

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

3/2014

МЕДСЕСТРИНСТВО

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор

Чернишенко Т. І.

Заступник головного редактора

Ковальчук Л. Я.

Заступник головного редактора

Ястремська С. О.

Білик Л. С.

Брянцев О. М.

Галіяш Н. Б. – відповідальний редактор

Господарський І. Я.

Губенко І. Я.

Мазур П. Є.

Марценюк В. П.

Мисула І. Р.

Панченко М. С.

Креховська-Лепякво О. М. – відповідальний секретар

Швидкий О. В.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Жиліна Г. Є. (Київ)

Івашко Г. М. (Київ)

Красножон Л. М. (Київ)

Мамикіна Л. С. (АР Крим)

Пірогова В. І. (Львів)

Сабадишин Р. О. (Рівне)

Угарьова З. С. (Донецьк)

Шатило В. Й. (Житомир)

Шегедин М. Б. (Львів)

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 11751-622Р від 15.09.06 р.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Журнал «Медсестринство»

ТДМУ імені І. Я. Горбачевського

Майдан Волі, 1

м. Тернопіль, 46001

УКРАЇНА

Тел.: (0352) 43-49-56

Факс: (0352) 52-80-09

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

Затверджено вченою радою
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний
університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України»
(протокол № 1 від 29.08.2014 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.
Нижегородова Н. Ю.
Кушик П. С.

Підп. до друку 01.09.2014. Формат 60x84/8.
Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. № 1
Ум. друк. арк. 5,58. Обл.-вид. арк. 5,06.
Тираж 600. Зам. № 274

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

ЗМІСТ

- Т. Г. Бакалюк, Н. М. Волошина*
Фізична реабілітація як складова частина медичної реабілітації **4**
- Н. А. Васильєва, Л. М. Лиха*
Медсестринські реалії (історичний екскурс) **7**
- В. П. Булах*
Стрес та його вплив на організм людини **10**
- О. М. Шевченко, О. В. Ніколаєва, Л. Г. Огнєва*
Сучасні погляди на викладання патофізіології для бакалаврів медицини **16**
- К. В. Олійник*
Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію в «Клініці, дружній до молоді» **19**
- Н. В. Мороз, О. І. Зарудна*
Лікування коксартрозу шляхом тотального ендопротезування **22**
- Г. М. Степанова, Л. П. Боднар*
Підготовка майбутніх медичних сестер до проведення терапевтичного навчання пацієнтів із бронхіальною астмою в умовах стаціонару **26**
- С. І. Чернецька*
Проблема збалансованого харчування молоді **31**
- В. К. Мудріцька*
Сучасні погляди медичної етики і деонтології **34**
- О. Д. Діденко*
Роль медичної сестри у пропаганді здорового способу життя і рухової активності **37**
- Н. А. Мойсеєнко*
Системи захисту інформації у процесі впровадження електронної бази пацієнтів **41**
- В. О. Рижковський*
Застосування мультимедійних технологій в медсестринській освіті **44**

CONTENTS

- T. H. Bakalyuk, N. M. Voloshyna*
Physical rehabilitation as an integral part of medical rehabilitation **4**
- N. A. Vasylieva, L. M. Lykha*
Nursing reality (historical overview) **7**
- V. P. Bulakh*
Stress and its effects on a human body **10**
- O. M. Shevchenko, O. V. Nikolayeva, L. H. Ohnyeva*
Contemporary approaches to the teaching of pathophysiology for bachelors of medicine **16**
- K. V. Oliinyk*
Voluntary counseling and testing for HIV-infection (VCT) in the «Clinic, youth-friendly» **19**
- N. V. Moroz, O. I. Zarudna*
Treatment of coxarthrosis by total endoprosthesis **22**
- H. M. Stepanova, L. P. Bodnar*
Training of future nurses to conduct therapeutic training for patients with bronchial asthma in a hospital **26**
- S. I. Chernetska*
Problem of balanced nutrition among the young people **31**
- V. K. Mudritska*
Modern approaches of medical bioethics and deontology **34**
- O. D. Didenko*
Role of nurses in promoting healthy lifestyles and physical activity **37**
- N. A. Moiseyenko*
Information security system in the implementation of an electronic database patients **41**
- V. O. Ryzhkovskiy*
Use of multimedia technologies for nurse education **44**

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Т. Г. Бакалюк, Н. М. Волошина

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

У статті розкрито сутність процесу фізичної реабілітації, висвітлено особливості проведення методів фізичної реабілітації в Україні.

PHYSICAL REHABILITATION AS AN INTEGRAL PART OF MEDICAL REHABILITATION

T. H. Bakalyuk, N. M. Voloshyna

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

The article deals with the process of physical rehabilitation and describes the peculiarities of physical methods of rehabilitation in Ukraine.

Вступ. Реабілітація – це багатогранний процес відновлення фізичного і психічного здоров'я людини, досягнення її соціально-побутової та соціально-професійної повноцінності, порушених хворобою, травмою або фізичними, хімічними чи соціальними чинниками [6].

Термін «реабілітація» (пох. від лат. «habilitatis» – придатність, здатність, спроможність; префікс «re» – зворотна або повторна дія) означає відновлення придатності, здатності, спроможності. Він вживається у всіх сферах діяльності людини – політичній, юридичній, розумовій, спортивній та ін. У медицині реабілітація визначається як процес відновлення здоров'я і працездатності хворих та інвалідів [2].

Згідно з визначенням ВООЗ, реабілітація – це використання всіх доступних засобів, спрямованих на зменшення наслідків порушення функцій або інвалідизації індивідуума, з метою досягнення оптимальної соціальної інтеграції його в суспільство [3, 9]. Іншими словами, мета реабілітації – це досягнення у відповідні строки стійкого оптимально-адекватного саногенетичним можли-

востям відновлення порушених функцій людини, пристосування її до оточуючого середовища і участь в соціальному житті з попередніми або зміненими в зв'язку з хворобою соціальними функціями.

Медична реабілітація (МР) – багатогранний та багатоцільовий процес, саме тому існують велика кількість трактувань, тлумачень та визначень цього процесу, які регламентують мету і завдання, засоби та об'єми. Найбільш повним визначенням поняття «медична реабілітація» є наступне: МР – це система міроприємств, спрямованих на видужання хворого, компенсацію та відновлення порушених функцій організму та систем, профілактику рецидивів захворювання, його ускладнень. Це визначення передбачає і «доліковування» хворих, і активацію функціональних резервів, і відновлення порушених функцій та дієздатності шляхом використання багатокомпонентних міроприємств, а також закріплення досягнутих результатів [1].

Процес медичної реабілітації поділяють на три послідовні фази: госпітальну (відновне лікування), санаторну (реадаптація) та поліклінічну (диспан-

серне спостереження). В рамках кожної з цих фаз вирішуються конкретні завдання і використовуються відповідні об'єми реабілітації. При цьому, залежно від того, які завдання ставляться перед кожною з фаз реабілітації, визначається її тривалість та організаційна структура [4].

Використання фізичних факторів є невід'ємною складовою медичної реабілітації, проходить паралельно іншим видам реабілітації (психологічної, трудової), які лише в сукупності можуть забезпечити адаптацію хворого до соціально-побутових умов.

Метою роботи є аналіз основних аспектів фізичної реабілітації як складової частини медичної реабілітації.

Основна частина. Невід'ємною частиною медичної реабілітації є фізична реабілітація (ФР), яка застосовується на усіх етапах лікування. Однак існують розбіжності в трактуванні термінів ФР, назви професії в Україні й за кордоном.

Видана в 2006 році Європейською Асоціацією фізичної та реабілітаційної медицина книга «White Book on Physical and Rehabilitation Medicine» дає наступне визначення реабілітації, поділяючи її на фізичну медицину та реабілітаційну медицину. Згідно з цим виданням, фізична медицина – це медична дисципліна, яка використовує на науковій основі фізіологічні механізми, фізичне та ментальне тренування, метою яких є відновлення порушених функцій організму. А реабілітаційна медицина – це активний процес, за допомогою якого пацієнти, в яких є інвалідність внаслідок травми або захворювання, досягають повного відновлення або, якщо повне відновлення неможливе, здійснюється реалізація їх оптимального фізичного, ментального та соціального потенціалу та інтеграція в соціальне середовище [8].

