

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

МЕДСЕСТРИНСТВО

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

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

NURSING

UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

3/2013

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)

Мамікіна 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
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний
університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України»
(протокол № 3 від 17.09.2013 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 18.09.2013. Формат 60x84/8.

Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. № 1

Ум. друк. арк. 3,95. Обл.-вид.арк. 3,16

Тираж 600. Зам. № 266

Видавець і виготівник

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

ЗМІСТ

С. М. Геряк, Т. М. Глоба, І. Я. Кузів
Акушерське значення кардіальних та метаболічних факторів ризику у вагітних із артеріальною гіпертензією

4

С. О. Ястремська, О. О. Куца
Догляд за пацієнтами з хворобою Альцгеймера

7

А. В. Парфеній
Аспекти психологічної допомоги кризових станів ВІЛ-інфікованих пацієнтів

12

І. М. Білоконь
«Несолодке життя», або як навчитись керувати цукровим діабетом

15

Н. В. Авдошенко
Використання інноваційних технологій у викладанні лекційного матеріалу в медичних сестер

18

О. Н. Литвинова, Н. І. Макарова, М. О. Хуторянська
Контроль і мотивація в діяльності старшої та головної медсестер

20

О. В. Паніхідіна
Використання інтерактивних методів навчання під час викладання практичних занять у медичних сестер

23

Б. А. Локай
Роль навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги під час реформування медичної галузі

25

Х. І. Козак, М. І. Марущак
Поширеність аліментарного ожиріння і фактори, що сприяють його розвитку

27

В. М. Городовіченко
Емоційне вигорання – плата за співчуття

30

CONTENTS

S. M. Heryak, T.M. Hloba, I. Ya. Kuziv
Obstetrical value of cardiac and metabolic risk factors in pregnant women with hypertension

S. O. Yastremska, O.O. Kutsa
Care for patients with Altsheimer illness

A. V. Parfeniy
Psychological aspects of the aid crisis state of HIV-infected patients

I. M. Bilokon
«Bitter life» or how to manage life with diabetes mellitus

N. V. Avdoshenko
Use of the innovative technology in teaching lectures to nurses

O. N. Lytvynova, N. I. Makarova, M. O. Khutoryanska
Control and motivated of business senior and chief nurses

O. V. Panikhidina
Use of interactive methods of training during carrying out a practical training of nurses

B. A. Lokay
Role of educational and practical centers of primary health care during the healthcare reforming

Kh. I. Kozak, M. I. Marushchak
Prevalence alimentary obesity and factors that contribute to its development

V. M. Horodovichenko
Emotional burnout is payment for sympathy

АКУШЕРСЬКЕ ЗНАЧЕННЯ КАРДІАЛЬНИХ ТА МЕТАБОЛІЧНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ВАГІТНИХ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

С. М. Геряк, Т. М. Глоба, І. Я. Кузів

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

При клінічному та параклінічному обстеженні 100 вагітних із артеріальною гіпертензією виявлено порушення матково-плацентарного кровотоку, прогресування фетоплацентарної дисфункції, затримку внутрішньоутробного росту плода, народження дітей з малою масою тіла до терміну гестації, що суттєво погіршує перебіг вагітності внаслідок поєданого впливу обтяженої спадковості з боку серцево-судинних захворювань та інших провокуючих чинників, в тому числі застосування комбінованих оральних контрацептивів, що провокує атерогенне ураження артеріального русла на тлі метаболічних змін, ангиопатії та розвитку кардіоваскулярного ремоделювання.

OBSTETRICAL VALUE OF CARDIAC AND METABOLIC RISK FACTORS IN PREGNANT WOMEN WITH HYPERTENSION

S. M. Heryak, T.M. Hloba, I. Ya. Kuziv

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

Clinical and laboratory examination of 100 pregnant women with hypertension found violations of the utero-placental blood flow, progression of fetoplacental dysfunction, intrauterine growth retardation, infants with low birth weight to gestational age, which significantly worsens during pregnancy due to the combined influence of family history of cardiovascular disease and other trigger factors, including the use of combined oral contraceptives that provokes atherogenic lesions of arterial vessels against metabolic changes, angiopathy and development of cardiovascular remodelling.

Вступ. На сьогодні, згідно з даними, оприлюдненими ВООЗ, питання артеріальної гіпертензії у вагітних залишається важливою, але водночас невирішеною проблемою [1, 4]. Незважаючи на низку профілактичних та лікувальних заходів, гестаційні гіпертензивні стани, що включають хронічну і гестаційну артеріальну гіпертензію, пре-еклампсію та еклампсію супроводжуються високими показниками материнської і перинатальної смертності та захворюваності новонароджених [2, 5]. Серед основних факторів, що сприяють розвитку артеріальної гіпертензії у жінок молодого віку є обтяжена спадковість, надлишкова

маса тіла, перенесена прееклампсія при попередніх вагітностях та пологах, патологія сечовидільної та серцево-судинної систем [3, 5].

Основна частина. Мета дослідження – встановити роль кардіальних та метаболічних чинників та оцінити їх клінічне значення у динаміці прогресуючої вагітності у жінок із артеріальною гіпертензією (АГ).

Під спостереженням перебували 100 жінок основної групи (середній вік $29,6 \pm 1,5$ року), у яких була діагнована артеріальна гіпертензія або інша форма гіпертензивних порушень під час вагітності. При цьому АГ I стадії діагностували у 31 вагітної, АГ II стадії – у 27 вагітних і гестаційну АГ – у 42 вагітних жінок.

Вагітні групи спостереження вели щоденник самоконтролю, фіксуючи динаміку артеріального тиску і частоти серцевих скорочень, всім проведено добове моніторування артеріального тиску, діурезу і маси тіла, контроль прийому антигіпертензивних препаратів, а з 28 тижнів гестації – моніторинг рухової активності плода. Окрім загальноклінічних методів обстеження, в II половині вагітності проводили УЗД плода з плацентометрією, фетометрією, доплерометричним дослідженням кровотоку в судинах матки і пуповини, щотижневий динамічний кардіотокографічний контроль. Контрольну групу порівняння склали 34 практично здорові жінки (середній вік $25,7 \pm 1,4$ року) з неускладненим перебігом вагітності і пологів, що народили здорових доношених дітей. У цій групі також здійснювалося ретельне клінічне спостереження впродовж гестаційного і післяпологового періодів.

Для добового моніторування артеріального тиску і частоти пульсу використовували апарат АВРМ-04, пороговими рівнями артеріального тиску для діагностики артеріальної гіпертензії були 130/80 мм рт. ст. Ліпідний спектр сироватки крові визначали на автоматичному біохімічному аналізаторі. Рівень глюкози у венозній крові – глюкооксидазним методом. Усі виміри виконували тричі впродовж вагітності (у кінці кожного триместру).

Мікроальбумінурію оцінювали шляхом кількісного визначення добової екскреції альбуміну з сечею. УЗД серця і судин здійснювали на апараті TOSHIBA Power Vision Millenium (Японія), EchoKG проводили в одно- (М-) і двомірному (У-) режими.

Антропометричні дані жінок враховували початково в прекоцепційному періоді або з врахуванням збільшення маси впродовж вагітності. ІМТ розраховували за формулою Кетле. Сукупність не менше трьох з п'яти рекомендованих NCEP (2002) і ESH, ESC (2007) ознак – абдомінальне ожиріння, рівень глюкози плазми натщесерце $\geq 5,6$ ммоль/л, АТ $> 130/85$ мм рт. ст., ХС ЛПВЩ $< 1,2$ ммоль/л і ТГ $> 1,7$ ммоль/л – свідчив про наявність у жінок метаболічного синдрому (МС).

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою пакета програми «SPSS_13» (SPSS Inc., США), рекомендованої для вживання в медико-біологічній статистиці.

Аналізуючи параметри роботи серцево-судинної системи і факторів ризику у вагітних жінок основної групи, порівняно з даними контрольної групи,

було встановлено, що середній вік пацієнток з артеріальною гіпертензією на 13 % ($p > 0,05$) перевищував середньовікову ланку пацієнток контрольної групи. Окрім того, вагітні з підвищеним артеріальним тиском мали частіше, ніж вагітні контрольної групи, спадковість, обтяжену серцево-судинним захворюванням. До вагітності 21,6 і 8,4 % респондентів ($p < 0,05$) мали досвід застосування комбінованих оральних контрацептивів. Частота обтяженої спадковості за гестозом не розрізнялася в порівнюваних групах (13,7 і 9,4 %), але гестоз в анамнезі попередніх вагітностей мали 16 і 45 жінок із гіпертонічною хворобою ($p < 0,05$) і перебіг справжньої вагітності в основній групі ускладнилося розвитком поєданого гестозу в кожному п'ятому випадку ($p < 0,05$). Як підсумок, маса тіла новонароджених у жінок з неускладненим перебігом вагітності була більшою, а оцінка за шкалою Апгар – вищою, ніж у хворих із гіпертензивними порушеннями ($p < 0,001$). У здорових жінок контрольної групи ліпідний профіль сироватки крові суттєво відрізнявся від ліпідного спектра в хворих основної групи впродовж усієї вагітності. У вагітних із артеріальною гіпертензією спостерігали вищі показники загального холестерину, ліпопротеїдів низької щільності, триацилгліцеридів, нижчі показники ліпопротеїдів високої щільності. Початкова (у I триместрі) атерогенна дисліпідемія у вагітних першої групи чітко асоціювалася з гестозом і низькою масою тіла новонароджених (менше 2500 г). Так, наявність перенесеного гестозу в анамнезі корелювала з концентрацією холестерину ($r_s = 0,63$; $p < 0,001$), триацилгліцеридів ($r_s = 0,57$; $p < 0,001$), ліпопротеїдів низької щільності ($r_s = 0,48$; $p < 0,001$), індексом атерогенності ($r_s = 0,51$; $p < 0,001$). Розвиток поєданого гестозу був пов'язаний зі значеннями ТГ ($r_s = 0,38$; $p < 0,01$), ХС ліпопротеїдів низької щільності ($r_s = 0,37$; $p < 0,01$), ліпопротеїдів високої щільності ($r_s = -0,45$; $p < 0,001$), ліпопротеїдів високої щільності / ліпопротеїдів низької щільності ($r_s = -0,42$; $p < 0,01$). Народження дітей з низькою масою пов'язаний зі значеннями холестерину ($r_s = 0,35$; $p < 0,05$), ліпопротеїдів низької щільності ($r_s = 0,32$; $p < 0,05$).

До кінця II і III триместрів підвищувався рівень холестерину в основній групі хворих із артеріальною гіпертензією, відповідно, на 18,4 і 33,1 % (у контрольній групі – на 14,1 і 27,7 %), триацилгліцеридів – на 32,7 і 80,9 % (32,5 і 74,4 %, відповідно), ліпо-

протеїдів низької щільності – на 9,8 і 26,2 % (17,4 і 30,0 %), ліпопротеїдів дуже низької щільності – на 32,4 і 81,2 % (32,1 і 77,4 %), ліпопротеїдів високої щільності – на 2,3 і 9,3 % (20,2 і 25,7 %). Незначне зростання рівня ліпопротеїдів високої щільності у жінок з артеріальною гіпертензією впродовж гестації при істотному підвищенні концентрації загального холестерину супроводжувався збільшенням індексу атерогенності на 21,8 і 28,8 % ($p < 0,001$).

Порушення глікемії натщесерце було зафіксовано у 23 і порушення толерантності до глюкози – у 6 вагітних основної групи. Маса дітей при народженні в обох групах була пов'язана з материнським індексом атерогенності ($r_s = 0,56$; $p < 0,001$), відношенням ліпопротеїдів високої щільності / ліпопротеїдів низької щільності ($r_s = 0,51$; $p < 0,001$).

Разом з тим, встановлено, що застосування гормональної контрацепції може негативно вплинути на перебіг наступної вагітності, а саме розвитком артеріальної гіпертензії ($r_s = 0,29$; $p < 0,05$), а обтяжений щодо серцево-судинних захворювань сімейний анамнез є найважливішим фактором ризику, що не модифікується.

При детальнішому аналізі факторів ризику у вагітних із артеріальною гіпертензією, ми відмітили чіткий зв'язок з позитивним вектором між індексом маси тіла і віком ($r_s = 0,35$; $p < 0,01$), частотою гестозів ($r_s = 0,41$; $p < 0,01$) і з негативним вектором – оцінкою новонароджених за шкалою Апгар ($r_s = -0,56$; $p < 0,001$).

Шляхом ехоскопічної діагностики серця у жінок у кінці I триместру вагітності було виявлено виражену гіпертрофічну перебудову лівого шлуночка

у хворих із артеріальною гіпертензією. Серед геометричних типів лівого шлуночка в контрольній групі здорових вагітних переважала нормальна геометрія серця, а в групах із артеріальною гіпертензією – концентрична гіпертрофія і концентричне ремоделювання. Глобальна систолічна функція лівого шлуночка була нижча при артеріальній гіпертензії. Збільшення частоти ексцентричної геометрії лівого шлуночка спостерігалось в динаміці вагітності та у хворих на гіпертонічну хворобу. Разом з тим, адекватна антигіпертензивна терапія у вагітних жінок з артеріальною гіпертензією сприяла регресу концентричної гіпертрофії в одній третині випадків.

Висновки. 1. Зростання частоти випадків розвитку артеріальної гіпертензії в жінок у період гестації може бути пов'язане із поєднаним впливом обтяженої спадковості щодо серцево-судинного захворювання із гестаційною артеріальною гіпертензією або гестозом в анамнезі та іншими проковуючими чинниками, а саме застосуванням комбінованих оральних контрацептивів.

2. Гіпертонічна хвороба у вагітних жінок, як правило, проковується атерогенним ураженням артеріального русла як результату дисліпідемії на тлі метаболічних змін.

