі, то ($52 \pm 4,08$) % вважають уміння переконувати. Почуття гумору як основну рису медсестри поставили ($24 \pm 3,49$) % респондентів. Уміння розумітися на людях та випромінювання надійності відмітили ($10 \pm 2,45$) % опитаних.

Про необхідність самовдосконалення ми дізналися із запитання «Виразіть, будь ласка у % необхідність розвитку даних рис у медсестри». За пріоритетністю розвитку на першому місці ($48 \pm 4,08$) % стоїть урівноваженість, потім, ($32 \pm 3,81$) % енергійність і ($12 \pm 2,65$) % завзятість. Владність, завзятість та амбіційність відмітили однаковою мірою відповідно.

У результаті нашого дослідження ми можемо вивести провідні риси, які необхідно культивувати в підготовці медичної сестри в умовах коледжу. Провідними рисами, які потрібно формувати в медсестри починаючи з коледжа – це риси лідера. Лише за допомогою лідерських задатків можна буде відповісти на запитання, що ж саме повинна вміти робити медсестра як лідер відносно хворого та його родини. Впродовж усієї історії менеджменту робилися спроби визначення межі компетенції ефективного лідера. Відповідно, з ускладненням задач, що стоять перед лідерами, розширюється і спектр рис та навичок, якими вони повинні володіти.

Визначені нами риси прямо корелюють із якостями, які найбільше притаманні успішному лідеру і вкрай бажані медичній сестрі.

Інтелектуальні здібності, формування яких необхідне медичній сестрі це – розум і логіка, розважливість, проникливість, оригінальність, здатність до концептуалізації, досвідченість, знання своєї справи, вміння висловлювати свої думки, цікавість і здатність освоювати нові знання і навички, гостра інтуїція.

Риси характеру особистості, які забезпечать медсестрі виконання лідерських ролей це – ініціативність, обов'язковість, гнучкість, пильність, творчість, структурування, чесність, цілісність особистості, сміливість, впевненість у собі, співчутливість, урівноваженість, незалежність, самостійність, амбіційність, потреба в досягненнях, наполегливість і завзятість, енергійність, владність, працездатність, агресивність, прагнення до переваги.

Сформовані особистісні вміння – це вміння заручатися підтримкою, кооперуватися, завойовувати популярність і престиж, такт і дипломатичність, брати на себе ризик і відповідальність, організувати, переконувати, змінювати себе, надійність, почуття гумору, вміння жартувати.

Даний перелік звичайно не означає, що успішній медсестрі необхідно володіти абсолютно всіма перерахованими якостями, але тією чи іншою мірою розвиток перерахованих якостей корелюватиме з успішністю її діяльності.

Тому програмна підготовка формування соціально-психологічного професійного портрета медсестри складатиметься із трьох блоків, відповідно до спрямування.

Перший блок – це розвиток інтелектуальних здібностей, які необхідно сформувати при підготовці медичної сестри в умовах коледжу. Особливості цієї підготовки без проблем накладаються на загальноприйнятту програму навчання в коледжі. Єдине, чому потрібно буде приділити ува-

гу, так це розвитку індивідуального самостійного підходу до вивчення всіх без винятку питань навчальної програми.

Другий блок – це розвиток рис характеру особистості, які забезпечать медсестрі виконання лідерських ролей. Іншими словами, за час навчання в медичному коледжі медсестра повинна стати лідером, набути лідерських рис і навичок. Для такої підготовки загальновизнаної програми коледжу замало. Тому ці питання необхідно нашарувувати не лише на загальнопрограмні предмети, а й запроваджувати своєрідні школи лідерства, де медсестри на практиці, вирішуючи ті чи інші практичні завдання, культивуватимуть у собі лідерські риси.

Третій блок формування соціально-психологічного професійного портрета медсестри – це формування особистісних вмінь та навичок. Лише в ракурсі практичної діяльності модельованих ситуацій в умовах коледжу медсестри зуміють набути даних рис та вмінь.

Висновки. Таким чином, можемо зробити висновки, очікування від медсестри прояву тих чи інших рис у лікарів та пацієнтів дещо відмінні. Необхідно вказати, що основні характеристики вимальовуються в ракурсі високих моральних якостей. Поєднання почуття впевненості виступає також на перші позиції ($80 \pm 2,27$) %, ($82 \pm 3,14$) % очікують проявів пильності та чесності, впевненості в собі ($82 \pm 2,14$) %, проявів такту і дипломатії ($76 \pm 3,49$) % тощо.

Важливо підкреслити, що значну кількість перелічених якостей можна розвинути за допомогою цілеспрямованої роботи над собою. Відповідно в умовах коледжу потрібно забезпечити комплекс програм для самостійного розвитку цих якостей. В основу такої соціально-психологічної підготовки в коледжі повинні бути покладені умови оволодіння медсестрами навичок самоаналізу, що дасть можливість окреслити коло самовдосконалення з орієнтацією на розробку програм індивідуального розвитку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аверин В. А. Обзор основных теорий развития // Психология человека от рождения до смерти ; под ред. А. А. Реана. – СПб., 2003. – С. 116–128.
2. Горбатов Н. С. Практикум по психологическому исследованию : учеб. пособ. / Н. С. Горбатов. – Самара : Издательский дом «БАРАХ-М», 2003. – С. 141–146.

3. Етичний Кодекс медичної сестри України.

4. Клименко Є. А. Моральний образ і культура медсестри / Є. А. Клименко // Медична сестра. – 2005. – № 12.

ОБГРУНТУВАННЯ СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ ПЕНЕТРУВАЛЬНИХ ВИРАЗОК ШЛУНКОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

I. М. Погорілець

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Проведено аналіз результатів дослідження і хірургічного лікування 82 хворих на виразкову хворобу шлунка ускладнену пенетрацією. Комплексне дослідження морфофункціонального стану шлунка дало можливість в кожному конкретному випадку обгрунтувати метод і вибрати оптимальний спосіб операційного втручання, покращити результати хірургічного лікування, знизити летальність з 3,0 до 1,2 %, зменшити кількість післяопераційних ускладнень з 4,5 до 2,2 %, скоротити терміни реабілітації хворих із 56 до 42 днів.

SUBSTANTIATION OF WAY TREATMENT OF PENETRATION ULCERS OF GASTRIC LOCALIZATION

I. M. Pohorilets

SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»

The author makes the analysis of results of research and surgical treatment of 82 patients with a stomach ulcer of a stomach complicated penetration. A complex researches of morphofunctional conditions of a stomach, has enabled to define in each concrete case a method and to choose the optimal way of operative intervention, to improve results of surgical treatment, to lower mortality from 3.0 % to 1.2 %, to reduce quantity of postoperative complications from 4.5 % up to 2.2 %, to reduce terms of rehabilitation of patients from 56 to 42 days.