Терміни «фізична терапія» і «фізіотерапія» в англомовних літературних джерелах є синонімами. Своє ексклюзивне право на ці назви проголошує Світова конфедерація фізичної терапії (World Confederation for Physical Therapy – WCPT), яка визнає, що назва професії і терміни, що вживаються для опису професійної діяльності у понад 100 країнах-членах конфедерації відрізняються і, в основному, залежать від історичних особливостей розвитку професії. Найпоширенішими термінами є «фізична терапія», або «фізіотерапія» та «фізичний терапевт», або «фізіотерапевт». Конфедерація вважає розуміння рухової діяльності людини основою знань і умінь

фізичних терапевтів і проголошує це твердження базою для можливих редакцій опису фізичної терапії. Існує відповідність між національним тлумаченням терміну «фізична реабілітація» та інтернаціональним тлумаченням терміну «фізична терапія» (англ. physical therapy). Ці терміни мають дуже близьке смислове навантаження. Ключовими аспектами є, по-перше, напрямок професійної діяльності на функціональне відновлення (реабілітація) хворих та інвалідів, і, по-друге, застосування однакових засобів і методів впливу, серед яких основними є фізичні вправи [7].

Як бачимо, Європейська термінологія суттєво відрізняється від прийнятої в нашій країні. В Україні поняття «фізична реабілітація» і «фізіотерапія» не ототожнюються. Термін «фізична медицина» відповідає терміну «фізіотерапія», яка хоч і пов'язана з медичною реабілітацією, але є окремою наукою, яка вивчає дію природних та штучних фізичних факторів. Останнім часом термін «фізична реабілітація» ототожнюють з медичною реабілітацією, що не вірно [1], під фізичною реабілітацією потрібно розуміти міроприємства, які спрямовані на відновлення/покращення рухової активності пацієнта шляхом використання комплексу фізичних вправ, які відновлюють/покращують стан локомоторного апарату, виявляють і розвивають резерви та компенсаторні можливості організму шляхом освоєння втрачених рухових навичок. Тобто, суть фізичної реабілітації полягає в підвищенні фізичної працездатності хворого за рахунок формування нових та закріплення вже існуючих рухових навичок і вдосконалення таких фізичних якостей організму, як сила, виносливість, швидкість, гнучкість, спритність та ін.

Метою цього виду реабілітації є покращення фізичних якостей і підвищення адаптаційних резервів організму засобами та методами фізичної культури, елементів спорту та спортивного тренування, масажу, кінезіо- та механотерапії. Оптимальним кінцевим результатом ФР є відновлення здоров'я та реінтеграція пацієнта в трудове і соціальне життя.

Підготовка фахівців з фізичної реабілітації розпочалася у вищих навчальних закладах України фізкультурного профілю на базі кафедр лікувальної фізкультури у 1994–1995 рр. Для цього було використано багаторічний досвід навчання інструкторів лікувальної фізкультури. Швидкому розвитку фізичної реабілітації як окремої освіт-

ньої, наукової та практичної галузі також сприяла співпраця з голландськими, шведськими та канадськими фізичними терапевтами у рамках різноманітних проектів та програм.

ФР в Україні здійснюється в спеціалізованих реабілітаційних центрах та на базі реабілітаційних відділень медичних закладів. Реабілітаційні методи проводяться виключно фахівцем з фізичної реабілітації або під його керівництвом і контролем. Підготовка спеціалістів даного профілю в Україні здійснюється у вищих навчальних закладах III–IV рівнів акредитації за спеціальністю «Фізична реабілітація» та освітньо-кваліфікаційними рівнями «спеціаліст», «магістр». Фахівці з ФР займаються відновлювальним лікуванням пацієнтів у медичних установах, навчально-реабілітаційних центрах, закладах освіти та соціального захисту населення, спортивно-тренувальних центрах тощо. Клінічна діяльність фахівця з ФР складається з обстеження, оцінювання, визначення діагнозу, складання прогнозу та проведення реабілітаційних методів із застосуванням засобів відновного лікування [5].

Таким чином, на Україні в системі міроприємств медичної реабілітації ФР відводиться роль складової частини, призначеної для відновлення конкретної функціональної, а саме, рухової

системи організму. Подібно до ФР існують інші види реабілітації – кардіологічна, психологічна, нейрореабілітація, імунореабілітація та ін., міроприємства яких є складовою частиною загального комплексу реабілітаційної програми пацієнта. Кожний з цих видів реабілітації має свою мету, завдання та методи їх реалізації в рамках конкретної функціональної системи, яка постраждала внаслідок патології.

Висновки. Фізична реабілітація – це комплекс оздоровчих заходів, що застосовуються за чітко організованою програмою, призначеною залежно від діагнозу та індивідуальних проявів хвороби у кожного пацієнта. Фізична реабілітація спрямована на досягнення максимально повної фізичної адаптації людини, є складовою медичної реабілітації та супроводжує і доповнює її на всіх етапах відновлення здоров'я.

Спектр реабілітаційних заходів, що використовуються у відновлювальному лікуванні, вимагає створення адекватних умов для їх проведення. Тому розширення мережі реабілітаційних відділень і центрів є прогресивною формою розвитку системи охорони здоров'я. Дані аспекти реабілітаційного процесу можуть стати об'єктом подальших наших розробок у контексті досліджуваної проблеми.

ЛІТЕРАТУРА

1. Золотарева Т. А. Медицинская реабилитация / Т. А. Золотарева, К. Д. Бабов. – К. : КИМ, 2012. – 496 с.
2. Медична та соціальна реабілітація : навч. посіб. / за заг. ред. І. Р. Мисули, Л. О. Вакуленко. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 402 с.
3. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья. – Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2001. – 342 с.
4. Сучасні стандарти та критерії в галузі реабілітаційної медицини / ред. В. П. Лисенюк. – К. : НМУ, 2001. – 71 с.
5. Про подальший розвиток та удосконалення лікарсько-фізкультурної служби в Україні : наказ МОЗ України № 614 від 27.10.2008 р.

6. Физическая реабилитация : учеб. для студ. высш. учеб. заведений / под общей ред. проф. С. Н. Попова. – 3-е изд. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2005. – 608 с.
7. Physical and rehabilitation medicine and self-management education: a comparative analysis of two approaches / F. F. Jansma, S. V. Twillert, K. Postema [et al.] // J. Rehabil. Med. – 2010. – Vol. 42(9). – P. 808–814.
8. Negrini S. The White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe / S. Negrini, M. G. Cerauolo // Am. J. Phys. Med. Rehabil. – 2008. – Vol. 87, No. 7. – P. 601–606.
9. World Health Organization (WHO). International classification of impairments, disabilities, and handicaps (ICIDH). – Geneva: WHO, 1980. – 175 p.

Отримано 11.06.14

МЕДСЕСТРИНСЬКІ РЕАЛІЇ (ІСТОРИЧНИЙ ЕКСКУРС)

Н. А. Васильєва, Л. М. Лиха

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

У статті висвітлено історичні віхи та становлення медсестринства, підготовку перших медсестер та їх роль у догляді за пацієнтами. А також сучасний стан сестринської справи та нові функції медичних сестер.

NURSING REALITY (HISTORICAL OVERVIEW)

N. A. Vasylyeva, L. M. Lykha

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

The article highlights the historical landmarks and formation of Nursing, qualification development of first nurses and their role in caring for patients. As well as the current state of nursing and nurses new features.

Вступ. Професія медсестри сформувалася під впливом різних культур і держав, а також змін у суспільстві. Слово *nurse* походить від латинського *nutricius*, що означає догляд за тими, хто страждає. Таким чином, у стародавньому світі робота медсестри розглядалася як функція по догляду за сім'єю, а не професія [12].

Основна частина. Однією з найважливіших подій в історії сестринської справи стало відродження протестантською церквою інституту «диякониць» (це жінки, християнки, які служили своїм сестрам у Христі або ж в ім'я потреб інших людей). У жовтні 1836 р. Теодор Фліндер створив у Кайзерсверті на Рейні в Німеччині Рейнсько-Вестфальську Общину диякониць, котра мала свою лікарню і школу для навчання сестер по догляду за хворими.

Про діяльність цієї Общини дізналась Флоренс Найтінгейл (1820–1910 рр.), надзвичайно освічена на той час жінка, яка знала багато іноземних мов, літературу, музику. Вона відіграла значну роль у подальшому розвитку сестринської справи у світі.

© Н. А. Васильєва, Л. М. Лиха, 2014

Прагнення до професії медичної сестри у Флоренс проявилось рано, з 25 років вона присвятила себе служінню людям – догляду за хворими. В 1847 р., незважаючи на заборону сім'ї, вона вирушила в Кайзерсверт і пройшла там протягом трьох місяців повний курс підготовки по сестринському догляду за хворими. В 1853 р. Флоренс ознайомила з роботою сестер милосердя у Франції. Участь сестер милосердя під керівництвом Найтінгейл у воєнних діях під час Кримської війни в 1854 р. вперше принесла позитивні результати: покращились санітарні умови перебування поранених і хворих у госпіталях, догляд за ними і комфорт. Завдяки введеному нею комплексу санітарних заходів у госпіталях значно знизився рівень смертності – від 49 до 2 %.