3. Кардіоваскулярне ремоделювання, яке має місце при гіпертонічній хворобі у вагітних жінок проковує порушення матково-плацентарного кровотоку, сприяє прогресу фетоплацентарної дисфункції, затримці внутрішньоутробного росту плода, народженню дітей з малою масою тіла до терміну гестації, суттєво погіршує перебіг вагітності, приводить до раннього приєднання гестозу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Структура факторов риска, пораженный органов-мишеней и метаболических изменений у больных артериальной гипертензией в различных возрастных группах / С. А. Бойцов, А. М. Уринский, Р. Л. Кузнецов, Ю. М. Поздняков // Кардиология. – 2009. – № 4. – С. 19–24.

2. Захаров И. В. Эпидемиология и особенности терапии эссенциальной гипертензии у беременных / И. В. Захаров // Вестник ВолГМУ. – 2006. – № 2 (18). – С. 65–66.

3. Паращук Ю. С. Гипертоническая болезнь и беременность / Ю. С. Паращук, А. А. Егоров // Женское здоровье. – 2005. – № 2. – С. 35.

4. Радзинский В. Е. Проблемы гестоза и подходы к их решению / В. Е. Радзинский, Т. В. Галина // Казанский медицинский журнал. – 2007. – Т. LXXXVIII, № 2. – С. 114–117.

5. Шафарчук В. М. Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з артеріальною гіпертензією / В. М. Шафарчук // ПАГ. – 2006. – № 5. – С. 73–75.

ДОГЛЯД ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ХВОРОБОЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

С. О. Ястремська, О. О. Куца

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

За останні десять років спостерігається тенденція до зростання числа хворих із дистрофічними і деструктивними змінами центральної нервової системи (зокрема, хворобою Альцгеймера), котрі за станом свого здоров'я вже не можуть самі подбати про себе і потребують належного догляду, волонтерської допомоги. У даній статті розглядаються питання догляду за хворими з таким діагнозом та надаються поради людям, які здійснюватимуть догляд за цими хворими.

CARE FOR PATIENTS WITH ALTSHEIMER ILLNESS

S. O. Yastremska, O. O. Kutsa

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

For the last ten years the tendency to the growth of number of patients with dystrophic and destructive changes of central nervous system can be observed (in particular, Alzheimer illness), who, for the reason of the state of health, can not take care for themselves and that's why need careful attendance, volunteer help.

In this article, the issues for care for patients with such diagnosis are being considered and advices for people, who would take care, are given.

Вступ. Хвороба Альцгеймера – це невиліковне захворювання центральної нервової системи дегенеративного типу. Для нього характерна втрата пам'яті, мови, логіки та інших розумових здібностей, що відбуваються постійно. Ця хвороба найчастіше зустрічається у людей похилого віку. Згідно зі статистикою, ризик прояву хвороби Альцгеймера значно підвищується у людей після 65 років. При цьому дане захворювання вважається на сьогоднішній день однією з найпоширеніших причин слабоумства у людей похилого віку [1].

Точної причини появи цієї хвороби достеменно не відомо. Проте хворобу Альцгеймера прийнято вважати наслідком руйнування значної кількості нервових клітин, а також нестачі тих речовин, які потрібні для процесу передачі нервових імпульсів. Існує безліч теорій, що пояснюють по-

яву цієї хвороби. До них належать травми, погана спадковість, віруси, вплив зовнішніх токсичних факторів (алюміній, нітрати), патологічні реакції імунітету [1, 2].

Прогресуюча втрата пам'яті, нездатність мислити, спілкуватися з іншими, виконувати повсякденні обов'язки вимагають постійної опіки за цими людьми. Це лягає на плечі рідних та друзів. Постійно опікуватися хворою на втрату пам'яті людиною надзвичайно важка справа як фізично, так і морально.

Інформація про біологічні основи хвороби, її перебіг і особливості догляду може бути дуже корисна родичам хворих передусім, але також і медичним працівникам, які мають більше знати про своїх підопічних [3, 4].

Основна частина. Лікарі і філософи Стародавньої Греції і Риму пов'язували старість з ослабленням розуму [3], однак лише в 1901 році німецький психіатр Алоїс Альцгеймер відзначив випадок

хвороби, яка згодом була названа його ім'ям. Аналіз захворювання п'ятидесятирічної Августи Д. він опублікував вперше в 1906 році, після того як пацієнтка, за якою він спостерігав, померла [3]. Протягом наступних п'яти років у медичній літературі з'явилося ще одинадцять схожих описів, причому автори деяких із них вже використовували термін «хвороба Альцгеймера». Еміль Крепелін був першим, хто назвав хворобу Альцгеймера самостійним захворюванням. Термін «хвороба Альцгеймера» був формально прийнятий в медичну номенклатуру як назва захворювання, що діагностується незалежно від віку при наявності відповідних симптомів, які розвиваються характерним чином і супроводжуються появою типових нейропатологічних ознак [7–11].

Хвороба Альцгеймера може виникнути у будь-якої людини, незважаючи ні на становище у суспільстві, ні на рівень добробуту. На розвиток хвороби Альцгеймера не впливає ні національність, ні колір шкіри. Дегенеративний характер захворювання передбачає обов'язковий догляд за хворим, який дещо простіше проводити на ранніх стадіях хвороби. З прогресуванням захворювання, догляд стає все більш необхідним, і все більш складним [5, 7].

Доглядати за пацієнтом із деменцією часом буває дуже важко. Проте є ряд прийомів, які можуть допомогти впоратися з ситуацією [3–9]. Ось деякі з них:

1. Встановити режим пацієнтові, намагаючись зберегти його звичні заняття. Завдяки режиму повсякденне життя хворого стає більш організованим, впорядкованим. Це є джерелом впевненості, захищеності, він повинен якомога більше зберігати звичний порядок життя хворого.

2. Підтримувати незалежність хворого. Хворий повинен якомога довше залишатися незалежним. Це полегшує роботу того, хто доглядає і допомагає зберігати пацієнтові почуття поваги до себе.

3. Допомогати зберігати хворому почуття власної гідності. Людина, за якою доглядають, є особистістю, не позбавленою почуттів. Ставлення до хворого, вчинки доглядальника впливають на пацієнта. Потрібно бути терплячим, поважати почуття хворого, не обговорювати стан хворого в його присутності.

4. Утримуватися від конфліктів. Конфлікти викликають стрес як у хворого, так і в опікуна. Тому потрібно намагатися зберігати спокій у будь-якій ситуації. Не проявляти гнів, розчарування і дратів-

ливість. Завжди пам'ятати – винна хвороба, а не людина.

5. Намагайтеся постійно привертати увагу хворого, даючи йому прості завдання. Хворий повинен чимось займатися, однак, заняття повинні бути легкими і доступними. Не можна давати занадто важкі завдання, їх вибір повинен бути обмежений. Невиконані завдання викликають стрес і сприяють погіршенню стану.

6. Створювати умови для максимального прояву наявних у хворого здібностей. Заняття хворих повинні бути ретельно продумані. Вони підвищують повагу і почуття власної гідності. Це потрібно підтримувати постійно. Зайнятість в будинку надає життю пацієнта мети і значення. Однак, не забувати, що хвороба Альцгеймера – прогресуюче захворювання. Здібності хворого з перебігом захворювання можуть змінюватися. Той, хто здійснює догляд за пацієнтом повинен бути спостережливим і готовим змінити характер занять хворого, щоб не викликати у нього стрес.

7. Дбати про безпеку в будинку. Прояви захворювання такі як втрата пам'яті і порушення координації рухів підвищують ризик травмування хворого. Необхідно зробити будинок якомога безпечнішим.

8. Підтримувати спілкування з пацієнтом. З розвитком хвороби спілкування з пацієнтом постійно ускладнюється. У цьому випадку рекомендується:

- перед тим як говорити, перевірити чи слухає вас хворий;
- говорити чітко, повільно, дивлячись в обличчя пацієнтові, тримаючи голову на рівні очей пацієнта;
- проявляти душевну теплоту і любов, обіймаючи хворого, якщо це його не скоує;
- перевіряти, чи не порушені відчуття хворого, наприклад, зір або слух; може статися, що хворому потрібні нові окуляри або погано працює слуховий апарат;
- звертати увагу на інші засоби вираження потреб хворого. Пацієнти з розладом мови виражаються іншими – не словесними засобами.

9. Використовувати наочні посібники для підтримки пам'яті хворого. Наочні посібники можуть допомогти пацієнтові згадувати певні речі, відчувати себе впевненіше. Наочні посібники підбираються залежно від особистісних якостей пацієнта, значних подій у його житті. Наприклад: на видному місці можна помістити зображення родичів, з чітким зазначенням імен, щоб хворий

міг постійно нагадувати собі, хто є хто. Можна на дверях кімнат написати їх назви. Назви повинні бути яскравими, чіткими. На пізніх стадіях захворювання наочні посібники не так корисні.

10. Заохочувати фізичні вправи, необхідні та корисні для здоров'я пацієнта. Фізичні вправи допомагають на деякий час зберегти існуючі фізичні та розумові здібності хворого. Фізичні навантаження повинні відповідати стану хворого. За порадою необхідно звернутися до лікаря.

11. Зберігати почуття гумору. Намагайтеся сміятися разом з хворим, а не над ним. Гумор відмінно позбавляє від стресу.

Практичні поради по догляду за пацієнтами з хворобою Альцгеймера

1. Купання і особиста гігієна. Пацієнт може забувати вмиватися, тому що не бачить необхідності у вмиванні або може забути, як це робиться. Намагаючись допомогти хворому, необхідно зберегти його особисту гідність. Тому:

- потрібно намагатися дотримуватися колишніх звичок хворого при вмиванні, зробити вмивання чимось приємним, допомогти хворому розслабитися;
- прийняття душу може бути простішим, ніж купання у ванні, однак якщо людина не звикла приймати душ, це може її турбувати;
- зробити процес купання або прийняття душу якомога простішим;
- якщо хворий відмовляється приймати ванну або душ, рекомендується зачекати якийсь час – настрій може змінитися;
- нехай хворий якомога більше все робить сам;
- якщо хворий виявляє збентеження при купанні або прийнятті душу, можна залишати закритими певні ділянки тіла;
- не забувати про безпеку: стійко закріплені предмети, такі, як килимок, на якому не можна послизнутися, ручка або поручні, за які хворий може вхопитися, а також додатковий стілець, можуть допомогти хворому.

2. Одягання. Пацієнти з хворобою Альцгеймера можуть часто забувати, як одягатися, не бачити необхідності в зміні одягу. Тому:

- необхідно викладати одяг хворого в порядку одягання;
- намагатися уникати одягу зі складними застібками;
- як можна довше заохочувати незалежне вдягання хворого;

- взуття хворого повинно бути не слизьким.

3. Відвідування туалету. Хворий може втратити здатність відчувати, коли йому потрібно відвідати туалет. Може забувати, де туалет знаходиться і що робити, перебуваючи в ньому. Тому:

- необхідно встановити певний режим відвідування туалету;
- позначити двері туалету великими літерами і яскравими квітами;
- залишати двері туалету відкритими, щоб його простіше було знайти;
- переконайтеся, що одяг хворого легко знімається;
- у рамках розумного обмежити вживання напоїв перед сном;
- поряд з ліжком хворого можна поставити нічний горщик;
- звернутися до фахівця за допомогою.

4. Приготування їжі. На пізніх стадіях хвороби Альцгеймера пацієнт може втратити здатність готувати їжу. Це може стати серйозною проблемою, якщо людина живе одна. Погана координація рухів призводить до підвищеної небезпеки травмування, наприклад, опіків і порізів при приготуванні їжі. Тому необхідно:

- встановити, на скільки людина здатна сама готувати собі їжу;
- спробувати отримати задоволення від спільного приготування їжі;
- постаратися забезпечити безпеку хворого при приготуванні їжі;
- прибрати з кухні гострі предмети, ножі;
- забезпечити хворого готовою їжею, при цьому стежачи за тим, щоб хворий вживав достатню кількість поживних продуктів.

5. Харчування. Пацієнти з хворобою Альцгеймера нерідко забувають, коли вони їли, як користуватися ножем, виделкою. На пізніх стадіях хвороби може виникнути необхідність в годуванні хворого, можуть з'являтися і фізичні проблеми – хворий не зможе нормально жувати або ковтати. Тому необхідно:

- нарізати їжу маленькими шматочками, щоб хворий не вдавився. На пізніх стадіях хвороби може виникнути необхідність робити пюре або розріджувати всю їжу хворого;
- нагадувати хворому, щоб він їв повільно;
- не забувати, що хворий може втратити відчуття гарячого і холодного, обпекти собі рот гарячою їжею або напоєм;

- якщо виникають проблеми з ковтанням, звернутися до лікаря для ознайомлення з прийомами, стимулюючими ковтання;

- не давати хворому більше однієї порції одразу.

6. *Порушення сну.* Хворий може не спати ночами і заважати спати всій родині. Для тих, хто доглядає за хворим, це може бути найвиснажливішою проблемою. Тому необхідно:

- намагатися не давати хворому спати вдень;

- може допомогти щоденна тривала прогулянка. Давати хворому більше фізичних занять на день;

- стежити за тим, щоб хворий, лягаючи спати, міг відчувати себе якомога затишніше і зручніше.

7. *Хворий часто повторюється.* Хворий може забувати щойно сказане, повторюватися у своїх словах і діях. Тому необхідно:

- спробувати відволікти хворого від повторення щойно сказаного, надавши йому інше заняття;

- не забувати заспокоїти і підбадьорити хворого, проявляючи до нього душевну теплоту – обіймаючи його, якщо це його не обмежує.

8. *Хворий часто губить речі.* Хворий часто може забувати, куди був покладений той або інший предмет. У деяких випадках він може звинувачувати доглядальника, а так само інших людей, у крадіжці втраченого предмета. Подібна поведінка викликана почуттям невпевненості в собі, відчуттям втрати пам'яті і нездатністю контролювати події. Тому необхідно:

- дізнатися, чи немає у хворого улюбленого місця ховати речі;

- перевіряти сміттєві корзини перед тим, як викидати з них сміття;

- не звинувачувати хворого, відповідати м'яко, не дратуючись;

- погодитись, що предмет втрачений і допомогти його знайти.