Вступ. Лікування виразкової хвороби шлунка (ВХШ) ускладненої пенетрацією залишається невирішеною проблемою сучасної гастроентерології [4, 5, 6]. На думку багатьох дослідників [1, 2, 3, 7], вибір методу лікування пенетрувальних виразок шлунка повинен бути патогенетично обгрунтованим і базуватися на морфофункціональному стані шлунка.

Основна частина. Проведено дослідження у 82 хворих на ВХШ. Серед хворих чоловіків було 68 (82,9 %), жінок – 14 (17,1 %). Вік пацієнтів складав від 18 до 80 років, але переважна більшість хворих 61 (74,3 %) були віком від 36 до 60 років. Тривалість хвороби у більшості пацієнтів становила

від чотирьох тижнів до 15 років. Обстеження хворих проводили за такими методиками: секреторну функцію шлунка вивчали за допомогою зондування титраційним методом, рівень кислотності і ступінь нейтралізації соляної кислоти за допомогою рН-метрії. Моторну функцію досліджували за допомогою балонної механогастрограми та електрогастрографічного дослідження. Ідентифікацію гелікобактеріозу проводили за допомогою біопсійного матеріалу, отриманого при ендоскопічному дослідженні. Гістологічну обробку матеріалу проводили за допомогою фарбування гематоксилін-еозином. Для достовірної діагностики пенетрації виразки використовували ендоскопічну гастроскопію, біопсію слизової оболонки, гістологічне та рентгенологічне дослідження.

© I. M. Pohorilets, 2013

Використання вищеназваних методів дослідження і діагностики дало можливість виявити пенетрацію у 77 (94,0 %) обстежених хворих, у яких дане ускладнення було підтверджене під час операції. Варто зазначити, що у 58 (70,7 %) випадках пенетрація локалізувалася по малій кривизні її середній третині та субкардіальному відділі шлунка. У більшості випадків такі виразки пенетрували в тіло підшлункової залози й малий сальник, рідше в печінку і брижу товстої кишки. Морфологічним субстратом пенетрації, як правило, була хронічна кальозна виразка округлої чи полігональної форми, від 1 до 3 см і більше з перифокальними змінами й запаленням слизової оболонки. Отримані дані дослідження секреторної функції шлунка у хворих з пенетрувальними виразками різної локалізації свідчать про наявність суттєвих відмінностей секреції соляної кислоти, рН та вмісту пепсину в шлунковому вмісті. Найбільш високі показники рН-метрії виявлено у 18 хворих із препілоричними виразками ($2,4 \pm 0,4$, $P < 0,002$), що свідчить про високу кислотопродукцію шлунка у цієї групи хворих ($8,3 \pm 0,5$) ммоль/год ($P < 0,001$). Найнижчі показники кислотоутворення спостерігали у 11 хворих із виразками кардіального відділу – ($4,6 \pm 0,92$) ммоль/год ($P < 0,001$), причому середньостатистичне рН зрушувалося до ($3,9 \pm 0,5$) од. ($P < 0,001$), що свідчить про гіпоацидний стан шлунка у цих хворих. Ми встановили статистично достовірне зниження концентрації пепсину у хворих із пенетрувальними виразками розташованими в мезогастральній зоні, субкардіальному і кардіальному відділах шлунка. Ці дані свідчать про те, що у формуванні пенетрувальних виразок шлунка важливу роль відіграє стан секреторної функції слизової шлунка – соляна кислота, яка створює відповідне рН та вміст пепсину. Там, де ці показники є високими, формуються пенетрувальні виразки, які не піддаються медикаментозному лікуванню. А тому, на нашу думку, наявність хронічної пенетрувальної виразки є прямим показанням до її хірургічного лікування, характер і об'єм якого залежить від локалізації виразки та морфофункціонального стану слизової оболонки шлунка. При локалізації виразки у кардіальному і субкардіальному відділах шлунка, які не супроводжуються вираженою структурною перебудовою слизової оболонки в періульцерозній зоні органа, показане клиноподібне висічення виразкового дефекту або сегментарна резекція зі

збереженням вагусної інервації кардіального й антрального відділу шлунка.

При наявності мезогастральних виразок операцією вибору вважаємо прицільну сегментарну резекцію шлунка з видаленням інтермедіальної і частково кислотопродукувальної зони й формуванням гастрогастрального анастомозу. Питання про об'єм резекції шлунка вирішували за допомогою гістодил-атропінового тесту, суть якого полягає у перерозподілі кровотоку між антральним і кислотопродукувальним відділами органа у відповідь на введення через гастральний зонд 400 мг гістодилу, розчиненого у 50 мл підігрітої до 37° дистильованої води і внутрішньовенному введенні 1 мл 0,1 % розчину атропіну сульфату. Через 10–15 с виникає гіперемія антрального й блідість (анемізованого) кислотопродукувального відділу шлунка. Чітко ділянка інтермедіальної зони визначається по великій кривизні шлунка, що є орієнтиром у встановленні об'єму резекції шлунка. При пенетрувальних виразках антрального і препілоричного відділів шлунка, що супроводжуються підвищеною секреторною функцією органа доцільно виконувати антрумектомію з видаленням інтермедіальної зони за способом Більрот-1 чи Більрот-2 із селективною чи селективно-проксимальною ваготомією. При наявності двох й більше ускладнень виразкової хвороби шлунка, вираженому злуковому періульцерозному процесі й при наявності дуоденостазу доцільно виконувати резекцію шлунка за методикою Більрот-2 у різних модифікаціях. Проте в останні роки ми виконуємо переважно органощадні та органозберігаючі операційні втручання на шлунку із збереженням цілості перигастральних судинних дуг, різними видами ваготомії, декомпресією черевного стовбура, а за показаннями і з дренажною операцією на шлунку.

Висновки. Таким чином, комплексне дослідження морфофункціонального стану шлунка, дає можливість в кожному конкретному випадку обґрунтувати метод і вибрати оптимальний спосіб операційного втручання у хворих на виразкову хворобу шлунка ускладнену пенетрацією, що дозволило суттєво покращити результати хірургічного лікування, знизити летальність з 3,0 до 1,2 %, зменшити кількість післяопераційних ускладнень з 4,5 до 2,2 %, скоротити терміни реабілітації хворих із 56 до 42 днів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Захворювання органів травлення у дітей / Ю. В. Білоусов, Л. Г. Волошина, Н. В. Павленко [та ін.]. – Харків, 2004. – 54 с.
2. Хвороби органів травлення (діагностика і лікування) / П. Я. Григор'єв, Є. М. Стародуб, Е. П. Яковенко [та ін.]. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 448 с.
3. Дегтерова И. И. Заболевания органов пищеварения / И. И. Дегтерова. – К. : Демос, 2000. – 321 с.
4. Передерий В. Г. Язвенная болезнь (прошлое, настоящее, будущее) / В. Г. Передерий, С. М. Ткач, С. В. Скопиченко. – Киев, 2003. – 256 С.
5. Ковальчук Л. Я. Досвід лікування ускладнених форм виразкової хвороби / Л. Я. Ковальчук, І. Я. Дзюбановський // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – С. 14–17.
6. Кондратенко П. Г. Эффективность консервативных мероприятий в предупреждении рецидивов гастродуоденальных кровотечений / П. Г. Кондратенко, Е. Е. Раденко // Український журнал хірургії. – 2008. – № 1. – С. 29–32.
7. Современное состояние хирургии язвенной болезни / В. Ф. Саенко, Б. С. Полинкевич, А. А. Диброва [и др.] // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – С. 10–11.