Розвиток сестринської справи в Англії почався завдяки відкриттю Флоренс Найтінгейл в 1860 р. школи медичних сестер нового типу при лікарні Св. Томаса в Лондоні. Власне тоді було й прийнято перших учнів. Школа не підпорядковувалась лікарні, а була автономним світським

навчальним закладом. Підготовка медичних сестер у ній складалась з однорічного теоретичного навчання і двох-трьохрічного практикування в госпіталях для закріплення одержаних знань. Реформа Флоренс Найтінгейл привела до того, що професію медичної сестри визнали у суспільстві.

У 1863 р. було засновано Міжнародний комітет Червоного Хреста. Загальні положення його діяльності: гуманність, нейтралітет, незалежність, добровільність, єдність, універсальність. 1912 р. Міжнародний комітет Червоного Хреста заснував медаль ім. Флоренс Найтінгейл (рис. 1).

У роки Другої світової війни курси медсестер Червоного Хреста готували сестер милосердя для фронту. Тринадцять українських медичних сестер, учасниць бойових дій, відзначені високою нагородою Міжнародного комітету Червоного Хреста – медаллю Флоренс Найтінгейл. В Україні у 2007 р. відбулось чергове нагородження. 22 медичні сестри (у тому числі наша землячка з Тернопільщини) нагороджені найпрестижнішою світовою відзнакою за виняткове милосердя у повоєнний і мирний час [11].

Медичні сестри – це найбільший загін фахівців охорони здоров'я будь-якої країни. У Європі працює більше 5 мільйонів медичних сестер, з них близько 330 тисяч – в Україні [1]. Медична освіта та наука зробили протягом останнього часу значний крок вперед. З'явилися нові технології, які не обійшли й медсестринську освіту [6]. Сестринська справа охоплює фізичні, інтелектуальні аспекти життя здорової людини, її психічного і репродуктивного здоров'я [7]. Нові вимоги

потребують підвищення кваліфікації медичних сестер, розширення числа практичних навичок, які вони використовують у своїй роботі [6].

Згідно з сучасною концепцією розвитку сестринської справи, медична сестра повинна бути висококваліфікованим фахівцем – партнером лікаря і пацієнта, здатним до самостійної роботи у складі єдиної команди. Охороні здоров'я потрібна не просто медична сестра, а добре освічений професіонал, який може творчо і грамотно підійти до своєї професійної діяльності [8]. Реформа медсестринства передбачає підготовку фахівця нового типу. Медична сестра повинна володіти клінічним мисленням, уміти орієнтуватися в характері патологічних змін в організмі, правильно вибрати тактику при наданні екстреної медичної долікарської допомоги при невідкладних станах, досконало володіти технікою сестринських маніпуляцій, уміти скласти плани сестринського догляду за пацієнтом і диспансерного спостереження за ним, пропагувати здоровий спосіб життя [5].

Сучасна медична сестра – це висококваліфікований спеціаліст, професіонал, який має попит не тільки на вітчизняному, але і на міжнародному ринку праці. Це людина з широким світоглядом, яка добре орієнтується не тільки в своїй професії, але і в проблемах охорони здоров'я і соціальної сфері в цілому [13].

Функції медсестри (за ВООЗ) полягають в:

- здійсненні медсестринського догляду: профілактичні заходи, сестринські втручання, пов'язані з реабілітацією, психологічна підтримка людини чи її сім'ї;
- навчанні пацієнтів та молодшого медичного персоналу;
- виконанні медсестрою залежної та незалежної ролей у складі бригади медпрацівників, котрі обслуговують пацієнта;
- розвитку медсестринської практики шляхом проведення дослідних робіт.

Підходи до участі медичної сестри в лікувально-діагностичному процесі поки що відводять їй, в основному, лише функцію виконавця вказівок лікаря [4]. Ще досі існують різні точки зору щодо даного питання. В одних країнах сестринський персонал починають розуміти чи розуміють як окрему незалежну категорію медпрацівників, в інших – він і досі підпорядковується лікарям, і його основна роль зводиться до виконання функцій помічника [9]. В Україні традиційна аксіома того, що медсестра є лише «інструментом», «ма-



Рис. 1. Медаль Florence Nightingale.

шиною для виконання наказів» давно змінилась, але медичні сестри все ще залишаються на підлеглих позиціях [10]. У даний час відбувається переосмислення всієї системи сестринського обслуговування. Вона розглядається як один з найбільш економічних ресурсів щодо надання послуг у сфері охорони здоров'я. Діяльність медичних сестер базується на їх кваліфікації, а також якості медичного обслуговування [9]. Робота сестринського персоналу в сучасних умовах характеризується великою різноманітністю і включає як проведення високотехнологічних клінічних втручань, так і надання широкого спектра послуг у рамках первинної медико-санітарної допомоги. Значно розширюються також можливості прояву самостійності медсестер при наданні медичної допомоги, ухваленні рішень і виборі тактики дій [2].

У роботі сучасної медсестри додалося багато нових функцій. Так, вони під час чергування повинні бути постійно напоготові, тому що тривалість

захворювання і результат лікування багато в чому залежать від їх досвіду, знань і навиків. Життя тяжкохворого пацієнта залежить від того, чи спроможна медсестра вчасно помітити зміни в його стані та визначити що саме їх спричинило. Медсестрам доводиться постійно вчитися, тому що з'являються нові ліки та технології [12].

Висновки. Останніми роками ряд законодавчих і організаційних змін поклали на медичних сестер достатньо широкі обов'язки [10]. Необхідно враховувати, що сфера професійної компетентності медсестер поступово розширюється і включає в себе все більше маніпуляцій, які раніше виконувалися лікарями. Фахівці зі спеціальності «Сестринська справа», освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр», зможуть виконувати професійні обов'язки самостійно, із встановленням медсестринського діагнозу, у випадках легкого нездужання – призначати лікування (у межах, передбачених стандартами надання медичної допомоги) [3].

ЛІТЕРАТУРА

1. Васильєва Н. А. Організація роботи медперсоналу під час епідемії грипу та профілактичні заходи / Н. А. Васильєва, Л. М. Зубкович // Медсестринство. – 2010. – № 4. – С. 22–24.

2. Впровадження позаштатного головного спеціаліста з сестринської справи в управлінні охорони здоров'я міста / О. М. Грицько, А. Л. Федущак, В. І. Пирогова [та ін.] // Практична медицина. – 2001. – № 1. – С. 93–98.

3. Губенко І. Я. Проблеми колегіальності та партнерства в діяльності сімейних медичних сестер / І. Я. Губенко, Л. П. Бразалій, О. Т. Шевченко // Медсестринство. – 2009. – № 1. – С. 7–10.

4. Ковальчук Л. Я. Застосування європейських стандартів і рекомендацій щодо внутрішнього забезпечення якості медсестринської освіти в Тернопільському медичному університеті / Л. Я. Ковальчук // Медсестринство. – 2006. – № 1. – С. 13–17.

5. Кузмінська І. В. Медсестринство як впливова самостійна ланка медицини / І. В. Кузмінська,

І. М. Круковська // Медсестринство. – 2009. – № 2. – С. 28–30.

6. Поцюрко Р. Сестринський діагноз / Р. Поцюрко // Медична сестра. – 2008. – № 2. – С. 42–43.

7. Светличная Т. Г. Новые роли медицинских сестер в общественном секторе здравоохранения / Т. Г. Светличная, Л. П. Лисишникова // Медицинская помощь. – 2005. – № 1. – С. 48–51.

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

9. Шаповал К. І. Співробітництво на етапах розвитку медсестринства / К. І. Шаповал, Н. П. Яковенко // Медсестринство. – 2007. – № 2. – С. 45–47.

10. Fagin Leonard & Garelick Antony «Особливе» ставлення // Медична сестра. – 2008. – № 5. – С. 3–5.

11. <http://uk.wikipedia.org/wiki>

12. <http://www.chasipodii.net/mp/article/1585/>

13. <http://www.poltava.pl.ua/news/9327/>

Отримано 17.07.14

СТРЕС ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

В. П. Булах

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

У статті проаналізовано стрес як медико-біологічне поняття, його сутність, види, прояви, фізіологічні, психологічні, особистісні та медичні наслідки на організм людини; детально розглянуто стадії та фази стресу, надано класифікацію основних стресових чинників та їх наслідків.

