

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

МЕДСЕСТРИНСТВО

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

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

NURSING

UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

2/2013

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.

Ревчук Н. Б. – відповідальний секретар

Швидкий О. В.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Жиліна Г. Є. (Київ)

Івашко Г. М. (Київ)

Красножон Л. М. (Київ)

Мамикіна Л. С. (АР Крим)

Пірогова В. І. (Львів)

Сабадишин Р. О. (Рівне)

Угарьова З. С. (Донецьк)

Шатило В. Й. (Житомир)

Шегедин М. Б. (Львів)

Свідоцтво про державну реєстрацію

КВ № 11751-622Р від 15.09.06 р.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Журнал «Медсестринство»

ТДМУ імені І. Я. Горбачевського

Майдан Волі, 1

м. Тернопіль, 46001

УКРАЇНА

Тел.: (0352) 43-49-56

Факс: (0352) 52-80-09

<http://www.tdmu.edu.te.ua>

Затверджено вченою радою

Тернопільського державного медичного

університету імені І. Я. Горбачевського

(протокол № 17 від 04.06.2013 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 05.06.2013. Формат 60x84/8.

Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. №1

Ум. друк. арк. 4,88. Обл.-вид.арк. 4,21

Тираж 600. Зам. № 223

Видавець і виготівник

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

ЗМІСТ

- О. Є. Рубан, О. Н. Литвинова*
Аналіз ефективності реалізації кадрової політики та оцінка визначення її впливу на ефективність праці в «Науково-практичному центрі профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами
- С. О. Ястремська, А. А. Гудима, Н. І. Рега*
Проблемні питання підготовки кадрів з екстреної медичної допомоги і медицини катастроф у вищих медичних навчальних закладах I–II рівнів акредитації
- Л. С. Бабінець, Н. М. Панасюк*
Використання різних видів масажу при нейроциркуляторній дистонії у медсестринській практиці
- І. М. Погорілець, О. М. Кім*
Прогнозування клінічного перебігу виразкової хвороби шлунка
- Н. І. Рега, С. О. Ястремська, Г. Д. Дичко*
Проблеми професійної захворюваності серед фармацевтичних працівників
- О. Н. Литвинова, М. О. Хуторянська, С. О. Ястремська*
Соціально-психологічні акценти формування особистості медсестри в умовах коледжу
- О. В. Бугрименко*
Лікувальна фізкультура як основний елемент реабілітації при різних захворюваннях шлунка
- О. Н. Литвинова, Н. І. Макарова*
Управлінські засади в діяльності старшої та головної медсестер
- Н. П. Кухарчук*
Проблемні питання підготовки студентів за спеціальністю «Лікувальна справа» з медицини невідкладних станів
- П. Є. Мазур, О. І. Лукащук, Т. М. Лукащук*
Особливості підготовки молодших медичних спеціалістів з предмета «Медицина катастроф» за фахом «Сестринська справа»
- О. С. Федорці, Т. О. Третяк*
Самостійна робота студентів у структурі підготовки медпрацівників

CONTENTS

- O. Ye. Ruban, O. N. Lytvynova*
The analysis of efficiency of realization of personnel policies and evaluation of its influence on effectiveness of labor in the «Scientific and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine» of the State Administration
- S. O. Yastremska, A. A. Hudyma, N. I. Reha*
Problem issues of staff training on emergency and disaster medicine in higher medical educational institutions of I-II accreditation levels
- L. S. Babinets, N. M. Panasiuk*
Using of different types of massage at neurocirculatory dystonia in nursing practice
- I. M. Pohorilets, O. M. Kit*
Predicting of the clinical course of gastric ulcer
- N. I. Reha, S. O. Yastremska, H. D. Dychko*
The occupational morbidity problems of pharmacists
- O. N. Lytvynova, M. O. Khutoryanska, S. O. Yastremska*
Social-psychological accents of formation of a person of a nurse in college
- O. V. Buhrymenko*
Excercise therapy as an essential element of rehabilitation at various diseases of stomach
- O. N. Lytvynova, N. I. Makarova*
Principles of business management of the chief and senior nurses
- N. P. Kukharchuk*
Problem issues of students' training in «Therapeutic affair» on emergency medicine
- P. Ye. Mazur, O. I. Lukashchuk, T. M. Lukashchuk*
peculiarities of teaching the discipline «Medicine of Catastrophes» for junior medical specialists at the «Nursing Department»
- O. S. Fedortsi, T. O. Tretiak*
Students' independent work in the structure of medical workers' training

**АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ ТА ОЦІНКА
ВИЗНАЧЕННЯ ЇЇ ВПЛИВУ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРАЦІ В «НАУКОВО-
ПРАКТИЧНОМУ ЦЕНТРІ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ»
ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СПРАВАМИ**

О. Є. Рубан, О. Н. Литвинова

*«Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

У статті проаналізовано ефективність реалізації кадрової політики та оцінку визначення її впливу на ефективність праці в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС.

**THE ANALYSIS OF EFFICIENCY OF REALIZATION OF PERSONNEL POLICIES
AND EVALUATION OF ITS INFLUENCE ON EFFECTIVENESS OF LABOR IN THE
«SCIENTIFIC AND PRACTICAL CENTRE OF PREVENTIVE AND CLINICAL
MEDICINE» OF THE STATE ADMINISTRATION**

O. Ye. Ruban, O. N. Lytvynova

*«Scientific and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine»
of the State Administration, Kyiv
SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»*

The analysis of efficiency of realization of personnel policies and evaluation of its influence on effectiveness of labor in the SNU «NPC SPC of PCM» are presented in this article.

Вступ. Головна мета управління персоналу: забезпечити організацію високопрофесійним персоналом; організувати його ефективне використання, сприяти професійному та соціальному розвитку працівників.

Кадрова політика визначає цілі, пов'язані з відношенням працівників до зовнішнього оточення, а також цілі, пов'язані з взаємовідношенням персоналу. Кадрова політика займається мотивацією та стимулюванням персоналу, що дозволяє підвищувати якість надання медичної допомоги [1].

Основна частина. Проведено вивчення чинників постійного професійного розвитку на робочих місцях у реальних умовах медичної практики в

Україні за оцінками лікарів-практиків. Дослідження проведено в 2012 р. методом анонімного письмового опитування лікарів 13 спеціальностей за спеціально розробленою анкетой. При виборі респондентів використовували такі критерії: місце роботи, стать, вік лікаря, стаж роботи, користування інтернетом. Вплив кожного чинника було проаналізовано як у загальній вибірці, так і для кожної групи респондентів. Найважливішими для професійного розвитку були названі чинники, що відображають ресурси та процеси досліджених лікувально-профілактичних закладів. Серед ресурсних чинників, що впливали на можливості навчання в медичних закладах, найважливішими є запланований бюджет на освітні витрати, наявність локальної та доступ до глобальної комп'ютерної

мережі, клінічна бібліотека на електронних і паперових носіях [2]. Знайдено певні відмінності між поглядами лікарів залежно від їх віку, стажу та місця роботи.

Згідно з результатами анкетування серед 514 терапевтів і кардіологів, виконаного Інститутом кардіології імені М. Д. Стражеско, лікарі-практики не повною мірою (з окремих питань до 25–30 %) ознайомлені і недостатньо використовують сучасні принципи діагностики серцевої недостатності, зазначені в рекомендаціях Європейського товариства кардіологів. Серед причин невиконання медико-організаційних технологій суб'єктивна думка лікаря займає перше рангове місце у двох із трьох пілотних регіонів, що, на думку авторів звіту, вимагає додаткової підготовки спеціалістів із питань науково обґрунтованої практики. Освітні можливості та потреби лікарів-практиків вивчені мало. Наразі відображення обмеження ресурсів для освітньої діяльності, формального відношення до впровадження інновацій та питань постійного професійного розвитку є недостатні результати ефективності лікування і зростаючий ступінь незадоволення роботою системи охорони здоров'я в суспільстві.

Дослідження проведене в 2012 р. методом анонімного письмового опитування практичних лікарів за анкетною, розробленою за результатами інтерв'ю з фокус-групою на першому етапі роботи. Анкета містила 5 запитань щодо характеристики респондента, 5 закритих і 3 відкритих запитання з різних аспектів забезпечення якості медичної допомоги. В окремому блоці запитань лікарям було запропоновано оцінити можливі чинники професійного розвитку за шестибальною шкалою від 0 до 5:

- 0 – чинник значення не має;
- 1 – значення мінімальне;
- 2 – незначне;
- 3 – має помірне значення;
- 4 – чинник важливий;
- 5 – надзвичайно важливий.

Всього було розповсюджено 90 анкет, з них 79 повернено заповненими. Анкети, що були заповнені менше ніж на 25 %, виключалися із подальшої обробки. Таким чином, для аналізу було відібрано 72 анкети. Чинники, що можуть впливати на можливість процесу післядипломної освіти та професійного розвитку на робочих місцях, які були визначені на першому етапі дослідження, було класифіковано на 4 групи. При аналізі кожна гру-

па чинників та кожен чинник отримав скорочену назву, яку використовували в подальшому.

Розподіл респондентів за місцем роботи був таким: працювали в поліклініці – 30,6 %, у стаціонарі – 37,5 %, мали змішаний прийом – 27,6 % лікарів, без відповіді – 4,3 % анкет. Чоловіки склали 32,8 % респондентів, жінки – 63,4 %, не вказано стать у 3,9 % анкет. Середній вік лікаря в цьому дослідженні становив 41,3 року (95 % довірчий інтервал – від 39,9 до 42,7 років). У зв'язку із ненормальним розподілом та для полегшення подальшого статистичного аналізу всіх респондентів було розподілено на 3 вікові групи з приблизно однаковою кількістю респондентів у кожній віковій групі: група до 35 років – 32,3 %, група 36–45 років – 32,3 %, група 46 років і старші – 33,1 % респондентів. Середній стаж роботи лікаря в цьому дослідженні становив 15,8 року (95 % довірчий інтервал – від 14,4 до 17,3 років).

На думку опитаних лікарів, визначені чинники зовнішнього впливу та індивідуальні чинники мають помірне значення для навчання на робочих місцях. Ресурсне забезпечення медичної галузі є визначальним у забезпеченні якості медичної допомоги та медичної освіти. Згідно з даними аналітичного звіту неповне виконання медичних стандартів зумовлене в основному недостатнім забезпеченням лікувально-профілактичних закладів лікувально-діагностичним обладнанням та медикаментами, що засвідчила відсутність необхідних медичних послуг у лікарні в 48 % випадків. Відповідно до рекомендацій Всесвітньої федерації медичної освіти роботодавці відповідальні за створення необхідних умов і виділення коштів на навчання та формування сприятливого для навчання середовища.

Середнє значення важливості чинника «Наявність лідера» статистично вірогідно відрізняється для субсегментів «36–45 років» (оцінка 3,68) і «46+ роки» (оцінка 3,31) сегмента «Вікова група» ($p=0,029$). Середнє значення важливості чинника «Наявність лідера» статистично вірогідно відрізняється для субсегментів «6–10 років» (оцінка 3,80) і «26+ роки» (оцінка 3,38) сегмента «Стаж» ($p=0,054$). Середні значення важливості чинника «Наявність лідера» статистично вірогідно не відрізняються в середині інших субсегментів для кожного іншого сегмента респондентів. Термінологія сучасного управління якістю (ризик-менеджмент, побудова команди, лідерство) є поки що незвичною для вітчизняної галузі охорони здо-

ров'я. Із закордонних публікацій відомо, що саме від лідерів залежить перетворення лікарень в «організації, що навчаються», як того вимагають очікування пацієнтів, впровадження нових технологій, науково обґрунтовані принципи покращення якості та безпеки медичних послуг.

Середнє значення ступеня важливості чинника «Персонал з інформаційними навичками» в загальній вибірці становило $4,02 \pm 0,06$. Згідно з розрахунками середні значення важливості цього чинника статистично вірогідно не відрізняються всередині субсегментів для кожного сегмента респондентів. Швидкий розвиток медичної науки поставив лікарів перед необхідністю щоденного свідомого вибору серед різноманіття діагностичних і лікувальних технологій, які пропонує медична і фармацевтична індустрія. Такий вибір в інтересах пацієнта повинен орієнтуватися насамперед на пріоритети ефективності та безпеки медичних технологій. Об'єктивний вибір можливий лише тоді, коли лікарі володітимуть науковою інформацією про клінічну ефективність і безпеку різноманітних медичних втручань і матимуть навички відбору достовірної інформації з величезного інформаційного потоку сьогодення. Виходячи з цього, важливим напрямком професійного розвитку лікарів повинно стати оволодіння методологією доказової медицини і реальне впровадження кращих стандартів медичної практики, заснованих на її принципах.

Самоосвіта – важливий елемент професійного розвитку лікаря. Використання різних джерел інформації та самостійний пошук вирішення клінічної проблеми з їх допомогою розвиває ініціативність, автономність і відповідальність лікаря. Основним джерелом нової інформації для більшості лікарів залишаються друковані спеціалізовані видання. Згідно з результатами медико-соціологічного дослідження позитивну оцінку можливостей підвищення професійного рівня дали 52,7 % серед 537 опитаних лікарів стаціонарів у Донецьку. Лише 32,8 % лікарів мали власний абонемент у медичній бібліотеці, 76,4 % відвідували бібліотеку для ознайомлення з новою медичною літературою. Самостійно передплачували спеціалізовані медичні видання лише 17,4 % лікарів.

За результатами аналізу середнє значення важливості чинника «Наявність медичної бібліотеки» статистично вірогідно відрізняється для субсегментів «6–10 років» (оцінка 4,43) і «26+ роки» (оцінка 3,96) сегмента «Стаж» ($p=0,020$). На

нашу думку, це може бути відображенням явно або приховано нижчої освітньої активності лікарів передпенсійного та пенсійного віку. Старіння популяції і членів лікарської професійної групи ускладнюватиме процес оволодіння новими знаннями і технологіями через природні причини. Середні значення важливості чинника «Наявність медичної бібліотеки» статистично вірогідно не відрізняються всередині інших субсегментів для кожного іншого сегмента респондентів.

Інтернет є потужним джерелом нової медичної інформації. У зв'язку з розвитком глобальних інформаційних мереж і можливістю одержувати практично будь-яку інформацію фахівці не завжди потребують «прив'язки» до потужних університетських центрів. Дистанційне навчання розглядається як одна з важливих освітніх технологій майбутнього, що забезпечить соціальну рівність, а саме створить рівні можливості для отримання медичної освіти незалежно від місця проживання, а також стану здоров'я та соціального статусу. Згідно з результатами цього опитування користувачами Інтернету були лише 40,1 % респондентів. Лікарі віднесли наявність доступу до глобальної комп'ютерної мережі до найважливіших чинників власного професійного розвитку. Середні значення важливості чинника «Наявність комп'ютерної мережі» статистично вірогідно не відрізнялись всередині субсегментів для кожного сегмента респондентів.

Професійна освіта, яку здобувають на робочих місцях, ближча до реальних потреб лікарів і пацієнтів, більш оперативно реагує на нові запити. Для адміністрації медичного закладу організація такого навчання є елементом управління кадровим потенціалом і ознакою зрілості корпоративної культури. Основною метою лікаря в такому навчанні є насамперед оволодіння цілісною професійною діяльністю, розвиток або підвищення рівня своєї загальної та фахової культури. Знання необхідні, але не як самоціль (вивчити, «щоб знати і здати іспит»), а як засіб здійснення компетентних професійних дій і вчинків, узгодженої діяльності в колективі.

Висновки. За оцінками лікарів найважливішими для їх професійного розвитку були чинники, що відображають ресурси та процеси досліджених лікувально-профілактичних закладів.

Середресурсних чинників, що впливали на можливість навчання в медичних закладах, найважливішими були запланований бюджет на освітні ви-

трати, наявність локальної та доступ до глобальної комп'ютерної мережі, клінічна бібліотека на електронних і паперових носіях.

Погляди лікарів на деякі чинники професійного розвитку достовірно залежать від віку, стажу та місця роботи лікаря.

Отримана актуальна інформація про об'єктивні явища та процеси, що відбуваються в медичних закладах, може бути використана для розробки адекватних управлінських рішень. Продовженням наукової розробки теми може стати вивчення впливу різних форм освітньої активності на якість медичної допомоги (насамперед медичну результативність).

ЛІТЕРАТУРА

1. Менеджмент: методы и приемы / Армстронг М., Ланкастер Д., Уотерс Д. [и др.]. – К. : Знання-Прес, 2006. – 876 с.

2. Баєва О. В. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я / О. В. Баєва, М. М. Білинська, Л. І. Жаліло. – К. : МАУП, 2007. – 376 с.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ З ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ І МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ І–ІІ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ

С. О. Ястремська, А. А. Гудима, Н. І. Рега

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

Дана стаття присвячена проблемним питанням підготовки кадрів з екстреної медичної допомоги і медицини катастроф у вищих медичних навчальних закладах І–ІІ рівнів акредитації. Авторами опрацьовано нормативно-правову базу щодо підготовки кадрів з екстреної медичної допомоги, проаналізовано навчальну програму для вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів І–ІІІ рівнів акредитації за спеціальністю 5.12010101 «Лікувальна справа» щодо обсягу підготовки з питань екстреної медичної допомоги. На основі анкетування фельдшерів – учасників чемпіонатів бригад швидкої медичної допомоги вперше отримано дані щодо якості освітньої діяльності вищих медичних навчальних закладів І–ІІ рівнів акредитації при підготовці кадрів із питань екстреної медичної допомоги.