СТАН ПОШИРЕНOSTI ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ

I. М. Білоконь

Сумський медичний коледж

Автором проаналізовано динаміку захворюваності, поширеності та смертності населення від цукрового діабету в Сумській області за останні роки. Гостроту проблеми визначає не тільки значне поширення захворювання, але і швидкий розвиток ускладнень, що призводять до інвалідності та смертності пацієнтів.

RANGE OF DIABETES SPREADING AMONG THE POPULATION OF SUMY REGION

I. M. Bilokon

Sumy Medical College

Recent dynamics of diabetes, its increase and mortality of the population of Sumy Region were analyzed. The importance of the problem is determined not only by the considerable spreading of the disease, but also by the fast development of complications that leads to disability and mortality of patients.

Вступ. Актуальність проблеми зумовлена масштабністю розповсюдження цукрового діабету. Міжнародна діабетична федерація (IDF) зазначила кількість 366 млн людей з цукровим діабетом (6,3 % населення) [3]. Захворюваність на ЦД давно досягла масштабів пандемії з величезними людськими, соціальними і економічними втратами. При цьому даний показник щорічно збільшується у всіх країнах на 5–7 %, а кожні 12–15 років – подвоюється. В Україні станом на 2013 рік зареєстровано більше 1,26 млн людей хворих на цукровий діабет. Серед населення країн Європи, що близькі до України за етнічними та іншими ознаками, ЦД виявляється у 4–6 % мешканців, що можна пояснити більш високим рівнем соціального та медичного забезпечення.

Основна частина. За останній час захворюваність на ЦД набула масштабу світової епідемії і вже не є суто медичною проблемою, діабет є одним з провідних, соціально важливих захворювань сучасної клінічної медицини. Лікарі попереджають – людству загрожує пандемія – тиха, спочатку майже непомітна, безжальна, з різними каліцтвами

(сліпота, ампутація кінцівок) та передчасною смертю. Якщо у 1965 р. у світі близько 30 млн людей мали цукровий діабет, а у 1972 р. – уже 70 млн, то у 2012 р. 371 млн людей хворіли на «цукрицю». До 2030 р. за теперішнього способу життя таких пацієнтів стане 552 млн. До того ж, майже 182 млн не знають про свій статус хворого на цукровий діабет [5].

Тягар хвороби особливо відчувається у країнах, що розвиваються. Понад 80 % випадків смерті через діабет відбувається у країнах із низьким та середнім рівнем доходу. До таких належить й Україна. Вітчизняні фахівці наголошують – за останні 11 років поширеність цукрового діабету в нашій країні стрімко зросла – з 1,8 до 2,8 %. Сьогодні в Україні офіційно зареєстровано близько 1,3 млн хворих на ЦД I та II типів. Але їх реальна кількість щонайменше вдвічі більша (за рахунок не діагностованих випадків). Українські ендокринологи зазначають, що Україна належить до країн з найвищим рівнем захворюваності на цукровий діабет [7].

У Сумській області станом на 01.01.2012 р. зареєстровано 34372 хворих на цукровий діабет, у тому числі тих, які потребують інсуліну – 4608, з яких – 148 дітей [6]. В 2012 р. у структурі ендокринологічного обслуговування

кринних хвороб за показниками вперше виявлених хвороб цукровий діабет займає 29 % (в 2011 р. – 28 %, у 2010 р. – 27 %). Показник поширеності в 2012 р. становить 32 % (в 2010–2011 рр. – 30 %).

Поширеність цукрового діабету в Сумській області має стійку динаміку до зростання (з 2836,19 ‰ в 2010 р. до 2988,5 ‰ у 2012 р.) Показник захворюваності дещо зменшився і в 2012 р. становить 269,88 ‰ проти 273,86 ‰ в 2011 р. (табл. 1).

Найважливішою проблемою сучасної клінічної діабетології є профілактика і лікування ускладнень

цукрового діабету. За відсутності лікування перебіг цукрового діабету швидко прогресує. З часом, хвороба уражає серце, кровоносні судини, очі, нирки і нерви, підвищує ризик розвитку хвороб серця та інсульту. 50 % людей з діабетом помирають через серцево-судинні хвороби – цей ризик вищий від 2 до 6 разів порівняно з людьми без діабету. У поєднанні зі зниженням кровотоку невротатія ніг підвищує ймовірність появи на ногах виразок і, в кінцевому результаті, ампутації кінцівок (ризик ампутацій у 10–15 разів вищий) [4].

Таблиця 1. Кількість хворих із цукровим діабетом серед населення Сумської області за 2010–2012 рр.

Найменування	2010		2011		2012	
	абс. число	на 100 тис. населення	абс. число	на 100 тис. населення	абс. число	на 100 тис. населення
Поширеність цукрового діабету	33 187	2836,19	33 536	2892,65	33 187	2836,19
Захворюваність на цукровий діабет	3093	264,33	3175	273,86	3093	264,33

Діабетична ретинопатія, яка є однією з основних причин сліпоти, розвивається в результаті довготривалого накопичення ушкоджень дрібних кровоносних судин сітківки. Після 15 років діабету приблизно 2 % людей стають сліпими, а у 10 % розвиваються тяжкі порушення зору.

Діабет входить до числа основних причин ниркової недостатності, від якої вмирає 10–20 % людей з діабетом. Діабетична невротатія розвивається у 50 % людей з діабетом.

На думку лікарів, щонайменше 55 % коштів, які виділяють хворим на цукровий діабет, ідуть на лікування ускладнень. Зазвичай українські пацієнти звертаються до лікаря через 7–8 років, вже з

ускладненнями – ретинопатією, трофічними виразками, серцево-судинними хворобами.

Гостроту проблеми визначає не тільки значне поширення захворювання, але і швидкий розвиток ускладнень, що призводять до інвалідності та смертності пацієнтів. Так, хворі на цукровий діабет у різних країнах на 60–85 % формують товариства сліпих. Близько 50 % осіб із цукровим діабетом першого типу помирає від хронічної ниркової недостатності. Частота інфаркту міокарда за наявності діабету зростає у 2–5 разів, інсульту – у 4–6 разів, а 50–70 % усіх ампутацій нижніх кінцівок, не пов'язаних із травматизмом, припадає на пацієнтів із цим захворюванням (табл. 2).

Таблиця 2. Структура поширеності ускладнень цукрового діабету в населення Сумської області за період 2010–2012 рр.