STRESS AND ITS EFFECTS ON A HUMAN BODY

V. P. Bulakh

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

The article reviews the stress as medico-biological phenomenon, its nature, types, manifestations, physiological, psychological, personal and medical consequences on the human's body, gives the detailed description of stages and phases of stress and the classification of main stress factors and their effects.

Вступ. Слово «стрес» нині є одним з найуживаніших не тільки в медико-біологічних науках, але й поза ними, у тому числі часто вживається в побутових розмовах пересічних громадян. Немає такої людини, яка б не використовувала сьогодні це поняття: стресом намагаються пояснити все. Стрес увійшов у підручники, довідники, енциклопедії, словники й у щоденний побут. І не завжди, вживаючи це слово, ми задумуємося над тим, яке воно має походження та що воно означає.

Тисячоліттями пристосування людини до реальності відбувалося природно, і все в її житті було відносно зрозумілим. Високого положення законмірно досягав сильніший, а слабший навіть не претендував. Людина знала своє місце серед людей і в житті, і не прагнула того, що вважала в житті неможливим. Це вносило стабільність в її життя.

Проте з кінця XIX століття життя людини принципово змінилось. Зникли загрози, до яких людина призвичаювалась тисячоліттями; виникли

загрози, до яких вона не мала генетичної програми захисту. Науково-технічна революція в короткі строки різко змінила спосіб життя людини, її побутові умови. Відповідно драматично змінилась і адаптація (пристосування) до реального життя. Адаптація перестала залежати від зростання, фізичної сили і міцності кісток. Пристосування людини до дійсності почало більшою мірою залежати від її психологічних можливостей.

Демократизація сучасного суспільства, конституційні декларації відкривають перед людиною необмежені можливості, збільшуючи тим самим число її бажань і прагнень. Сучасна людина прагне встигнути, не відстати, досягнути, добитися, перевершити саму себе, але нерідко всі зусилля виявляються безплідними. Слабкий прагне обігнати сильнішого, але багато не встигають, відстають, не наздоганяють, не досягають, програють, а отже дезадаптуються.

Починаючи з XIX століття у психології людини почали все більше проявлятися такі негативні відчуття, як відчуття самотності, загального не-

задоволення своїм життям, втрата сенсу життя, втрата рівноваги, яка колись була більше присутня людині. Знявши зі своїх плеч фізичні навантаження, полегшивши своє матеріальне існування, людина загнала себе на дорогу духовних і психологічних поневірянь. Однак людська психіка виявилася не достатньо адаптованою до таких психологічних навантажень. Сучасні психологи стверджують, що дві третини населення промислово-розвинутих країн помирають від стресів. Тривалі фізичні та психологічні навантаження, які перевищують норми, призводять до порушення функціонування окремих органів та до серйозних хвороб. Такі «хвороби століття» як інфаркт, гіпертонія, інсульт, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки; бронхіальна астма; ревматоїдний артрит; нейродерміт та інші є кінцевим результатом післястресових порушень у нервовій діяльності [7].

Основна частина. Стрес... Вперше це слово з'явилось в 1303 р. у віршах поета Роберта Маннінга: «... ця мука була манною небесною, яку Господь послав людям, які перебували в пустелі 40 зим і знаходились у великому стресі» [3].

Вперше поняття «стрес» визначено 4 липня 1936 р., коли була опублікована стаття Г. Сельє «Синдром, викликаний різними ушкоджуючими впливами». Дослідження Сельє дозволили встановити, що в патогенезі практично всіх захворювань розрізняють: власне пошкодження і компенсаторно-приспосувальні реакції організму

на нього. Саме з таких позицій він оцінив комплекс змін, викликаних стресом, і пізніше назвав його «загальним адаптаційним синдромом» [5]. Поняття «стрес» з часом стало більш широким. Слово «стресор» стало означати не лише фізичний, але й чисто психологічний вплив, а слово «стрес» – реакцію не лише на фізично шкідливі впливи, але й на будь-які події, що викликають негативні емоції.

Стрес (від англ. stress – тиск, напруження) – неспецифічна відповідь організму на будь-яку зміну умов, які потребують пристосування. У цьому стані людина робить помилки у розподілі й переключенні уваги; порушується перебіг пізнавальних процесів, спостерігаються порушення координації рухів, неадекватні емоційні реакції, дезорганізація і гальмування всієї діяльності [4].

Стрес може бути як корисним, так і руйнівним. Він може сприяти мобілізації людини, підвищити її адаптаційні можливості в умовах дискомфорту й небезпеки (еустрес, конструктивний, корисний), а може й руйнувати людину, різко знизити ефективність її роботи і якість життя (дистрес, деструктивний, руйнівний).

Виділяють різні типи стресів, в узагальненому вигляді їх можна представити такою схемою (рис. 1).

Стреси поділяють:

– **за тривалістю:** гострий та хронічний.

– **за впливом на організм:** деструктивний (дистрес) та конструктивний (еустрес).

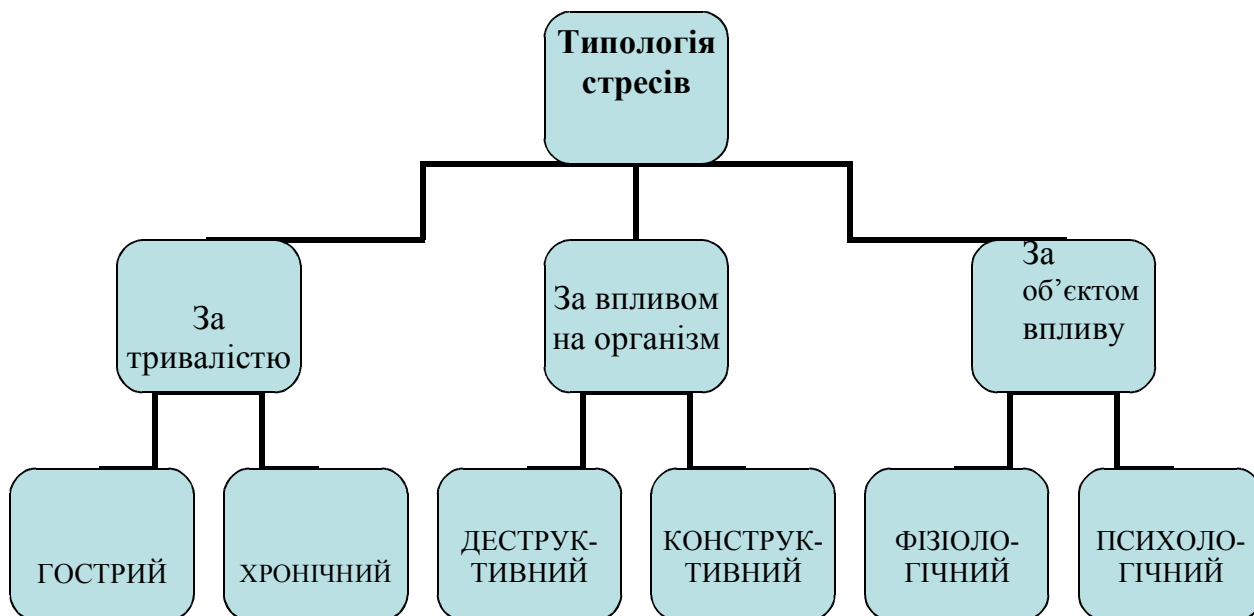


Рис. 1. Типологія стресів.

Необхідно зазначити, що невеличка доза стресу справляє позитивний вплив на нашу психіку, повертає нам молодість і життєві сили, відточує наші навички долати побічні ефекти неприємних ситуацій. Справжня проблема полягає в руйнівних наслідках тих стресів, які називають дистрессами, що руйнують і кар'єру, і стосунки, і шлюб, і здоров'я, і життя людини. Засвідчено: нездатність долати повсякденні стреси є головною причиною захворювань [10].

– **за об'єктом впливу:** фізіологічний або психологічний (емоційний).

Фізіологічний стрес виникає від фізичного перевантаження організму і (чи) впливу на нього шкідливих чинників навколишнього середовища (зависока чи занижка температура в робочому приміщенні, сильні запахи, недостатнє освітлення, підвищений рівень шуму).

Психологічний стрес є наслідком порушення психологічної стійкості особистості з низки причин: ображеного самолюбства, образи, роботи, що не відповідає кваліфікації. Крім того, такий стрес може бути наслідком психологічного перевантаження людини: виконання занадто великого обсягу робіт та відповідальності за якість складної й тривалої роботи. Емоційний стрес є варіантом психологічного стресу, що виникає в ситуаціях загрози, небезпеки, образи.