9. *Марення і галюцинації.* Пацієнти з хворобою Альцгеймера часто марять і відчують галюцинації. Марення виникає в результаті помилкових переконань. Наприклад, у хворого може з'явитися помилкове переконання в тому, що доглядальник бажає заподіяти йому шкоду. Для хворого марення – реальність. Хворий може бачити або чути те, чого немає насправді, наприклад, фігури біля ліжка або голоси людей, які нібито розмовляють в його кімнаті. Тому необхідно:

- не сперечатися з хворим про реальність побаченого або почутого;

- якщо хворий переляканий, намагатися заспокоїти його: взяти його ласкаво за руку, говорити м'яким спокійним голосом;

- відволікти хворого від галюцинацій, вказавши йому на справжній, що знаходиться в кімнаті, предмет;

- звернутися за порадою до лікаря: можливо, що прийняті хворим ліки посилюють проблему.

10. *Блукання.* Доглядальникові іноді доводиться мати справу з блуканням, яке може заподіяти багато неспокою. Хворий може блукати по будинку або покинути будинок і блукати по околиці. При цьому хворий може заблукати. Тому необхідно:

- зробити так, щоб хворий у будь-який час мав при собі який-небудь документ, що засвідчує його особу;

- перевірити, чи добре замикаються всі виходи з будинку, що у будинку хворий знаходиться в безпеці і не може без відома доглядальника покинути будинок;

- якщо хворий заблукав, не слід виявляти гніву, коли він знайдеться, потрібно говорити спокійно, намагатися проявляти любов і підтримку;

- корисно мати нещодавно зняту фотографію хворого на випадок, якщо він заблукає і доведеться звертатися до інших за допомогою.

11. *Прояв насильства і впертість.* Час від часу, хворий може проявляти гнів, насильство або непокору. Це може відбуватися через ряд причин: відчуття втрати самоконтролю і контролю над подіями, втрати здатності об'єктивно оцінювати події, втрати здатності мирним шляхом виражати негативні емоції. Тому необхідно:

- зберігати спокій, намагатися не виявляти страху або занепокоєння;

- постаратися привернути увагу хворого до більш спокійного заняття;

- намагатися встановити, що викликало таку реакцію хворого, і простежити за тим, щоб ці передумови не повторювалися;

- якщо хворий часто проявляє насильство, доведеться шукати допомоги і підтримки у фахівця.

12. *Депресія і занепокоєння.* Хворий може відчувати депресію, ставати при цьому більш замкнутим і сумним, повільним у своїй промові, думках і вчинках. Депресія може впливати на розпорядок дня і інтерес хворого до їжі. Тому необхідно:

- звернутися до лікаря, він зможе допомогти сам або дати направлення до психіатра для консультації;

· проявляти більше любові та підтримки до хворого;

· не чекати негайного поліпшення стану хворого.

Хвороба Альцгеймера впливає не тільки на пацієнта, а й на особу, яка доглядає за хворим, а так само і на всю сім'ю. Особистий і емоційний стрес, що виникає при догляді за таким пацієнтом, величезний. Тільки розібравшись у власних емоціях, можна ефективно справлятися з проблемами хворого, а також вирішити і свої проблеми. Найбільш часті емоції, що зустрічаються у осіб, які доглядають за дементними пацієнтами, це: горе, сором, гнів, збентеження, самотність та інші.

Поради щодо само- і взаємодопомоги для тих, хто доглядає за пацієнтами з хворобою Альцгеймера.

1. **Намагатися залучити всю родину до догляду за хворим.** Сім'я є кращим помічником, а іноді вона приносить лише прикрощі. Важливо не відкидати допомогу інших членів сім'ї, якщо вони мають достатньо часу, і не намагатися нести нелегкий тягар догляду за хворим одному. Коли члени сім'ї засмучують небажанням допомагати, або через брак знань про деменцію критикують роботу людини, що доглядає за хворим, можна зібрати сімейну раду для обговорення проблем догляду за хворим.

2. **Не тримати свої проблеми в собі.** Своїми враженнями від догляду за хворим потрібно ділитися з іншими людьми. Коли виявиться, що ви не самотні у своєму горі, що ваші емоції є природною реакцією у вашому становищі, то вам буде легше впоратися з проблемами, які виникли. Не відкидайте допомоги і підтримки інших.

3. **Залишати час для себе.** Дуже важливо мати час і для себе. Це дасть можливість отримувати від життя задоволення. Якщо доглядальнику необхідно на тривалий термін відлучитися від хворого, потрібно знайти людину, яка б змогла за відсутності опікуна продовжувати його роботу, щоб він міг перепочити.

4. **Знати межі власних можливостей.** Іноді догляд за хворим стає непосильним завданням. Якщо людина відчує, що перевтомлена і що робота над її сил, необхідно звернутися за допомогою до фахівця.

Висновок. Оскільки хвороба Альцгеймера невилковна і поступово зводить нанівець здібності людини піклуватися про себе, догляд за хворим фактично становить основу терапії і заслуговує особливої уваги протягом хвороби. Цю роль часто бере на себе член сім'ї або близький родич. Важка ноша догляду сильно відбивається на соціальній, психологічній, економічній та інших сферах життя людини, зайнятої опікою за хворим.

ЛІТЕРАТУРА

1. Струков А. І. Патологічна анатомія : підручник / А. І. Струков, В. В. Серов. – 4 вид., стереотипне; пер. з рос. – Х. : Факт, 2004. – 864 с.

2. Дзяк Л. А. Хвороба Альцгеймера: діагностика та лікування (за рекомендаціями Європейської федерації неврологічних товариств) / Л. А. Дзяк, В. М. Школьник, О. І. Кальбус // Здоров'я України. – 2012. – С. 6–7.

3. Камінський Ю. Г. Популярно і не дуже про хворобу Альцгеймера / Ю. Г. Камінський, Є. А. Косенко. – Ліброком, 2009. – 136 с.

4. Билл Грант Старческое слабоумие. Болезнь Альцгеймера и другие формы. Alzheimer's Disease. A Carer's Guide Серия : Советы врача Норинт, 2003. – 80 с.

5. Вулис Р. Если ваш близкий страдает душевной болезнью : руководство для членов семей, друзей и социальных работников / Р. Вулис; пер. с англ. – М., 1998. – 125 с.

6. Голенков А. В. Пациент психиатрической клиники / А. В. Голенков, А. В. Аверин // Медицинская сестра. – 2004. – № 4. – С. 12–19.

7. Дасько Т. Г. Помощь пациентам с болезнью Альцгеймера и их семьям / Т. Г. Дасько, О. П. Иванова // Медицинская сестра. – 2000. – № 6. – С. 34–41.

8. Депрессия: что нужно знать каждому. Американская медицинская ассоциация; пер. с англ. – М., 2000. – 224 с.

9. Канавец Е. В. Болезнь Альцгеймера / Е. В. Канавец // Медицинская сестра. – 2002. – № 1. – С. 22–25.

10. Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part I. Assessment / J. L. Cummings, J. C. Frank, D. Cherry [et al.] // American Family Physician. – 2002. – Vol. 65 (11). – P. 2263–2272.

11. Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part II. Treatment / J. L. Cummings, J. C. Frank, D. Cherry [et al.] // American Family Physician. – 2002. – Vol. 65 (12). – P. 2525–2534.

АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ КРИЗОВИХ СТАНІВ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

А. В. Парфеній

Кіровоградський медичний коледж імені Є. Й. Мухіна

У статті висвітлено методи і прийоми психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам, які щойно дізналися про свій ВІЛ-статус. Етапи кризової підтримки ВІЛ-позитивних пацієнтів і кризового втручання.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE AID CRISIS STATE OF HIV-INFECTED PATIENTS

A. V. Parfeniy

Kirovograd Medical College by Ye. I. Mykhin

This article contains the methods and techniques of counseling HIV-infected patients who have just learned their HIV status. Stages of crisis support to HIV-positive patients and crisis intervention.

Вступ. «Тільки та людина воістину насолоджується життям, яка згодна і готова залишити його» – це слова Сенеки. Звучать красиво і несуть глибокий зміст. Дійсно, коли людина сповідує таку життєву філософію, вона живе вільно, розкуто, без страху. Але сформувати таку життєву позицію непросто. Особливо це важко зробити в перший період, коли стає відомо про позитивний ВІЛ-статус [1].

У ВІЛ-інфікованих і членів їх сімей виникає безліч проблем. Діагноз «ВІЛ-інфекція» з першого дня його встановлення супроводжується гострими переживаннями, як людини, що сама заразилася, так і його близьких. Емоційні переживання самі по собі є формою страждання і вимагають спеціальної допомоги [2].

Основна частина. ВІЛ-інфекція – це тривале захворювання, що має певні стадії. Впродовж великого періоду часу людина не відчуває фізичних недуг, але переносить важкі психологічні страждання. Тому психологічна допомога і підтримка є дуже важливими компонентами ведення ВІЛ-інфікованих.

На думку Б. В. Покровського, Т. Н. Ермак, В. В. Беляєвої і співавторів, упродовж всього за

© А. В. Парфеній, 2013

хворювання у ВІЛ-інфікованих можна виділити 3 періоди, які найбільш небезпечні відносно розвитку соціально-психологічної дезадаптації [3, 4]. Перший критичний період настає після встановлення факту інфікування; другий – пов'язаний з появою опортуністичних інфекцій після періоду задовільного самопочуття; третій – пов'язаний з переходом захворювання в термінальну стадію.

У різні періоди перебігу ВІЛ-інфекції у пацієнтів можуть виникати психосоматичні розлади, що характеризуються значними скаргами на будь-які симптоми, які не підтверджуються при об'єктивному обстеженні. У ВІЛ-інфікованих можуть спостерігатися патологічні стани, зумовлені психологічними проблемами. Для усунення психосоматичних розладів дуже важливі психотерапевтичні дії: психологічне консультування, психокорекція та психотерапія (Б. Любан-Плоцца та співавт.).

Психотерапевтична допомога людям, які перебувають у кризовому стані, називається кризовою психотерапією. Кризова психотерапія використовується в роботі з ВІЛ-позитивними пацієнтами, які щойно дізналися про свій ВІЛ-статус.

Найбільш значущим чинником кризових станів, що визначає терапевтичну тактику кризової психо-

терапії, є суїцидальні тенденції (суїцидальні думки та суїцидальна поведінка). Суїцидальні тенденції можуть входити в структуру клінічних проявів кризових станів і бути своєрідною відповіддю на надмірні, суб'єктивно нестерпні страждання [5].

У структурі суїцидонебезпечних реакцій виділяють три компоненти: афективний, когнітивний і поведінковий.

Змістом афективного компонента ВІЛ-позитивних пацієнтів є, зокрема, переживання емоційної ізоляції безвиході. Найбільш частими модальностями афекту є реакції тривоги, депресії, туги, образи. У ряді випадків проявляється апатія, відчуття безсилля, прагнення до самотності [2–4].

Когнітивний компонент суїцидального кризового стану ВІЛ-інфікованих пацієнтів включає уявлення про власну непотрібність, неспроможність, безцільність і болісність подальшого життя, висновки про неможливість розв'язання кризи через відсутність часу або можливості.

Поведінковий компонент ВІЛ-позитивних пацієнтів, окрім власне суїцидальної поведінки, включає також і поведінкову, часто високу активність в спробах виходу з кризового стану, зокрема використання неадаптивних варіантів копінг-поведінки типу «втечі в алкоголізацію і наркотизацію», проявів агресивних і диссоціальних тенденцій.

До ВІЛ-позитивних пацієнтів застосовують різні методи і варіанти короткострокової кризової психотерапії.

Так, на етапі кризової підтримки при встановленні терапевтичного контакту з ВІЛ-позитивним пацієнтом застосовується прийом слухання, який є надзвичайно важливим у кризовій психотерапії у зв'язку з тим, що це фактично єдиний спосіб, що дозволяє при його правильному застосуванні значно дезактуалізувати травмуючі переживання в короткі терміни. Можна вважати, що кризова терапія неможлива без цього прийому і майстерність психолога або психотерапевта полягає в тому, щоб будь-якими способами «розговорити» пацієнта і створити умови для проговорення ним травмуючих переживань. При цьому психотерапевт терпляче і співчутливо вислуховує пацієнта, забезпечує емпатичну обстановку, сприяє його катарсичному відреагуванню. Необхідно не перебивати пацієнта (надзвичайно важливе правило). На цьому етапі роботи виключається конфронтація та інші активні елементи психотерапії. Слухання пацієнта – основний елемент розкриття суїцидонебезпечних переживань. Психотерапевтичні

завдання встановлення контакту і розкриття суїцидонебезпечних переживань вважаються реалізованими, коли, незважаючи на зусилля психотерапевта і застосування ним техніки класичної вербалізації та виборчої вербалізації (узагальнюючі вислови психотерапевта стосуються тільки травмуючої ситуації, інші ж теми ігноруються), пацієнт самостійно перестає говорити на травмуючу його тему і самостійно ж вибирає іншу тему для обговорення. За невербальними ознаками спостерігається зниження емоційного напруження і емоційної розрядки пацієнта при сфокусованому поверненні до теми травмуючих переживань. Завдання встановлення терапевтичного контакту і прийом слухання вимагають в деяких випадках 4–5 зустрічей [4, 5].

Далі реалізується терапевтичне завдання актуалізації адаптивних варіантів копінг-поведінки і особового захисту, що вимагають обов'язкової емоційної підтримки пацієнта. Реалізуючи це завдання, психотерапевт актуалізує антисуїцидальну мотивацію шляхом звернення пацієнта до минулих досягнень і майбутніх перспектив. Прояви особової неспроможності пацієнта не інтерпретуються і не аналізуються. Опір пацієнта ігнорується.