Найменування	2010		2011		2012	
	абс. число	на 100 тис. населення	абс. число	на 100 тис. населення	абс. число	на 100 тис. населення
Усього ускладнень	12040	1028,95	12513	1079,31	12343	1073,17
З них:						
діабет з ураженням нирок	4328	369,88	4483	386,68	4391	381,78
діабетична катаракта	1824	155,88	1910	164,75	1926	167,46
діабетична ретинопатія	5355	457,64	5318	458,7	5243	455,86
діабетична гангрена	61	5,21	66	5,69	75	6,52

З порівняльного аналізу помітно зростання показника поширеності діабетичної катаракти з 155,88 ‰ у 2010 р. до 167,46‰ у 2012 р. (на 11,58 ‰), а також збільшення поширеності діабетичної гангрени до 6,52 ‰ у 2012 р. (5,21 ‰ у 2010 р.).

Економічні втрати внаслідок зростання захворюваності на ЦД величезні та пов'язані не тільки з великою поширеністю даного захворювання, але і з

високим рівнем летальності, передусім від серцево-судинних ускладнень, інфекційних хвороб, низьким рівнем якості життя та ранньою втратою працездатності пацієнтів, які хворіють на ЦД.

Показник смертності населення Сумської області від цукрового діабету зріс у 2012 р. на 1,9 ‰ порівняно з 2010 р. та перевищує показник по Україні на 1 ‰ (табл. 3).

Таблиця 3. Смертність населення Сумської області від цукрового діабету за 2010–2012 рр.

Найменування	2010		2011		2012	
	абс. число	на 100 тис. населення	абс. число	на 100 тис. населення	абс. число	на 100 тис. населення
Україна	2354	5,1	2212	4,9	2205	4,8
Сумська область	46	3,9	50	4,3	66	5,8

За прогнозами ВООЗ, у наступні 10 років загальна кількість випадків смерті через діабет зросте на більше ніж 50 ‰, а до 2030 р. діабет стане провідною причиною смерті у світі.

Висновки. У ХХІ ст. здоров'я визнано найвищою соціальною цінністю. Сприяти попередженню діабету і його ускладнень необхідно за допомогою здорового раціону харчування, регулярної фізичної активності, підтримки нормальної маси тіла і відмови від вживання тютюну. ВООЗ прагне стимулювати і підтримувати вжиття ефективних заходів з нагляду, попередження і боротьби з діабетом і його наслідками, особливо в країнах із низьким і середнім рівнями доходів [5]. З цієї метою ВООЗ:

- формулює наукові керівні принципи попередження діабету;
- розробляє норми і стандарти з надання допомоги у разі діабету;
- підвищує інформованість щодо глобальної епідемії діабету, зокрема за допомогою партнерства з Міжнародною федерацією діабету в проведеному Всесвітньому дні діабету (14 листопада);
- здійснює епіднадгляд за діабетом і його чинниками ризику.

ЛІТЕРАТУРА

1. <http://uozsumy.com.ua/golovna/novini/292-zrozumti-dabet-ta-vzyati-nad-nim-kontrol.html>
2. http://www.moz.gov.ua/ua/portal/diabet_pamyatka.html
3. <http://www.unj.com.ua/article/59750/fundamentalni-ta-prikladni-aspekti-suchasnoi-diabetologii>.

У Сумській області вже декілька років функціонує громадська організація «Діабетичне товариство Сумщини». Основним напрямком її діяльності є покращення знань населення про діабет, навчання, підтримка, допомога хворим та їх близьким. Товариство постійно проводить акції скринінгу концентрації глюкози, школи самоконтролю.

«Зрозуміти діабет та взяти над ним контроль» – саме така основна ідея домінувала на черговій щорічній конференції по діабету, яка відбулася 2 листопада 2013 року в м. Суми, присвячена Всесвітньому дню боротьби з діабетом [1]. Цукровий діабет – захворювання, успішність лікування якого значною мірою залежить від активної позиції та відповідальності хворого. Його потрібно навчити жити з хворобою і контролювати її для уникнення тяжких наслідків. Спроможність українського суспільства в цілому і кожного громадянина зокрема до опанування цивілізованих стандартів дотримання здорового способу життя, а при виявленні діабету – до повноцінної гармонійної життєдіяльності, засвідчить нашу європейськість і громадянську зрілість.

4. Парфенюк Л. Цукровий діабет і його ускладнення / Л. Парфенюк // Медичний вісник. – 2013. – № 2.
5. World Health Organization (2007) European Health for All Database. <http://www.euro.who.int/hfadlb>.
6. www.oblrada.sumy.ua/.../72-rishennja-13-sesiji...
7. www.unian.ua/.../537189-tsukrovij-diabet-viro.

СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ ТА СУЧАСНЕ СУСПІЛЬСТВО

О. І. Зарудна, Н. І. Мураль

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
ННІ медсестринства*

У статті наведено дані щодо епідеміології, клініки, діагностики та соціального значення синдрому хронічної втоми.

CHRONIC FATIGUE SYNDROM AND MODERN SOCIETY

O. I. Zarudna, N. I. Mural

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»
Educational and Scientific Institute of Nursing*

The article contains data of epidemiology, diagnostic criteria and social mean of chronic fatigue syndrom.

Вступ. Останні сто років людської цивілізації ознаменувались значним прогресом у всіх сферах діяльності: індустріальний поступ, урбанізація, автоматизація тощо та, як наслідок, зростання швидкості ритму життя. Разом з тим перед людством особливо гостро постала проблема так званих захворювань цивілізації, серед яких особливе місце займає синдром хронічної втоми (chronic fatigue syndrome), що спочатку у вигляді окремих, нечисленних за кількістю пацієнтів, спалахів виникав у розвинутих країнах, а згодом став все більш розповсюдженим (Bell D. S., 1995; Scheeres E. A., 2008; Калька Н. М., 2012 та ін.).

Основна частина. Чимала кількість соціально-економічних, фізичних, екологічних та соціальних факторів призводять до зростання психоемоційного напруження, виснаження, порушення функціонування організму, появи проблем у повсякденній та професійній діяльності. У зв'язку з деструктивним впливом цих факторів знижується індивідуальний поріг опору особистості, внаслідок чого знижується рівень стресостійкості і, як результат, підвищується схильність до появи і переживання конфліктних та психотравмуючих ситуацій. Це погіршує ефективність діяльності, гальмує про-

фесійний розвиток, знижує рівень задоволення власною діяльністю та життям, а це, в свою чергу, призводить до появи синдрому хронічної втоми [1, 2].

Загалом почуття крайньої втоми знайоме більшості людей. Як правило, воно пов'язане з психічним або фізичним перенапруженням і швидко проходить під час відпочинку. Подібний стан може виникнути після якогось «форс-мажору» на роботі, складання сесії, сезонних сільськогосподарських робіт, генерального прибирання в будинку і т. п. У таких випадках людина зазвичай може визначити, коли вона відчула втому і з чим ця втома пов'язана. Однак, при синдромі хронічної втоми пацієнт не може точно сказати, коли у нього з'явилася втома. Він не в змозі чітко назвати її причину і переживає через довгострокове перебування в такому стані.