PROBLEM ISSUES OF STAFF TRAINING ON EMERGENCY AND DISASTER MEDICINE IN HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF I-II ACCREDITATION LEVELS

S. O. Yastremska, A. A. Hudyma, N. I. Reha

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

This article is dedicated to the problem issues of staff training on emergency and disaster medicine in higher medical educational institutions of I-II accreditation levels. The authors have reviewed regulatory and legal framework according to staff training on emergency and disaster medicine, analyzed the syllabus for higher medical (pharmaceutical) educational institutions of I-III accreditation levels for “General Medicine” speciality about the training for emergency and disaster medicine. On the background of paramedic’s questioning – the members of ambulance crews competitions, it was gathered the data about the quality of educational activities in higher medical educational institutions of I-II accreditation levels during staff training on emergency and disaster medicine.

Вступ. Забезпечення населення безоплатною, своєчасною та ефективною медичною допомогою при станах, що загрожують життю людини (екстреною медичною допомогою – ЕМД) є одним із найважливіших завдань системи охорони здоров’я будь-якої сучасної держави [11].

Розв’язання цієї проблеми для України є одним з найактуальніших завдань реформи системи охорони здоров’я в цілому. Адже наявні в Україні середні показники смертності від впливу зовнішніх причин становлять 130–135 осіб на 100 тис. населення, що у 3–5 разів вище, ніж у розвинутих європейських країнах. При цьому в Україні близько 24 % постраждалих помирають в лікарнях, а 76 %

– поза їх межами, на місці настання невідкладного медичного стану чи на шляху до лікарні, тоді як у розвинутих країнах 72 % постраждалих помирає в лікарнях [9].

Однією із причини такого становища є недосконала система підготовки кадрів з екстреної медичної допомоги у ВНЗ [1, 6–7].

До надання швидкої допомоги допускаються фельдшери, які наवरстують недостатні практичні навички безпосередньо на робочому місці.

Усе це є однією з причин, що зумовлює несвоєчасність, недостатню послідовність і водночас низьку якість екстреної медичної допомоги населенню України як у повсякденних умовах, так і у разі виникнення надзвичайних ситуацій.

Основна частина. Середні медичні працівники України – найчисельніша ланка спеціалістів охорони здоров'я, яка об'єднує понад 460 тис. медичних сестер, акушерок, фельдшерів, помічників санітарних лікарів, лаборантів, фармацевтів, зубних техніків та інших молодших спеціалістів, які працюють в лікувально-профілактичних закладах [10].

Роль медичних сестер, акушерок, фельдшерів та інших спеціалістів середньої ланки є очевидною і надзвичайно важливою. Завдання медичних сестер, акушерок, фельдшерів полягає насамперед в наданні кваліфікованої допомоги всім людям, які її потребують [4].

Оскільки екстрена медична допомога належить до розряду первинної медико-санітарної допомоги, можна зробити висновок, що це потужне поле діяльності для середнього медичного персоналу.

З метою вивчення сучасної нормативно-правової бази, яка регламентує підготовку середнього медичного персоналу з надання екстреної медичної допомоги, було проаналізовано ряд документів:

– Постанова Кабінету Міністрів України від 5 листопада 2007 р. № 1290 «Про затвердження державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року»;

– наказ МОЗ України від 28.12.2002 р. № 507 «Нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах»;

– наказ МОЗ України від 17.01.2005 р. № 24 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги»;

– наказ МОЗ України від 28.04.2009 р. № 283 «Про удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги»;

– наказ МОЗ України від 12.05.2008 р. № 245 «Про затвердження плану реалізації заходів щодо забезпечення виконання Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року»;

– наказ МОЗ України від 29.08.08 р. № 500 «Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню України»;

– наказ МОЗ України від 01.06.09 р. № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги населенню України», зареєстрований Міністерством юстиції України 14 вересня 2009 року;

– Закон України «Про екстрену медичну допомогу» № 5081-17 від 05.07.2012 р.;

– наказ МОЗ України від 19.02.2013 р. № 133 «Про зміни до довідника кваліфікаційних характеристик професійних працівників».

Затвердження двох останніх документів завершило процес формування ключових нормативних документів, які дадуть поштовх істотному розвитку підготовки кадрів з екстреної медичної допомоги у вищих медичних навчальних закладах I–IV рівнів акредитації.

З метою визначення обсягу теоретичних знань і практичних навичок, які дають студентам медичні коледжі та училища було проаналізовано навчальну програму для вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I–III рівнів акредитації за спеціальністю 5.12010101 «Лікувальна справа».

Визначався обсяг годин із медицини невідкладних станів відносно загального обсягу при підготовці фельдшерів і медичних сестер.

Аналізувався обсяг годин і практичних навичок, що стосується екстреної медичної допомоги з таких предметів, які реально стосуються екстреної допомоги:

- невідкладні стани в акушерстві та гінекології;
- невідкладні стани в педіатрії;
- невідкладні стани в хірургії;
- невідкладні стани у внутрішній медицині;
- анестезіологія і реаніматологія;
- внутрішня медицина;
- хірургія;
- інсектологія;
- неврологія.

Вияснилося, що обсяг годин, який стосується невідкладних станів у ключових розділах медицини становить всього 324 год, з них об'єм практичних занять, під час яких можна реально відпрацювати практичні навички, включає – 171 год (5,8 % від загального обсягу годин). Крім цього, чітко прослідковується явна невідповідність між виділе-

ним обсягом годин для практичних занять та кількістю відведених практичних навичок. Так, на 49 год практичних занять з невідкладних станів в акушерстві та гінекології доводиться опанування 41 практичною навичкою, в педіатрії – 29 навичок, в хірургії – 43 навички, у внутрішній медицині – 58 навичок. Очевидно, опанування практичними навичками є там краще, де їх є менше на сталу кількість годин практичних занять (табл. 1).

Що стосується навичок з ЕМД, то у невідкладних станах з акушерства і гінекології ЕМД стосується 58,5 % навичок, у невідкладних станах з педіатрії – 96,6 % навичок, у невідкладних станах з хірургії – 100,0 % навичок, у невідкладних станах у

внутрішній медицині – 87,9 % навичок. Можна припустити, що у вітчизняних програмах із медицини невідкладних станів переважна більшість навичок стосується й питань ЕМД.

Проте необхідно відмітити, що ряд практичних моментів віднесено до питань теоретичного опанування. Зокрема, це стосується невідкладних станів в акушерстві та гінекології і хірургії. Отже, не всі питання, які потрібно опрацювати практично, знаходять своє відображення у переліку практичних навичок фельдшерів.

Аналіз програм зі спеціальних предметів виявив також, що у більшості з них теж порушуються питання ЕМД.

Таблиця 1. Співвідношення обсягів годин та практичних навичок, що стосуються ЕМД у підготовці фельдшерів з медицини невідкладних станів

Предмет	Загальний обсяг годин (абс./відн.)	Обсяг практичних занять, год	Кількість практичних навичок	Кількість навичок, що стосуються ЕМД (абс./ відн.)
Невідкладні стани в акушерстві та гінекології	81 (2,8 %)	49	41	24 (58,5 %)
Невідкладні стани в педіатрії	81 (2,8 %)	49	29	28 (96,6 %)
Невідкладні стани в хірургії	81 (2,8 %)	49	43	43 (100,0 %)
Невідкладні стани у внутрішній медицині	81 (2,8 %)	49	58	51 (87,9 %)

З таблиці 2 видно, що переважна більшість практичних навичок з даного предмета стосуються ЕМД. Проте ряд нозологій та маніпуляцій, які мають спеціальні стандарти і протоколи для надання ЕМД, віднесено до рівня знань. Можна припустити, що фельдшер бригади ШМД вперше буде працювати з такими пацієнтами під час реальних викликів, що вимагатиме відведення чималої кількості часу для його навчання на робочому місці.

Аналогічна ситуація спостерігається й за іншими предметами.

Таким чином, у вітчизняній системі підготовки фельдшерів питання ЕМД знаходять своє відображення в опануванні більшості практичних навичок. Однак ряд клінічних ситуацій та окремих маніпуляцій з ЕМД для фельдшерів під час підготовки у навчальному закладі перебувають на рівні переважно теоретичного вивчення, хоча у реальній роботі у виїзній бригаді ШМД такі ситуації є очевидними. Можна зробити висновок, що подібна підготовка, з одного боку, незадовільно забезпечена технічними засобами навчання (манекена-

Таблиця 2. Співвідношення обсягів годин та практичних навичок, що стосуються ЕМД у підготовці фельдшерів з анестезіології та реаніматології

Предмет	Загальний обсяг годин (абс./відн.)	Обсяг практичних занять, год	Кількість практичних навичок	Кількість навичок, що стосуються ЕМД (абс./ відн.)
Анестезіологія і реаніматологія	81 (2,8 %)	40	30	25 (83,3 %)

ми, муляжами і т. д.), а з іншого – страждає методика викладання, яка традиційно у вітчизняній освіті більше дає теоретичних знань, ніж практичних навичок.

Проведено також соціологічне опитування серед фельдшерів виїзних бригад швидкої медичної допомоги щодо якості їх підготовки з екстреної медичної допомоги на додипломному етапі.

Анкетне опитування фельдшерів бригад ШМД України під час IV Національного відкритого чемпіонату бригад ШМД (50 осіб, м. Рівне, 26–27 березня 2012 р.) та під час II обласного чемпіонату «Буковинське медичне раллі – 2012» (32 осіб, м. Чернівці, 26–27 квітня 2012 р.) показало:

- фахівці середньої ланки визнають, що нині існуюча система підготовки кадрів у медичних коледжах та училищах є недосконалою для роботи на «швидкій»;

- протоколи з невідкладних станів МОЗ України втратили свою цінність на сьогоднішній день. Фельдшери-практики віддають більшу перевагу сучасним підручникам із медицини невідкладних станів та лекціям на короткотермінових курсах підвищення кваліфікації. Отже, думка окремих авторів про доцільність впровадження накопичувальної системи післядипломної підготовки фельдшерів швидкої допомоги із використанням навчання без відриву від виробництва є аргументованою практикуючими фельдшерами швидкої допомоги;

- виникла необхідність стандартизації ЕМД в Україні, і не тільки розробка й затвердження нових

протоколів, але їх широке впровадження на різних рівнях підготовки фельдшерів;

- український фельдшер ШМД повинен самостійно проводити діагностично-лікувальний процес на догоспітальному етапі при умові якісного оснащення виїзної бригади та простих конкретних протоколів. Можна припустити, що їх розробка істотно видозмінить й характер підготовки і перепідготовки кадрів у контексті відпрацювання до автоматизму протокольних технологій надання екстреної медичної допомоги. Зрозуміло, що це торкнеться й науково-педагогічних працівників, оскільки не секрет, що дотепер у системі медичної освіти досконало не розуміють специфіку та філософію екстреної медичної допомоги.

Висновок. В Україні існують серйозні проблеми із організації і надання екстреної медичної допомоги дорослому і дитячому населенню, одним із чинників якої є недосконала підготовка кадрів молодшої та середньої ланки, яка зумовлена недофінансуванням проєктів, урегульованих рядом нормативно-правових актів, які були прийняті в Україні у період із 2007 до 2012 року. Важливу роль у законодавчому та нормативно-правовому полі України з цього питання має Закон України «Про екстрену медичну допомогу», який дасть новий поштовх у підготовці кадрів з екстреної медичної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Волосовець О. П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації / О. П. Волосовець // Медична освіта. – 2002. – № 4. – С. 15–16.
2. Нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах : наказ МОЗ України від 28.12.02 р. № 507.
3. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги : наказ МОЗ України від 17.01.05 р. № 24.
4. Про затвердження Програми розвитку медсестринства України на 2005–2010 рр. : наказ МОЗ України від 08.11.05 р. № 585.
5. Новосьолова Н. Ф. Сучасні погляди на зміст медсестринської освіти / Н. Ф. Новосьолова // Медсестринство. – 2007. – № 3. – С. 26–30.
6. Про Затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги в Україні до 2010 року : Постанова Кабінету Міністрів України від 05.11.07 р. № 1290.
7. Правові засади функціонування єдиної системи екстреної медичної допомоги / Г. Г. Рошнін, М. О. Стрельников, С. О. Гур'єв [та ін.] // Актуальні питання екстре-

ної медичної допомоги і медицини катастроф : матер. Всеукр. наук.-практ. конф., 9–10 червня 2010 р., м. Тернопіль. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2010. – С. 8–9.

8. Про екстрену медичну допомогу : Закон України.

9. Стандартизація надання екстреної медичної допомоги / М. Д. Близнюк, І. Й. Сличко, М. Л. Кулева, Г. Г. Лобода // Єдина система екстреної медичної допомоги. Створення та перспективи розвитку в Україні : зб. матер. Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю, м. Рівне, 22–23 березня 2012 р. – К. : ТОВ НВП «Інтерсервіс», 2012. – С. 19–20.

10. Удосконалення системи підготовки молодших спеціалістів бригад швидкої медичної допомоги (ШМД) / Г. Г. Рошнін, С. О. Гур'єв, Н. В. Гуселетова [та ін.] // Актуальні питання екстреної медичної допомоги і медицини катастроф : зб. матер. Всеукр. наук.-практ. конф., 9–10 червня 2010 р., м. Тернопіль. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2010. – С. 48–49.

11. Федішин-Сорока М. А. Надання екстреної медичної допомоги в Україні / М. А. Федішин-Сорока, Д. В. Козак // Медсестринство. – 2011. – № 3. – С. 17–19.

ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ ВИДІВ МАСАЖУ ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНІЙ ДИСТОНІЇ У МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Л. С. Бабінець, Н. М. Панасюк

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

У статті розглянуто загальні особливості впливу різних видів масажу в пацієнтів із нейроциркуляторною дистонією у медсестринській практиці.

USING OF DIFFERENT TYPES OF MASSAGE AT NEUROCIRCULATORY DYSTONIA IN NURSING PRACTICE

L. S. Babinets, N. M. Panasiuk

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

This article considers the general features of the effect of different types of massage in patients with neurocirculatory dystonia in nursing practice.

Вступ. Нейроциркуляторна дистонія набуває розмахів епідемії, вона охоплює дедалі більші вікові та соціальні прошарки населення. Почастішали випадки, коли діти з'являються на світ уже з вродженою дистонією. НЦД – одна з найпоширеніших патологій у дитячому віці, як синдром виникає при багатьох захворюваннях. Зараз взагалі немає людей, у яких би на певному періоді життя не було б ознак НЦД. Це – не хвороба, це так званий «збій» в роботі вегетативної нервової системи, яка регулює функції всього організму. Її можна визначити лише за певними симптомами. Збій в роботі вегетативної нервової системи проявляється порушеннями внутрішньої рівноваги (кровопостачання, теплорегуляції, травлення). НЦД характеризується багатьма проявами – головний біль, роздратованість, надмірна пітливість, безсоння, тахікардія, зниження апетиту, оніміння пальців, нудота, потемніння в очах, холодні долоні тощо. В особливо тяжких випадках – надмірне відчуття страху, так звана «панічна атака». Сприяє

розвитку стрес-дистонії неправильний спосіб життя, слабкий імунітет, нездатність організму витримувати великі навантаження (особливо у мешканців великих міст), НЦД можуть спровокувати вірусна інфекція, застуда. НЦД може вперше заявити про себе під час гормональної перебудови організму: у підлітковому віці, після годування грудьми, під час приймання контрацептивів, у жінок середнього віку – під час клімаксу. НЦД значно погіршує якість життя людини, тому актуальною проблемою є пошук методів боротьби з даною патологією. У даній статті описано основні види масажу та їхній вплив на організм пацієнта з НЦД.

Основна частина. На сьогодні лікування НЦД є значною медичною та соціально-економічною проблемою: це зумовлено широкою розповсюдженістю, труднощами діагностики внаслідок поліморфізму клінічних симптомів, неможливістю радикального лікування [1]. При діагностиці НЦД відсутня єдина патогенетично обґрунтована модель лікування та профілактики даного розладу. У 17–20 % підлітків прояви НЦД прогресують з віком, трансформуючись у психосоматичні за-

хворювання, такі, як ішемічна хвороба серця, гіпотонічна хвороба, бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки. Відомо, що вегетативна нервова система відіграє значну роль у розвитку різноманітної патології. У виникненні та перебігу практично кожного патологічного стану беруть участь вегетативні дисфункції [2]. У зв'язку з цим в останні роки активну увагу фахівців різного профілю привертають питання діагностики і лікування вегетативних дисфункцій.

Розрізняють вегетосудинні порушення за симпатотонічним, ваготонічним та змішаним типами.