Етап кризової підтримки завершується укладанням терапевтичного контакту, основне завдання якого полягає в кризовій психотерапії – локалізації кризової ситуації і проблематики. В цілому завдання кризової підтримки вважаються виконаними, коли купіруються афективні розлади, що значно знижує актуальність суїцидальних тенденцій і дозволяє перейти до етапу кризового втручання.

Кризове втручання має на меті реконструкцію порушеної мікросоціальної сфери пацієнта і когнітивної перебудови його уявлень про причини і шляхи виходу з кризи. На цьому етапі застосовуються відомі технічні прийоми когнітивно-поведінкової психотерапії. Особливістю психотерапевтичної роботи є точне фокусування пацієнта на терапевтичних завданнях етапу та ігнорування його прагнення повернутися до обговорення симптоматики й інших незначущих проблем.

На етапі підвищення рівня адаптації застосовуються різні варіанти поведінкової психотерапії, проводиться індивідуальний поведінковий тренінг, який може бути реалізований через систему домашніх завдань пацієнту.

Висновки. При роботі з ВІЛ-позитивними пацієнтами, які щойно дізналися про свій ВІЛ-статус, використовується кризова психотерапія. На етапі

кризової підтримки при встановленні терапевтичного контакту з ВІЛ-позитивним пацієнтом застосовується прийом слухання, який дозволяє при його правильному застосуванні значно дезактуалізувати травмуючі переживання в короткі терміни. Далі реалізується психотерапевтичне завдання актуалізації адаптивних варіантів копінг-поведінки і особового захисту, шляхом звернення

пацієнта до минулих досягнень і майбутніх перспектив. Етап кризової підтримки завершується укладанням терапевтичного контакту, основне завдання якого полягає в кризовій психотерапії – локалізації кризової ситуації і проблематики. Кризове втручання має на меті перебудову уявлень ВІЛ-інфікованого пацієнта про причини і шляхи виходу з кризи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ведмедь Е. М. Консультирование до и после теста на ВИЧ / Е. М. Ведмедь, Е. Е. Воронин, А. Г. Рахманова. – СПб. 2000. – 40 с.

2. Запорожан В. М. ВІЛ-інфекція і СНІД / В. М. Запорожан, М. Л. Аряев. – К. : Здоров'я, 2004. – 634 с.

3. Международный альянс по ВИЧ/СПИД / под ред. Е. Пурик. – К. : Фарм-арт., 2001. – 350 с.

4. Пурик О. П. Особливості психологічної допомоги при ВІЛ/СНІДі / О. П. Пурик // ВІЛ-інфекція: різноманітність аспектів. – 2000. – № 4. – С. 15–31.

5. Организация и методика консультирования людей, живущих с ВИЧ/СПИДом / З. А. Шабарова, Е. П. Пурик, Ю. В. Кобыща [и др.] // ВИЧ-инфекция: многообразные аспекты. – 2000. – № 5. – С. 2–14.

«НЕСОЛОДКЕ ЖИТТЯ», АБО ЯК НАВЧИТИСЬ КЕРУВАТИ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

I. М. Білоконь

Сумський медичний коледж

У статті наголошено на важливості навчання самоконтролю та психологічної підтримки як складової частини лікування і профілактики ускладнень у хворих на цукровий діабет. Встановлено пряму залежність між компенсацією цукрового діабету, рівнем знань пацієнтів про свою хворобу, аналізом психологічного стану і адекватним самоконтролем. Вказано на підвищену роль медичних сестер в організації допомоги пацієнтам із цукровим діабетом.

«BITTER LIFE» OR HOW TO MANAGE LIFE WITH DIABETES MELLITUS

I. M. Bilokon

Sumy Medical College

The main idea of the article is the importance of the self-control and psychological support as one of the components of treating and prevention of the complications at patients with diabetes mellitus. There has been determined a direct dependence between the compensating for diabetes mellitus, patients' knowledge about their disease, analysis of the psychological condition and adequate self-control. Increasing nurses' function in the help managing at patients with diabetes mellitus is also specified.

Вступ. Цукровий діабет за визначенням ВООЗ, називають епідемією неінфекційного походження, що є глибинною проблемою як медичного, так і соціального характеру. За даними ВООЗ, в економічно розвинутих країнах світу до 4–6 відсотки населення хворіє на цукровий діабет (ЦД). В Європі питома вага таких хворих становить близько 4 відсотки. За прогнозами ВООЗ, кількість людей із діабетом до 2025 р. має подвоїтись. Ця хвороба стоїть на третьому місці безпосередніх причин смерті після серцево-судинних та онкологічних захворювань. Цукровий діабет через постійно підвищену глікемію (високий рівень цукру в крові) призводить до тяжких ускладнень – сліпоти, гангрен нижніх кінцівок, інфарктів та інсультів, а відповідно, до втрати працездатності, інвалідності та передчасної смерті хворих. «Нездорове» харчування, низька фізична активність та ожиріння, спадковість, старіння населення сприяють загостренню захворювання.

Основна частина. На 1 січня 2013 р. в Україні було зареєстровано 1 300 000 хворих на цукровий діабет, у тому числі 9000 дітей. Проте це не остаточні дані, адже на одного зареєстрованого хворого припадає ще двоє, які навіть не підозрюють про хворобу.

Наразі в світі немає жодного зареєстрованого випадку зцілення від ЦД, тому головне завдання медичних працівників – навчити пацієнта жити з цією хворобою, аби він керував своїм рівнем цукру в крові, а не навпаки. На жаль, на сьогодні не більше 15 % хворих на ЦД ретельно ставляться до свого здоров'я і контролюють свій стан. Це прикра ситуація, адже жодні найсучасніші препарати не зможуть забезпечити хворому на ЦД належної якості життя без дотримання ним правильного способу життя, дієти, а також належної співпраці з медичним персоналом.

Нині у світовій медицині загально визнано, що одним із найпрогресивніших підходів до вирішення проблем захворювання на ЦД є організація

системи навчання методам самоконтролю самих хворих [2]. І саме розвиток навчання в діабетології став моделлю для проведення аналогічної роботи в галузі інших хронічних захворювань. Ще в 1925 р. Ернесто Рома в Португалії і одночасно з ним доктор Еліот Проктор Джослін в Америці почали створювати курси з навчання хворих, на яких виробляли у них найважливіші навички з метою узгодження інсулінотерапії, харчування та режиму фізичних навантажень. Ще тоді в ефективності лікування був визнаний вирішальним щоденний самоконтроль обміну речовин, який проводив безпосередньо хворий на цукровий діабет. Учені всього світу з кожним роком все частіше підтверджували, що здійснювати ефективно лікування діабету можна лише у випадку, коли хворий правильно і своєчасно зможе коригувати лікування в домашніх умовах [1]. Навчання хворих спрямоване на нормалізацію обмінних процесів, ліквідацію гострих та хронічних ускладнень, тобто на сприяння підвищенню якості життя.

На сьогодні у лікуванні ЦД знання – 50 % успіху. На Заході існує поняття не лікування, а менеджменту цукрового діабету, що передусім передбачає обізнаність суспільства в проблемах цього захворювання. Програма з керування діабетом (Diabetes Management Incentive) – це навчання пацієнтів, як щодня успішно контролювати своє захворювання для підвищення якості життя [6]. Світова практика довела, що ефективно навчання є ключовою складовою лікування хворих на діабет. У розвинених країнах існує широка мережа шкіл для діабетиків. За даними ВООЗ, навчання хворих дозволяє знизити ризик ампутації кінцівок на 50 %, зменшити число випадків втрати зору на 30 %.

Визначаючи загрозу, яку становить для людства цукровий діабет, Кабінет Міністрів України видав Постанову від 19 серпня 2009 р. № 877 «Про затвердження державної цільової Програми «Цукровий діабет» на 2009–2013 роки» [3]. Метою Програми є підвищення ефективності загальнодержавних заходів, спрямованих на:

- профілактику, діагностику та лікування хворих на цукровий діабет, його ускладнень;
- запобігання та зниження рівня захворюваності на цукровий діабет, його ускладнень, спричинених ними інвалідності та смертності;
- збільшення тривалості та поліпшення якості життя хворих шляхом підвищення рівня та забезпечення доступності медичної допомоги, адаптації їх у суспільстві.

Сучасна концепція спостереження за хворими на цукровий діабет трактує дане захворювання як пов'язане з певним способом життя. Еліот Джослін ще на зорі інсулінової ери відводив медсестрі важливу роль у навчанні пацієнтів. У 1924 р. він писав: «Діабет – хвороба переважно для медсестер».

Кадровий потенціал системи охорони здоров'я будь-якої держави – в тому числі й України – на 70–75 % складається з медсестринського персоналу, який необхідно використовувати більш ефективно. ВООЗ зазначає, що медсестринський персонал може взяти на себе від 25 до 70 % (залежно від профілю та спеціалізації) функцій, які сьогодні виконує лікар. Пріоритетний розвиток первинної медико-соціальної допомоги на засадах загальної лікарської практики в умовах втілення реформи медицини в Україні значно розширює при цьому функції медичних сестер. Вони зможуть надавати ширший спектр медичних послуг пацієнтам із цукровим діабетом:

- спостереження за реакцією хворого на лікування, а саме, наскільки відповідально хворі відносяться до проведення призначеної персоналіфікованої терапії;
- навчання хворого, його родичів елементам самодогляду, лікуванню і контролю за перебігом захворювання (навичка правильної техніки введення інсуліну, правила особистої гігієни, догляд за шкірою і слизовими оболонками, правильне харчування, адекватне фізичне навантаження, правильний розпорядок дня);
- спостереження за реакцією людини на хворобу і за адаптацією до неї з метою своєчасного надання психологічної підтримки (це навчання методам саморегуляції, наприклад – самонавіюванню, релаксації тощо), направленої на заспокоєння хворого і перебудову його поведінки.

Медичні сестри зможуть впроваджувати нові форми обслуговування (включаючи допомогу вдома і тривалий догляд), технології первинної профілактики з метою корекції факторів ризику розвитку ускладнень цукрового діабету, вдосконалення навичок стратегічного профілактичного планування, управління хворобою, а саме:

- розробка інформаційних та навчальних матеріалів;
- організація та проведення індивідуальних та групових навчальних програм для хворих на цукровий діабет;
- розробка освітніх програм для осіб із цукровим діабетом;

- залучення засобів масової інформації, навчальних закладів і громадських організацій до інформування населення з питань профілактики, діагностики та лікування захворювання на цукровий діабет;
- співпраця з іншими фахівцями (педіатрами, акушерами, дієтологами тощо) з питань діабету;
- активна участь в клінічній практиці, заснованій на науковому пошуку.

Виконання медичною сестрою перерахованих функцій вимагає від неї високого рівня професійної підготовки. Необхідність покращення якості первинної медико-санітарної допомоги, проведення профілактичних, діагностичних, лікувальних та реабілітаційних заходів, зокрема при роботі з пацієнтами, які хворіють на цукровий діабет, зумовили перегляд соціальної ролі медичної сестри, як основної ланки зазначеного процесу. Суттєвих змін сьогодні зазнала парадигма медсестринської освіти [4]. Інтеграція вищої освіти України у світову освітню систему та Болонський процес спонукали і нашу освіту до перегляду звичних, напрацьованих десятиліттями методів викладання клінічних дисциплін у медсестер. Наприклад, нині вони вивчають захворювання через призму медсестринського процесу. Основними критеріями такої роботи ми визначаємо специфічну діяльність медичної сестри у площині медичної, психологічної та комунікативної сфер.

Низка нормативних документів забезпечила позитивне спрямування змін в ефективності та значущості роботи середнього медичного персоналу в наданні медичної допомоги всім верствам населення, визначення медсестринства як самостійної професійної одиниці, а не допоміжного персоналу в лікарській практиці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аметов А. С. Диабет: взгляд в будущее / А. С. Аметов // Женское здоровье. – 2005. – № 8. – С. 8–10.
2. Білоока І. О. Кращий спосіб лікування захворювання – його попередження: [діабет] // Здоров'я Буковини. – 2012. – № 7–8. – С. 14–15.
3. Про затвердження Державної цільової програми «Цукровий діабет» на 2009–2013 рр. : Постанова Кабінету Міністрів України від 19 серпня 2009 р. № 877 із змінами і доповненнями, внесеними Постановою Кабінету Міністрів України від 24 жовтня 2012 р. № 970.
4. Салтман Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас; пер. с англ. – М., – 2000. – 432 с. Научная библиотека диссертаций и авто-

14 листопада Всесвітній день боротьби з цукровим діабетом. Цей день є нагадуванням всьому людству про те, що поширеність захворювання невпинно зростає. Проведення днів діабету ініційовано у 1991 р. ВООЗ та Міжнародною діабетичною федерацією. 14 листопада – день народження Фредеріка Бантинга – одного з винахідників інсуліну, лауреата Нобелівської премії з фізіології і медицини (1923 р.). Основною метою започаткування цих днів є підвищення обізнаності населення про цукровий діабет. Адже діабет – це не вирок, а особливий спосіб життя.

Висновки. Філософія покращення життя хворого на цукровий діабет повинна бути такою: держава повинна надавати хворому гарантії з отримання медичної та соціальної допомоги, лікарі та медичні сестри – кваліфіковано надавати медичну допомогу, а МОЗ України – формувати стратегію надання медичної допомоги. Медичний персонал середньої ланки є найчисельнішою групою медичних працівників і цінним кадровим ресурсом охорони здоров'я, який здатний забезпечити доступну, економічно ефективну медичну допомогу населенню. Залучення медсестринського персоналу до інформаційно-просвітницької діяльності, роботи в школах навчання самоконтролю, кабінетах діабетичної стопи дозволить значно зменшити економічні затрати держави порівняно з безпосереднім лікуванням ускладнень цукрового діабету [5]. Відповідна підготовка (базова та післядипломна) медичних сестер сприятиме компетентному вирішенню значного спектру професійних задач, у тому числі й в галузі навчання хворих правилам співіснування з захворюванням ЦД.