Вперше синдром хронічної втоми був описаний у світовій медицині 30 років тому – в 1984 році. Тоді уявлення про нього зводилися до так званої диванної хвороби, яка найчастіше спостерігалася у жінок середнього класу. Нерідко синдром хронічної втоми сплутували з неврастенією та іншими захворюваннями зі схожою симптоматикою.

За даними огляду літератури, проведеного Ukrainian Women's Magazine у 2009 році на 100 тисяч

населення припадає від 75 до 260 випадків синдрому хронічної втоми. Особливо активізується цей синдром пізньої осені та ранньою весною. Підсумки спостереження, проведені сайтом About.com / health у 4 великих містах США, були оприлюднені Американським центром контролю та профілактики захворювань та виявили закономірності поширення недуги. Жінки страждають від неї в 2–3 рази частіше за чоловіків. Синдром хронічної втоми уражає в основному людей працездатного віку, старших 30 років. Майже 2/3 з них – з гарною освітою та з родин високого достатку, причому в групі ризику ті, хто частіше піддається впливу стресу, пов'язаному з професійною діяльністю. Багато серед тих, хто захворів, відносяться до себе занадто вимогливо [3].

Хоча мова йде щоразу лише про доросле населення, групою вчених із Великої Британії під керівництвом Margaret May було проведено широке дослідження, яке охопило більше 400 тисяч школярів молодших 19 років у Англії в 2005–2008 рр. Дослідники виявили синдром хронічної втоми у 333 школярів, причому середній вік хворих складає 14,9 року з переважним ураженням жіночої статі (69,4 %). Ще один важливий факт, встановлений вченими: всі фенотипи синдрому хронічної втоми не пов'язані з віком дітей і тривалістю даної хвороби (за матеріалами J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, Arch. Dis. Child та scientific.ru.).

Отже, синдром хронічної втоми (chronic fatigue syndrome – CFS) лише недавно визначений як окрема клінічна одиниця. Синдром хронічної втоми – це комплекс порушень, що характеризується інтенсивною втомою, яка не покращується після адекватного відпочинку та погіршується після фізичної чи розумової активності.

Прийняті центром з контролю і профілактики захворювань (Centers for Disease Control and Prevention–CDC) критерії синдрому хронічної втоми є досить широкими [5]. Сучасні діагностичні критерії сформулював Fukuda K. et al. у 1994 році, розміщені на офіційному сайті CDC:

1. Наявність хронічної втоми більше 6 місяців або довше, за умови виключення іншого клінічного діагнозу.

2. Втома конкурує з щоденною активністю та роботою.

3. Пацієнт повинен мати одночасно 4 із 8 перерахованих симптомів:

– втома після фізичної активності, що триває більше, ніж 24 години;

– відсутність відчуття відпочинку після нічного сну;

– істотне зниження короткочасної пам'яті та уваги;

– м'язовий біль;

– поліартралгія, біль без припухлості та почервоніння;

– поява головного болю з новими характеристиками, ніж раніше;

– болючі шийні та аксиллярні лімфатичні вузли;

– рецидивуючий та тривалий біль у горлі.

Інші симптоми, що часто спостерігаються у хворих на синдром хронічної втоми є: відчуття розгубленості, головокружіння, труднощі при утримуванні балансу тіла, алергічні прояви, підвищена чутливість до шуму, симптоми подразненого кишечника, лихоманка, нічний піт, підвищена чутливість до світла, біль в очах, депресія, подразливість, швидка зміна настрою, страх, панічні атаки [6].

Враховуючи надзвичайну різноманітність симптомів та безліч теорій щодо виникнення синдрому хронічної втоми, а також те, що жодна модель не пояснює повністю патогенезу синдрому хронічної втоми, протягом останніх років було зроблено багато спроб класифікувати етіологічні чинники (Калька Н. М., 2012):

I – порушення сну. Взагалі сон є природним джерелом відновлення сил в організмі людини. Під час сну нервові процеси відновлюються і впорядковуються. Відповідно, якщо для людини звичним стає недосипання, короткотривалий сон, тяжкі сновидіння, то психіка «не відпочиває», і очевидно, людині складніше протистояти впливу різних факторів соціального середовища.

II – гормональні зміни. Оскільки гормони забезпечують і регулюють нормальну діяльність організму людини, то збої в їх метаболізмі впливають на загальний тонус організму і працездатність людини.

III – хронічні захворювання. Будь-яка хронічна хвороба є джерелом неблагополуччя в організмі людини, порушує його нормальне функціонування. Вона створює ситуацію постійної витрати резервів і відповідно виснажує. Особливо в період загострення хронічних захворювань людині стає складно виконувати роботу навіть з мінімальними навантаженнями.

IV – нераціональне харчування й авітаміноз. Нестача в організмі вітамінів і поживних речовин може провокувати появу серйозних проблем для організму в цілому.

V – ослаблення організму лікарськими препаратами. Той чи інший медичний препарат може викликати побічні дії, може бути неприйнятним для лікування певного захворювання, викликати індивідуальне несприйняття, алергічні реакції, що підриває захисні сили організму людини.

VI – шкідливі звички, особливо тютюнокуріння і вживання алкоголю.

Висновки. Проаналізувавши наповнення сучасних наукових джерел щодо виникнення, розвитку та поширення синдрому хронічної втоми у сучасному суспільстві, потрібно зробити такі висновки:

1. Лікування синдрому хронічної втоми є мультифакторіальною проблемою, що потребує комплексного підходу.

2. Завдання лікаря на етапі верифікації діагнозу полягає у виключенні серйозних соматичних та психічних захворювань, що можуть провокувати синдром хронічної втоми.

3. Завдання медичної сестри у наданні допомоги хворим на синдром хронічної втоми полягає у навчанні пацієнта, допомозі в розплануванні режиму праці та відпочинку, корекції режиму та якості харчування, мотивуванні у відмові від шкідливих звичок.

4. Аналізуючи наявний світовий досвід боротьби із синдромом хронічної втоми, можна стверджувати, що лише ефективна співпраця «тріо» пацієнт–медсестра–лікар дасть змогу подолати недугу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Тумак І. Синдром хронічної втоми: сучасний погляд і досягнення / І. Тумак // Медицина світу: матеріали симпозіуму (липень 1998). – К., 1998. – С. 22–28.

2. Миронов С. П. Государственный служащий. Профессиональное здоровье и долголетие / С. П. Миронов, А. Т. Артюнов, П. С. Турчин. – М.: Принтер-ателье, 2006. – 352 с.

3. Cumulative life stress in chronic fatigue syndrome / U. M. Nater, E. Maloney, C. Heim, W. C. Reeves // Psychiatry Res. – 2011. – № 189. – P. 318–320.