До критеріїв діагностики НЦД за симпатотонічним типом належать такі скарги: серцебиття, збої в ділянці серця; зміни шкіри – блідість, сухість; порушення терморегуляції; схильність до схуднення; зміни з боку шлунково-кишкового тракту: підвищений апетит, спрага, рецидивні болі у жи-

воті, атонічні запори; зміни з боку серцево-судинної системи: голосні тони серця, тахікардія, схильність до підвищення артеріального тиску.

До критеріїв діагностики НЦД за ваготонічним типом належать численні іпохондричні та неврологічні скарги; зміни шкіри: ціанотичні вологі кисті рук, мармуровість, підвищена пітливість, виникнення алергічних реакцій; порушення терморегуляції: знижена температура тіла, мерзлякуватість, субфебрилітет; схильність до надлишкового зростання маси тіла, ожиріння; зміни з боку системи дихання: несподівані напади задишки, спастичного кашлю вночі (без ознак вірусної інфекції), псевдоастма; зміни з боку шлунково-кишкового тракту: зниження апетиту, підвищена саливація, нудота, блювання, рецидивні болі в животі, функціональні запори та проноси; мігрень, запаморочення, сонливість, тремор пальців рук, повік, гіперкінетичні посмикування.

Тест для виявлення ознак вегетативних змін (А. М. Вейн, 1998 р.) [3]

№	Питання	Так
1	Чи помічаєте ви (при будь-якому хвилюванні) схильність до: а) почервоніння обличчя? б) збліднення лиця?	3 3
2	Чи буває у вас оніміння: а) пальців кистей, стоп? б) цілком кистей, стоп?	3 4
3	Чи буває у вас зміна забарвлення (збліднення, почервоніння, синюшність): а) пальців кистей, стоп? б) цілком кистей, стоп?	5 5
4	Чи часто у вас бувають відчуття серцебиття, «завмирання», «зупинки серця»?	7
5	Чи відмічаєте ви підвищену пітливість?	4
6	Чи часто у вас бувають відчуття утрудненого дихання: відчуття нестачі повітря, прискорене дихання?	7
7	Чи характерно для вас порушення функції травного тракту: схильність до запору, проносу, здуття живота, біль?	6
8	Чи буває у вас непритомність (раптова втрата свідомості або відчуття, що можете його втратити)?	7
9	Чи буває у вас нападоподібний біль голови?	7
10	Чи помічаєте ви в даний час зниження працездатності, швидку втомлюваність?	5
11	Чи помічаєте ви порушення сну?	5

Якщо сума балів перевищує 15, у пацієнта є підозра на наявність НЦД.

Відомо, що застосування у більшості хворих із НЦД медикаментозних методів лікування недостатньо ефективне й має значну кількість побічних ефектів, тому особливу увагу привертає застосування немедикаментозних методів лікування. Лікування НЦД є складним і невирішеним завдан-

ням внаслідок відсутності ефективних методів, що дозволяють досягти одужання та довготривалого періоду клініко-лабораторної стабілізації. Тому нами було впроваджено застосування лікувального масажу в пацієнтів із НЦД. Масаж сприяє оздоровленню, підвищенню працездатності.

Суть його полягає в нанесенні тканинам організму дозованих механічних впливів, при цьому не порушується цілісність шкірних покривів, та не виникає алергічних та інших несприятливих реакцій (як при медикаментозній терапії) [4].

В основі механізму впливу масажу на організм лежить складний процес, зумовлений нервово-рефлекторним, гуморальним та механічним впливом. Масаж комплексно впливає на організм, тобто будь-яке механічне подразнення, що наноситься одним з прийомів масажу, діє як на місці його нанесення, так і завдяки наявності нервово-рефлекторних зв'язків цієї ділянки з ЦНС, і тому впливає на функціональний стан всього організму. Шкіра перша сприймає подразнення, що наноситься масажем. Ефект від впливу масажу може бути прямим у результаті безпосереднього впливу на шкіру. Але в більшості випадків відповідна реакція залежить від складного рефлекторного механізму, що діє через нервову та ендокринну системи на весь організм. Тепло, що утворюється в тканинах під час масажу, збуджує температурну рецепторну систему. Збудження передається у судиноруховий центр, розміщений у довгастому мозку, а потім переходячи на симпатичні судинозвужувальні нерви, викликає рефлекторну зміну просвіту судин. У результаті активного відкриття капілярів прискорюється рух крові по артеріях та венах, що полегшує роботу серця, знижує навантаження на міокард.

У практиці лікування НЦД можна застосовувати різні види масажу. Це класичний, сегментарно-рефлекторний, точковий масаж, масаж біологічно активних точок. Масаж потрібно проводити руками (мануальний), за допомогою апаратів для масажу (апаратний) або ж поєднувати апаратний і мануальний (комбінований масаж).

Класичний масаж включає визначену методику та техніку масажу, яка складається з 4 основних прийомів (погладжування, розтирання, розминання, вібрації). Основою методики є вплив на м'язи з метою їх максимального розтягування, при цьому напрям масажних рухів має строго відповідати ходу м'язових волокон. Вплив здійснюється послідовно від поверхневих до глибоких шарів тканин [6]. Масаж найкраще робити вранці, після лікувальної гімнастики. Окремі прийоми можна виконувати додатково протягом дня (натискання зверху вниз долонею на голову і за вухом, розтирання основою долоні в ділянці скронь). Оптимальне положення пацієнта –

лежачи на животі; проводять масаж і в положенні сидячи. Тривалість масажу 6–10 хв.

В основі сегментарно-рефлекторного масажу лежить використання особливостей сегментарної будови тіла: подразнення шкірних рецепторів певних зон діє на внутрішні органи і системи організму, що іннервуються тими ж сегментами спинного мозку. Використовуючи сегментарно-рефлекторний масаж, в основі терапевтичного ефекту якого лежать рефлекторні явища нервової системи, які переривають рефлекторну дугу, що підтримує захворювання, ми досягаємо впливу на вегетативну нервову систему, ендокринні залози, серцево-судинну систему, обмін речовин. Найбільший вплив і позитивний результат у хворих на НЦД відбувається при впливі на такі ділянки: шийно-потилична і верхньогрудна, які охоплюють шкіру задньої шийної ділянки, починаючи від волосистої частини голови, ділянку надпліч, верхньої частини спини і передньої поверхні грудної клітки. Масаж цієї ділянки, так званої «комірцевої зони» має регулюючий вплив на найважливіші функції органів і систем: покращує трофіку органів і тканин, обмінні процеси, теплорегуляцію [5].

Точковий масаж є різновидністю сегментарно-рефлекторного масажу, при якому вплив підлягають обмежені ділянки тіла. На тілі людини існують особливі «життєві» точки, які мають високу біологічну активність, вони пов'язані з внутрішніми органами, впливаючи на які ми покращуємо загальний стан хворого. Точковий масаж виконується подушечкою нігтьової фаланги великого, вказівного пальців у вигляді погладжування, натискування, штовхання, розминання, вібрації. Тривалість впливу на одну точку – 30–60 с. Чим точніше знайдена біологічно активна точка, тим ефективніший масаж.

Висновки. При застосуванні різних видів масажу у пацієнтів із НЦД спостерігався загальний вплив процедури на організм. Дослідження із застосування масажу дозволяють вважати його чинником, що сприяє оздоровленню та зміцненню організму, сприятливо діють на центральну нервову систему, гуморальні механізми регуляції функцій, нервово-м'язовий апарат, центральні та периферичні ланки кровообігу, шкіру та інші функціональні системи. Можна вважати, що успішне лікування масажем у поєднанні з лікувальною гімнастикою, різними фізіотерапевтичними процедурами зумовлено складним і різнобічним як місцевим, так і загальним впливом цих методів ліку-

вання на організм. Доведено, що у цьому процесі має значення зняття (або зменшення) проявів парабіозу, відновлення порушених взаємин між корою і нижчого рівня відділами нервової системи, підвищення реактивності організму і його пристосувальних функцій. Значна роль належить масажу в зменшенні патологічних проявів у шкірі, м'язах, суглобах, у результаті чого знижується

потік патологічної імпульсації в центральну нервову систему. При цьому важливе значення мають вихідний функціональний стан центральної нервової системи, реактивність організму, вираження клінічних проявів нейроциркуляторної дистонії, а також специфічні особливості масажу як лікувального фактора.

ЛІТЕРАТУРА

1. Коваленко В. Н. Нейроциркуляторная дистония: диагностика и лечение. Методические рекомендации / В. Н. Коваленко, Е. Г. Несукай. – К., 2002. – 16 с.
2. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / под ред. А. М. Вейна. – М. : Медицинское информационное агентство, 2000. – 752 с.
3. Вейн А. М. Заболевания вегетативной нервной системы: рук-во для врачей / А. М. Вейн. – М. : Медицина, 1991. – С. 18–84.
4. Вакуленко Л. О. Атлас массажиста / Л. О. Вакуленко. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2005. – С. 6.
5. Белая Н. А. Лечебная физкультура и массаж : учеб. метод. пособ. для медицинских работников / Н. А. Белая. – М., 2001. – С. 190–197.
6. Белая Н. А. Руководство по лечебному массажу / Н. А. Белая. – М. : Медицина, 1983.
7. Голубев В. Л. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / под ред. В. Л. Голубева. – Медицинское информационное агентство, 2010. – 640 с.

ПРОГНОЗУВАННЯ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА

І. М. Погорілець, О. М. Кіт

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

Для визначення прогнозу клінічного перебігу виразкової хвороби шлунка, попередження ускладнень та вибору адекватного методу лікування авторами проведено морфофункціональні дослідження шлунка в 76 хворих. Комплексне клінічне дослідження та вивчення моторно-евакуаторної, секреторної функції й ступеня обсіменіння *Helicobacter pylori* шлунка дало можливість виявити групи ризику, прогнозувати клінічний перебіг захворювання, розробити показання до консервативного лікування, визначити його межі й своєчасно обґрунтувати необхідність хірургічного втручання в кожному конкретному випадку захворювання. Такий підхід до лікування хворих на виразкову хворобу шлунка дозволив значно покращити результати лікування та скоротити терміни реабілітації хворих із 45 до 30 днів.

PREDICTING OF THE CLINICAL COURSE OF GASTRIC ULCER

I. M. Pohorilets, O. M. Kit

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

The authors made morphological and functional researches of the stomach on 76 patients to determine the prognosis of stomach ulcer's clinical manifestation, complications' prevention and a choice of an adequate method of treatment. Complex clinical research and studying of motor, evacuation and secretory functions and the degrees of stomach pollution by *Helicobacter pylori* gave an opportunity to determine the risk groups, to predict the clinical manifestation of disease, to develop indications for conservative treatment, to determine its amount and to prove the necessity of surgical intervention in every particular case. Such approach to the treatment allows to improve considerably results of patients' cure from stomach ulcer and to reduce terms of rehabilitation of patients from 45 to 30 days.

Вступ. Виразкова хвороба шлунка (ВХШ) належить до тяжких захворювань шлунково-кишкового тракту, уражає людей переважно працездатного віку й часто призводить до тяжких ускладнень [1, 3, 7, 10]. Причини виникнення цього захворювання на сьогодні є нез'ясованими. Нині існує загальноприйнята точка зору про невідношення факторів «агресії» і «захисту» слизової оболонки шлунка [2, 4, 8, 9]. Серед них першочергове значення належить інфікуванню *Helicobacter pylori* (Hp), стану кислото- та пепсинопродукції та моторно-евакуаторній функції [5, 6].

Основна частина. Для визначення прогнозу клінічного перебігу ВХШ, попередження ускладнень та вибору адекватного методу лікування ми провели морфофункціональні дослідження шлунка в 76 хворих. Для характеристики виразкового процесу шлунка використали класифікацію виразкової хвороби за Johnson, згідно з якою розрізняють три типи виразок: I – виразки малої кривизни (вище 3 см від воротаря) або субкардіального відділу шлунка (класична виразка шлунка); II – виразка шлунка в поєднанні з стенозуювальною виразкою ДПК (стенозуювальні виразки); III – прегіплогорична виразка (не далі як 3 см від воротаря) та виразка пілоричного каналу. Серед хво-

рих чоловіків було 59 (77,63 %), жінок – 17 (22,37 %). Вік пацієнтів складав від 18 до 78 років, але переважна більшість хворих (52 (68,42 %)) були віком від 36 до 60 років. Тривалість хвороби у більшості пацієнтів становила від двох тижнів до 15 років.

Обстеження хворих проводили за такими методами: секреторна функція шлунка вивчалась за допомогою зондування титраційним методом, рівень кислотності та ступінь нейтралізації соляної кислоти за допомогою рН-метрії. Дослідження моторної функції здійснювалося за допомогою балонної механогастрограми та електрогастрографічного дослідження. Ідентифікацію гелікобактеріозу проводили за допомогою біопсійного матеріалу, отриманого при ендоскопічному дослідженні. Гістологічну обробку матеріалу проводили шляхом фарбування гематоксиліном та еозином.

При дослідженні секреторної функції шлунка в базальній фазі секреції (БАО) виявилось, що у більшості хворих із локалізацією виразкового процесу в пілороантральному відділі органа (за даними фракційного зондування і рН-метрії) спостерігався більш активний шлунковий вміст (загальна кислотність – 90–120 титр. од., вміст вільної соляної кислоти – $(6,2 \pm 0,4)$ ммоль/г ($p < 0,5$); рН – $(2,4 \pm 0,3)$ од. ($p < 0,05$); пепсину – $(36,5 \pm 0,4)$ мг/г ($p < 0,05$) ніж у хворих із локалізацією виразки в тілі, субкардіальному і особливо у кардіальному відділі шлунка (загальна кислотність – 40–60 титр. од., вміст вільної соляної кислоти – $(1,6 \pm 0,6)$ ммоль/г ($p < 0,5$); рН – $(3,6 \pm 0,5)$ од. ($p < 0,01$); пепсину – $(16,5 \pm 5,2)$ мг/г ($p < 0,01$).

При вивченні типологічних особливостей ми виявили, крім нормального, всі чотири патологічні типи шлункової секреції (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл хворих за типами шлункової секреції

Тип секреторної функції шлунка	Локалізація виразки				Всього	%
	препілорична	антральна	медіогастральна	субкардіальна		
Збудливий	4	8	12	2	26	34,2
Астенічний	4	5	5	1	15	19,7
Нормальний	2	4	5	1	12	15,9
Інертний	1	4	7	2	14	18,4
Гальмівний	1	3	4	1	9	11,8
Всього	12	24	33	7	76	100

При цьому, найчастіше спостерігався збудливий тип секреції (26 (34,2 %)), який характеризувався підвищеною реакцією секреторного апарату як у першу, так і другу годину дослідження. Так, після введення інсуліну дебіт соляної кислоти становив $(35,4 \pm 2,6)$ ммоль/г ($p < 0,05$), з даними рН-метрії – $(1,68 \pm 0,2)$ од. ($p < 0,05$), після введення гістаміну – $(45,2 \pm 2,4)$ ммоль/г ($p < 0,05$), з рН шлунка – $(1,24 \pm 0,25)$ од. ($p < 0,01$). При цьому кількість пепсину становила $34,6 \pm 3,6$ і $14,8 \pm 2,4$ мг/г

($p < 0,01$) відповідно. Проведені дослідження секреторної функції шлунка свідчать про те, що у 64 (84,2 %) із 76 обстежених мають місце виражені порушення екзокринної функції органа, характер яких, як правило, залежить від локалізації процесу, тривалості виразкового анамнезу, а також наявності ускладнення (пенетрації, стенозу та ін.).

Дослідження моторної активності шлунка в 72 хворих на ВХШ дали можливість виявити чотири типи порушень моторної функції органа (табл. 2).

Таблиця 2. Стан моторної функції шлунка в хворих із різною локалізацією виразок

Характер моторної функції шлунка	Локалізація виразки				Всього	%
	препілорична	антральна	медіогастральна	субкардіальна		
Гіперкінетичний	6	12	6	0	24	33,3
Нормальний	4	6	8	1	19	26,9
Гіпокінетичний	1	4	12	3	20	27,7
Акінезія	0	1	5	3	9	12,5
Всього	11	23	31	7	72	100

Отримані дані дослідження моторної функції шлунка свідчать про те, що незалежно від локалізації виразкового процесу найчастіше в обстежених хворих на ВХШ спостерігався гіперкінетичний тип моторної функції шлунка (24 (33,3 %)), який характеризувався гіперкінетичними скороченнями силою – $(0,66 \pm 0,02)$ кПа ($p < 0,001$) з тривалим підйомом і швидким спуском перистальтичних хвиль. На ЕГГ цієї групи хворих середній біопотенціал сягав $(0,64 \pm 0,02)$ мВ ($p < 0,01$) з різницею потенціалів $(0,58 \pm 0,05)$ мВ ($p < 0,001$) і частотою $(3,82 \pm 0,02)$ за 1 хв ($p < 0,01$). Зниження скоротливої функції шлунка переважно мало місце у хворих із локалізацією виразок у мезогастральній ділянці та субкардіальному відділі.