рефератов disserCat <http://www.dissercat.com/content/nauchnoe-obosnovanie-putei-sovershenstvovaniya-organizatsii-i-povysheniya-kachestva-raboty-m#ixzz2elWfPnEY>

5. Шамшурина Н. Г. Изменение функций медицинской сестры как резерв экономии ресурсов здравоохранения / Н. Г. Шамшурина // Главная медицинская сестра. – М., 2000. – № 4. – С. 73–77. Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat <http://www.dissercat.com/content/nauchnoe-obosnovanie-putei-sovershenstvovaniya-organizatsii-i-povysheniya-kachestva-raboty-m#ixzz2elWuRDCy>

6. Штандл Е. Великий довідник з діабету / Е. Штандл, Х. Менерт; пер. з нім. – М., 2000. – С. 67.

ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ВИКЛАДАННІ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ В МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Н. В. Авдошенко

Горлівський медичний коледж

Актуальною проблемою сьогоденної освіти є підготовка кваліфікованих медичних сестер, здатних мислити та приймати рішення. У статті викладено концепцію використання інноваційних технологій навчання як засобу формування всебічно освічених професіоналів.

THE USE OF THE INNOVATIVE TECHNOLOGY IN TEACHING LECTURES TO NURSES

N. V. Avdoshenko

Horlivka Medical College

The issue of the day of today's education of skilled nurses able to think and make decision. In the article the conception of the use of innovative technologies of studies is expounded, as the means of forming of all-round well-educated professionals.

Вступ. Сучасні вимоги до навчання полягають не тільки в тому, щоб студенти отримали теоретичні знання, практичні уміння та навички, сформовані істини і норми поведінки. Навчання повинно активізувати навчально-пізнавальну діяльність, формування творчого мислення у студентів, вміння зіставляти та аналізувати факти, аргументовано захищати власну точку зору. Одним із шляхів вирішення цього завдання є використання інноваційних технологій навчання під час викладання та контролю засвоєного матеріалу [1].

Основна частина. Лекція у навчальному закладі є головним компонентом системи освіти. Лекції не тільки знайомлять студентів з основними науково-теоретичними положеннями тієї чи іншої галузі наукових знань, її прикладною стороною і прогнозованими шляхами розвитку, а й формують наукові погляди і переконання студентів, організують і стимулюють їх творчу думку, сприяють усвідомленню свого місця та призначення в науці. Таким чином, до лекції на сучасному етапі освіти висувають різноманітні вимоги. Лекція – ключовий компонент дидактичного циклу навчання. Її

мета – організація орієнтовної бази для подальшого вивчення студентами навчального матеріалу [2, 3].

Нинішнє молоде покоління – це покоління, яке черпає інформацію (екран телевізора, монітор комп'ютера, мобільний телефон), тому на лекції необхідно більше використовувати візуально поданий матеріал, що робить його доступнішим і зрозумілим для студентів.

Сьогодні викладачі знаходяться в постійному творчому пошуку, розробці й застосуванні у навчальному процесі нових методів, прийомів, засобів навчання. Ефективно застосовуючи набутий досвід, вони удосконалюють, модернізують, пристосовують вже відоме стандартне до нових умов, нових вимог.

Використання комп'ютерної техніки дозволяє візуалізувати осмислення. Різновиди наочності: таблиці, схеми, плакати, що підвищують зацікавленість, створюють атмосферу захопленості, зменшують стомленість студентів.

Зміст лекції має відповідати ряду дидактичних принципів. Основні з них – цілісність, науковість, доступність, систематичність і наочність.

Цілісність лекції забезпечується створенням єдиної її структури, основаної на взаємозв'язку

завдань заняття і змісту матеріалу, призначеного для засвоєння студентами. У тих випадках, коли на одному занятті досягти такої цілісності неможливо, це повинно бути спеціально обгрунтовано лектором посиланнями на попереднє чи наступне викладання, на літературні й інші джерела [1–3].

Характерною особливістю лекції як методу навчання є те, що в ній систематично, послідовно, логічно, чітко викладається великий обсяг навчального матеріалу, зміст наукових проблем. Аналіз досвіду викладання видатних вчених-педагогів засвідчує, що добре прочитана лекція не тільки містить цінний науковий матеріал, а й вчить науково мислити. Думки, погляди, переконання викладача нерідко стають думками й переконаннями студентів, а манера лектора подавати матеріал, доводити, аргументувати, узагальнювати, підбивати підсумки є взірцем для студентів і використовується в його майбутній діяльності.

Саме лекція є швидким засобом передавання значного обсягу навчальної інформації великій аудиторії. Вона дозволяє стисло й логічно подати навчальний матеріал протягом короткого часу, дає можливість викладачу будувати логіку змісту теми, пояснювати складні терміни, розкривати механізми вирішення проблем, аналізувати та показувати зв'язок між різноманітними категоріями, концепціями. Лекція значно полегшує підготовку студентів до семінарських занять, бо в конспекті міститься вже добре опрацьований викладачем, з використанням різних джерел, тематичний матеріал.

Традиційна лекція перш за все характеризується тривалим хронологічним викладанням навчального матеріалу і пасивною позицією слухачів: лектор – викладає тему, а студенти слухають, дивляться, запам'ятовують або конспектують навчальний матеріал. Активність студентів на такій лекції зводиться в основному до слухання і складання як можливо повнішого її конспекту. Це говорить про малу ефективність традиційної лекції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Штокман І. Г. Вузівська лекція : навч.-метод. посіб. / І. Г. Штокман. – К. : Вища школа, 1981.
2. Оленів С. А. Підготовка і проведення лекційного заняття / С. А. Оленів, М. М. Зубович // Сибірський юридичний вісник. – 2002. – № 1.

Сучасна педагогіка пропонує різні типи лекцій, що активізують навчально-пізнавальну активність студентів, сприяють кращому засвоєнню навчального матеріалу. Розглянемо можливості та переваги інтерактивної міні-лекції.

На лекційному занятті можливо використання мультимедійних технологій. Мультимедіа не тільки забезпечує численні канали подачі інформації, але і створює умови, коли різні середовища доповнюють одне одного. Це дозволяє студентам навчитися переносити дослідницькі навички на реалізацію творчих проектів.

Лекція, побудована за пропонованою методикою, має дуже важливу перевагу – інтерактивність.

Інтерактивність дає студентам змогу активно втручатися у процес навчання: ставити запитання, отримувати більш точні та доступні пояснення з неясних для них розділів та фрагментів навчального матеріалу. Під час інтерактивного навчання студенти вчаться бути демократичними, спілкуватися з іншими людьми, критично мислити, приймати власні продумані рішення.

При цьому інформація викладена в найбільш звичний для сучасної людини формах:

- аудіоінформації (звуковій);
- відеоінформації;
- анімації (мультиплікації).

Висновок. Сучасна система навчання вимагає від викладача охоплення великого обсягу інформації й орієнтована на рівні знань студентів та їх розуміння. Тому викладач на заняттях має вирішити непросте завдання для розв'язання цих питань. Але одній людині знати все, навіть в окремій вузькій галузі, неможливо, тому викладач і застосовує додаткову базу даних, яка закладена в комп'ютері. При цьому викладач вимагає від студентів думати, розуміти сутність речей, осмислювати ідеї, концепції і вже на основі цього вміння шукати потрібну інформацію, трактувати її та застосовувати в конкретних умовах.

3. Фокін Ю. Г. Викладання і виховання у вищій школі: методологія, цілі і зміст, творчість : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів / Ю. Г. Фокін. – М. : Видавничий центр «Академія», 2002.

КОНТРОЛЬ І МОТИВАЦІЯ В ДІЯЛЬНОСТІ СТАРШОЇ ТА ГОЛОВНОЇ МЕДСЕСТЕР

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

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

У статті висвітлено основні положення здійснення контролю і роль мотивації в діяльності старшої та головної медичних сестер.

CONTROL AND MOTIVATED OF BUSINESS SENIOR AND CHIEF NURSES

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

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

This article contains the highlights of the control and the role of motivation in chief (senior) nurses.

Вступ. Менеджмент у медсестринстві особливо актуальний сьогодні, коли в Україні відбувається кардинальна якісна реформа медико-санітарної допомоги із значними структурними кадровими змінами і на медичних сестер покладено ряд нових функцій та обов'язків. І у цій новій структурі роль головних та старших медсестер є вирішальною в плані забезпечення ефективності управлінської діяльності, адже як головні, так і старші медсестри – це фахівці, які поєднують спеціальні та управлінські функції. Саме від них вимагається віртуозна орієнтація в інформаційних потоках, вміння підготовки та виконання управлінських рішень, знання технології процесу управління, його документального забезпечення, знання психології управління, ділових стосунків, вміння організації управлінської праці тощо [1].

Основна частина. Фундаментальний аспект організації – взаємовідносини повноважень, які пов'язують вище керівництво з нижчими рівнями працівників і забезпечують можливість розподілу і координації задач. Повноваження – це обмежене право використовувати ресурси організації

і направляти зусилля деяких її співробітників на виконання певних задач. Засобом, з допомогою якого керівництво встановлює відносини між рівнями повноважень, є делегування. Делегування означає передачу завдань і повноважень особі, яка бере на себе відповідальність за їх виконання. Саме делегування забезпечує керівникові успішність його діяльності, тобто: «досягнення мети чужими руками» [2].

Найдосконаліші плани, найоптимальніша структура організації не забезпечать досягнення мети, коли працівники не хочуть виконувати доручену їм роботу. Про мотивацію уже говорилось у попередніх роботах. Фундаментальні дослідження поведінки працівників дозволили виявити певні положення, які дозволяють відповісти на запитання: що ж змушує людину працювати? Керівники постійно виконують функцію мотивації, навіть якщо не усвідомлюють цього [3].

Мотивація – це процес із допомогою якого керівництво спонукає працівників діяти так, як було заплановано та організовано.

Змістовні теорії мотивації будуються на ідентифікації внутрішніх потреб, які змушують людину діяти саме так, а не по-іншому (теорії Маслоу,

Клелланда, Герцберга). Процесуальні теорії мотивації побудовані на тому, як поводять себе люди з урахуванням їх сприйняття та пізнання (теорія очікування, теорія справедливості, модель Портера–Лоулера). І не завжди підвищення матеріальних стимулів приводить до підвищення ефективності праці. Є й інші чинники, які визначають бажання людини працювати, які можна ідентифікувати із поняттям «потреби». Саме знання потреб своїх працівників і намагання їх задовольнити – забезпечить керівникові ефект правильної мотивації та досягнення найкращих результатів діяльності організації [1, 3].

У працівників галузі охорони здоров'я існують різноманітні потреби, які їх спонукають виконувати роботу. Наприклад, в одному дослідженні, проведеному серед дипломованих медсестер, доводилось, що успіх, міжособові стосунки і сама робота є головними мотиваторами, тоді як в іншому вказувалось на автономність або особистий контроль, можливості просування по роботі і планування (режим) роботи як на найбільш важливі фактори. Завдання керівників галузі охорони здоров'я – визначити особливі потреби своїх працівників і створювати можливості, які дозволять цим працівникам задовольняти свої потреби [2].

Потреби працівників можна визначити шляхом проведення спеціальних досліджень і постійних двосторонніх усних співбесід із різними підгрупами працівників. По можливості, керівник повинен також намагатись визначити, які потреби важливі в мотивації окремо взятого працівника і узгоджувати ці потреби з вимогами професії, для якої він призначений.

Контроль – це управлінська функція та управлінська операція, з допомогою яких здійснюється зіставлення того, що повинно бути і що є фактично.

Плани не завжди виконуються так, як задумано, люди не завжди приймають делеговані їм повноваження, керівництво не завжди достатньо може мотивувати людей на досягнення запланованих цілей. Тому успішність досягнення мети полягає в умінні вносити корективи в управлінський процес, а це можливо лише при наявності інформації про проблеми, яка може поступити лише при наявності контролю. Саме контроль дозволяє вносити корективи в будь-яку ланку управлінського циклу, усувати недоліки, непорозуміння, виправляти вчасно ситуацію і направляти дії працівників у потрібне русло.

Будь-який контроль передбачає певні обмеження і це призводить до появи негативних емоцій

та ставлення у працівників. Щоб уникнути цього, контроль повинен бути максимально коректним та об'єктивним.

Процес контролю має три визначальні етапи – це:

- 1) визначення стандарту чи еталона;
- 2) оцінка або вимірювання того, що підлягає контролю (об'єкт контролю);
- 3) порівняння стандарту із об'єктом.

При невідповідності результату із стандартом чи еталоном вносяться певні корективи відносно об'єкта контролю з метою усунення виявленої невідповідності. До функцій контролю деякі автори відносять також розробку рекомендацій та пропозицій, оцінку та стимулювання праці, прийняття проміжних рішень.

Процес контролю можна зобразити у вигляді об'єктних та функціональних ланцюжків. Об'єктний ланцюжок це: стандарт–об'єкт–стандарт. Функціональний: визначення–вимір–порівняння. В процесі будь-якого контролю необхідно спочатку визначитися із стандартом до якого ми будемо в перспективі прирівнювати контролюючий об'єкт. Не маючи стандарту чи еталона виміру весь процес контролю стає абсурдним.

У практичній діяльності щодо введення в життя політики організації керівникам дуже важливо звертати увагу на всі потреби працівників, якщо організація хоче, щоб вони повністю розкривали свій потенціал. Наприклад, якщо допустити таку неукомплектованість штатів, то штатним медсестрам доведеться працювати від зорі до зорі, без відпочинку, що, ймовірно, знизить їх бажання надавати пацієнтові високоякісну допомогу і працювати творчо. У періоди скорочень працівників, коли немає гарантій постійної зайнятості, прагнення робітника гарантувати собі безпеку впливає на такі особливості поведінки, як співробітництво та ініціативність.