4. Gynecologic history in chronic fatigue syndrome (CFS): a population-based case control study / R. S. Boneva, E. Maloney, J. M. S. Lin [et al.] // J Womens Health. – 2011. – Vol. 20. – P. 21–28,.

5. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study / K. Fukuda, S. E. Strauss, Hickie I [at al.] // Ann Int Med. – 1994. – Vol. 121. – P. 953–959.

6. Larun L. Identity and coping experiences in Chronic Fatigue Syndrome: A synthesis of qualitative studies / L. Larun, K. Malterud // Patient Education and Counseling. – 2007. – Vol. 69. – P. 20–28.

МІЖНАУКОВА ВЗАЄМОДІЯ – ЗНАМЕННЯ ЧАСУ

М. П. Гуляєв, В. А. Альохін, Г. О. Рудниченко

Макіївське медичне училище

У статті запропоновано нові підходи до організації навчального процесу, спрямовані на втілення ідеї міждисциплінарного інтегрування, комплексного підходу до навчання і виховання.

INTERSCIENTIFIC INTERACTION IS THE INDEX OF TIME

M. P. Huliaev, V. A. Alyokhin, H. O. Rudnychenko

Makiyivka Medical School

New methods of organization of an educational process which are directed to the realization of idea of interscientific integration and complex approach to up-bringing and education was suggested in the article.

Вступ. Стратегічною метою розвитку незалежної Української держави є нова людина, духовно багата, морально загартована й творчо цілеспрямована. В умовах демократизації на шляху формування в нашій країні громадського суспільства надзвичайно гостро постає питання переорієнтації навчально-виховного процесу у вищій школі з метою підсилення та всебічного розвитку аксіологічного (цілісного) ставлення особистості майбутнього фахівця (медичний працівник – не виняток) до професійної діяльності, якій він покликаний слугувати щиро, сумлінно і чесно.

У системі медичної освіти ідея міжпредметного інтегрування, міждисциплінарного, комплексного підходу є однією з найперспективніших та необхідних. Реформа медичної школи пов'язана з реалізацією цієї ідеї в нових формах. Мова йде про таку організацію навчального процесу, за якої студенти-медики вивчають не окремі дисципліни, щоб «вивчити і забути», а для підвищення на якісно новий рівень їх клінічного мислення, коли медичний працівник здатний системно, мультифакторно, комплексно вирішувати задачі медичної практики, базові дисципліни складають основу клінічних дисциплін (табл. 1).

Організація навчання повинна бути скерована на розвиток клінічного мислення, уміння швидко орієнтуватися у встановленні діагнозу та наданні медичної допомоги. Особливо це потрібно при невідкладних станах, коли важливо своєчасно, правильно і кваліфіковано надати допомогу, щоб зберегти здоров'я і життя людини.

Для досягнення цілей міждисциплінарного інтегрування необхідна системність та послідовність у реалізації цього підходу при вивченні як теоретичних, так і клінічних дисциплін.

Отже, міждисциплінарні зв'язки – дидактична умова, що сприяє відображенню у навчальному процесі інтеграції наукових знань, їх систематизації, формуванню наукового світогляду, оптимізації навчального процесу і, разом з цим, дозволяє кожному студенту розкрити і реалізувати свої потенційні можливості. Міжпредметні зв'язки в логічному завершеному вигляді являють собою виражене в загальній формі усвідомлене співвідношення між елементами структури різних навчальних дисциплін. Системний міждисциплінарний метод навчання дозволяє підготувати медичного працівника з якісно новим рівнем мислення, який, щоб оцінити стан хворого може інтегрувати результати різних даних: анатомічних, фізіологічних, біохімічних, клінічних тощо. Такий підхід пов-

Таблиця 1. Вступ до медичної термінології

Дисципліни	Знати	Уміти
Попередні (забезпечувальні)		
Українська мова Іноземні мови	Ознаки терміну. Ознаки іменників. Поняття основи іменників	Вміти визначити терміни: анатомічні, клінічні, фармацевтичні. Вміти визначити рід, число, відміну, відмінок. Вміти визначити основу за Genet. sing
Анатомія	Анатомічна термінологія – назви органів тіла людини	Вміти визначити походження анатомічних термінів – в основному латинські слова
Клінічні дисципліни	Клінічна термінологія – назви захворювань, ознаки хвороб, методи лікування	Вміти визначити клінічний термін та його походження
Фармакологія	Фармацевтична термінологія – назви ліків, сировини тощо	Вміти визначити фармацевтичний термін
Наступні (забезпечувальні)		
Анатомія	Знати терміни: cellula, ae, f; musculus, i, m, dorsum, i, n; pulmo, onis, m тощо	Вміти визначити основу, утворити словосполучення. Утворити Gen, sing за словниковою формою
Клінічні дисципліни	Знати терміни: anaemia, ae, f; morbus, i, m, gastritis, idis, f; lipoma, n тощо	Вміти визначити основу. Утворити gensing за словниковою формою
Фармакологія	Знати терміни: tinctura, ae, f; infusum, i, n; solutio, f, тощо	Вміти визначити основу. Утворити Gen, sing за словниковою формою
Внутрішньодисциплінарна інтеграція	Правила читання і правопису слів грецького походження. Правила читання і правопису дифтонгів, буквосполучень приголосних	Вміти без помилок писати слова зі словникового мінімуму, визначити слова грецького походження за наявності певних букв і буквосполучень

ною мірою відповідає давньому постулату медицини: «Лікувати не хворобу, а хворого».

Дослідження, що стосуються сутності й видів міжпредметних зв'язків, виявлення їх ролі у пізнавальній діяльності тих, хто навчається, здійснювали М. Білий, А. Єрьомкін, П. Кулагін, В. Максимова, В. Монахов, О. Музальов, Н. Петренко, В. Штонь, Н. Роземберг та ін.

Основна частина. Однією з принципів цілей державної освітньої політики є пошук ефективних й оптимальних підходів до вищої освіти, у тому числі й медичної. Ці підходи повинні забезпечити якісно новий рівень освіти і її адекватне функціонування в інтересах досягнення стійкого економічного розвитку нашої країни. Виходячи з даного положення, сутність поняття «міжпредметні зв'язки» ми пропонуємо розглядати на основі синергетичного, культурологічного, акмеологічного, гносеологічного, аксіологічного підходів.

По-перше, **гносеологія** (а разом із нею і гносеологічний підхід) являє собою розділ філософської науки, у якому вивчають проблеми самого процесу пізнання та його можливостей, а також відношення знання до реальності, досліджують загальні передумови пізнання, виявляють умови

його достовірності та істинності. Гносеологія як методичний базис визначення змісту міжпредметних зв'язків стверджує положення про пріоритетність об'єкта пізнання. У нашому випадку при розгляді ролі й місця міжпредметних зв'язків у процесі професійної підготовки медичних працівників із гносеологічних позицій ми маємо говорити про розкриття об'єкт-об'єктних відносин.