Важливе значення у визначенні прогнозу перебігу ВХШ надавали дослідженню *Helicobacter pylori*. Так, при обстеженні 74 хворих із різною локалізацією шлункових виразок, ми у 68 (91,9 %) виявили Нр. При цьому ступінь обсіменіння шлунка, як правило, залежав від локалізації виразки, тривалості захворювання, наявності ускладнень (кальоз-

на, пенетрувальна виразка) й вираження періульцерозного запального процесу. Останній, як правило, характеризувався дегенеративними змінами покривного епітелію, часто шлунковою метаплазією, атрофією залоз та поліморфноклітинною інфільтрацією слизової оболонки. Необхідно відмітити, що у частини обстежених хворих (44 (28,7 %)) ураження Нр мало локальний (вогнищевий) характер. При зіставленні ступеня обсіменіння слизової оболонки Нр із даними рН-метрії виявлено, що чим вищий рН ($< 2,6$), тим інтенсивніше обсіменіння Нр і вираженіша метаплазія слизової оболонки шлунка. Проведена нами статистична обробка отриманих даних дослідження свідчить про достовірний кореляційний взаємозв'язок між секреторною, моторною функціями й ступенем обсіменіння Нр слизової оболонки шлунка. З метою визначення прогнозу клінічного перебігу виразкової хвороби шлунка в кожному випадку захворювання, ми залежно від вираження морфофункціональних порушень і ступеня обсіменіння слизової оболонки Нр шлунка виділили 3 групи хворих (табл. 3).

Таблиця 3. Морфофункціональний стан, ступінь обсіменіння Нр шлунка і прогноз перебігу захворювання у хворих на виразкову хворобу ($M \pm m$), $n = 76$

№	Показники	Перебіг виразкової хвороби шлунка		
		сприятливий $n=17$	невизначений $n=28$	несприятливий $n=31$
1	Об'єм шлункового соку (БАО)	$76,3 \pm 4,2$ $p < 0,05$	$83,6 \pm 2,4$ $p < 0,05$	$86,4 \pm 4,4$ $p < 0,001$
2	Дебіт соляної кислоти (ммоль/г)	$3,3 \pm 3,4$ $p < 0,05$	$3,2 \pm 0,5$ $p < 0,05$	$3,1 \pm 0,4$ $p < 0,001$
3	Внутрішньошлункова рН-метрія (од.)	$2,4 \pm 0,1$ $p < 0,05$	$2,5 \pm 0,4$ $p < 0,05$	$2,6 \pm 0,6$ $p < 0,05$
4	Дебіт-час пепсину (мг/г)	$38,0 \pm 0,4$ $p < 0,05$	$29,4 \pm 2,3$ $p < 0,05$	$22,3 \pm 3,5$ $p < 0,05$
5	Тип секреції	збудливий	астенічний	інертний
6	К-сть скорочень на ЕГГ хв ⁻¹	$3,4 \pm 0,4$ $p < 0,001$	$2,8 \pm 0,2$ $p < 0,05$	$2,6 \pm 0,5$ $p < 0,05$
7	Середній біопотенціал (мВ)	$0,62 \pm 0,03$ $p < 0,05$	$0,56 \pm 0,04$ $p < 0,04$	$0,34 \pm 0,02$ $p < 0,05$
8	Різниця біопотенціалів (мВ)	$0,48 \pm 0,02$ $p < 0,001$	$0,42 \pm 0,04$ $p < 0,05$	$0,23 \pm 0,03$ $p < 0,05$
9	Тип моторної функції	гіперкінетичний	гіпокінетичний	інертний
10	Ступінь інфікування Нр	(+)	(++)	(+++)

Таке групування хворих, дало можливість використати ці дослідження для створення експертної системи, як одного з основних параметрів прогнозування клінічного перебігу виразкової хвороби

шлунка й своєчасного і адекватного вибору методу лікування. Умовною оцінкою вихідного стану брали суму балів прогностично важливих ознак і показників, що характеризують функціональний

стан шлунка. В 17 (22,4 %) хворих із сприятливим клінічним перебігом захворювання сума балів у любому із загострень не перевищувала більше 15 балів. У 28 (36,8 %) хворих із невизначеним прогнозом клінічного перебігу захворювання, сума балів становила від 15 до 20. І у 31 (40,8 %)

хворих з ймовірно несприятливим прогнозом сума балів була більше 20 в одному із загострень із тенденцією до подальшого зростання суми балів. Дані обстеження наших хворих дозволили запропонувати таку схему ризику прогнозу клінічного перебігу ВХШ (схема 1).

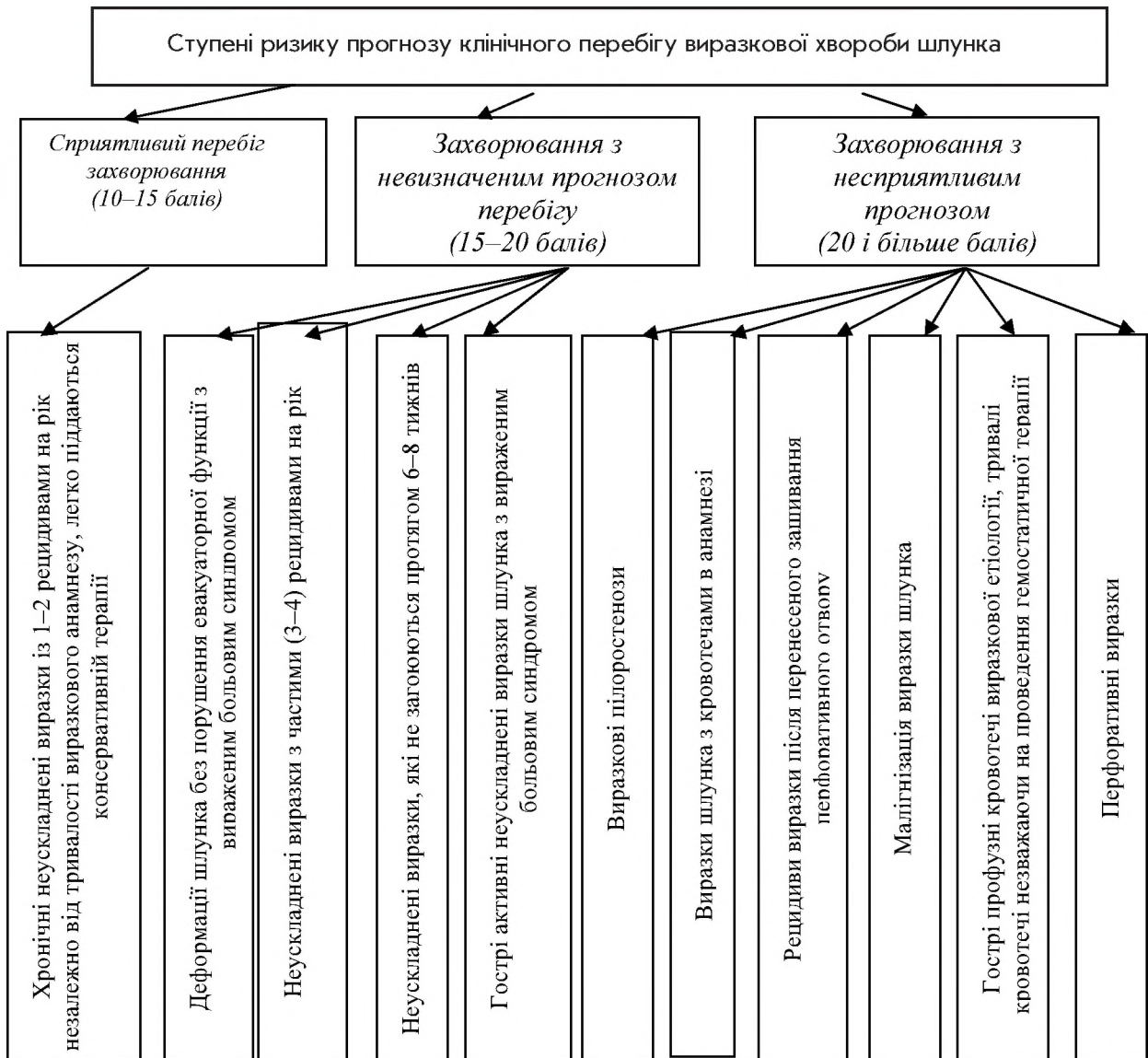


Схема 1. Ступені ризику прогнозу клінічного перебігу виразкової хвороби шлунка

Висновки. 1. Прогнозування клінічного перебігу захворювання та оцінка тяжкості стану хворих дозволяє виявити групи ризику, прогнозувати клінічний перебіг захворювання, розробити показання до консервативного лікування, визначити його межі й своєчасно обґрунтувати необхідність

хірургічного втручання в кожному конкретному випадку захворювання.

2. Диференційний підхід до вибору лікування хворих на виразкову хворобу шлунка дав можливість покращити результати лікування й скоротити терміни реабілітації хворих із 45 до 30 днів.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Сытник А. П. Выбор метода операции при язвенной болезни желудка / А. П. Сытник, Б. А. Наумов // Хирургия. – 1995. – № 3. – С. 59–63.
2. Гринберг А. А. Стратегия и тактика лечения язв двенадцатиперстной кишки желудка / А. А. Гринберг // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – № 5. – С. 21.
3. Досвід хірургічного лікування виразкової хвороби / І. І. Дзюбановський, Р. В. Свистун, Ю. М. Ковальчук [та ін.] // Вісник морської медицини. – 2001. – № 2. – С. 126–128.
4. Патогенетичний підхід у виборі методу хірургічного лікування хворих на хронічну виразку шлунка / В. М. Короткий, І. В. Колосович, М. Ф. Фурманенко [та ін.] // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – С. 36–38.
5. Современное состояние хирургии язвенной болезни / В. Ф. Саенко, Б. С. Полинкевич, А. А. Диброва [и др.] // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – С. 10–11.
6. Колосович І. В. Результати хірургічного лікування хворих на виразкову хворобу шлунка / І. В. Колосович // Галицький лікарський вісник. – 2002. – № 3. – С. 154–156.
7. Передерий В. Г. Язвенная болезнь (прошлое, настоящее, будущее) / В. Г. Передерий, С. М. Ткач, С. В. Скопиченко. – К., 2003. – 256 с.
8. Братусь В. Д. Про співпрацю хірургів і гастроентерологів у вирішенні проблеми виразкової хвороби / В. Д. Братусь, П. Д. Фомін // Хірургія України. – 2004. – № 1 (9). – С. 6–11.
9. Модифіковані органозберігаючі та органощадні оперативні втручання при ускладнених гастродуоденальних виразках / Л. Я. Ковальчук, І. Я. Дзюбановський, В. І. Максимлюк [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 1. – С. 20–24.

ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ СЕРЕД ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Н. І. Рега, С. О. Ястремська, Г. Д. Дичко

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

У статті проаналізовано досвід вивчення захворюваності аптечних працівників у деяких зарубіжних країнах. Визначено основні чинники, що впливають на рівень та структуру захворюваності аптечних працівників.

THE OCCUPATIONAL MORBIDITY PROBLEMS OF PHARMACISTS

N. I. Reha, S. O. Yastremska, H. D. Dychko

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

The article presents the experience of investigation of pharmacists' morbidity in some countries of the world. Basic factors influencing on the structure and level of pharmacists' morbidity were determined.

Вступ. Засновником фармацевтики вважають видатного вченого, автора праці «Канон лікувальної науки» Авіценна (Абу Алі Ібн-Сіна), в якій описано багато лікувальних засобів і рецептів. Зародження лікознавства в Київській Русі відносять до XI–XII століть.

Традиційно фармацевта уявляють з терезами або зі ступкою в руках. Але науково-технічний прогрес, широке впровадження електронно-обчислювальної техніки в усі сфери життя накладають свій відбиток і на професію фармацевта. Сьогодні фармацевта оточують автоматика, електроніка, він володіє найновішими методами – спектрофотометрією, хроматографією, вміє користуватись комп'ютерною технікою.

Суспільно-економічне значення професії фармацевта складно переоцінити. Фармацевт – вірний помічник лікаря. Без арсеналу потужних лікарських препаратів медицина була б безсилою у боротьбі з багатьма хворобами.

Основна частина. Згідно з міжнародною класифікацією (Агентство з охорони навколиш-

нього середовища США), підприємства хіміко-фармацевтичної промисловості належать до групи екологічно небезпечних виробництв [9].

Виробництво лікарських препаратів базується на багатостадійних процесах органічного або біологічного синтезу, пов'язаного із використанням різноманітних видів сировини, супроводжується забрудненням повітря органічними та неорганічними хімічними речовинами, шкідливими для навколишнього середовища й здоров'я людини. Тому особливої актуальності набуває проблема вивчення екологічної безпеки фармацевтичних виробництв, оцінка умов праці та розробка оздоровчих заходів.

Шкідливим виробничим фактором називається фактор середовища або трудового процесу, вплив якого на працівника за певних умов (інтенсивність, тривалість та ін.) може викликати професійне захворювання, тимчасове або стійке зниження працездатності, підвищити частоту соматичних або інфекційних захворювань, призвести до порушення здоров'я у нащадків.

До основних шкідливих виробничих факторів у промисловому виробництві лікарських засобів

належать: хімічний (шкідливі органічні та неорганічні речовини у вигляді пилу, парів, газів, аерозолів); біологічний (продукти мікробіологічного синтезу – антибіотики, антибіотиковмісні препарати, біопрепарати та ін.); несприятливий мікроклімат; шум; вібрація.

Вони можуть викликати у працюючих відхилення в стані здоров'я, розвиток професійних захворювань. Їх симптомокомплекс специфічний, наприклад, тривалий контакт із розчинниками, кислотами, лугами, алкалоїдами, вітамінами, антибіотиками може викликати гострі й хронічні захворювання шкіри (дерматити, екземи, токсикодермії), ураження фолікулярного апарату, меланодермії, бронхіальну астму та інші професійні захворювання. Тепловий мікроклімат на окремих робочих місцях хіміко-фармацевтичних підприємств є додатковим чинником, який підсилює дію хімічних речовин.

Фармацевтичні працівники є третьою за значенням професійною групою охорони здоров'я в світі. Медикаментозне лікування є найчастіше використовуваною формою лікування в системі охорони здоров'я.

Фармацевтична галузь об'єднує як виробництво, так і реалізацію великого асортименту лікарських засобів, парафармацевтичної продукції та виробів медичного призначення, і саме тому на людей, зайнятих у ній, негативні чинники виробничого середовища справляють не лише ізольований, але й поєднаний, комбінований та комплексний вплив [7, 19].

Якщо сьогодні визнано, що серед абсолютної більшості інтелектуальних професій у світі професія лікаря є найнебезпечнішою, то поруч має бути і працівник фармацевтичної галузі [7].

День у день фармацевтичні працівники піддаються впливу різноманітних несприятливих факторів виробничого середовища, зокрема, шкідливих хімічних речовин (особливо хімічних аерозолів, дезінфікуючих і наркотичних речовин) і біологічних агентів (зокрема, антибактерійних препаратів, які можуть спровокувати розвиток токсичних уражень і дисбактеріозу), іонізуючого і неіонізуючого випромінювання шуму, вібрації, канцерогенів. Чимало лікарських речовин одночасно є промисловими отрутами (зокрема, камфора, бром, йод, нітрогліцерин тощо), а це означає, що за певних умов вони здатні викликати гострі та хронічні інтоксикації. У фармацевтичних працівників частіше проявляється алергічна

патологія, адже вони постійно контактують з різноманітними хімічними речовинами. Здебільшого цей вплив має комбінований (наприклад, інгаляція декількох сполук), комплексний (одна й та сама хімічна речовина потрапляє в організм кількома шляхами – інгаляційно та через шкіру) та поєднаний (вплив речовин різної природи – хімічних і шуму) характер. Варто зазначити, що при комбінованому впливі хімічних сполук багато речовин, насамперед лікарських засобів, проявляють властивості інгібіторів, індукторів мікросомальних ферментів печінки, і навіть їх незначні концентрації можуть викликати непередбачувані експериментальною токсикологією патологічні ефекти [4].

У літературі зустрічається небагато достовірної статистичної інформації щодо професійної захворюваності фармацевтичних працівників. Вважається, що порівняно з представниками інших професій, лікарі та фармацевтичні працівники хворіють довше і тяжче, що пояснюється поліморбідністю патології та меншою ефективністю фармакотерапії [4].

Ще в 2001 р. у Бельгії було проведено дослідження, метою якого стало вивчення професійно зумовленого контактного дерматиту до лікарських засобів у фармацевтичних працівників. Було виявлено алергічні дерматити, які виникали від дії деяких антибіотиків, зокрема, бета-лактамів (пеніцилінів, цефалоспоринів) та аміноглікозидів [15].

У 2007 р. у Хорватії також було проведено дослідження зв'язку розвитку професійно зумовленого алергічного контактного дерматиту з контактом із азитроміцином у фармацевтичних працівників, які брали участь в процесі його синтезу. Крім цього, у декількох фармацевтичних працівників спостерігалися інші алергічні захворювання (алергічний риніт, кон'юнктивіт) [17].