Інформаційний стрес виникає в ситуаціях інформаційних перевантажень чи від інформаційного вакууму.

Професійний стрес – це емоційний стан людини, який викликається несподіваною та напруженою ситуацією у трудовому колективі, конфліктними взаємовідносинами, інтелектуальним і емоційним перевантаженням. Тривалі професійні стреси призводять до виникнення синдрому емоційного вигорання.

Менеджерський стрес – це тип стресу, зумовлений чинниками, пов'язаними з діяльністю менеджера, його взаєминами з людьми в умовах складних ринкових відносин, коли динамічно змінюється навколишнє середовище й кон'юнктура ринку, посилюється конкурентна боротьба, і тому виникає необхідність приймати оперативні адекватні управлінські рішення для забезпечення стійкого розвитку підприємства, його конкурентоздатності [11].

Біосоціальна природа людини призводить до виникнення нового виду стресу – психосоціального. Психосоціальний стрес – це патофізіо-

логічні зміни в організмі у відповідь на звичайні фактори та реалії повсякденного життя, що набувають домінуючого значення. Вони чисельні: це й побутовий стрес, це стрес вдома і на роботі, це фінансовий стрес, екологічний стрес, це відчуття тривоги, депресії, невпевненості в завтрашньому дні [12].

З психологічної точки зору стан стресу включає специфічну форму відображення людиною екстремальної ситуації і модель поведінки як відповідну реакцію на це відображення. Експериментально доведено, що стрес від фізичних навантажень не є таким страшним і руйнівним, як стрес, зумовлений крахом надій, невдачею, розумовим перевантаженням, невпевненістю в собі.

Стресори – це чинники навколишнього середовища або особисті, дія яких виводить з рівноваги фізіологічні й психічні функції людини, що позначаються на нервовій системі організму та спричиняють виникнення стресу.

Стрес-подразники бувають 3 типів:

а) стрес-подразники I категорії нам практично не підвласні: ціни, податки, погода, характер людей, які нас оточують;

б) стресори II категорії – це стресори, на які ми можемо і повинні впливати: необдумані наші дії, нездатність керувати своїм часом. Тобто це те, на що ми повинні звертати увагу і при правильності дій, ми можемо змінити ситуацію;

в) до III групи стресорів належать події та явища, які ми самі перетворюємо на проблеми. Для того, щоб позбутися стресора III групи, нам лише необхідно по-іншому подивитись на ситуацію. Наприклад, всім відомий герой роману Д. Дефо Робінзон Крузо, опинившись на безлюдному острові зумів знайти позитивні сторони в сумних обставинах свого положення. Він поділив зошит на дві колонки і в лівій написав підзаголовок «Зло» під яким: «Я закинутий на безлюдний острів», а поруч під заголовком «Добро» відмітив: «Але я живий, я не потонув подібно всім моїм товаришам». Якщо ми оволодіємо технікою позитивного мислення, то побачимо, що існує немало світлих смуг у самих неприємних обставинах нашого життя.

Важливо знати, які події і у яких випадках є стресогенними саме для вас – це допоможе пом'якшити негативні наслідки. Також важливо навчитись виявляти у себе ознаки стресового напруження та переводити ці сигнали зі сфери почуттів (емоційної) у сферу розуму (раціональну).

Ознаки стресового напруження (за Шеффером):

- неможливість зосередитись на чомусь;
- надто часті помилки в роботі;
- погіршення пам'яті;
- часте виникнення відчуття втоми;
- дуже швидке мовлення;
- часті болі (спина, голова, ділянка шлунка);
- підвищена збудливість;
- робота не приносить попереднього задоволення;
- втрата почуття гумору;
- різко збільшена кількість викурених сигарет;
- потяг до вживання алкогольних напоїв;
- постійне відчуття недоїдання або втрата апетиту;
- неможливість вчасно завершити роботу [9].

Причини стресового напруження:

- набагато частіше вам доводиться робити не те, що б хотілося;
- вам постійно бракує часу – не встигаєте нічого зробити;
- ви постійно хочете спати;
- ви бачите надто багато кольорових снів, особливо коли дуже втомилися за день;
- ви дуже багато курите та/або споживаєте більше ніж звичайно алкогольних напоїв;
- вам майже нічого не подобається;
- у вас постійні конфлікти як вдома, так і на роботі;
- відчуваєте незадоволеність життям і жити взагалі не хочеться;
- з'являється комплекс неповноцінності;
- вам немає з ким поговорити про свою проблему, ніхто вас не розуміє;
- ви не відчуваєте поваги до себе;
- у вас є якесь хронічне захворювання або постійно турбує біль;
- ви не задоволені своїм особистим та сексуальним життям [7].

У ході розвитку стресу спостерігають три стадії:

- **стадія тривоги** (напруження, чекання) – це стадія мобілізації захисних сил, у межах якої Сельє розрізняє шок і протишок. Під час шоку знижується артеріальний тиск, зменшується частота дихальних рухів і скорочень міокарда, знижується температура тіла, тонує скелетних м'язів, рівень глюкози в крові, підвищується проникність стінок капілярів, згущується кров, що супроводжується руйнуванням білків, інволюцією лімфоїдної тканини, появою геморагічних висипань і виразок на слизовій оболонці шлунка та дванадцятипалої

кишки. Шок змінюється протишоком – включенням механізмів протидії пошкодженню. Збільшується частота скорочень серця, дихання, підвищується температура тіла, рівень глюкози і ненасичених жирних кислот у крові, зменшується вміст глікогену в печінці. Завдяки згаданим змінам покращується кровозабезпечення мозку, серця, скелетних м'язів [12].

– **стадія опору** (резистентності, адаптивна, власне стрес) – настає тоді, коли стрес-фактор сягає найвищого значення. Рівень опірності організму знижується. Якщо стресор достатньо сильний, то опірність може впасти до нуля.

Стадія тривоги змінюється стадією резистентності. Ключовий процес цієї стадії – гіпертрофія кори наднирників, збільшення їх функціональних резервів, перехід системи «гіпофіз – кора наднирників» у стабільний режим функціонування з нормалізацією глюкокортикоїдів у крові. Ці гормони протидіють запаленню, зменшують судинну проникність, стимулюють гліоконеогенез, гальмують реакції гуморального та клітинного імунітету [12].

– **стадія виснаження** (дезадаптації, дистресу) – настає тоді, коли подразник продовжує діяти і знижуються можливості протистояння стресу внаслідок виснаження резервів людини. Критично знижується загальна опірність організму. Стрес «захоплює» людину і може призвести до розвитку будь-якої психосоматичної хвороби [10].

Крім того, стрес має фізіологічні, психологічні, особистісні та медичні ознаки.

Фізіологічні ознаки стресу: «хекання», частий пульс, почервоніння або збліднення шкіри особи, збільшення адреналіну в крові, потіння.

Психологічні ознаки стресу: зміна динаміки психічних функцій, найчастіше уповільнення розумових операцій, розсіювання уваги, ослаблення функції пам'яті, зменшення сенсорної чутливості, гальмування процесу ухвалення рішення.

Особистісні ознаки стресу: повне придушення волі, зниження самоконтролю, пасивність і стереотипність поведінки, нездатність до творчих рішень, підвищена сугестивність, страх, тривожність, невмотивоване занепокоєння.

Медичні ознаки стресу: підвищена нервозність, наявність істеричних реакцій, непритомність, афекти, головний біль, безсоння.

Психосоматика – це напрям медичної психології, що вивчає вплив психологічних (в тому числі стресових) факторів на виникнення певних

соматичних захворювань. Психосоматичні захворювання – це вторинні функціональні й органічні розлади внутрішніх органів і систем, першопричиною виникнення і загострення яких є психогенні чинники (рис. 2). Особливістю таких розладів є поступовий перехід від функціональних порушень у внутрішніх органах до деструктивних процесів і органічних змін у них [4].

Серед багатьох психосоматичних захворювань традиційно виділяють найбільш досліджену групу

з так званих «семи священних корів» психосоматики, до якої належать:

- виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки;
- неспецифічний виразковий коліт;
- бронхіальна астма;
- тиреотоксикоз (Базедова хвороба);
- есенціальна гіпертензія;
- ревматоїдний артрит;
- нейродерміт [7].



Рис. 2. Схематична модель виникнення психосоматичного стресу.