Люди мають безліч потреб, які відрізняються за своєю нагальністю і виводять людину зі стану рівноваги, що, в свою чергу, викликає бажання задовольнити потребу або потреби, які у неї виникли. Отже, люди досліджують оточення, маючи на меті досягнення цілей. Досягнення мети приводить до зменшення дисбалансу, тобто, до задоволення потреб. Звідси підходимо до визначення мотивації – це процес спонукування себе чи інших до цілеспрямованої поведінки, направленої на досягнення певної мети.

Процес мотивації часто починається з потреб, які відображають відсутність чогось у людини.

В ієрархії потреб за Маслоу, існує п'ять рівнів, які повинні бути поступово задоволені. Фізіологічні потреби охоплюють такі фактори, як повітря, їжа і секс. Це основні фактори виживання і біологічного функціонування. В організованих системах такі потреби звичайно задовольняються відповідною зарплатою і задовільними умовами роботи, які включають відповідні освітлення, температуру і вентиляцію.

Потреби безпеки охоплюють фізичну безпеку і емоційне оточення. На робочому місці потреби безпеки задовольняють безперервна робота (ніяких звільнень), наявність конфліктної комісії (щоб захиститися від випадків свавілля), відповідне страхування здоров'я і договір про умови звільнення чи виходу на пенсію (впевненість у майбутньому на випадок хвороби або можливого звільнення).

Потреба відчуття причетності охоплює соціальні процеси. Це потреба в любові і прихильності, а також необхідність бути прийнятим у колектив. Для більшості людей ці потреби задовольняються за межами роботи поєднанням сімейних і суспільних зв'язків, а на роботі – дружніми стосунками. Керівник повинен сприяти задоволенню цих потреб за допомогою заохочення соціальних зв'язків і робити так, щоб працівники почували себе членами команди або робочої групи. Чуйність до сімейних проблем працівника також допоможе йому задовольнити цю потребу.

Потреби в повазі насправді складаються з двох груп потреб: необхідність в позитивній самореалізації або самоповазі й необхідність визнання і поваги з боку інших. Керівники можуть допомогти підлеглим звернути увагу на потребу в повазі шляхом забезпечення знаків визнання досягнення, таких як почесні звання, громадське визнання і похвала (тобто зовнішні винагороди).

Вони можуть також дати складніші робочі завдання і створити інші можливості для працівників, щоб ті змогли відчути почуття досягнення.

Потреби в самореалізації, які знаходяться на вершині ієрархічної піраміди, включають усвідом-

лення і реалізацію працівниками своїх потенційних можливостей через безперервний ріст і розвиток особистості. Вони складні для визначення і задоволення керівниками, враховуючи індивідуальні розбіжності цілей. Залучення працівника до участі у прийнятті рішень і доступ до інформації про свою роботу може сприяти самореалізації.

Маслоу вважає, що ці п'ять категорій потреб складають ієрархію. Люди спершу прагнуть задовольнити потреби нижчого рівня, починаючи з фізіологічних потреб. Доки вони залишаються незадоволеними, людина прагне лише до їх досягнення. Коли ці потреби задоволені, вони вже не стимулюють людей, тому люди пересуваються вище по ієрархічній структурі і починають поступово цікавитися, по черзі, кожним вищим рівнем. Процес продовжується до тих пір, поки не буде досягнута самореалізація.

Отже, результативна праця приведе до задоволення потреб, а не навпаки, зробили висновок Лайман Портер та Едвард Лоулер. Їхня процесуальна модель мотивації побудована на взаємодії п'яти змінних, на які може впливати керівник, бажаючи отримати через зусилля працівника позитивний ефект діяльності організації.

Висновки. Таким чином, результати, що досягнуті співробітником, залежать від витрачених зусиль, здібностей і характерних особливостей виконавця та усвідомлення ним своєї ролі в процесі праці. Рівень витрачених зусиль пов'язаний з цінністю винагороди і того, чи справді існує об'єктивна залежність між витратами зусиль і можливими винагородами. Досягнення відповідного рівня результативності викличе внутрішні та зовнішні винагороди. Задоволення – це результат внутрішніх та зовнішніх винагород, з урахуванням їх справедливості. Задоволення є еталоном виміру того, наскільки цінна винагорода насправді. Ця оцінка впливатиме у майбутньому на сприйняття людиною схожих ситуацій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бандурка А. М. Психология управления / А. М. Бандурка, С. П. Бочарова, Е. В. Землянская. – Харьков : Фортуна-Пресс, 1998. – 464 с.

2. Блейк Р. Научные методы управления / Р. Блейк, Дж. С. Моутон ; пер. с англ. – К., 1996. – 247 с.

3. Драккер П. Управление, нацеленное на результат / П. Драккер ; пер. с англ. – М. : Технолог, школа бизнеса. – 1994. – 200 с.

ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ ПІД ЧАС ВИКЛАДАННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЬ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

О. В. Паніхідіна

Горлівський медичний коледж

У статті викладено основні види інтерактивних методик навчання як засобу створення інтенсивного освітнього середовища. Важливість використання цих методик для найкращого засвоєння матеріалу та контролю вихідного рівня знань.

USE OF INTERACTIVE METHODS OF TRAINING DURING CARRYING OUT A PRACTICAL TRAINING OF NURSES

O. V. Panikhidina

Horlivka Medical College

The article contains the basic types of interactive methodologies of studies as the means of creation of intensive educational environment. The importance of the use of these methodologies is for the best mastering of material and control of initial level of knowledge.

Вступ. Сьогодні у час реформування охорони здоров'я, коли нашій медицині потрібні кваліфіковані медичні сестри, котрі вміють не тільки механічно виконувати призначення лікаря, але й вільно спілкуватися з пацієнтами та їх родичами. Під час викладання матеріалу для медичних сестер у коледжі викладачі повинні навчити їх не тільки високоякісно виконувати маніпуляції, а й вміти творчо мислити та відстоювати свою думку. Тому під час проведення практичних занять треба використовувати інтерактивні методи навчання [1].

Основна частина. Поняття «інтерактивний» походить від англійського «interact» («inter» – «взаємний», «act» – «діяти»). Інтерактивне навчання – це спеціальна форма організації пізнавальної діяльності. Вона включає цілком конкретні та прогнозовані цілі. Одна з таких цілей полягає у створенні комфортних умов навчання, за яких студент або слухач відчуває свою успішність, свою інтелектуальну спроможність, що робить продуктивним сам процес навчання [2].

Інтерактивні методи навчання можна поділити на чотири основні групи [3].

Перша група – це кооперативне навчання. Методами такого навчання є робота в парах та малих групах, «акваріум». Така форма навчання дає можливість залучати до процесу навчання студентів усієї групи, під час такої роботи вони можуть висловити та відстояти свою точку зору.

«Акваріум» – це рольова гра у якій беруть участь 2–3 студента, а усі інші виступають у ролі спостерігачів, що дозволяє одним «прожити» ситуацію, а другим проаналізувати її з іншого боку.

Переваги методу:

- ефективний, коли потрібно продемонструвати навичку, вміння, емоцію;
- студенти можуть виступати в ролі експертів та аналітиків;
- стимулює студентів до практичної діяльності.

Друга група – це колективно-групове навчання. До цієї групи належать «кейс-метод», технологія «open space».

Кейс-метод (case study) – від англійського case – випадок – техніка навчання, що використовує опис реальних ситуацій. Студенти повинні проаналізувати ситуацію, розібратися в суті проблем, запропонувати можливі рішення і вибрати краще з них.

Розрізняють польові ситуації, основані на реальному фактичному матеріалі, і крісельні (вигадані) кейси [2]. Перевагами цього методу є:

- студенту легко зіставляти одержуваний теоретичний багаж знань з реальною практичною ситуацією;

- вносить до навчання елемент загадки, таємниці;
- ситуація, яку розбирають, не пов'язана ні з яким особистим ризиком для жодного з учасників.

Технологія «open space» – відкритий простір – це методика проведення конференцій та зустрічей, яка дозволяє індивідуумам та групам ефективно взаємодіяти та приймати колективні рішення. Перевагами цього методу є:

- студент має змогу висловити свою думку, розкрити свої знання;

- під час дискусії виявляються лідери здатні організувати процес праці.

Третя група – це ситуативне моделювання. До цієї групи необхідно віднести ігрові методи.

Ігрові методи доцільно поділити на операційні та рольові.

1. Операційні (ділові, управлінські) ігри мають сценарій, в який закладено більш-менш жорсткий алгоритм «правильності» і «неправильності» прийнятого рішення, тобто студент бачить той вплив, який справили його рішення на майбутні події. У таких іграх підкреслений аспект інструментального навчання, і разом з тим формалізований і мінімізований порівняно з реальністю міжособистісний аспект. Отже, імітаційна ігрова модель неминуче спрощує реальну дійсність.

2. Рольові ігри з елементами драматизації сприяють розкриттю і вдосконаленню потенціалу самовираження. Вони зіштовхують учасника з ситуаціями, характерними для реальної значущої для нього діяльності, ставлять перед необхідністю змінити свої установки, створюють умови для формування нових, ефективніших комунікаційних навичок (вербальних і невербальних, діяльнісних і емоційних та ін.). Рольові ігри побудовані на припущенні, що людина засвоює найкраще динамічні проце-

си, до того ж, якщо вона в них включена. Тому в іграх робиться акцент на активні дії. Навчальний процес будується на драматизації досліджуваної ситуації. Має місце постановка психологічного завдання [1, 3].

До ігрових методів належать :

- соціодрама (ситуаційний тренінг). Його мета полягає у досягненні ефективної взаємодії з партнерами в умовах ділового чи повсякденного спілкування;

- техніка психодрами, яка спрямована на вирішення внутрішніх конфліктів індивіда шляхом програвання життєвих ситуацій та створення умов для усвідомлення себе як цілісної особистості.

Ці методи є дуже ефективними, так як здійснюють цілісний підхід до емоційного і поведінкового компонента особистості, наближають ситуацію навчання до реальної.

Четверта група – це опрацювання дискусійних питань. Ці методи вчать студентів відстоювати власну думку, вести дискусію, стимулюють до розвитку критичного мислення, поглиблюють знання з обговорюваної теми.

Висновки. Однією з основних характеристик особистісної орієнтації сучасного викладача є здатність створення в освітньому процесі ситуацій, які б запускали механізм розвитку особистості, коли студенти висловлюють свою точку зору, беруть відповідальність, набувають досвіду. В поняття інтерактивного навчання вкладають три основні компоненти:

- ініціативність студентів;
- взаємодія студентів із навчальним середовищем;
- діалоги викладачів і студентів.

З якою метою я використовую інтерактивне навчання:

- для найкращого засвоєння навчального матеріалу через вирішення проблем;
- пізнавальної мотивації студентів;
- ефективної організації роботи з джерелами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Педагогіка : навч. посіб. для студ. пед. ін-тів / за ред. Ю. К. Бабанського. – 2-ге вид., доп. і перероб. – М. : Просвещение, 1988.

2. Селевко Г. К. Современные образовательные технологии : учеб. пособ. / Г. К. Селевко. – Народное образование, 1998.

3. Бех І. Д. Особистісно орієнтоване виховання: шляхи реалізації / І. Д. Бех. – Рідна школа. – 2000. – № 1.

РОЛЬ НАВЧАЛЬНО-ПРАКТИЧНИХ ЦЕНТРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Б. А. Локай

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

У статті висвітлено роль, яку відіграють навчально-практичні центри первинної медико-санітарної допомоги у підготовці професійної орієнтації майбутніх лікарів загальної практики – сімейної медицини під час реформування медичної галузі.

ROLE OF EDUCATIONAL AND PRACTICAL CENTERS OF PRIMARY HEALTH CARE DURING THE HEALTHCARE REFORMING

B. A. Lokay

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

The article highlights the role of educational and practical centers of primary health care in the training and occupational guidance of future general practitioners during the healthcare reforming.

Вступ. Програмою економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» передбачено, що для підвищення доступності медичної допомоги населенню необхідно провести реформування галузі шляхом чіткого структурного розмежування первинного, вторинного і третинного рівнів медичної допомоги та створення центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, госпітальних округів, високо-спеціалізованих центрів, університетських клінік та їхнього ресурсного забезпечення; подальшого розвитку інституту сімейної медицини на основі зміцнення ролі первинної медичної допомоги [1].

Сучасною законодавчою базою визначено, що первинна медична допомога (далі – ПМД) – медична допомога, що надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем і передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення

профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високо-спеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (ст. 35-1 розділу V Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 7 липня 2011 р. № 3611-VI; далі – Закон № 3611-VI) [2, 3].

Основна частина. Лікуючим лікарем з надання ПМД пацієнтові є лікар загальної практики – сімейний лікар центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги або лікар загальної практики – сімейний лікар, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець та може перебувати у цивільно-правових відносинах із таким центром [4, 5].

Зрозуміло, що без якісної підготовки на всіх етапах становлення лікаря загальної практики – сімей-

ного лікаря (ЗПСЛ), без відповідної мотивації неможливо здійснити реформування ПМСД. Необхідно відмітити, що основний акцент у підготовці лікаря ЗПСЛ припадає на післядипломний рівень. Втім, більшість випускників вищих навчальних медичних закладів, маючи достатні теоретичні знання та навички, психологічно не готові до роботи лікарем ЗПСЛ у сільській місцевості. Адаптивна система їх професійної підготовки не передбачає детального ознайомлення зі специфікою роботи в амбулаторії лікаря ЗПСЛ.

Тому, за ініціативою Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (ТДМУ), відповідно до ст. 13, 14 «Основ законодавства України про охорону здоров'я», ст. 30 та ст. 63 Закону України «Про вищу освіту», Програми розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини в Тернопільській області, затвердженої розпорядженням голови облдержадміністрації, рішень колегії Головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 22.09.2008 та 29.04.2009 року, уперше в Україні створені Навчально-практичні центри первинної медико-санітарної допомоги (НПЦПМСД).