Також у 2001 р. корейські вчені досліджували виникнення професійно зумовленої астми та алергічного риніту в фармацевтичних працівників у відповідь на дію алергенів лікарських трав [18].

При комплексному дослідженні умов праці й стану здоров'я російських працівників аптек у повітрі аптечних приміщень було виявлено високий вміст лікарських речовин. У приміщеннях для фармацевтів концентрація пилу в третині аналізів перевищувала гранично допустимі норми у 2–4 рази при виготовленні порошків спазмолітичних, судинорозширювальних, гіпотензивних

засобів, майже у 2 рази при виготовленні вітамінів. У торгових залах бактеріальна забрудненість повітря була вдвічі більшою, ніж в асистентських, а бактеріальна забрудненість рук керівників, провізорів і касирів – у півтора рази вище, ніж у фармацевтів, фасувальників, санітарок і провізорів-аналітиків. У вищезгаданому дослідженні брали участь 700 працівників аптек. Переважно фармацевти скаржилися на подразнення слизових оболонок очей, шкірні висипання, свербіж та інші прояви алергічного характеру; провізори – на сильний головний біль, підвищену втомлюваність, дратівливість. Причому 5 % аптечних працівників нарікали на наявність алергічних проявів у їх дітей, тоді як у контрольній групі такі скарги були відсутні. У 37,5 % обстежених спостерігалися судинні зміни кон'юнктиви склери, ймовірно, зумовлені постійним подразненням медикаментозним пилом, напруженням уваги, втомою очей через штучне освітлення тощо. У 5 % обстежених аптечних працівників було виявлено бронхіальну астму, в 35 % фармацевтичних працівників спостерігалися шкірні алергічні прояви, частіше – у фармацевтів та провізорів, зайнятих виготовленням лікарських засобів (31,6 %). Рідше їх виявляли у провізорів, які відпускали лікарські засоби і вироби медичного призначення, та адміністративно-допоміжного персоналу. Алергічні дерматити (кропив'янка, екзема, фотодерматит) спостерігалися в одиничних випадках. Алергічний дерматит локалізувався на обличчі, шиї, руках і найчастіше (48 % всіх випадків) на закритих ділянках тіла, що свідчить про загальну сенсibilізацію організму. Було з'ясовано, що найвираженішу подразнювальну дію мали нікотинава кислота, хлоралгідрат та їх поєднання з 24 речовинами (антибіотиками, вітамінами, панкреатином, лідокаїном, саліцилатами, формаліном, дибазолом, медикаментозно-рослинним пилом тощо). При цьому переважала сенсibilізація до комбінованого впливу лікарських речовин. Дослідники дійшли висновку, що працівники аптек в основному страждають від медикаментозної полівалентної алергії. Російські вчені відмітили, що в цілому алергічні реакції у провізорів і фармацевтів розвиваються майже у 6 разів частіше, ніж у представників інших професій [4].

Серед хімічних речовин, що впливають на фармацевтичних працівників, є канцерогенні речовини. Так, дослідження проведені у Данії в 1994 р., встановили збільшення ризику розвитку меланоми шкіри у фармацевтів у 1,5 рази,

особливо у фармацевтичних працівників, зайнятих фасуванням, також у фармацевтів, які тривалий час працюють. Крім цього, виявлено збільшення ризику виникнення лімфоми, що може бути пов'язано з роботою із органічними розчинниками [16].

Ураження системи крові може зустрічатися в умовах професійного контакту з ароматичними вуглеводнями, з деякими лікарськими препаратами (сульфаніламіді, похідні піразолону, інші нестероїдні протизапальні засоби, цитостатики) (С. А. Бабанов, 2010).

У процесі аналізу літератури можна виділити чинники, що активно впливають на рівень і структуру захворюваності аптечних працівників. Найнесприятливішими чинниками є: дія на організм багатокомпонентного лікарського пилу, хімічних речовин (контактний дерматит, бронхіальна астма, кропив'янка), контакт із хворими людьми, значні нервово-психічні навантаження. У результаті тривалої дії (як правило, комплексної) виникає професійно зумовлена захворюваність [10].

Аналіз літературних джерел показує актуальність проблеми в теперішній час, але в Україні за останні роки фундаментальних досліджень з цієї проблеми не проводили. Ще в 60-х рр. ХХ століття Г. З. Бастенчук виявлено високу захворюваність у фармацевтичного персоналу і більшу кількість скарг на несприятливу дію лікарських засобів. Зокрема, в фармацевтичній групі персоналу переважали хвороби органів дихання [1]. Дослідження, проведені в 1980 р. М. С. Пономаренком, засвідчили високий рівень захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, у тому числі й часті алергічні захворювання у фармацевтичних працівників [8].

Відомо, що найнесприятливішим фактором виробничого середовища медпрацівників є забруднення повітря робочих приміщень аерозолями лікарських речовин, дезінфікуючих та наркотичних засобів, які в десятки разів можуть перевищувати санітарні норми гранично допустимої концентрації (ГДК) у приміщеннях аптек та інших виробничих приміщеннях медичних та фармацевтичних установ (М. Г. Кочеткова, 1995), що, звичайно, негативно позначається на здоров'ї персоналу.

Ураження верхніх дихальних шляхів хімічними речовинами подразнювальної дії проявляється у формі неспецифічних катарів слизової оболонки, які можуть бути катаральними, субатрофічними і атрофічними, рідше – гіпертрофічними. Це багато в чому залежить від стажу роботи спеціаліста:

при невеликому стажі переважають катаральні зміни, при тривалому – субатрофічні й атрофічні.

Алергічний риніт виникає тому, що багато професійних чинників, з якими контактують медичні та фармацевтичні працівники, мають сильну подразнювальну дію на слизову оболонку носа і легеневу тканину. Основні симптоми захворювання – свербіж і подразнення порожнини носа, чхання та ринорея, часто супроводжувані закладеністю носа.

Провідними етіологічними чинниками, що викликають професійну бронхіальну астму, є латекс, дезінфекційні речовини (сульфатіазол, хлорамін, формальдегід), антибіотики, рослинна лікарська сировина, хімічні компоненти діагностичних наборів.

За даними літератури від підвищеної чутливості до латексу страждають від 1 до 6 % людей у розвинених країнах. У США зареєстровано більше 250 000 лікарів і медичних сестер, сенсibilізованих до нього. У 15 % медиків виявлено антитіла до антигенів латексу. Є також дані, що близько 17 % медичних та фармацевтичних працівників сенсibilізовані до латексу, а у 2 % з них саме це стало причиною захворювання на бронхіальну астму [20, 12, 6].

Латекс – це молочний сік молочаєвих, шовкових, складноцвітих та інших рослин. Але найбільше значення має натуральний латекс із каучукових дерев – гевей (*Hevea Brasiliensis*), що ростуть у тропіках. У натуральному латексі налічується більше 200 різних фракцій білків, що мають алергенну активність. Це далеко не повний список тільки медичних виробів із латексу: гумові рукавички, еластичні бандажі, лейкопластир, шприци, джгути, сечові катетери, дренажі, клізми, кисневі подушки, стетофонендоскопи, гемодіалізне устаткування [12, 13, 21].

Алергічні реакції на латекс зумовлені, головним чином, двома причинами: виробленням великої кількості імуноглобуліну Е і утворенням сенсibilізованих лімфоцитів. Якщо контакт із виробами, що містять латекс, повторюється, то виникають алергічні реакції. Але особливо тяжкі алергічні реакції на латекс виникають у відповідь на вдихання білків латексу. Останні з'єднуються із речовинами пудри, наприклад, у рукавичках. Коли латексні рукавички знімають і надягають, концентрація аероалергенів різко збільшується.

Для алергії на латекс найтиповіші різні шкірні симптоми, що виникають після контакту з виробами, що містять латекс. Алергічна реакція на латекс може проявлятися: висипкою на шкірі й на слизових, сверблячкою, кропив'янкою, блюванням, почервонінням очей, утрудненим диханням, за-

памороченням, слабкістю, діареєю. Коли частки латексу передаються аерогенним шляхом, виникають симптоми респіраторної алергії – чхання, нежить, слезотеча, сверблячка й почервоніння очей, можливі напади ядухи.

Число людей із сенсibilізацією до латексу зростає рік у рік в усьому світі, а її поширеність серед медичних та фармацевтичних працівників за деякими закордонними джерелами становить від 12 до 30 %. Варто зазначити, що алергія на латекс у жінок виникає в 2,5 рази частіше, ніж у чоловіків. Було зроблено спроби замінити латекс іншими полімерами, але число виробів із латексу й попит на нього не зменшується, як не зменшується попит і на вироби з інших природних речовин, наприклад, бавовни.

Тому фактично єдиним способом попередити можливі алергічні реакції на цю речовину є оцінка своєї індивідуальної чутливості до неї. Особливо це стає необхідне людям, що постійно користуються гумовими виробами. Для того, щоб виявити й попередити цю алергію, немає потреби проводити шкірні проби *in vivo* [11, 22]. Зараз розроблено безпечні способи діагностики *in vitro*. Ці методи діагностики алергії на латекс дозволяють досліджувати кров шляхом визначення в крові специфічних антитіл до алергенів латексу [2, 3, 5].

Одним із надійних способів специфічної діагностики професійної бронхіальної астми є провокаційна інгаляційна проба з мінімальними концентраціями водних розчинів алергенів. Важливим є раннє розпізнавання хвороби (для цього використовується пікфлоуметрія на робочому місці й вдома), припинення подальшого контакту з алергеном і своєчасний початок лікування. Для підтвердження професійного генезу бронхіальної астми необхідно визначати в сироватці медичного працівника рівень загального Ig Е і алерген-специфічні Ig Е на професійні алергени (за допомогою шкірних тестів, імуноферментного аналізу, радіоалергосорбентного тесту).

Аналізу стану здоров'я медичних працівників присвячені праці акад. РАМН Н. Ф. Ізмерова, В. Г. Артамонової, Н. А. Мухіна, монографія заслуженого діяча науки РФ, професора В. В. Косарева «Професійні хвороби медичних працівників» (1998). Згідно з цими дослідженнями, в результаті вивчення історій хвороби 397 медичних працівників (серед обстежених було 147 лікарів, 196 медичних сестер, 15 фармацевтів, 3 провізори, 18 лаборантів, 4 зубних техніки, 14 осіб молодшого медичного персоналу), дозволили виявити

таку етіологічну структуру професійних захворювань: вплив біологічних факторів – у 63,6 % пацієнтів; алергози (внаслідок впливу антибіотиків, ферментів, вітамінів, формальдегіду, хлораміну, латексу, мийних засобів) – у 22,6 %; захворювання токсико-хімічної етіології – у 10 %; перенапруження окремих органів і систем організму – в 3 %; вплив фізичних факторів (шуму, ультразвуку, рентгенівського випромінювання) – у 0,5 %; новоутворення – у 0,25 %.

Висновок. Наданий час основні тенденції розвитку фармацевтичної системи полягають у зростанні числа мережевих аптек, посиленні ролі держави в

проведенні заходів регулювання фармацевтичної діяльності, появі та розвитку нових форм і методів надання лікарської допомоги в аптеках, розширенні функцій фармацевтичного працівника, впровадженні сучасних технологій, стандартизації і посиленні активності професійних асоціацій [9]. Однак відсутня інформація, що стосується проведення заходів щодо поліпшення умов праці в аптеці, зниженню захворюваності фармацевтичних працівників. Тому ця проблема на сьогодні актуальна і має соціальну значимість, її вирішення дасть значний економічний ефект, покращить якість медичного обслуговування населення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бастенчук А. З. Производственная обстановка и заболеваемость аптечных работников в хозрасчётных аптеках : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. фармацев. наук / А. З. Бастенчук. – Львов, 1971. – 17 с.
2. Васильева О. С. Дермореспираторный синдром при латексной аллергии / О. С. Васильева // Атмосфера. – 2005. – № 4. – С. 37–39.
3. Латексная аллергия как проблема профессиональной заболеваемости / О. С. Васильева, Г. А. Казакова, С. З. Батын [и др.] // Пульмонология. – 2006. – № 5. – С. 57–62.
4. Дедишина Л. Найнебезпечніша з інтелегентних професій / Л. Дедишина // Фармацевт. практик. – 2007. – № 5. – С. 58–60.
5. Проблеми охорони праці, безпеки життєдіяльності та стану здоров'я медичних і фармацевтичних працівників / І. В. Кочін, О. М. Акулова, П. І. Сидоренко [та ін.] // Запорізький медичний журнал. – 2012. – Т. 12, № 5 (74). – С. 120–124.
6. Зайкова А. А. Частота латексной аллергии среди медицинских работников / А. А. Зайкова // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2003. – № 2/1. – С. 482–483.
7. Охорона праці в медицині та фармації / [Мороз В. М., Сергета І. В., Фещук Н. М., Олійник М. П.]. – Вінниця, 2005. – 538 с.
8. Пономаренко Н. С. Анализ заболеваемости аптечных работников во взаимосвязи с их условиями труда : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. фармацев. наук / Н. С. Пономаренко. – Харьков, 1981. – 19 с.
9. Хабриев Р. У. Фармацевтическая деятельность в зарубежных странах / Р. У. Хабриев, С. В. Копачевская // Фармация. – 2007. – № 2. – С. 38–40.
10. Шарахова Е. Ф. Заболеваемость аптечных работников / Е. Ф. Шарахова // Здравоохранение Российской Федерации. – 1997. – № 2. – С. 16–18.
11. Amr S. Latex allergy and occupational asthma in health care workers: adverse outcomes / S. Amr, W. A. Suk // Environ. Health Perspect. – 2004. – Vol. 112 (2). – P. 378–381.
12. Banta J. V. Latex anaphylaxis during spinal surgery in children with myelomeningocele / J. V. Banta, C. Bonanni, J. Prebluda // Dev. Med. Child Neuro. – 2003. – № 1235 (6). – P. 543–548.
13. Latex-fruit syndrome, frequency of cross-reacting IgE antibodies / R. Brehler, U. Theissen, C. Mohr, T. Luger // Allergy. – 2007. – № 52 (4) – P. 404–410.
14. Charous B. L. Natural rubber latex allergy in the occupational setting / B. L. Charous, S. V. Tarlo, M. A. Charous // Methods. – 2002. – Vol. 27 (1). – P. 15–21.
15. Gielen K. Occupational allergic contact dermatitis from drugs in healthcare workers / K. Gielen, A. Goossens // Contact Dermatitis. – 2001. – Vol. 45, № 5. – P. 273–279.
16. Hansen J. Cancer morbidity among Danish female pharmacy technicians / J. Hansen, J. H. Olsen // Scand. J. Work Environ Health. – 1994. – Vol. 20, № 1. – P. 22–26.
17. Milkovic-Kraus S. Occupational allergic contact dermatitis from azithromycin in pharmaceutical workers : a case / S. Milkovic-Kraus, J. Macan, B. Kanceljak-Macan // Contact Dermatitis. – 2007. – Vol. 56, № 2. – P. 99–102.
18. Occupational asthma and rhinitis caused by multiple herbal agents in a pharmacist / D. H. Nahm, S. K. Lee, H. K. Cho [et al.] // Ann Allergy Asthma Immunol. – 2001. – Vol. 86, № 4. – P. 469–474.
19. Von Karin Wiedenmayer. The pharmacists- a neglected workforce? / Von Karin Wiedenmayer // Bulletin of Medicus Mundi Switzerland. – 2007. – Vol. 104. – P. 1–5.
20. Latex sensitisation and allergy in children with myelomeningocele / C. Rendeli, E. Nucera, E. Ausili [et al.] // Childs Nerv. Syst. – 2006. – № 22 (1). – P. 28–32.
21. The prevalence of latex-specific IgE in patients presenting to an urban emergency department / M. Grzybowski, D. R. Ownby, E. P. Rivers [et al.] // Ann Emerg Med. – 2002. – № 40 (4). – P. 411–419.
22. Yeang H. Y. Natural rubber latex allergens: new developments / H. Y. Yeang // Curr. Opin Allergy Clin. Immunol. – 2004. – Vol. 4 (2). – P. 99–104.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АКЦЕНТИ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ МЕДСЕСТРИ В УМОВАХ КОЛЕДЖУ

О. Н. Литвинова, М. О. Хуторянська, С. О. Ястремська

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

У статті акцентується увага на вихованні у медсестер таких невід'ємних рис характеру, як емпатія, доброта, співчуття, совісність, гідність, відповідальність, які повинні червоною ниткою проходити через всю систему підготовки медичної сестри.

SOCIAL-PSYCHOLOGICAL ACCENTS OF FORMATION OF A PERSON OF A NURSE IN COLLEGE

O. N. Lytvynova, M. O. Khutoryanska, S. O. Yastremska

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

This article is focused on educating of nurses. The empathy, kindness, compassion, tenderness, dignity, responsibility are the inalienable features which should be in the educating system of nurses.