Є. Рапацевич, аналізуючи міжпредметні зв'язки з подібних позицій теорії пізнання, пише про те, що систематичні міжпредметні зв'язки необхідні для розкриття у процесі навчання фундаментальної єдності «природа – суспільство». Підсумовуючи думки, висловлені в низці робіт, що досліджують гносеологічний підхід у виявленні змісту міждисциплінарних зв'язків, можна виокремити узагальнювальну класифікацію міжпредметних зв'язків при їх застосуванні у навчальному процесі. До них можна віднести:

1. **Синтез базисних інформаційних потоків (системи знань), що належить різним науковим дисциплінам.** Подібний синтез сприяє створенню якісно нового знання за принципом «нове народжується на межі наук». Синтез наукових знань сприяє формуванню нових понять, принципів,

конструкцій, моделей, закономірностей, у тому числі й наукових теорій (біологічна фізика, біоніка, синергетика).

2. Використання методу пізнання, властивого певній конкретній науці, при дослідженні об'єктів іншої наукової дисципліни (наприклад, застосування методів статистики в різних галузях наукового пізнання: біології, медицини тощо).

3. Застосування однакової теорії або певної закономірності при вивченні різних об'єктів (наприклад, використання закономірностей і поняттєвого апарату теорій управління при дослідженні процесів виховання й освіти у вищій школі).

Відомі вітчизняні й зарубіжні філософи, історики, видатні педагоги переконують соціум у тому, що на новому витку суспільного розвитку ролі й значення науки міждисциплінарність стає своєрідним знаменням часу, а міжнаукова взаємодія та взаємовплив слугують одним із проявів учення про загальний зв'язок явищ.

Класифікація міжпредметних зв'язків має такий вигляд:

- міжпредметні зв'язки, що базуються на дослідженні одного й того ж об'єкта (наприклад, людини) у різних навчальних дисциплінах;

- міжпредметні зв'язки, засновані на використанні одного й того ж методу (методології) пізнання або методики дослідження в різних навчальних дисциплінах (наприклад, системно-синергетичний підхід при вивченні професійно орієнтованих дисциплін);

- міжпредметні зв'язки, що ґрунтуються на використанні одного й того ж закону (або теорії) у різних навчальних дисциплінах (як приклад можна запропонувати теорію функціональних зв'язків Анохіна–Судакова, що успішно застосовується у фізіології, психології, педагогіці й дисциплінах «Догляд за хворими», «Медсестринство в хірургії»);

- міжпредметні зв'язки, що базуються на використанні одного й того ж прийому діяльності при вивченні різних навчальних дисциплін (прикладом такого прийому може слугувати метрологічний контроль, що застосовується при вивченні широкого кола професійно орієнтованих навчальних дисциплін у підготовці медичного працівника).

Як ціннісний пріоритет міжпредметні зв'язки створюють сприятливі можливості й умови щодо збагачення педагогічного простору, оскільки вони є не просто однією зі стратегій пізнання, але й становлять доволі могутній чинник впливу на особистість того, хто навчається, чинник розвитку її сил, здібностей, креативних можливостей: мо-

жуть створюватися реальні умови для вдосконалення суб'єкта процесу професійної підготовки.

У цьому аспекті в низці робіт обговорюється питання про професійну відповідальність – інтегративну якість особистості фахівця; ця риса характеризується вільно обраним, критично осмисленим із позицій професійних обов'язків прагненням добросовісного, творчого виконання своїх професійних функцій, при цьому важлива також соціальна зрілість і визначення професійної позиції.

Міжпредметні зв'язки, у свою чергу, виконують виховну, розвивальну, й, по суті справи, детермінуючу роль, завдяки інтеграції знань, підвищенню в тих, хто навчається, продуктивності психофізіологічних процесів і, отже, більш природному ставленню до професіоналізму взагалі й професійної відповідальності зокрема.

Ключовими у процесі підготовки майбутніх медичних працівників прийнято вважати сприятливі зміни у структурі духовно-морального розвитку особистості того, хто навчається, його ставлення до збагачення своїх знань і в цьому вдосконалення пізнавального процесу. Появі цих позитивних тенденцій і сприяють міждисциплінарні зв'язки.

Використання міжпредметних зв'язків у **аксіологічному контексті** дозволяє істотно поглибити їх освітньо-виховне значення, розширити кругозір, уміння об'єктивно розбиратися в навколишній дійсності. Аксіологічний підхід дозволяє ширше, ніж звичайні гносеологічний або когнітивний підходи, спиратися на дані різних наук (у нашому випадку клінічних дисциплін – анатомії, фізіології, мікробіології, фармакології, патології та ін.).

Аксіологічний підхід може бути доповнений ще одним важливим методологічним підходом. Ми маємо на увазі **культурологічний**, що знаменує собою холистичність (цілісність), багатогранність і завершеність багатоаспектних явищ. А вже культуорологічний підхід у використанні міжпредметних зв'язків в освітньо-виховному процесі за своїм змістом повинен розбудити у студента бажання залучитися до загальнолюдських гуманістичних цінностей, відкривати закони природного і суспільного розвитку, прагнення високої професійної компетентності.

Системний характер застосування міжпредметних зв'язків забезпечує їх стабільність, послідовність використання та всебічність в оптимізації навчально-виховного процесу.

Разом з тим, педагогічну систему розуміють як соціокультурне середовище, у якому постійно

здійснюються особистісні трансформації всіх її суб'єктів у результаті взаємовпливу та впливу чинників внутрішнього й зовнішнього характеру. За допомогою **синергетики** (нестабільність) можна обґрунтувати нові підходи до дослідження педагогічних явищ, що постійно змінюються. О. О. Остапчук підкреслює: «Значення синергетики для освіти пов'язане із можливістю інтегрувати предмети, глибоко вивчати міжпредметні зв'язки, повніше реалізувати основні дидактичні умови для організації та проведення навчального процесу на основі головних його принципів».

Педагогічну науку синергетика збагачує поняттям «відкрита система», що дає можливість розглядати педагогічні системи в якості саморефлексивних, здатних працювати в умовах наявності суперечливої інформації. Відкриті системи здатні своєчасно реагувати на зовнішні й внутрішні зміни, оскільки є самоорганізованими. Відкрита система та відкритість викладача постійно поповнюється новими знаннями й технологічними продуктами, рефлексивно та своєчасно реагує на зміни, що постійно відбуваються, набуває якісно інших властивостей не через революційну «ломку», а безперервно. Керуючись принципами синергетики, можливою і реальною стає побудова особистісно орієнтованого освітнього простору, перехід на діалогічний рівень педагогічних систем, а самих педагогів – до інтерактивних методів навчання й колективної творчої діяльності студентів.

Досліджуючи проблеми інноваційного розвитку освіти на принципах синергетики, необхідно враховувати, що кожна з педагогічних систем по-різному сприймає новачі. В умовах нецентралізованих інноваційних процесів кожна система виробляє своє бачення цінності інновації, меж її функціонування, умови й очікувані результати; саме в таких ситуаціях збільшується загальна ефективність і продуктивність інновації, а оскільки позиції незалежні й критичні, реальним стає впровадження новачі.