НПЦПМСД є навчальним підрозділом ТДМУ для проходження практичного навчання студентів старших курсів медичного і стоматологічного факультетів та лікарів-інтернів факультету післядипломної освіти. На сьогодні в Тернопільській області функціонує 5 НПЦПМСД (с. Зарубинці (Збараський р-н), с. Гнилиці (Підволочиський р-н), с. Говилів (Теребовлянський р-н), с. Увисла (Гусятинський р-н), с. Кокошинці (Гусятинський р-н)) та планується відкриття ще 2 центрів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Модель наступності медичної допомоги сільському населенню в умовах впровадження сімейної медицини: метод. рекомендації / МОЗ України, ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України»; уклад. : В. Л. Весельський, В. Г. Слабкий, Ю. Б. Яценко [та ін.]. – К., 2010. – 19 с.

2. Оптимізація первинної медико-санітарної допомоги населенню України: метод. рекомендації / ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України», НМАПО ім. П. Л. Шупика; уклад. : Н. Г. Гойда, Л. Ф. Матюха, В. Г. Слабкий, Л. В. Полікова. – К., 2010. – 25 с.

3. Надутий К. О. Деякі питання організації первинної медико-санітарної допомоги у період реформи / К. О. Надутий. – Управління закладом охорони здоров'я. – 2011. – № 8. – 23 с.

Навчальний процес та робота з населенням у НПЦПМСД проводиться під безпосереднім контролем викладачів клінічних кафедр університету та лікаря ЗПСМ, на дільниці якого розміщується НПЦПМСД.

У рамках професійного навчання, студенти та лікарі-інтерни проводять роботу щодо надання первинної медичної допомоги населенню, раннього виявлення хворих, проведення диспансеризації та профілактичних заходів, проводять санітарно-просвітницьку роботу.

Навчальна облікова та звітна документація, що ведеться в центрах, аналогічна документація, яка передбачена наказами Міністерства охорони здоров'я України і Державного комітету статистики України.

Протягом навчального року практично всі студенти 6 курсу та частина лікарів-інтернів 1 та 2 років навчання проходять цикл навчання в центрах ПМСД. Робота, яку вони виконують під час перебування в центрі, є максимально наближеною до діяльності лікарів ЗПСМ, що має результатом випуск спеціалістів з уже набутим певним досвідом. Це, у свою чергу, скорочує період адаптації лікаря ЗПСМ на робочому місці та покращує рівень медичної допомоги населенню.

Висновок. Підготовка студентів та лікарів-інтернів в умовах НПЦПМСД дає можливість закріпити на практиці отримані знання та навички, ознайомлює з аспектами роботи лікаря ЗПСМ безпосередньо на дільниці, визначає роль лікаря ЗПСМ у розрізі реформування медичної галузі та розвитку сімейної медицини як такої.

4. Науково обґрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики – сімейного лікаря з позиції компетентнісного підходу: метод. рекомендації / НМАПО ім. П. Л. Шупика, ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України»; уклад. : Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, В. Г. Слабкий, М. В. Олійник. – К., 2010. – 27 с.

5. Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги / Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, Г. О. Слабкий [та ін.]. – К. : МОЗ, ДУ «УІСД МОЗ України», НМАПО ім. П. Л. Шупика, Міжнар. наук.-навч. центр інформтехнології та систем НАН України і МОН України, Укр. мед. стомат. академія, 2011. – 47 с.

ПОШИРЕНІСТЬ АЛІМЕНТАРНОГО ОЖИРІННЯ І ФАКТОРИ, ЩО СПРИЯЮТЬ ЙОГО РОЗВИТКУ

Х. І. Козак, М. І. Марущак

*Чортківський державний медичний коледж
(Чортківська центральна комунальна районна лікарня)
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

У статті проаналізовано поширеність аліментарного ожиріння в Україні та за її межами, а також фактори, що сприяють виникненню даного захворювання.

PREVALENCE ALIMENTARY OBESITY AND FACTORS THAT CONTRIBUTE TO ITS DEVELOPMENT

Kh. I. Kozak, M.I. Marushchak

*Chortkiv State Medical College (Chortkiv Central Munisipal District Hospital),
SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»*

The article analyzes the prevalence of alimentary obesity in Ukraine and abroad, as well as factors that contribute to the occurrence of the disease.

Вступ. Однією з найактуальніших проблем сьогодення залишається надмірна маса тіла і ожиріння. У всьому світі спостерігається тенденція до зростання поширеності даного захворювання. Сучасний світ, вводячи нові технології, позбавляє нас від багатьох видів фізичної праці, внаслідок чого ми стаємо малоактивними, значно менше рухаємося, у нас мінімальне фізичне навантаження. Нераціональне харчування зі збільшенням кількості рафінованих і генно-модифікованих продуктів, постійні психологічні стреси призводять до зростання частоти ожиріння серед осіб будь-якого віку, особливо серед молоді та дітей. Надмірною масою тіла страждають як жінки, так і чоловіки, але частіше з цією проблемою зіштовхуються жінки, що пов'язано із особливостями жіночого організму.

Основна частина. В економічно розвинутих країнах майже 50 % населення має надмірну масу тіла, при цьому в 30 % з них спостерігається ожиріння. За останніми оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, надмірною масою в сучасному

світі страждають приблизно 1,5 млрд дорослих людей і ще 350 млн схильні до ожиріння. Приблизно 20 млн дітей до 8 років страждають від зайвої маси. У США більше 60 % населення мають надмірну масу тіла, а це приблизно кожен третій житель. Серед дорослого населення Америки число осіб з ожирінням зростає на 8 % кожні 10 років. За прогнозами дослідників, якщо ожиріння зростатиме такими ж темпами, то до 2230 року все населення США буде мати надмірну масу [11]. У Китаї та Японії від ожиріння страждають 15 % населення. Науковці відмічають, що за останні 20 років кількість огрядних дітей і підлітків збільшилася у Китаї в чотири рази і зараз становить майже 30 млн і за прогнозами фахівців до 2020 року ця цифра подвоїється. У Європі частота ожиріння є також високою, зокрема, у Швейцарії, Болгарії, Італії, Франції, Іспанії – 20 %, у Німеччині, Фінляндії, Великобританії – 30 %, у Румунії – 40 %, у Російській федерації – близько 50–54 %. У Південній Америці, зокрема у Бразилії, зайва маса серед населення зустрічається вдвічі частіше, ніж це було 15 років тому. В Аргентині, Чилі

та Перу від ожиріння зареєстровано понад 20 % дітей [5, 9].

В Україні від зайвої маси страждає кожна четверта жінка і кожен шостий чоловік. Всього від ожиріння страждає близько 15–20 % населення нашої країни. У 2011 році державна служба статистики України визначила регіони, де проживає найбільша кількість осіб із надмірною масою тіла і з низькою масою тіла. Виявилося, що найстрункіші люди з індексом маси тіла (ІМТ) менше 18,5 проживають на Західній Україні. Люди з ІМТ понад 30 переважно проживають у Полтавській, Донецькій, Запорізькій, Херсонській та Миколаївській областях. Найбільше худих серед молоді у віці 18–19 років, найтяжче ожиріння найчастіше спостерігається у віці 50–59 років. ІМТ розрахувати досить легко: треба розділити масу (у кілограмах) на зведений в квадрат зріст (у метрах). ІМТ нижче 18,5 вважається еталоном краси, така маса досягається за допомогою дієт, тоді як при ІМТ вище 30 діагностується аліментарне ожиріння [6].

Ожиріння – одна з найскладніших медико-соціальних проблем сучасності, що є наслідком неправильного способу життя. Це хворобливий стан, при якому виявляється надлишок жирової тканини у підшкірній основі та інших тканинах організму [3]. Узагальнюючи, дане захворювання виникає тоді, коли надходження енергії в організм перевищує її витрати і це призводить до нагромадження жирової тканини і збільшення маси тіла. Причини порушення цього балансу різноманітні й залежать як від характеру їжі, харчування, його якісного та кількісного складу, так і від способу життя, хоча харчуванню належить одна з основних ролей.

До факторів, які визначають розвиток ожиріння, належать: генетичні, демографічні (вік, стать, етнічна приналежність), соціально-економічні (освіта, професія, сімейний стан), психологічні (перенапруження нервової системи), поведінкові (харчування, фізична активність, алкоголь, куріння, стреси). Розрізняють два типи ожиріння – первинне і вторинне. До первинного (екзогенного) відносять аліментарне ожиріння, основною причиною якого є переїдання. Вторинне (ендогенне) має такі форми: церебральну – зумовлену ураженням центральної нервової системи, гіпофізарну, надниркову, яєчникову, та ожиріння, пов'язане з порушенням функції щитоподібної залози. Визначальними серед факторів ожиріння вважають переїдання, надмірне споживання

жирної їжі у поєднанні з низькою фізичною активністю, що в осіб зі спадковою схильністю призводить до розвитку даного захворювання [1].

Важливе значення у регуляції маси тіла має склад і набір продуктів харчового раціону. Різні маркетингові дослідження підтверджують, що борошняні вироби, жирне м'ясо, ковбаси та сосиски, їжа швидкого приготування все більше витісняють з раціону українців овочі та фрукти. Українці часто їдять шкідливу їжу – гамбургери, чіпси, шоколадні батончики тощо, які є дуже калорійними та розвивають харчову залежність. Незважаючи на те, що вже ніби наситився, але вже через годину голод мучить знову, а маса від такої їжі постійно збільшується [8].

До переїдання призводить нерегулярне харчування. Нечасте споживання їжі сприяє збільшенню маси, тоді як більш часте – втраті. Це, насамперед, стосується людей, які у зв'язку з умовами праці основну масу їжі вживають ввечері, після роботи. Це викликає надмірний апетит і обов'язково – переїдання. Під час сну після калорійної їжі витрачається дуже мало енергії, і харчові речовини відкладаються у вигляді жиру в жировій тканині, що й призводить врешті до ожиріння з усіма його наслідками [2].

Депресія, заклопотаність, дратівливість також часто призводять до переїдання. Ці стани багато в чому визначені низьким вмістом серотоніну в мозку. Низький вміст серотоніну істотно впливає на тягу до солодкого, борошняного і крохмаловмісних страв. Отже, пригнічений настрій призводить до переїдання солодощами, а насичення ними – до задоволення і комфортного стану [10].

Автоматизація і механізація сучасних трудових процесів і побуту привела до значного зменшення витрат енергії на їх виконання. Огрядні люди часто не їдять більше, ніж люди з нормальною масою, але малоактивний спосіб життя, тобто гіподинамія, спонукає до розвитку аліментарного ожиріння [4]. При порівнянні способу життя звичайної людини минулого з сучасною, можна дійти висновку, що гіподинамія увійшла у всі соціальні та вікові прошарки суспільства. Особисті автомобілі, розвинений громадський транспорт, комп'ютери як робоче місце та засіб отримання інформації, навіть дистанційні пульти до телевізорів метр за метром скорочують необхідний для нашого тіла рух. Привертає увагу до себе багатогодинне сидіння біля екранів монітора більшості підростаючого покоління, тоді як у молодих осіб

не вистачає часу на прогулянки на свіжому повітрі, різноманітні рухливі ігри, заняття спортом. Рідко хто згадує про рекомендації відомого прихильника здорового способу життя, академіка Миколи Амосова про те, що для профілактики ожиріння і серцево-судинних захворювань кожна людина повинна пішки проходити щоденно не менше п'яти–шести кілометрів [7, 12].

Висновок. Враховуючи загрозливу тенденцію щодо розвитку аліментарного ожиріння у всьому

світі й Україні зокрема, медичні працівники повинні активно пропагувати здоровий спосіб життя серед різних верств населення, допомагати зрозуміти як правильно, а головне корисно харчуватися, зберігати необхідний добовий раціон. Тільки при найактивнішій участі пацієнта можна запобігти захворюванню, особливо якщо своєчасно розпочати необхідний комплекс профілактично-лікувальних заходів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондар П. М. Метаболічний синдром / П. М. Бондар // Лікування та діагностика. – 2001. – № 4. – С. 24–29.
2. Абдоминальное ожирение: клинико-социальные аспекты проблемы / В. Б. Гриневич, Е. И. Сас, Ю. А. Кравчук [та ін.] // Фарматека. – 2012. – № 16. – С. 29–34.
3. Єпішин А. В. Внутрішні хвороби / А. В. Єпішин. – Тернопіль : «Укрмедкнига», 2005. – 719 с.
4. Тронько М. Д. Ендокринні аспекти метаболічного синдрому / М. Д. Тронько, Є. В. Лучицький, В. І. Паньків. – Київ – Чернівці, 2005. – 184 с.
5. Мітченко О. І. Ожиріння як фактор ризику серцево-судинних захворювань / О. І. Мітченко // Нова медицина. – 2006. – № 3. – С. 24–29.
6. Яцковська Н. М. Патологічні передумови виникнення ожиріння / Н. М. Яцковська // «Внутренняя медицина». – 2009. – № 4 (16). – С. 22–25.
7. Таранчук В. В. Ожиріння – епідемія XXI століття: сучасний погляд на проблему / В. В. Таранчук // «Внутренняя медицина». – 2009. – № 4 (16).
8. Каминский А. В. Методы коррекции избыточной массы тела и ожирения / А. В. Каминский // Здоровье Украины. – 2005. – № 3. – С. 17–18.
9. Пасієшвілі Л. М. Ожиріння як соціальна проблема. Етапи формування в осіб із захворюваннями біліарного каналу / Л. М. Пасієшвілі, Н. М. Железнякова, Т. М. Пасієшвілі // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 6 (44). – С. 6–9.
10. Dixon J. B. Assessment of obesity and its associated comorbidities / J. B. Dixon // Obesity reviews. – 2006. – Vol. 7, Suppl. 2. – P. 2.
11. Childhood obesity – a sign of commercial success, but a market failure / R. Moodie, B. Swinburn, J. Richardson, B. Somaini // Int. J. Pediatric Obesity. – 2006. – Vol. 1. – P. 133–138.
12. Lifestyle modification for obesity: new developments in diet, physical activity, and behavior therapy / T. A. Wadden, V. L. Webb, C. H. Moran, B. A. Bailer // Circulation. – 2012. – Vol. 125. – P. 1157–1170.

ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ – ПЛАТА ЗА СПІВЧУТТЯ

В. М. Городовіченко

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

У статті розглянуто питання психологічного та емоційного навантаження на медичних сестер, що призводять до професійного вигорання. Наведено стадії емоційного вигорання, типи медичних сестер яким може загрозувати синдром. Вказано профілактичні заходи, що сприяють підвищенню життєвих ресурсів, а також заходи конструктивного подолання професійного стресу.

EMOTIONAL BURNOUT IS PAYMENT FOR SYMPATHY

V. M. Horodovichenko

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

This article deals with psychological and emotional burden on nurses leading to professional burnout. The stages of emotional burnout and types of nurses, who may be threatened by syndrome, are observed herein. Preventive measures improving vital resources as well as measures to overcome professional stress in a constructive way are covered in this article.

Вступ. Сучасне життя без стресу неможливе: кожного дня людина стикається з тим або іншим проявом стресових ситуацій. З деякими з них вдається впоратися без втрат, інші надовго «вибивають з колії», примушуючи довго переживати їх наслідки.

Останнім часом все частіше говорять про взаємозв'язок та взаємовплив професійного стресу та синдрому емоційного вигорання (СЕВ) робітників.

Емоційне вигорання – це синдром, що розвивається на фоні хронічного стресу і призводить до виснаження емоційно-енергетичних та особистих ресурсів працюючої людини.

Емоційне вигорання виникає як наслідок внутрішнього накопичення негативних емоцій без відповідної «розрядки» чи «вивільнення» від них. Небезпека вигорання полягає в тому, що це не короточасний епізод, а довготривалий процес «згорання до тла». Тому трудоголіки, які можуть працювати по 24 години на добу, віддаватися праці без залишку, без перерви, вихідних та відпусток – перші кандидати на повне емоційне вигорання.

Уникнути СЕВ можна, взявши під контроль стресову ситуацію і свою поведінку в ситуації, що склалася. Тільки те, що не піддається контролю, що відбувається само по собі і не керується, здатне завдати шкоди здоров'ю, психологічному стану і призвести до невиправних наслідків. Щоденна робота з постійним фізичним та психічним навантаженням, ускладнена напруженими емоційними контактами, призводить до життя в стані постійного стресу, накопичення його наслідків, виснаження запасів життєвої енергії і, як наслідок – до серйозних фізичних захворювань і ранньої смерті [1].

Основна частина. Медичні сестри завжди займали особливе положення в складній структурі соціальної групи медичних працівників. Вони завжди уособлювали ідеали милосердя, співчуття, допомоги кожному хто її потребує. Однак сьогодні вимагає від медичної сестри освоєння сучасних медичних технологій.

У галузі охорони здоров'я розвинених країн відбулося зближення діяльності медичної сестри з діяльністю лікаря, що призвело до змін моделей сестринської справи, збільшення чисельності даної професійної групи, зміни характеру та три-

валості професійної освіти і, в кінцевому результаті, до підвищення соціального статусу даної категорії медичного персоналу, що проявляється як у зростанні заробітної плати, так і в престижі професії.

Відходить у минуле погляд на діяльність медичної сестри як на пасивного помічника лікаря.

Сьогодні сестринська справа – це самостійна галузь охорони здоров'я, з досить вираженими функціональними обов'язками як з реабілітації хворих, так і з підвищення якості їх лікування.

Робочий день медичної сестри – це спілкування з людьми, загалом з хворими, які потребують щохвилинної турботи та уваги. Частиною повсякденної роботи, медичної сестри, є біль хворих, вони стають свідками постійних страждань, прагнуть зрозуміти кожну людину, яка страждає, як унікальну особистість.

Стикаючись з негативними емоціями, медсестра мимоволі втягується в них, в силу чого починає і сама переживати підвищену емоційну напругу. В результаті може виникнути почуття байдужості та втоми від численних втрат і потреб хворих.

Останнім часом радикальні зміни, які відбуваються в медичних закладах надають додаткове психологічне навантаження на медичний персонал, оскільки вимагають якіснішої роботи у значно коротші терміни при економічно обмеженому забезпеченні закладів охорони здоров'я. Більшість медичних працівників мають ненормований робочий день, понаднормову роботу, пов'язану з суміщенням посад або додаткового професійного навантаження (підвищення кваліфікації, освоєння нових методів діагностики та лікування) [2].

Низька оплата праці медичних сестер в умовах розвитку ринкової економіки змушує працювати, часто нехтуючи часом, передбаченим на відпочинок для відновлення фізичного та емоційного балансу організму, величезна відповідальність за кінцевий результат своєї діяльності – життя пацієнта, призводить до перенапруження окремих органів і систем, виникнення захворювань.

Медичний працівник перебуває в замкнутому медико-економічному стандарті тих вимог, які він повинен виконати щодо пацієнта. Проте фінансування охорони здоров'я не відповідає цьому обсягу. Сюди додається напруженість праці, перевантаження, пов'язані з чергуваннями, все це формує стан стресу [3].

Виявлено, що чим більше переживань несправедливості у відносинах з боку інших, тим яскраві-

ше виражене професійне вигорання, яке проявляється у розвитку негативного (цинічного, безособового) ставлення до пацієнта [4].

Емоційне вигорання характеризується порушеннями продуктивності в роботі, втомленістю, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, вживання алкоголю або других психотропних речовин та може призвести до суїцидальної поведінки [5].

Як вже зазначалося, СЕВ – довготривалий процес. Зазвичай в ньому виділяють три основних стадії.

Перша стадія – нервово напруження.

Вона проявляється на рівні виконання функцій, неусвідомлюваної поведінки: забування якихось моментів, збої у виконанні рухових дій, «провали в пам'яті» тощо. Зазвичай на ці перші симптоми ніхто не звертає уваги, називаючи їх жартома «дівочою пам'яттю» та «склерозом».

Залежно від характеру діяльності, рівня нервово-психічного навантаження та особистих якостей медичної сестри ця стадія може тривати 3–5 років.

Друга стадія – опір.

Спостерігається зниження зацікавленості роботою, спілкуванням з іншими (в тому числі і вдома, з друзями): «не хочеться бачити нікого», «в четвер відчуття, начебто вже п'ятниця», «тиждень триває вічно», збільшення апатії наприкінці тижня, поява стійких соматичних симптомів (немає сил, енергії, головний біль увечері, «мертвий сон без сновидінь», збільшення числа простудних захворювань тощо). Крім того, збільшується дратівливість. Тобто, в цій стадії медсестра намагається уникати зайвого спілкування, щоб відмежувати себе від неприємних вражень. Тривалість другої стадії – в середньому 10–15 років.

Третя стадія – власне, емоційне вигорання (виснаження).

Характерним її проявом є повна втрата інтересу до роботи і життя взагалі, емоційна байдужість, відчуття постійної нестачі сил. Медична сестра прагне усамітнення, їй приємніше спілкуватися з тваринами та природою, аніж з людьми. Ця стадія може тривати 10–20 років [6].

Виникнення емоційного вигорання у медичних сестер зумовлено особливостями їх професії:

- монотонність роботи, особливо якщо її сенс здається сумнівним (наприклад: в хоспісах із хворими, що помирають; в онкологічних відділеннях тощо);
- внесок у роботу великих особистих ресурсів і недостатня позитивна оцінка цієї роботи (недостатнє визнання);

– суворе регламентація часу роботи, особливо при нереальних термінах її виконання, або ненормований робочий день;

– робота з «невмотивованими, важкими пацієнтами», які постійно опираються бажанню їм допомогти, та незначний результат такої роботи;

– напружені відносини з колегами по роботі та недостатня підтримка з їх боку;

– робота без можливості подальшого навчання та професійного удосконалення;

– невирішені особисті проблеми медсестри;

– невдоволення професією, усвідомлення невірності її вибору, невідповідність власних здібностей вимогам професії тощо.

По суті, виникнення СЕВ неможливо однозначно пов'язати з тими чи іншими чинниками. Мабуть, це результат їх складної взаємодії [6].

До найбільшого ризику виникнення синдрому емоційного вигорання схильні особи, які занадто вимогливі до себе. Справжній медик в їх уявленні – це зразок професійної невразливості та досконалості. До цієї категорії належать особистості, які асоціюють свою працю з призначенням, з місією, тому в них стирається грань між роботою і приватним життям.

У літературі виділяють три типи медичних сестер, яким загрожує синдром емоційного вигорання:

1-й – «педантичний», характеризується сумлінністю, надмірною хворобливою акуратністю, прагненням у будь-якій справі добитися зразкового порядку (навіть собі на шкоду);

2-й – «демонстративний», прагне у всьому бути першим, завжди бути на виду. Цьому типу властивий високий ступінь виснаження при виконанні навіть непомітної рутинної роботи;

3-й – до «емотивного» типу належать вразливі та чутливі люди. Їх чуйність, схильність сприймати чужий біль як власний межує з патологією, з саморуйнуванням. При обстеженні медичних сестер встановлено, що синдром емоційного вигорання проявляється у них неадекватним реагуванням на пацієнтів, і своїх колег, відсутністю емоційної залученості, втратою здатності до співпереживання пацієнтам, втому, що призводить до редукції професійних обов'язків і негативного впливу роботи на особисте життя [7, 8].

До професійного вигорання менш схильні люди, які мають досвід успішного подолання професійного стресу і здатних конструктивно мінятися в напружених умовах [9].

Адміністрація може пом'якшити розвиток синдрому емоційного вигорання, якщо забезпечить медичним сестрам можливість професійного зростання, налагодить підтримувальні соціальні та інші позитивні моменти, що підвищать мотивацію.

Профілактичні заходи можуть розроблятися тільки після того, як проблема виявлена і вивчена. Це вимагає не тільки часу, а й розуміння керівництвом лікарень необхідності таких заходів.

Заходами профілактики емоційного вигорання може бути створення таких умов:

– медсестра не повинна довгий час знаходитись наодинці зі своїми професійними чи особистими проблемами; в неї завжди повинна бути можливість звернутись за порадою чи допомогою до колег;

– важливою є загальна дружня атмосфера підтримки та взаєморозуміння в колективі;

– складання навчальних програм із подолання СЕВ тощо.

Суттєва роль в подоланні емоційного вигорання належить самій медсестрі. Для цього доцільно:

– використовувати «технічні перерви» з метою фізичного та психічного відновлення;

– засвоювати шляхи управління стресом (побудова «мостів» між роботою та домом);

– засвоювати прийоми релаксації, візуалізації, ауторегуляції, самопрограмування;

– намагатися професійно розвиватись і вдосконалюватись (обмінюватись професійною інформацією за межами роботи, на курсах підвищення кваліфікації);

– уникати небажаної конкуренції;

– змінити установку щодо життя та його сенсу; сприймати емоційне вигорання як можливість передивитись і переоцінити власне життя, зробити його більш продуктивним для себе;

– підтримувати хорошу фізичну форму (збалансоване харчування, обмеження вживання алкоголю, відмова від нікотину, корекція маси тіла та ін.).

Вказані профілактичні заходи сприяють підвищенню життєвих ресурсів [10].

Вивчення синдрому емоційного вигорання у професійній діяльності медичної сестри особливо актуально в період проведення реформ охорони здоров'я, які призводять до інтенсифікації професійної діяльності. Медичні сестри забезпечують результативність практичної діяльності лікувально-профілактичного закладу, це можливе лише при високому потенціалі їхнього здоров'я.

Висновки. Таким чином, емоційне вигорання медичних сестер являє собою комплекс психічних переживань і відбивається на працездатності, фізичному самопочутті та на міжособових стосунках. СЕВ – це реакція на довготривалі стреси. Виходячи з цього, увага до власного здоров'я повинна стати частиною професійної культури медичної сестри, і певною мірою – показником її професійної компетентності [10].

ЛІТЕРАТУРА

1. Синдром психологического выгорания, как результат профессионального стресса. Синдром выгорания [Электронный ресурс]. – <http://alvild.narod.ru/Page/St/Stress.htm>

2. Акиндинова И. А. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности педагога: проявление и профилактика / И. А. Акиндинова, А. А. Баканова.

3. Ширинский В. Слуга народа или нахлебник у государства [Электронный ресурс]. – <http://www.medvestnik.ru/Gazette/2002/03/p06-02.html>

4. Водопьянова Н. Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / Н. Е. Водопьянова ; под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Издательство СПбГУ, 2000. – С. 443–463.

5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 : психическое здоровье: новое понимание, новая надежда / ВОЗ. – Женева : ВОЗ, 2001. – 178 с.

Тому розробка проблематики СЕВ не може залишатися поза увагою у зв'язку з прямим відношенням синдрому емоційного вигорання до збереження здоров'я, психічної стійкості, надійності та професійного довголіття спеціалістів, включених у тривалі міжособистісні комунікації, а відповідно поліпшення якості медичного обслуговування пацієнтів на рівні середнього медперсоналу.

6. Райкова Е. Ю. Терапия и профилактика профессионального выгорания у представителей помогающих профессий [Текст] / Е. Ю. Райкова // Молодой ученый. – 2011. – Т. 2, № 5. – С. 92–97.

7. Чумакова Г. А. Синдром выгорания медицинских работников / Г. А. Чумакова, И. Е. Бабушкин, Л. А. Бобровская. – М. : Владос, 2003. – 78 с.

8. Лешукова Е. Синдром сгорания. Защитные механизмы. Меры профилактики [Электронный ресурс]. – <http://home.perm.ru~dmitry/archive/p010.htm#>

9. Матулене Г. О социальной адаптации к деятельности (обзор зарубежной литературы) / Г. Матулене // Психологический журнал. – 2002. – № 5. – 144 с.

10. Платонов Ю. П. Психология конфликтного поведения / Ю. П. Платонов. – СПб. : Реч. – 2009. – 544 с.