Вступ. Професія медичної сестри одна з найзатребуваніших на ринку праці. За даними Центру зайнятості, в Україні катастрофічно бракує кваліфікованих медичних сестер, які займають друге місце за числом вакансій. Кількість медсестер без роботи навіть не увійшла до двадцятки за кількістю претендентів. Тому це не дивно, якщо врахувати, що згідно з базою підбору персоналу і пошуку роботи Центру зайнятості України, медсестрам пропонують переважно мінімальну зарплату, яка рідко перевищує 1500 грн навіть в столиці, де на 216 відкритих вакансій доводиться лише 31 резюме.

Основним завданням у класичній сфері підготовки медсестер є виховання і навчання творчої, неординарно мислячої, гармонійної й духовно розвиненої особистості, здатної діяти в різноманітних умовах суспільного і державного життя.

Усі компоненти освітньої системи медичного коледжу повинні бути взаємопов'язаними і орієн-

тованими на єдину мету – сформувати у медсестри споконвічні моральні й культурні цінності українського народу (колективізм, повагу до людини і природи, прагнення до максимальної творчої самовіддачі).

В ідеал підготовки медичної сестри можна було б закласти японський принцип «кокоро», який означає ідею освіти, що не зводиться тільки до набуття знань і вмінь, а сприяє формуванню характеру людини. Українською мовою «кокоро» перекладається як серце, душа, розум, менталітет, гуманність. У зміст «кокоро» включається повага до людей і тварин, симпатія і великодушність до інших людей, пошук істини, здатність відчувати прекрасне й піднесене, мати самоконтроль, зберігати природу, вносити внесок у розвиток суспільства [2].

В Україні стереотипне уявлення про медсестру включає аналогічні риси. Підтвердженням цих уявлень є зображення образу медсестри у літературі, художніх фільмах, живописних полотнах тощо. Єдине, що при конкурсному відборі до медичних коледжів ми пріоритет віддаємо все-таки

освітньому рівню. На сьогодні немає розроблених доступних методик для виміру душевності, гуманності, доброти, степені емпатії тощо, які можна було б використовувати як критерій відбору при вступі до навчального закладу чи при прийомі на роботу. Саме ці питання і підтверджують актуальність нашого дослідження.

Значна роль у роботі загальних лікарських практик відводиться сестринському персоналу. Знаючи соціальний статус сім'ї, рівень здоров'я кожного з його членів, особливості розвитку та перебігу захворювань, користуючись довірою та авторитетом своїх пацієнтів, сімейна медична сестра може ефективніше займатися не лише координуючою діяльністю, а й і розробкою та реалізацією конкретних профілактичних заходів, необхідних кожній родині, відповідно до умов життя даної сім'ї, і навіть розробкою та реалізацією планів сестринського догляду за пацієнтами. Тому увага до професійної підготовки медичної сестри не менш важлива, аніж підготовка гуманітарна.

Основна частина. В умовах реформування системи охорони здоров'я, сучасний стан розвитку медичної освіти також вимагає істотних змін. Підготовка кадрів завжди була базовим напрямком розвитку будь-якої галузі. Найпоширенішою в системі охорони здоров'я є професія медичної сестри. Реформа системи охорони здоров'я, яка відбувається нині в Україні, перехід на принципи надання первинної медико-санітарної допомоги населенню та бюджетно-страхової медицини, становлення ринкових відносин потребують удосконалення існуючої системи сестринської освіти.

Ситуація кардинальних змін у системі вимагає професійної спеціальної підготовки й перепідготовки медичних сестер. Створення нових навчальних програм має передбачати не просте «наращування» знань і збільшення кількості предметів, а підготовку фахівців різних рівнів системи медичної допомоги та знання функцій, які передбачають вміння прийняття самостійних рішень.

Введення курсу «Медсестринство в сімейній медицині» дозволяє досконало володіти методами підготовки пацієнтів до класичних методів обстеження, бути добрим психологом у розв'язанні сімейних проблем, популяризатором здорового способу життя [3].

На даний час необхідна система розвитку медсестринства, яка передбачає підготовку медичної сестри-організатора і лідера сестринської справи, викладача медичного коледжу, медичної сес-

три загальної практики – сімейної медицини, яка мала би навики співпраці з родинами пацієнтів, кваліфіковано надавати допомогу пацієнтам вдома, здійснювати наукові дослідження в царині медсестринства. Саме з урахуванням такого характеру підготовки медичних сестер-бакалаврів передбачено курс «Мистецтво викладання». У нових умовах реформованої системи охорони здоров'я майбутні спеціалісти сестринської справи мусять достеменно володіти мистецтвом спілкування, умінням підтримувати і вести розмову, слухати, пояснювати, переконувати, вчити. Такий курс т. з. комунікації базується на досягненнях світової та вітчизняної педагогічної, медичної, медсестринської науки і адаптований до професійної спрямованості медичних коледжів.

Реформа в санепідемслужбі також потребує фахівців із новим баченням профілактичних заходів та нових підходів до запобігання захворюваності. Майбутнім бакалаврам при наданні медичної допомоги працівникам промисловості та інших галузей чи при здійсненні санітарного нагляду необхідні спеціальні знання для запобігання можливому шкідливому впливу професійних факторів на організм. Тому в програмі коледжу введено елективний курс «Медсестринство в професійній патології».

Потреба курсу медичного та фармацевтичного товарознавства виходить із завдань підготовки спеціалістів, які були б здатні виконувати роботу із забезпечення лікувальних закладів виробами медичної техніки та фармацевтичними товарами. Основою змісту медичного товарознавства є дослідження асортименту і споживчої вартості товарів, що використовуються для профілактики, діагностики і лікування.

Завизначенням ВООЗ, «здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних дефектів». Наука про збереження та зміцнення здоров'я здорових людей (валеологія) в останні роки стає все необхіднішою. Вивчення цієї проблеми передбачено курсом «Громадське здоров'я і громадське медсестринство».

Загалом, якщо дивитись цілісно на систему підготовки середнього медичного персоналу, то медсестринству властива своя система знань, яка ґрунтується на науковій теорії і спрямована на здоров'я і благополуччя пацієнта.

У своїй роботі медична сестра має справу не лише з діагнозом пацієнта, вона стикається з пси-

хологічними, духовними, соціальними і фізичними аспектами пацієнта як особистості. Іншими словами, коло інтересів медсестри охоплює реакції людини на взаємодію з навколишнім середовищем, оточенням. Ці реакції потрапляють під вплив минулого досвіду людини, стану навколишнього середовища, соціальних, економічних факторів, динаміки сімейних відносин. Те ж стосується і особистості самої медсестри. Тому від взаємодії цих двох складних системних суб'єктів відносини будуть складатися або резонансно позитивно, або резонансно негативно. Останнє не просто не бажане в медицині, а категорично протипоказане.

Відомий вислів: «Медицина – стовбур дерева, а її спеціальності – окремі гілки. Але коли гілка сягає розмірів цілого дерева, то вона здобуває право на самостійне існування». Ця гілка – сестринська справа, що виділяється із системи медичної освіти в окрему медсестринську науку.

Медсестринство, сестринська справа – це мистецтво турботи про пацієнта під час хвороби і допомога пацієнту в досягненні максимального потенціалу здоров'я упродовж усього життя.

Складність формування особистості медсестри полягає в тому, що більшість проблем, пов'язаних із особливостями прояву вищих моральних цінностей в медицині, носять «відкритий» характер, оскільки вони ставлять і медсестру і пацієнта перед вибором, який не є однозначним і простим і може бути однаково болючим для обох сторін. Разом з тим наявність і необхідність вибору породжує і певне протиріччя: варіативність вибору входить у конфлікт з вимогами нормативної регуляції, яка, навпаки, передбачає однозначність

рішення, особливо якщо мова йде про правове регулювання. В умовах такої невизначеності медсестрі доводиться багато працювати. Це ставить перед фактом необхідності виховання в ній стійкого і вольового характеру.

Водночас виховання таких невід'ємних рис характеру, як емпатія, доброта, співчуття, совісність, гідність, відповідальність повинні червоною ниткою проходити через всю систему підготовки медичної сестри. Сьогодні, на жаль, ці риси почали втрачати свій престиж і значущість.

У своїй книзі «Благоговіння перед життям» [4] А. Швейцер виділяє головний принцип людської поведінки, який вимагає «ставитися з благоговінням до кожної живої істоти і поважати її як власне життя». Цей принцип передбачає любов, самопожертву, співчуття і прагнення допомогти будь-якій живій істоті. Моральною людиною є «тільки тоді, коли кориться внутрішньому спонуканню допомагати будь-якому життю, якому може допомогти, і утримуватися від того, щоб заподіяти живому будь-яку шкоду». «Благоговіння перед життям» – сміливо можна ставити головною вимогою для особистості як медичної сестри, так і лікаря.

Висновок. Отож, необхідно формувати особистість медсестри на універсальних принципах біоетики, які ґрунтуються на автономії особистості, прагненні до забезпечення блага пацієнта, що базується на фундаментальних цінностях – солідарності, співучасті, співчутті, також включають в себе автономію, гідність, цілісність і уразливість людської особистості.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ладанов И. Д. Японцы: этнопсихологический очерк / И. Д. Ладанов, В. А. Пронников. – М. : Гл. ред. вост. л-ры изд. «Наука», 1995. – 348 с.
2. Підготовка медичних сестер-бакалаврів у Рівненському медколеджі // Медичний вісник. – 2008.

3. Albert Schweitzer Kultur und ethik. – Munchen, 1960.
4. <http://referatu.net.ua/referats/111/6482/?page=1>

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗКУЛЬТУРА ЯК ОСНОВНИЙ ЕЛЕМЕНТ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ РІЗНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКА

О. В. Бугрименко

Лебединське медичне училище, Сумська область

Одним із найефективніших методів реабілітації є лікувальна фізкультура, їй відводиться майже 50 % від всієї реабілітації і відіграє значну роль при комплексному лікуванні хвороб органів травлення.

EXCERSISE THERAPY AS AN ESSENTIAL ELEMENT OF REHABILITATION AT VARIOUS DISEASES OF STOMACH

O. V. Buhrymenko

Lebedyn Medical School, Sumy Region

One of the most effective methods of rehabilitation is an excersise therapy, it takes almost 50 % of total rehabilitation and plays a significant role in treatment of gastro-intestinal disorders.

Вступ. Хвороби органів травлення дуже поширені, вони характеризуються хронічним рецидивуючим перебігом, схильністю до прогресування та виникненню ускладнень, часто є причиною тимчасової та стійкої втрати працездатності. Тому одним із найактуальніших завдань гастроентерології, поряд із своєчасною діагностикою та вдосконаленням методів традиційного лікування, є повноцінна реабілітація хворих із патологією органів травлення на різних етапах (клінічному, санаторному, адаптаційному), з використанням комплексу заходів: лікувально-охоронний режим, дієтохарчування, фармакотерапія та масаж, фізіотерапевтичні процедури та санаторно-курортне лікування [1].

Лікувальна фізкультура впливає на всі групи м'язів, а при м'язовій роботі утворюється багато речовин – носіїв енергії, які необхідні клітинам нашого організму, в тому числі для відновлення пошкоджених клітин. При фізичному навантаженні збільшується швидкість течії крові по судинах, тому органи отримують більше кисню і поживних речовин і покращується їхня робота [2].

Основна частина. При хронічних гастритах лікувальна фізкультура допомагає нормалізувати ви-

ділення шлункового соку, привести в порядок рухову і ферментативну функції шлунка. Вплив лікувальної фізкультури здатний зменшити запалення, стимулювати відновлення клітин шлунка.

Існує фізіологічна залежність функціональної активності шлунка від того, як і в якій кількості працюють м'язи. Наприклад, помірне фізичне навантаження, за 1,5–2 год до їди або через 1,5–2 год після, збільшує виділення шлункового соку, що важливо враховувати при лікуванні гастриту зі зниженою кислотністю [3].

Фізичні вправи спрямовані на м'язи черевного преса – безпосередньо впливають на внутрішньо-черевний тиск, а вправи в діафрагмальному диханні здатні змінити положення діафрагми, і діяти на печінку і жовчний міхур.

Те, що фізичні вправи діють сприятливо на функції органів травлення відомо людині досить давно. Але лише в кінці XIX століття відкрилися можливості наукового вивчення впливу м'язової роботи на функціонування травної системи. ЛФК призначається хворим в стадії ремісії, а також при стихаючому загостренні. При ускладненому перебігу і в період загострення заняття фізичною культурою припиняються. Комплекс занять включає в себе ранкову і гігієнічну гімнастику, дозовану ходьбу. Відмінних результатів можна досягти,

поєднуючи вправи з елементами гідротерапії і масажу [4].

Комплекс вправ ЛФК при хворобах органів травлення залежить від виду захворювання.

Наприклад, при хронічному гастриті використовуються вправи загальнозміцнювальні для ніг, рук, які поєднуються з дихальними вправами. Крім цього, рекомендують прогулянки, плавання, веслування, ковзани, лижі, спортивні ігри.

ЛФК при виразковій хворобі шлунка включає лікувальну гімнастику, яка проводиться після зняття гострого болю. У даний період використовуються найпростіші вправи для рук і ніг, які чергуються з дихальними. При хронічному варіанті захворювання застосовують вправи зі збільшеним навантаженням на прес, просту і складну ходьбу, дихальні вправи. Зразковий комплекс лікувальної гімнастики включає в себе ряд вправ.

За допомогою лікувальних вправ, виконуваних у помірному темпі або в темпі трохи вище середнього, досягається збільшення вироблення соляної кислоти і ферментів. Пульс під час заняття не повинен перевищувати 150 уд./хв. Вправи виконуються за 1,5–2 год до їди або через 1,5–2 год після. У комплекс вправ входять дихальні заняття, вправи для м'язів черевного преса. Починати заняття необхідно поступово, збільшуючи кількість вправ у міру поліпшення загального стану [3–4].

У гострий період захворювань лікувальні вправи потрібно виконувати у вихідному положенні лежачи на спині, напівлежачи, сидячи. Необхідно уникати різких рухів. При зменшенні болю додаються вправи у вихідному положенні на боці, стоячи. Через 1,5–2 місяці можна займатися лежачи на животі.

Орієнтовний комплекс вправ після 10 днів з початку загострення захворювань.

Початкове положення: стоячи, ноги на ширині плечей, руки опущені. Рухати головою вгору-вниз (як би киваючи); повертати голову вліво і вправо. Кількість повторів – 10.

Опустити руки. Повільно підняти руки через сторони вгору одночасно з вдихом. Опустити руки через сторони вниз із видихом – 8 разів.

ВП: стоячи, ноги трохи ширше плечей, руки на поясі. Відводячи руки в сторони, а потім вгору, одночасно прогнутися в грудях. Зробити глибокий вдих. Нахилившись вперед і переводячи лікті вперед, повільно видихнути. Повернутися у вихідне положення, зробити паузу – 8 разів.

ВП: стоячи, руки опущені вздовж тулуба. По черзі піднімати коліна (відриваючи п'яту від підлоги) – 10 разів.

Ставати то на носочки, то на п'ятки – 15 разів.

ВП: сидячи на стільці, коліна зігнуті, ступні на підлозі, руки на поясі. Нахилити тулуб вліво-вправо по 7 разів.

Сидячи на стільці, ноги зігнуті в колінах. Ходьба на місці, високо піднімаючи коліна протягом 30 секунд.

ВП: лежачи на спині, руки на поясі. Підняти голову і плечі, подивитися на носочки. Зробити видих. Повернутися у вихідне положення. Зробити вдих – 7 разів.

ВП: те ж саме. Підняти на вдиху праву руку вгору, одночасно зігнути ліву ногу, ковзаючи стопу по підлозі. На видиху повернутися у ВП. По 10 разів для кожної руки.

Лежачи на спині, по черзі піднімати випрямлені ноги. Підняти – вдих, опустити – видих – 8 разів.

Виконати ту ж вправу, але трохи піднявши тулуб і спираючись на лікті.

Лежачи на спині, руки вздовж тулуба, ноги зігнуті в колінах. Імітувати їзду на велосипеді протягом 1 хв.

Лежачи на спині, руки випрямлені вгору перед грудьми. На вдиху відвести руки в сторони, поклавши їх на підлогу. На видиху повернутися у ВП – 8 разів.

Лежачи на лівому боці, ліва рука випрямлена, ліва нога напівзігнута. На вдиху підняти праву руку вгору. На видиху зігнути праву ногу і притиснути правою рукою коліно до грудей – 8 разів.

ВП: те ж саме. Підняти праву руку і праву ногу одночасно, вдихнути. Потім, згинаючи ногу і руку, підтягуючи коліно до живота і нахилиючи голову, видихнути – 6 разів.

ВП: стоячи в колінно-ліктьовому положенні. Піднімаючи голову, зробити вдих. Ковзаючим рухом пересувати праву ногу вперед між руками – на видиху. Повернутися у вихідне положення. Зробити те ж саме іншою ногою – 7 разів.

ВП: те ж саме. Підняти пряму ліву руку вбік, вгору – на вдиху. Опустити у вихідне положення – на видиху – 7 разів для кожної руки.

ВП: те ж саме. Вдихнути. Підняти таз, розгинаючи коліна і нахилиючи голову на видиху – 10 разів.