Загальновідомо, що профілактика завжди ефективніша за лікування. Для того, щоб створити для себе максимум психологічного комфорту, зберегти своє психічне та фізичне здоров'я першовідкривач стресу Г. Сельє радить кожному із нас наступне:

а) прагнучи доброзичливих стосунків, не заводьте дружби з «важкими», нестриманими людьми;

б) у кожному різновиді досягнень є своя вершина, прагніть до неї і будьте задоволені;

в) цінують радість справжньої простоти життєвого устрою;

г) з якою б життєвою ситуацією ви не зіткнулися, подумайте, чи варто боротися;

д) постійно зосереджуйте свою увагу на світлих сторонах життя. Кращий шлях зменшити стресовість – відволіктися;

е) навіть після нищівної поразки боротися з гнітючими думками найкраще за допомогою спогадів про минулі успіхи. Це сприяє встановленню віри у себе;

є) якщо вас чекає неприємна справа, не відкладайте її;

ж) не забувайте, що немає готового рецепту успіху, що був би придатний для всіх. Усі ми різні, наші проблеми теж різні [13].

Зокрема, із рекомендацій Г. Сельє впливає, що до якої б мети ми не прагнули, зв'язок між стресом і досягненням мети безперечний. Розумове перенапруження, невдачі, невпевненість, безцільне існування належать до найшкідливіших стресорів. Вони часто є причиною мігрені, виразкових хвороб, серцевих нападів, гіпертонії, психічних розладів, самогубств або просто безнадійно нещасливого життя.

Як уже зазначалося раніше, не варто ставити перед собою непосильні завдання. Але в межах своїх природжених даних треба зробити все, на що конкретна людина здатна, прагнути до вищої майстерності, не до досконалості, бо її не досягнути. Ставити її собі за мету означає заздалегідь прирікати себе на дистрес та невдачі. Коли щось загрожує душевній рівновазі чи виникають сумніви у правильності поведінки, Г. Сельє радить згадати такі рядки, і вони обов'язково допоможуть: прагни до найвищої з доступних тобі цілей і не вступай у боротьбу через дрібниці [13].

Висновки. Підсумовуючи викладене, можна зазначити, що сьогодні, в ХХІ столітті, поняття «стрес» набуло особливої актуальності, а уміння справлятися з ним перетворюється на нагальну потребу для кожної людини. Відомо, що стрес

містить у собі велику руйнівну силу: він може знищити і успіх, і любов, і навіть, саме життя. Але ж потрібно не забувати, що людина – володар своєї долі. Вона, як найрозумніша істота на планеті, може не тільки впоратися із будь-яким стресом, а і виграти битву з ним. Згадайте слова Епіктета: «Людей турбують не речі, а те, як люди дивляться на це». Наші інтерпретації подій, а не самі події можуть призвести до астми, виразки, гіпертонії, остеохондрозу, нейродерміту й багатьох інших психосоматичних захворювань. Отже, щоб цього не сталося ми повинні навчитися регулювати свою психічну та розумову діяльність, об'єктивно дивитися на події і правильно керувати стресом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Агафоновичев В. Как нас печат собаки / В. Агафоновичев. – М. : АСТ, 2008. – 125 с.

2. Бенеш Г. Психология: dtv-Atlas : довідник / Г. Бенеш. – К. : Знання-Прес, 2007. – 510 с.

3. Бережкова Л. В. Как сохранить здоровье нервной системы: советы невролога / Л. В. Бережкова. – М. : ОЛМА-ПРЕСС Экслибрис, 2002. – 160 с.

4. Богданов О. Стресс. Благословение или убийца? [Электронный ресурс] / О. Богданов // Режим доступа к статье : http://live-for-life.ru/simptomi_stressa

5. Губенко І. Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування : підручник / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т. Шевченко. – К. : Медицина, 2013. – 296 с.

6. Калошин В. Ф. Як долати стрес у педагогічній діяльності / В. Ф. Калошин // Практична психологія та соціальна робота. – 2004. – № 8. – С. 58–68.

7. Калошин В. Ф. Як долати стрес у педагогічній

діяльності / В. Ф. Калошин // Практична психологія та соціальна робота. – 2004. – № 9. – С. 60–67.

8. Козлова В. А. Основи валеології : навч. посіб. / В. А. Козлова. – Кіровоград : ФО-П Александрова М. В., 2012. – 352 с.

9. Матвеев В. М. Життя. Здоров'я. Доля / В. М. Матвеев. – Черкаси : Відлуння-Плюс, 2008. – 186 с.

10. Медична психологія / [С. Д. Максименко, І. А. Коваль, К. С. Максименко, М. В. Папуча] ; за ред. С. Д. Максименка. – Вінниця : Нова Книга, 2008. – 520 с.

11. Русинка І. І. Психологія : навч. посіб. / І. І. Русинка. – К. : Знання, 2011. – 407 с.

12. Чепига М. П. Стимуляція здоров'я та інтелекту / М. П. Чепига, С. М. Чепига. – К. : Знання, 2006. – 346 с.

13. Шатило В. Й. Менеджмент і лідерство в медсестринстві : підручник ; [за ред. д-ра мед. наук В. Й. Шатила]. – К. : Медицина, 2013. – 304 с.

Отримано 19.06.14

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ВИКЛАДАННЯ ПАТОФІЗІОЛОГІЇ ДЛЯ БАКАЛАВРІВ МЕДИЦИНИ

О. М. Шевченко, О. В. Ніколаєва, Л. Г. Огнєва

Луганська обласна лікарня № 2

Майбутній фахівець – бакалавр медицини – повинен здобути певний обсяг знань з патологічної фізіології, який би відповідав вимогам сучасної медичної практики. Для досягнення цього запропоновано активізувати пізнавальну діяльність, об'єднати теоретичну та практичну підготовку для більш поглибленого розуміння студентами питань загальної й спеціальної патофізіології та підвищення можливості використання набутих ними знань.

CONTEMPORARY APPROACHES TO THE TEACHING OF PATHOPHYSIOLOGY FOR BACHELORS OF MEDICINE

O. M. Shevchenko, O. V. Nikolayeva, L. H. Ohnyeva

Luhansk Regional Hospital № 2

Future specialist – Bachelor of Medicine – should get a certain amount of knowledge of pathophysiology that would meet the requirements of modern medical practice. To achieve this, it is offered to intensify cognitive activities, to combine theoretical and practical training for more in-depth understanding of students on general and specific pathophysiology and increase the possibility of using their acquired knowledge.

Вступ. Майбутній фахівець – бакалавр медицини – повинен здобути певний обсяг знань з патологічної фізіології та відповідну методологічну підготовку, тому що він, окрім безпосередньої практичної роботи може виконувати педагогічну роботу [1]. Ці знання абсолютно необхідні у формуванні знань та навичок для повного сприйняття та глибокого засвоєння клінічних дисциплін і подальшої професійної діяльності, тому що Національна програма розвитку медсестринства передбачає підготовку медичної сестри-організатора й лідера сестринської справи, викладача медичного коледжу, медичну сестру загальної практики – сімейну сестру, яка буде здатна співпрацювати з родинами пацієнтів, кваліфіковано надавати допомогу пацієнтам вдома. Медсестра-бакалавр повинна досконало знати методики підготовки пацієнтів до класичних методів обстеження, бути добрим психологом у

© О. М. Шевченко, О. В. Ніколаєва, Л. Г. Огнєва, 2014

розв'язанні сімейних проблем, популяризатором здорового способу життя [2].

Основна частина. Головною метою патофізіології як академічної дисципліни є вивчення найбільш загальних закономірностей походження, виникнення, розвитку, перебігу, завершення патологічних процесів, а також підготовка студентів до глибокого розуміння етіології, патогенезу клінічних процесів, принципів терапії та профілактики захворювань. Предметом вивчення є загальні закономірності, перш за все функціонального характеру, які вивчають перебіг захворювання, механізми резистентності, одужання та завершення хвороби. Абстрагуючись від деталей, патофізіологія на основі категорії передової науки висвітлює основні закономірності життєдіяльності хворого організму.

Названа мета в процесі викладання патологічної фізіології для бакалаврів реалізується шляхом опанування загальної патофізіології, патофізіології

органів і систем, щоб закласти теоретичні основи розуміння студентами-бакалаврами етіології, патогенезу та загальних закономірностей проявів хвороби [3].

Завдання даного курсу полягає в ознайомленні студентів з основними причинами та умовами виникнення захворювань; закономірностями їх розвитку, включаючи механізми порушення діяльності фізіологічних систем, органів, клітин, їх органел, і механізми формування захисно-приспосувальних реакцій; функціональними та клінічними проявами найпоширеніших патологічних процесів і хвороб, а також їх наслідками.