Академік Б. Ананьєв знайшов **акмеологію** місце в системі наук слідом за педагогікою, говорячи тим самим, що акмеологія вивчає закономірності розвитку дорослих людей під впливом освіти або засобами освіти. Він чітко окреслив місце акмеології в системі дисциплін, що досліджують вік і часові фази життя людини як індивіда, побудувавши таку логічну послідовність: ембріологія людини, морфологія та фізіологія дитини, педіатрія, педагогіка, акмеологія, геронтологія. Згідно з Б. Ананьєвим, акмеологія вивчає людину як індивіда з його

природними властивостями (стать, вік, здоров'я, рівень фізіологічного розвитку, генетичні передумови розвитку, рівень розвитку інтелекту); у своїх масштабних дослідженнях, здійснених з групою вчених (Є. Степанова, М. Обозов, О. Бодальов), він дійшов висновку, що в ході розвитку дорослої людини збільшується ступінь її навченості при деякому уповільненні швидкості інтелектуально-мисленнєвих реакцій, що освіта дорослого допомагає підвищенню життєдіяльності та життєстійкості, а все це помітно уповільнює інволютивні процеси; при цьому головний висновок полягав у тому, що освіта є основним і провідним чинником творчого розвитку дорослої людини.

Отже, предметом акмеології є закономірності розвитку й саморозвитку особистості, самореалізація творчого потенціалу й розвиток творчої готовності до майбутньої професійної діяльності, закономірності навчання професіоналізму в навчальній діяльності, самоосвіта.

На нашу думку, при підготовці майбутніх медичних працівників середньої ланки – медичних сестер та фельдшерів – потрібно використовувати положення акмеології, адже це важливо для формування професійного напрямку й розвитку здібностей до професійної компетентності. Акмеологічна стратегія навчання будується на основі принципу акмеології. Акмеологічний принцип вивчає взаємозв'язок загальної та професійної (спеціальної) освіти. І в цій якості він уже виступає як синтетичний принцип, що включає в себе такі дидактичні принципи: наступності, міжпредметних зв'язків, системності, інтеграції тощо, які у своїй сукупності, зважаючи на кваліфікаційну характеристику майбутнього фахівця, визначають якість підготовки в оптимально стислі терміни.

Особливо цінною й нагальною необхідною повинна стати акмеологія вдосконалювання, корекції й професійно-педагогічної діяльності в контексті неперервної освіти (самовиховання й самоосвіта, безперервний професійно-особистісний розвиток у системі «довічної» освіти). Так, В. Мартиненко зазначає, що «ідея довічної освіти – потреба особистості, прагнення до пізнання себе й навколишнього світу, освіта крізь усе життя». Тому вкрай важливе значення при підготовці майбутніх медпрацівників має акмеологічний підхід. Реалізація цього підходу передбачає чітке виділення міжпредметних понять на основі аналізу міжпредметних зв'язків, поглиблення раніше вивчених понять при викладанні дисциплін на основі

принципу послідовності, формування знань та вмій на основі мотивації вивчення фахових дисциплін, підвищення інтересу до вивчення дисциплін на основі позитивної мотивації вивчення дисциплін спеціальності.

На наш погляд, становлення й акмеологічне просування в будь-якій професії можливе тільки при стійких мотиваційних механізмах, активності у навчанні та вдосконаленні протягом усієї професійної життєдіяльності. Таким чином, акмеологічний підхід при підготовці майбутніх медичних сестер передбачає використання наукових знань при досягненні практичних цілей.

Висновки. 1. Сутність поняття «міжпредметні зв'язки» ми пропонуємо розглядати на основі синергетичного, культурологічного, акмеологічного, гносеологічного, аксіологічного підходів. Ці підходи дозволяють широко розкрити можливості значення міжпредметних зв'язків та з позиції синергетичного підходу трактувати їх як систему взаємопов'язаної діяльності викладачів, а також викладача і студента, тим самим забезпечуючи

зв'язки між структурними елементами змісту навчальних дисциплін, які виражаються в поняттях, законах, теоріях, що сприяють формуванню системних знань, розвитку в студентів уваги, пам'яті, інших значущих якостей, а також виконанню важливих завдань професійної освіти.

2. Для успішності реалізації міжпредметних зв'язків у навчанні професійно орієнтованих дисциплін необхідне оволодіння теоретичними засадами використання міжпредметних зв'язків у навчально-виховному процесі (розуміти категоріальну сутність міжпредметних зв'язків, знати типологію й уміти використовувати різні типи та види міжпредметних зв'язків, усвідомлювати їх поліфункціональний характер). Таким чином, ефективна реалізація міжпредметних зв'язків у навчанні професійно орієнтованих дисциплін у навчально-виховному процесі залежить від розуміння сутності міжпредметних зв'язків і від володіння науково-методичними основами взаємозв'язків, компетентності педагогів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человеческого знания / Б. Г. Ананьев. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
2. Анисимов О. С. Акмеология и методология: проблемы психотехники и мыслетехники / О. С. Анисимов. – М. : Экономика, 1998. – 772 с.
3. Мартиненко В. В. Проблемы непрерывной профессиональной подготовки медичних фахівців.
4. Новиков А. М. Интеграция базового профессионального образования / А. М. Новиков // Педагогика. – 1996. – № 3. – С. 3–8.
5. Остапчук О. Є. Возможности синергетики в розбудові інноваційного освітнього простору / О. Є. Остапчук // Педагогіка і психологія. – 2004. – № 2 – С. 16–28.
6. Педагогика: большая современная энциклопедия / сост. Е. С. Рапацевич. – Минск : Совр. слово, 2005. – 720 с.
7. Розенберг Н. М. Межпредметные связи в средних профтехучилищах, их значение и приемы классификации.

8. Межпредметные связи в учебно-воспитательной работе профтехучилища. – К. : Вища школа, 1976. – С. 25–42.
9. Сергеев О. Акмеологічний принцип: його сутність і призначення / О. Сергеев, І. Богданов // Пед. науки. – 2000. – Вип. 15. – С. 147–153.
10. Хриков Є. М. Управління якістю освітніх послуг у системі неперервної освіти / Є. М. Хриков // Розвиток системи безперервної освіти в регіоні : зб. наук. пр. – Луганськ : Альма-матер, 2007. – С. 3–10.
11. Хуторской А. Ключевые компетенции как компонент личностно-ориентированной парадигмы образования / А. Хуторской // Нар. образование. – 2003. – № 2. – С. 58–63.
12. Шиян Б. М. Методика фізичного виховання школярів / Б. М. Шиян. – Львів : ЛОНМЮ, 1996. – 232 с.
13. Эткинд А. М. Психология практическая и академическая: расхождение когнитивных структур внутри профессионального сознания / А. М. Эткинд // Вопр. психологии. 1987. – № 6. – С. 20–30.