ВП: те ж саме. Опустити голову, вигнути спину дугою в поперековій ділянці – на вдиху. Підняти голову, прогнути спину – зробити видих – 8 разів.

Висновок. Ефективність лікувальної фізкультури багато в чому залежить від віри хворого в корисність цього методу та наполегливості. Дуже важливо займатися фізичними вправами систематично під керівництвом інструкторів, дотримуючи принципу поступового підвищення навантаження, переходу від простих до складніших вправ. Бажа-

но здобуті навички з лікувальної фізкультури використовувати і в домашніх умовах.

Заняття лікувальною фізкультурою на відкритому повітрі дають змогу використовувати одночасно і дію інших лікувальних факторів (повітряні і сонячні ванни), а виконання фізичних вправ у воді полегшує навантаження і водночас посилює ефект.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лікувальна фізична культура: навч. посіб. для інститутів фіз. культ. / за ред. С. Н. Попова. – М. : Фізкультура і спорт, 1988. – 271 с.

2. Лікувальна фізична культура : підр. для студ. вищ. навч. закл. / С. Н. Попов, Н. М. Валеев, Т. С. Гарасева та ін., за ред. С. Н. Попова. – М. : Іздат. центр В«АкадеміяВ», 2004. – 416 с.

3. Лікувальна фізична культура: за заг. ред. проф. В. Е. Васильєвой. – М. : Фізкультура і спорт, 1999. – 368 с.

4. Лікувальна фізична культура: підр. для студ. вищ. навч. закл. – 3-е вид., випр. і доп. – М. : Гуманіт. вид. центр ВЛАДОС. – 2004. – 624 с.

УПРАВЛІНСЬКІ ЗАСАДИ В ДІЯЛЬНОСТІ СТАРШОЇ ТА ГОЛОВНОЇ МЕДСЕСТЕР

О. Н. Литвинова, Н. І. Макарова

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

У статті містяться основні засади управлінської діяльності в межах повноважень головної та старшої медичних сестер.

PRINCIPLES OF BUSINESS MANAGEMENT OF THE CHIEF AND SENIOR NURSES

O. N. Lytvynova, N. I. Makarova

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

This article contains basic requirements for principles of business management within the powers of the chief and senior nurses.

Вступ. Реформа охорони здоров'я передбачає зміну структури управління та його наповнення на всіх етапах управлінської системи, в тому числі й середнього медичного персоналу. Підвищення якості медичних послуг значною мірою залежить від рівня підготовки медичних кадрів, раціонального використання кадрового потенціалу та реорганізації системи управління. Гарантувати ефективне впровадження реформ може лише підвищення якості та ефективності управлінської діяльності керівників середньої ланки.

В умовах реформування системи охорони здоров'я, суть якої полягає в оптимізації матеріально-технічної і кадрової бази, роль головних і старших медсестер суттєво зростає. Переважна більшість наукових робіт з питань менеджменту в медсестринстві присвячена питанням управління медсестринськими кадрами і підвищення ефективності такого управління. Ми ж у своїй роботі зробили акцент на питаннях функцій управління самими медсестрами. В своїй роботі ми показали вагомість менеджерських функцій медсестри в якості процесу лікування, його організації, а також у формуванні морально-психологічного клімату в колективі. Саме з цих міркувань ми підходили визначаючи мету нашої роботи.

Злагоджена діяльність будь-якої організації може бути забезпечена виключно ефективним управлінням. Управління лікувально-профілактичними закладами здійснюється за ієрархічним принципом. Верхній рівень управління лікарнею, або, як сьогодні прийнято говорити, топ-менеджмент – здійснюється головним лікарем. Такі управлінські рівні здійснюються за функціональним принципом. Управлінські ж функції медсестер теж основані на певній ієрархії, проте більше відповідають матричному типу управління.

Основна частина. Управління – це цілеспрямований вплив на складну систему. Система охорони здоров'я і є складною, відкритою системою. Система – це сукупність елементів, які взаємодіючи між собою та зовнішнім середовищем, породжують нові властивості та ознаки, які не притаманні жодному із цих елементів, але характерні для системи в цілому [1]. Тому, з точки зору теорії систем, охорона здоров'я – це сума всіх складових її елементів, які діють на одній території чи населеному пункті, включаючи амбулаторно-поліклінічні, стаціонарні та інші заклади, їх взаємозв'язок, направлений на задоволення потреб населення в лікувально-профілактичній допомозі. Особливостями системи охорони здоров'я є те, що вона є: а) багатоцільовою та багаторівневою системою з ієрархічною системою управління;

б) її елементи підпадають під випадкові неконтрольовані впливи; в) характер внутрішньосистемних зв'язків складний і важко вловимий; г) сама система має ймовірнісний, а не детермінований характер.

Як бачимо, система охорони здоров'я, як і будь-яка інша система, є цілісним утворенням, має свою внутрішню структуру, яка складається із сукупності елементів (підсистем, компонентів), характеризується численними зв'язками різної природи, завдяки яким елементи взаємодіють між собою заради досягнення мети системи, зокрема забезпечення здоров'я людини.

Управління в системі охорони здоров'я належить до соціального управління, як особливого виду управління, що являє собою вплив одних людей на інших із метою упорядкування соціально важливих процесів, забезпечення стійкого розвитку соціальних систем [2]. Воно характеризується такими ознаками, як:

- проявляється через спільну діяльність людей, об'єднує їх для такої діяльності у відповідні колективи;

- упорядковує спільну діяльність шляхом забезпечення погоджених індивідуальних дій учасників такої діяльності через вплив на їх поведінку;

- виступає в ролі регулятора управлінських взаємовідносин, що виникають між суб'єктом та об'єктом у процесі реалізації функцій соціального управління;

- є владним, оскільки базується на підпорядкуванні волі учасників управлінських відносин;

- має особливий механізм реалізації через організаційно сформовані групи людей.

Технологія управління – система дій, виконуваних у певній послідовності. Алгоритм управління представляє управлінський цикл, який складається з певних послідовних процесів:

- аналіз ситуації;
- розробка і прийняття управлінських рішень;
- організація виконання управлінських рішень;
- контроль.

Таким чином, управлінський цикл полягає в досягненні мети через подолання перешкод або проблем.

Щодо функцій управління, то це поняття досить варіабельне і динамічне. Найважливішим видається визначення, дане В. І. Журавлем. Функція управління – це особливий вид управлінської діяльності, конкретні форми управлінського впливу на діяльність системи, які зумовлюють і визначають зміст ділових взаємовідносин [3].

Найтиповішими управлінськими функціями є:

- прогнозування;
- планування;
- збір і аналіз інформації;
- підготовка і прийняття управлінських рішень;
- організація виконання;
- контроль і оцінка результату.

Щодо кількісного складу функцій управління, то серед вчених немає єдиної думки. А. Файоль виділяв п'ять основних функцій управління (передбачення і планування, організація, розпорядження, координація і контроль) [4], С. О. Доннел – шість (планування, організація, керівництво, лідерство, робота з кадрами і контроль) [5], В. Журавель – десять (визначення мети, організація, координація, прийняття управлінського рішення, планування, регулювання, контроль, робота з кадрами, лідерство і адміністрування) [3], М. Мескон – чотири (планування, організація, мотивація і контроль) і прийняття рішення – як наскрізну і взаємопов'язувальну [6]. Нам остання видається найоптимальнішою, бо поняття організації досить широке і всеохоплююче, тож і включає в себе ті функції, які деякі автори виокремлюють.

Концепція управління як процес взаємопов'язаних функцій синтезувала принципи школи наукового управління, напрямки адміністративної та біхевіористської шкіл в єдину модель. Модифікована та уточнена за допомогою теорії систем та ситуаційного підходу уява про управління як процес є найбільш прийнятною сьогодні моделлю управління. Тому необхідне глибоке розуміння функцій управління.

Однією з найфундаментальніших функцій процесу управління є планування. Планування в менеджменті має три головні цілі:

- 1) внесення моменту свідомої організації господарської діяльності;

- 2) спонукання працівників бачити майбутнє, тобто прищеплювати їм здатність погоджувати щоденні дії з перспективою розвитку підприємства чи організації;

- 3) критерій контролю фактичних параметрів.

Окремо потрібно виділити стратегічне планування як процес вибору цілей для організації і прийняття рішень щодо найкращого способу їх досягнення.

Пітер Лоранс вважає, що стратегічне планування – це інструмент, який допомагає в прийнятті управлінського рішення і виділяє чотири основні види управлінської діяльності в його процесі:

- розподіл ресурсів;
- адаптація до зовнішніх умов;
- внутрішня координація;
- організаційне стратегічне передбачення.

За допомогою планування керівник визначає основне спрямування зусиль для досягнення мети організації.

Стратегія в основному формується і розробляється вищим керівним складом організації, але виконання її передбачає участь всіх рівнів управління.

Планування – процес не одноразовий: розвиток організації, видозміни її мети з врахуванням змін зовнішнього середовища, непередбачуваність майбутнього – зумовлюють постійну потребу корегування планів та їх відповідні зміни. Тому плани складаються на певні часові відрізки і

підлягають корекції для узгодження з реальною ситуацією.

Організація діяльності – друга з важливих функцій управління і нерозривно пов'язана із процесом планування. Організація – це проектування структури організації, розподіл та координація робіт з метою досягнення мети організації, як суб'єкта.

Висновок. Для виконання планів організації необхідно, щоб хтось фактично виконав кожне із завдань, які впливають із мети цієї організації. Для цього керівництво повинно знайти ефективний спосіб поєднання численних змінних факторів, які об'єднують завдання і людей. Постановка мети, забезпечення її політикою, стратегією, процедурами та правилами сприяє вирішенню цієї задачі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вороненко Ю. В. Менеджмент та лідерство в медсестринстві / Ю. В. Вороненко, О. Н. Литвинова. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2001. – 368 с.
2. Журавель В. І. Керівник і підлеглий або про службово-посадові взаємини / В. І. Журавель, В. М. Вайнагій, І. М. Рогач. – Ужгород : – «Закарпаття». – 1997. – 222 с.
3. Журавель В. І. Основи менеджменту в системі охорони здоров'я / В. І. Журавель. – К., 1994.

4. Ричард Л. Дафт Менеджмент. – СПб. : Питер, 2002. – 832 с.
5. Осовська Г. В. Основи менеджменту / Г. В. Осовська. – Житомир : ЖІТІ, 1998. – 600 с.
6. Мескон М. Х. Основи менеджменту: пер. з англ. / М. Х. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоурі. – М. : «Дело», 1992. – 702 с.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЛІКУВАЛЬНА СПРАВА» З МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ

Н. П. Кухарчук

Чортківський державний медичний коледж

Стаття присвячена питанням підготовки фахівців із медицини невідкладних станів у Чортківському державному медичному коледжі. Обґрунтовано необхідність і доцільність підготовки фахівця, який повинен правильно діяти у всіх ситуаціях, що стосуються його професії: міркуючого, енергійного, психологічно-стабільного медика, із усіма необхідними професійними якостями та вмінням використовувати свої знання у конкретній ситуації.

PROBLEM ISSUES OF STUDENTS' TRAINING IN «THERAPEUTIC AFFAIR» ON EMERGENCY MEDICINE

N. P. Kukharchuk

Chortkiv State Medical College

This article is dedicated to main questions of medical workers' training on emergency medicine in Chortkiv State Medical College. The necessity and appropriateness of medical workers' trainings, who will be able to operate properly in all tied to his profession situations: reasoning, energetic, emotionally-stable physician, with all the necessary professional skills and the ability to use his knowledge in a particular situation are substantiated.

Вступ. Екстремальний ритм роботи, необхідність в короткі терміни приймати оптимальні рішення для збереження життя і здоров'я пацієнтів вимагають особливої та ретельної підготовки медичного персоналу. Зрозуміло, що ці знання та вміння не приходять одразу, із виходом на роботу, а формуються поступово, ще під час здобування освіти в медичному навчальному закладі. І саме на цьому етапі підготовки виникає багато проблем: Як заохотити студента до навчання? Як навчити? Як змусити студента з пасивного слухача перетворитись в активно мислячу особистість? І зрештою, як виховати конкурентоспроможного медика?

Здавалося б, необхідно багато працювати зі студентом на заняттях і можна буде досягти високого рівня підготовки. Але кожен із викладачів, ретроспективно, на підсумкових заняттях, на іспитах бачить, що на шляху до мети існують певні труднощі,

пов'язані з доволі великим обсягом програмного матеріалу, стиснутого у вузькі часові рамки, розмаїттям підручників, нудним зубрінням, що є причиною того, що якісні знання часто за цим губляться. Але навіть зважаючи на ці фактори, є зрозумілим, що дрібниць у цій сфері не буває, бо відчасних, рішучих і вмілих дій медиків залежать збереження здоров'я і життя пацієнтів.

Основна частина. У Чортківському державному медичному коледжі з метою вирішення проблемних питань у підготовці студентів за спеціальністю «Лікувальна справа» з медицини невідкладних станів, і не тільки, модернізовано робочі місця в навчальних аудиторіях, обладнаних відповідною контрольно-діагностичною апаратурою, створено сучасні читальні зали із комп'ютерним оснащенням, діє система «Інтранет» із усіма необхідними рекомендаціями для підготовки до занять, самостійної роботи, з лекційним матеріалом. Викладачі училища використовують усі доступні методи для навчального процесу: комп'ютерне тестування,

мультимедійні презентації, навчальні відеофільми, он-лайн конференції, адже, наочно-образні компоненти мислення відіграють важливу роль при підготовці фахівця з медицини невідкладних станів. Використання їх у навчанні є надзвичайно ефективним і значно розширює кругозір студента-медика. Тому при наявності такої потужної матеріально-технічної бази, за нами, викладачами, залишається ще одне, не менш важливе – розвинути зацікавленість у студентів, вміння самостійно вирішувати завдання, активізувати розумову діяльність, адже, як відомо, дива в світі творять не комп'ютери, а люди. І тому ми робимо акцент на «живому» спілкуванні зі студентами, обговорюємо теоретичні питання теми, підкріплюючи інформацію про випадки з життя. У нашому коледжі ми практикуємо особистісно-орієнтований підхід до кожного, адже студенти є різні – слабші та сильніші, швидші у сприйманні та повільніші, тому важливим є саме індивідуальний підхід до студента.

Кожен погодиться, що сьогодні складно собі уявити одну навчальну дисципліну відмежовану від інших предметів професійної підготовки, адже лише володіючи достатніми знаннями з усіх розділів медицини можна говорити про успішне отримання звання «спеціаліста сучасних вимог». З цією метою на практичних заняттях ми постійно повторюємо вивчений матеріал із суміжних дисциплін: хірургії, терапії, фармакології тощо [1, 2].

Таким чином, щоб підвищувати знання і вміння наших студентів, необхідно позбутися формального підходу в навчанні, перетворити органічне засвоєння знань на навчально-пізнавальну діяльність.

Конфуцій говорив: «Перед людиною є три шляхи до пізнання:

- шлях наслідування – найлегший;
- шлях мислення – найблагородніший;
- шлях особистого досвіду – найважчий».

У нашому коледжі не прийнято шукати легких шляхів. Для максимального наближення теоретичної частини підготовки до практичної, за сприяння та ініціативи директора нашого коледжу, заслуженого лікаря України, кандидата медичних наук, Л. С. Білика, ми розпочали співпрацю із бригадою медичної допомоги м. Заліщик, котрі є призерами обласних, Всеукраїнських чемпіонатів та чемпіонату Польщі з медичного рятівництва. Ми розуміємо, що теорія і практика – це дві органічно пов'язані сторони єдиного навчального процесу, де пріоритетну роль відіграє саме практи-

ка, наближена до реальності. А хто ж, як не ці «реальні рятівники» можуть поділитись досвідом, власними відкриттями, емоціями із нашими студентами, заохотити до навчання та особливо до найблагороднішого – до самоосвіти. Така співпраця дає можливість продемонструвати студентам варіанти вирішення поставлених завдань в реальних життєвих ситуаціях, а такий вид навчання поєднує в собі все – і вміння слухати, і бачити, і виконувати, і основне – дає можливість навчитись максимально ефективно працювати в команді.

Якщо попередньо перераховані проблеми ми можемо вирішувати самостійно, в межах навчального закладу, то низка глобальніших проблем потребує загального та спільного вирішення.

На нашу думку, проблемою є те, що в навчальних планах та програмах не передбачено годин занять в бригадах екстреної та невідкладної допомоги, адже безпосереднє спілкування з пацієнтами, їх родичами, участь в прийнятті рішень з приводу тактики ведення пацієнта, а також виконання медичних маніпуляцій, могли б допомогти не лише вдосконалити навички, відпрацювати їх до автоматизму, але і пробудити інтерес до майбутньої професії, визначити, чи людина, відчувши на собі навіть незначну частину нервово-емоційних навантажень, зумовлених відповідальністю за життя і здоров'я пацієнта, «вписується» в рамки своєї майбутньої спеціалізації чи ні.