Дуже важлива роль належить медсестринству в перспективі реалізації соціальних, психологічних і духовних заходів, спрямованих на поліпшення якості життя пацієнтів, які страждають на невиліковні хвороби, мають обмежений прогноз життя, сприяння створенню в країні паліативної допомоги. За даними МОЗ, в Україні нині нараховують 1,5 мільйона громадян, які потребують такої допомоги [4].

У викладанні патологічної фізіології студентам-бакалаврам основну увагу приділяють функціональним та клінічним проявам найпоширеніших патологічних процесів і хвороб, а також їх наслідкам, принципам терапії та профілактики захворювань, тому що вони мають базові знання з медицини. Викладачі на лекціях та під час практичних занять акцентують увагу на складності та діалектичній єдності функції та структури, єдності ушкодження та захисно-приспосувальних процесів, а також їх мінливості на різних стадіях захворювання у різних вікових групах, особливо у пацієнтів похилого віку [5].

Формами навчання для студентів-бакалаврів є теоретичні, практичні заняття, консультації. Відокремлено теми для самостійного вивчення студентами.

Теоретичні заняття проводять у формі лекції. На них викладач дає систематизований курс основ патофізіології відповідно до програми, ілюструючи теоретичні положення за допомогою мультимедійних засобів. На лекціях викладач роз'яснює студентам основні положення розділу курсу, дає вказівки для самостійної роботи. Теоретичні заняття передують практичним [6].

При проведенні занять будь-якого типу на кафедрі використовують комп'ютерну техніку, відеофільми, таблиці, слайди, зразки препаратів.

При підготовці до практичних занять студенти користуються методичними вказівками, складеними викладачами кафедри, що дає можливість студентам-бакалаврам визначити основні положення загальної патології, роль етіологічних факторів та умов, а також реактивних властивостей організму та значення експериментального методу для патології.

Практичні заняття викладач розпочинає з визначення вихідного рівня знань студентів. Для цього проводять програмований контроль першого рівня. Інформація про ступінь підготовки студентів дозволяє вирішити питання про завоювання попередніх розділів курсу. Потім викладач роз'яснює основні положення нового матеріалу. На самому занятті він може рекомендувати студентам для самостійної підготовки основну та додаткову літературу. На практичному занятті студенти під керівництвом викладача проводять експерименти на тваринах і аналізують механізми розвитку деяких патологічних процесів, вивчають фізіологічні зміни стану тварин та схематично замальовують їх у зошиті.

Для поглиблення, закріплення знань і вироблення практичних умінь студентам пропонують розв'язувати проблемні та ситуаційні задачі різної складності.

Бакалавр медицини – це поєднання теорії і клінічного досвіду [7].

При підготовці студентів-бакалаврів, які мають базові знання з медицини, велике значення приділяють позааудиторній самостійній роботі. Для проведення позааудиторної самостійної роботи на кафедрі складено методичні вказівки для студентів стосовно використання додаткового теоретичного матеріалу, виконання індивідуальних завдань, написання рефератів, проведення науково-дослідної роботи, участі у студентських науково-практичних конференціях та конференціях із практичної медицини [8].

Напрямок усієї навчально-методичної роботи на кафедрі патологічної фізіології є виховання гармонійно розвиненої особистості та досконало володіючого професійним знанням бакалавра медицини, який може застосовувати набуті знання при вивченні клінічних дисциплін, аналізувати сучасні теоретичні напрямки та концепції, планувати та проводити експериментальні дослідження та правильно оцінювати отримані результати.

Висновок. Враховуючи сучасні вимоги до бакалавра медицини, на кафедрі планують вдосконалити комплексний підхід до організації та науково-методичного забезпечення навчального процесу, складовими частинами якого будуть активізація пізнавальної діяльності,

об'єднання теоретичної та практичної підготовки для більш поглибленого розуміння питань загальної й спеціальної патофізіології та використання набутих студентами знань в подальшій практичній діяльності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Про введення в дію стандарту вищої освіти рівня «бакалавр» напряму «Медицина»: наказ МОЗ України № 216 від 19.03.2012 р.

2. Про затвердження «Програми розвитку медсестринства України на 2005–2010 рр.»: наказ МОЗ України № 585 від 08.11.2005 р.

3. Про затвердження та введення навчальних планів за напрямом підготовки 6.120101 «Сестринська справа»: наказ МОЗ України № 503 від 10.07.2009 р.

4. Нарада з питань поліпшення підготовки молодших медичних спеціалістів і бакалаврів медицини від 06.11.2008 р.: МОЗ України.

5. Чернишенко Т. И. Актуальные вопросы оказания качественной медсестринской помощи населению / Т. И. Чернишенко / Материалы конференции, 27.05.2009 г. – Тернополь. – С. 7–11.

6. Про затвердження Положення про особливості ступеневої освіти медичного спрямування: наказ МОЗ України № 35 від 24.02.2000 р.

7. Жмыря Л. И. «Медсестра, бакалавр, магистр – разные ступени обучения» / Л. И. Жмыря / Материалы конференции, 4 ноября 2008 года. – Крым. – С. 38.

8. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я / О. В. Баєва. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – С. 67–71.

Отримано 22.05.14

ДОБРОВІЛЬНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ В «КЛІНІЦІ, ДРУЖНІЙ ДО МОЛОДІ»

К. В. Олійник

*Вищий комунальний навчальний заклад
«Шосткинське медичне училище»*

У статті висвітлено основні завдання та принципи добровільного консультування на ВІЛ-інфекцію. Значення цього консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію у боротьбі з ВІЛ/СНІД.

VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING FOR HIV-INFECTION (VCT) IN THE «CLINIC, YOUTH-FRIENDLY»

K. V. Oliinyk

*Higher Municipal Educational Institution
«Shostka Medical School»*

This article contains the basic objectives and principles of voluntary counseling for HIV-infection. The value of counseling and testing for HIV-infection in HIV/AIDS has been highlighted.

Вступ. Ситуація щодо захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні й надалі залишається вкрай складною та вимагає нових підходів до ефективної профілактики ВІЛ-інфекції, особливо серед уразливих груп населення. Добровільне консультування і тестування на ВІЛ – це ефективний та виключно важливий метод профілактики ВІЛ-інфекції.

Основна частина. Основне в роботі «Клініки, дружньої до молоді» (КДМ) є профілактика ВІЛ-інфекції. Інформацію про ВІЛ надають під час консультувань, бесід, тренінгів, лекцій, акцій. З метою попередження розповсюдження ВІЛ у практику КДМ введено послугу добровільного консультування і тестування (ДКТ) на ВІЛ-інфекцію наказ № 55 від 10.02.2009 р. «Про впровадження в роботу Центру медико-соціальної допомоги дітям і молоді «Клініка, дружня до молоді» добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію». Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію проводять згідно з протоколом, наказ МОЗ України № 415 від 19.08.2005 р. «Про удосконалення добро-

вільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

Метою ДКТ є надання добровільної консультативної допомоги населенню стосовно шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування, сприяння прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІЛ, визначення ВІЛ-статусу людини, підтримка подальшої щодо інфікування ВІЛ поведінки, а також надання своєчасної медичної допомоги та всебічної підтримки людині, яка інфікована ВІЛ.

Завданнями ДКТ є:

– зниження темпів поширення ВІЛ-інфекції серед населення шляхом:

1) інформування щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції та відповідних ризиків інфікування, пов'язаних із кожним з них;

2) ознайомлення із заходами та засобами зменшення ризику інфікування ВІЛ;

3) оцінка індивідуального ризику інфікування ВІЛ, сприяння формуванню у пацієнта власної оцінки ступеня особистого ризику інфікування ВІЛ;

4) інформування про процедуру тестування та практичне значення результатів;

- 5) тестування на ВІЛ-інфекцію;
- 6) надання психологічної та соціальної підтримки;
- 7) інформування про існуючі державні та комунальні заклади охорони здоров'я, інші державні та комунальні установи, об'єднання громадян, які надають медичну, психологічну, юридичну, соціальну та інші види допомоги особам, які її потребують;

8) сприяння щодо прийняття добровільного інформованого рішення стосовно проходження тестування на ВІЛ-інфекцію;

- інформування з правових питань, пов'язаних із проблемами ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- сприяння підвищенню рівня здоров'я населення, в тому числі подовженню та покращенню якості життя людей, які живуть з ВІЛ.