Важливим у плані підготовки контингенту працівників для медицини невідкладних станів є те, що формування майбутнього спеціаліста, як професіонала, не в останню чергу залежить від його стійкості до комплексу стресових факторів, дія яких постійно супроводжує дану галузь медицини. Більше того, перший період діяльності – вхідження в спеціальність, фізіологічно характеризується високим психоемоційним напруженням на робочому місці. У зв'язку з цим оптимальним було б проводити відбір фахівців на основі наявності у них професійно-необхідних якостей, з урахуванням індивідуально-особистісних характеристик, типу темпераменту, рівня професійної мотивації. Адже відомо, що на сьогоднішній день інші фактори, мають вплив на вибір майбутньої спеціалізації випускника медичного навчального закладу.

Важливою та актуальною, на нашу думку, є проблема впровадження нових європейських протоколів у навчальний процес. Адже, де-факто – надання невідкладної допомоги, зокрема в плані серцево-легеневої та церебральної реанімації,

відбувається згідно з європейськими протоколами, а де-юре – підручники навіть за 2012 рік такої інформації не відображають. Отже, якщо ми намагаємось підготувати фахівців з медицини невідкладних станів, необхідно йти «в ногу з часом», наздоганяти тих, хто попереду, а не чекати тих, хто позаду.

Залишається сподіватись, що нові стандарти, набувши чинності в Україні, таки знайдуть своє відображення і в підручниках із реаніматології, і

наші випускники зможуть якісно та максимально ефективно працювати в екстрених ситуаціях.

Висновок. Таким чином, використання різних форм та методів навчання з багаторазовим відтворенням алгоритмів практичних навичок і аналізом допущених помилок дозволить нам перетворити уміння та знання в навички з надання невідкладної медичної допомоги, і довести їх виконання до автоматизму.

ЛІТЕРАТУРА

1. Подходы к формированию специалиста, оказывающего помощь в экстренных ситуациях / И. П. Журило, С. В. Москаленко, Н. Т. Сушков [и др.] // Медицина неотложных состояний. – 2013. – № 2. – С. 146–147.

2. Волкова Н. П. Професійно-педагогічна комунікація : навч. посіб. / Н. П. Волкова. – К. : ВЦ «Академія», 2006. – 256 с.

**ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ МОЛОДШИХ МЕДИЧНИХ
СПЕЦІАЛІСТІВ З ПРЕДМЕТА «МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ»
ЗА ФАХОМ «СЕСТРИНСЬКА СПРАВА»**

П. Є. Мазур, О. І. Лукашук, Т. М. Лукашук

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського

У статті обгрунтовано необхідність та доцільність вивчення дисципліни «Медицина катастроф» на IV курсі підготовки молодшого медичного персоналу та наведено досвід викладання цієї дисципліни на сестринському відділенні Кременецького медичного училища імені Арсена Річинського.

**PECULIARITIES OF TEACHING THE DISCIPLINE «MEDICINE OF
CATASTROPHES» FOR JUNIOR MEDICAL SPECIALISTS AT THE NURSING
DEPARTMENT**

P. Ye. Mazur, O. I. Lukashchuk, T. M. Lukashchuk

Kremenets Medical School by Arsen Richynskiy

The article adduces the necessity and expedience of studying the discipline «Medicine of catastrophes» on the prediploma stage of gunior medical and specialist's training the experience of teaching of this discipline at the nursing department of Kremenets Medical School by Arsen Richynskiy.

Вступ. Події, які відбуваються у світі, демонструють, що, незважаючи на високі темпи росту країн різного ступеня економічного розвитку, природні стихійні лиха завдають їм значних матеріальних втрат та численних людських жертв. Землетруси, пожежі, цунамі, тайфуни, снігопади, ожеледиця, повені усе частіше нагадують про необхідність прораховувати можливість їхньої появи та застосовувати повномасштабну ліквідацію їх наслідків. Поряд із природними катастрофами на даний час часто виникають регіональні збройні конфлікти, терористичні акти, в яких є велика кількість загиблих та поранених людей [1].

Зростаюча кількість катастроф ставить перед галуззю охорони здоров'я відповідні завдання та спонукає викладачів медицини катастроф медичних закладів України впроваджувати у навчальний процес ефективніші методи викладання. Це пов'язано з величезним попитом на компетентних фахівців, які можуть розв'язати проблеми сучасності. Адже найкраще задовольняти ці потреби суспільства може освіта [2].

© П. Є. Мазур, О. І. Лукашук, Т. М. Лукашук, 2013

Основна частина. Цілеспрямоване вивчення дисципліни «Медицина катастроф» (МК) та її розділу – організації медичного забезпечення населення в надзвичайних ситуаціях (НС) у системі вищих медичних навчальних закладів дозволить набути знань, які необхідні студентам для виконання обов'язків медпрацівника в майбутньому. Основне завдання навчання – підготувати випускників до практичного виконання обов'язків у спеціальних формуваннях охорони здоров'я, формуваннях та закладах медичної служби цивільної оборони та служби МК [2].

Для медпрацівників середньої ланки знання системи лікувально-евакуаційного забезпечення населення в НС є вкрай необхідним. Це пов'язано з необхідністю швидких професійних дій в таких умовах, неприпустимості безладдя та паніки з боку медичного персоналу, що може призвести до великих людських втрат через непрофесійні дії [3].

У рамках цього предмета медсестри знайомляться з питаннями основних заходів та засобів захисту населення в НС, силами та засобами Державної служби медицини катастроф (ДСМК), правовими, директивними та нормативними актами

України щодо перебудови системи медичного постачання лікувальних закладів при НС, принципами лікувально-евакуаційного забезпечення в системі ДСМК, санітарно-гігієнічним та протиепідемічним забезпеченням населення в зоні НС тощо. Студентів також ознайомлюють із заходами щодо запобігання або зменшення ступеня ураження людей, своєчасного надання медичної допомоги потерпілим та їх лікування [4].

З метою вдосконалення навчального процесу в нашому училищі розроблено тестові завдання для кожного студента по кожній темі (по 15 завдань), ситуаційні задачі різних рівнів складності (індивідуальні, ситуаційні, рольові). Згідно зі змістом задач першого рівня складності залежно від конкретної НС студент повинен визначити тип та тяжкість ушкодження, зробити сортування постраждалих, визначити послідовність евакуаційних засобів, тип лікувально-профілактичного закладу, куди потрібно евакуювати потерпілого. Задачі другого рівня складності містять завдання стосовно безпосереднього надання першої медичної та долікарської допомоги в осередку НС. Задачі третього рівня стосуються алгоритму надання медичної допомоги постраждалим в НС. На лекційні та практичні заняття створено методичні розробки. Розроблено каталог рекомендованої до самостійного вивчення студентами літератури. До всіх практичних занять є в наявності алгоритми практичних навичок [5].

Із метою підвищення викладацької майстерності, запозичення досвіду та узгодження навчального матеріалу викладачами практикуються взаємні відвідування занять з наступним їх обговоренням на засіданнях циклових комісій. Для оптимізації навчального процесу використовуються комплексний підхід зі сполученням традиційних форм

навчання й сучасних навчально-інформаційних технологій, спрямованих на підвищення якості підготовки молодшого медичного персоналу. На всі види аудиторних занять підготовлено ілюстративний матеріал: таблиці, мультимедійні презентації. В училищі створено відеотеку з 10 навчальних фільмів із тематики природних, техногенних катастроф. Така форма організації навчання є важливою для максимально ефективного засвоєння теоретичного матеріалу, опрацювання практичних навичок та стимулювання інтересу студентів до дисципліни медицини катастроф [6].

Контроль знань з дисципліни проводиться згідно з принципами різноманітності (заліки, опитування усне або письмове, реферати, тести), систематичності (попередній, поточний, підсумковий, заключний), всебічності (контроль охоплює основні розділи навчальної програми), диференційованості (враховує особливості студентів), об'єктивності [7].

Висновки. Отримання спеціалізованої медичної освіти забезпечує всебічну підготовку молодшого медичного спеціаліста. Якісна організація, керування та корегування навчального процесу згідно з результатами контролю знань, професійне та відповідне поєднання усіх його елементів сприяє підвищенню якості навчального процесу і як наслідок – якості підготовки медсестер. Набуті знання дозволять майбутнім медпрацівникам правильно діяти в надзвичайній обстановці.

Таким чином, вивчення дисципліни «Медицина катастроф» у системі медичної освіти сприяє підготовці кваліфікованих молодших спеціалістів, які здатні виконувати свої професійні обов'язки не тільки в умовах мирного часу, але й в НС, що дозволить зменшити людські втрати та запобігти розвитку санітарної катастрофи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Камбалов М. Н. Онеобходимости совершенствования организации преподавания дисциплины «Медицина экстремальных ситуаций» при подготовке офицеров медицинской службы запаса / М. Н. Камбалов, С. А. Анашкина // Военная медицина. – 2008. – № 1. – С. 15–16.
2. Про створення Державної служби медицини катастроф : Постанова Кабінету Міністрів України від 14 квітня 1997 р. № 343. – К., 1997. – 3 с.
3. Медицина катастроф / [Гридасов В. І., Ковальов В. М., Катрич М. В. та ін.]. – Х. : НфаУ, 2002. – 294 с.
4. Особенности преподавания медицины катастроф в медицинском вузе / С. В. Флюрик, В. М. Ивашин, В. Н. Корабач, А. Н. Глебов // Совершенствование системы подготовки военных кадров на военном фа-

культете : матер. II военно-науч. конф. – Гродно, 2008. – С. 113–117.

5. Якімов Ю. М. Медицина катастроф : навч.-метод. посіб. / Ю. М. Якімов, В. М. Савченко, Ю. В. Радченко. – Х. : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2006. – 156 с.

6. Поняття «компетентності» та «компетенції» у підготовці фахівців Державної служби медицини катастроф / І. В. Кочін, Д. В. Ількаєв, О. М. Акулова [та ін.] // Запорозький медичний журнал. – 2008. – № 4. – С. 150–152.

7. Охорона праці та безпека життєдіяльності населення при надзвичайних ситуаціях : навч. посіб. / [І. В. Кочін, Г. О. Черняков, П. І. Сидоренко та ін.]; за ред. проф. І. В. Кочіна. – К. : Здоров'я, 2005. – 432 с.

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ У СТРУКТУРІ ПІДГОТОВКИ МЕДПРАЦІВНИКІВ

О. С. Федорці, Т. О. Третяк

Обласний комунальний заклад «Дніпропетровське медичне училище»

У статті висвітлено роль самостійної роботи студентів у вихованні компетентної особистості, орієнтованої на майбутню професію.

STUDENTS' INDEPENDENT WORK IN THE STRUCTURE OF MEDICAL WORKERS' TRAINING

O. S. Fedortsi, T. O. Tretiak

Regional Municipal Institution «Dnipropetrovsk Medical School»

The article adduces the role of students' independent work in the education of competent individual, oriented on future profession.

Вступ. Важливим завданням вищої медичної освіти є підготовка висококваліфікованих і досвідчених медичних сестер, здатних до самостійної діяльності, конкурентоспроможних, компетентних, відповідальних та орієнтованих у суміжних галузях діяльності, здатних до ефективної праці на рівні світових стандартів та постійного професійного самовдосконалення.

Рішення цього завдання суттєво залежить від здатності студента самостійно опрацьовувати навчальний матеріал. Організовує та скеровує самостійну роботу студента викладач.

Основна частина. Термін «студент» латинсько-го походження, в перекладі на українську означає – той, хто ретельно працює, займається, опановує знання. У середні віки студентами називали будь-яких осіб, зайнятих процесом пізнання [1].

Наразі актуальними стають вимоги до особистісних якостей сучасного студента, а саме: вміння самостійно поповнювати та поновлювати знання, вести самостійний пошук необхідних матеріалів, бути творчою особистістю [2]. Гуманізація вищої освіти робить неможливим процес навчання без врахування індивідуальності кожного студента, надання кожному права вибору шляхів і способів навчання.

Організація і курація самостійної роботи студентів – відповідальна і складна сфера діяльності викладача, яка пов'язана з усіма формами навчального процесу і разом з тим специфічна за своїм змістом. Самостійна робота – це творча діяльність студентів спрямована на усвідомлення навчального матеріалу і відпрацюванню на цьому підґрунті відповідних вмінь та навичок.

Зміст самостійної роботи визначається вимогами щодо формування відповідних компетенцій в аудиторних та позааудиторних умовах, досвідом, професійністю викладачів, ступенем підготовленості студентів.

Відомо, що успішна навчальна діяльність, а особливо діяльність самостійна, повинна спиратися на відповідну мотивацію того, хто навчається. Тому однією з основних задач при організації самостійної роботи студента є стимулювання його реального інтересу до навчання.

Можна виділити декілька типів мотивації, які у сукупності формують зацікавленість студента в навчанні.

Один з них – внутрішня мотивація, яка пов'язана з психологічним портретом студента і визначає його прагнення до знань. Інший – зовнішня мотивація, яка стосується як і навчального процесу, так і особистості студента. При цьому мотива-

ми, які формують інтерес студента до занять є престижність спеціальності, відповідні групові чи сімейні традиції, інші аналогічні фактори.

Наступний тип може бути названий процесуальним або навчальним. Виникнення стимулів, які спонукають до занять у цьому випадку формуються характером навчального процесу та його організації. Тут стимулом може бути необхідність вивчення тієї чи іншої дисципліни, яка потрібна для оволодіння професійними вміннями та навичками. Інші стимули такого ж роду – бажання отримати підвищену стипендію, пріоритетний розподіл на роботу та ін.

Тому для успішної організації самостійної роботи студента викладачеві необхідно зосередити увагу на заходах, які спрямовані на стимуляцію мотивації студентів до навчання [3].

Вища школа істотно відрізняється від середньої методикою навчальної роботи і ступенем самостійності тих кого навчають. Студент сам здійснює пізнання. Жодні знання, якщо вони не підкріплені самостійною діяльністю, не можуть стати справжнім надбанням людини. Крім того, самостійна робота має виховне значення: вона формує самостійність не лише як сукупність вмінь та навичок, а й як важливу рису характеру в структурі особистості фахівця. Саме тому, процес відбору матеріалу для самостійної роботи повинен здійснюватися під керівництвом викладача.

До того ж у медичному навчальному закладі необхідно пам'ятати, що майбутній медпрацівник повинен володіти здібностями клінічно мислити, вміти плідно взаємодіяти з іншими спеціалістами, пов'язаними з ним загальною проблемою. Крім того, рівень ефективності майбутнього фахівця на займаній посаді залежить від рівня його загальної культури, чим він вищий, тим ширший його світогляд і здібність асоціативно мислити, можливість чітко формулювати й вирішувати проблему. Високий рівень культури визначає запас знань, які сьогодні, можливо, не потрібні, але в подальшому можуть знадобитися спеціалісту в його професійній діяльності. При розробці завдань для самостійної роботи викладачі повинні керуватися

вимогами міждисциплінарної інтеграції своєї дисципліни відповідно до медичної спеціальності.

Важливу роль у системі організації самостійної роботи студентів відіграють консультації. За формою консультації можуть бути груповими та індивідуальними; за змістом – проблемними, інформаційними, оглядовими, цільовими, дискусійними; за видами – перед лекцією, перед заліком, іспитом, виробничою практикою та ін.

Індивідуальні співбесіди надзвичайно ефективний метод спілкування викладача та студента. Втілення цього виду роботи зумовлено рядом факторів. По-перше, зміст кожної теми курсу досить об'ємний, що робить неможливим розглянути всі питання на лекційних та практичних заняттях. По-друге, очевидна доцільність перевірки ступеню засвоєння студентами питань, які розглядаються лише на лекціях. По-третє, існує велика кількість актуальних питань, які цікавлять студентів, але вони не включені до навчальних програм. Пошуками відповідей на ці питання необхідно керувати, щоб поза увагою не залишалися суперечливі питання.

Індивідуальні співбесіди потребують сили та часу викладача, але є ефективними: підвищують рівень загальної культури, формують професійне мислення студентів, їх вміння самостійно ставити та вирішувати проблеми. А як наслідок з'являється нова мета навчального процесу – виховання компетентної особистості, орієнтованої на майбутнє, здібної вирішувати типові проблеми і задачі, виходячи з набутого досвіду і адекватної оцінки конкретної ситуації.

Рішення цих задач неможливе без підвищення ролі самостійної роботи студентів над навчальним матеріалом, посилення відповідальності викладача за стимулювання професійного зростання студентів та виховання їх творчої активності та ініціативи.

Висновок. Самостійна робота розвиває у студентів пізнавальну діяльність, сприяє якісному формуванню розуміння майбутньої професійної діяльності, тому повинна розглядатися у вищому навчальному закладі як засіб навчання, виховання і форма науково-практичного пізнання відповідно до нового галузевого стандарту з урахуванням професійних компетенцій.

ЛІТЕРАТУРА

1. <http://www.stud24.ru/sociology/lichnost-studenta/130905-384026-page1.html>
2. Солова Н. В. Организация и контроль самостоятельной работы студентов / Н. В. Солова. – Самара : «Универс-групп», 2006.

3. Давлицарова К. Е. Манипуляционная техника / К. Е. Давлицарова. – М. : Форум – Инфа, 2005.