Принципи ДКТ:

– добровільність. Медична сестра доводить до відома пацієнта, що тестування для виявлення ВІЛ-інфекції може бути проведено тільки після усвідомленої та добровільної його згоди. Це означає, що пацієнту надано зрозумілою для нього мовою у доступній формі достатньо інформації, він зрозумів позитивні та негативні наслідки виявлення свого ВІЛ-статусу, дав письмово підтверджену згоду на проходження тестування або відмовився від нього;

– конфіденційність. Інформація, яка стала відома медичній сестрі під час надання послуг ДКТ (факт звернення особи, зміст отриманих послуг, дані про особисте життя, контактні реквізити, результати тесту тощо), є конфіденційною. Ця інформація може бути передана законним представникам неповнолітнього або недієздатного пацієнта, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання, суду у випадках, передбачених законами України. Всю інформацію про пацієнта зберігають в режимі обмеженого доступу. Документацію, в якій є персоніфіковані дані про пацієнтів: журнал реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування при тестуванні на ВІЛ-інфекцію (форма № 503/0), індивідуальну картку відвідувача Центру медико-соціальної допомоги дітям і молоді «Клініка, дружня до молоді» зберігають в зачиненому сейфі;

– анонімність. За бажанням пацієнта консультація та тестування можуть бути проведені анонімно, тобто без зазначення будь-яких даних, за якими може бути ідентифікована особа (паспортні дані, місце проживання тощо). У

такому випадку ДКТ проводять з використанням коду, який надають пацієнту для проходження консультування та тестування з отриманням його результатів;

– доступність та відсутність дискримінації. Поняття доступності включає в себе фізичну доступність (наявність пунктів ДКТ, інформованість населення про можливість отримати цю послугу з наданням конкретних координат: адреса, номер телефону, режим роботи). Тестування на ВІЛ для всіх пацієнтів повинно бути безкоштовним;

– достовірність та повнота інформації. Кожному, хто має намір пройти тестування, пропонують перед- та післятестове консультування, під час якого надають інформацію про мету та процедуру тестування, шляхи передачі, заходи та засоби профілактики ВІЛ-інфекції, можливі результати тесту, існуючі можливості отримання медичної, психологічної та соціальної допомоги тощо. Обсяг та форма поданої інформації мають бути достатніми для прийняття усвідомленого рішення про доцільність та необхідність тестування. Пацієнтам як з позитивним, так і з негативним результатом під час повідомлення про результат тесту надають інформацію про служби медичної, психологічної, соціальної та юридичної допомоги та в разі необхідності направляють до них;

– професійна та технічна досконалість. Консультант з ДКТ повинен мати відповідну підготовку. Обладнання та приміщення КДМ сприяє забезпеченню якісного проведення ДКТ. Забір крові для тестування на ВІЛ-інфекцію проводять у маніпуляційному кабінеті. Біоматеріал (кров) для тестування на ВІЛ-інфекцію доставляють в обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом;

– мобілізація ресурсів. Установи, організації та заклади, що надають послуги ДКТ, мають бути обізнані про наявні додаткові ресурси та співпрацювати з іншими установами, організаціями та закладами, які надають медичну, психологічну, соціальну, правову та інші види допомоги.

Для проведення тестування на ВІЛ-інфекцію необхідно отримати інформовану згоду пацієнта (форма первинної облікової документації № 503-1/0 «Інформована згода на проходження тесту на ВІЛ»). При анонімному обстеженні форма № 503-1/0 не заповнюється. Якщо пацієнт відмовляється від передтестового консультування або від заповнення форми № 503-1/0, це не повинно стати перешкодою для добровільного тестування.

Висновок. Добровільне консультування та тестування на ВІЛ дозволяє суттєво покращити виявлення ВІЛ/СНІДу. Сьогодні кожен може пройти безоплатне добровільне консультування

та тестування на ВІЛ-інфекцію та здати кров для тесту на ВІЛ-інфекцію, в КДМ, кабінетах «Довіра», які створені в багатьох районних центрах та містах на території України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Медико-профілактичні аспекти ВІЛ-інфекції та СНІДу в лікарській практиці : посіб. / Б. М. Дикий, І. Г. Грижак, А. М. Щербінська [та ін.]. – Івано-Франківськ, 2007. – 236 с.

2. Дзюблик І. В. Базові питання добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію / І. В. Дзюблик. – К., 2007. – 171 с.

3. Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію : протокол (затверджений наказом МОЗ України № 415 від 19.08.2005 р.) [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.

Отримано 02.07.14

ЛІКУВАННЯ КОКСАРТРОЗУ ШЛЯХОМ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ

Н. В. Мороз, О. І. Зарудна

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

У статті висвітлено структуру захворюваності на коксартроз. Розглянуто введення тотального ендопротезування як способу лікування даної патології. Звернено увагу на післяопераційний період після операційного втручання.

TREATMENT OF COXARTHROSIS BY TOTAL ENDOPROSTHESIS

N. V. Moroz, O. I. Zarudna

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

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

Вступ. Остеоартроз – часте захворювання суглобів у багатьох популяціях, яке зазвичай маніфестує в осіб віком старших 40 років. В Україні розповсюдженість остеоартрозу становить майже 500 осіб на 100 тис. населення. Частота остеоартрозу колінного суглоба (гонартрозу) досягає 24–68 % від усіх дегенеративно-дистрофічних уражень суглобів. Ознаки захворювання на остеоартроз серед осіб старше 65 років спостерігаються у 68 % жінок та 58 % чоловіків. Остеоартроз кульшових суглобів III–IV стадії виявляють у 8,4 % жінок та 3,1 % чоловіків серед загальної популяції. Неухильне прогресування процесу 11,5 % хворих призводить до інвалідності. Враховуючи вищевикладене, протягом останнього часу більшого значення в лікуванні остеоартрозу на пізніх стадіях захворювання відводиться сучасним артропластичним та радикальним операційним втручанням, в тому числі тотальному ендопротезуванню кульшового суглоба.

© Н. В. Мороз, О. І. Зарудна, 2014

Тотальне ендопротезування кульшового суглоба залишається радикальним та найефективнішим методом лікування хворих на диспластичний коксартроз, що зумовлено значною кількістю (40 %) несприятливих наслідків та результатів паліативних операційних втручань у цієї когорти пацієнтів.

Основна частина. Остеоартроз – це гетерогенна група захворювань різної етіології зі схожими біологічними, морфологічними, клінічними проявами і наслідком, в основі яких лежить ураження всіх компонентів суглоба, насамперед хряща, а також субхондральної кістки, синовіальної оболонки, зв'язок, капсули, м'язів, які оточують суглоб (Національний підручник з ревматології / за ред. В. М. Коваленка, Н. М. Шуби, 2013 рік).

Остеоартроз із залученням колінного і кульшового суглобів займає одне з лідируючих місць серед дегенеративно-дистрофічних захворювань у віці після 40 років. Першопричиною хвороби є порушення кровообігу в суглобі, що призводить

до погіршення обміну речовин, падіння якості синовіальної рідини і руйнування хряща. Крім власне руйнування суглоба, таке захворювання може бути наслідком вивихів та переломів, розвитком ревматоїдного артриту та інфекційних процесів. При запущеному коксартрозі (артроз тазостегнового суглоба) і гонартрозі (артроз колінного суглоба) завдає сильні болі, призводить до кульгавості й втрати рухливості та труднощів із самообслуговуванням [1].

На ранніх стадіях хвороби проводять консервативне лікування, яке позбавляє хворого болю, покращує рух у суглобі [3].

Традиційна медицина тяжкого коксартрозу пропонує симптоматичне лікування із застосуванням болезаспокійливих протизапальних препаратів, лікувальну фізкультуру в режимі дозованого навантаження та розвантаження, оскільки базисна терапія хондропротекторами на цій стадії уже стає неефективною за даними багатьох авторів. Тому лікувальною тактикою вибору є тотальне ендопротезування ураженого суглоба. Отже, ендопротезування суглобів – це метод хірургічного лікування відновної терапії, який дозволяє повернути функціональну активність, купірувати больовий синдром та повернути якість життя пацієнту.

Основними скаргами пацієнтів при зверненні до лікаря є біль, обмеження рухів у суглобі, порушення функції кінцівки. Окрім остеоартрозу, причиною цих скарг зазвичай є асептичний некроз головки стегнової кістки, перелом шийки стегнової кістки тощо [2].

Показання до ендопротезування (Національний підручник з ревматології / за ред. В. М. Коваленка, Н. М. Шуби, 2013 рік):

- виражений больовий синдром та порушення функції кінцівок при неефективності консервативного лікування;

- остеоартроз III–IV рентгенологічної стадії;

- ураження кульшового чи колінного суглобів при ревматоїдному артриті, хронічному ювенільному ревматоїдному артриті, анкілозивному спондилоартриті та інших ревматичних захворюваннях із виявленими рентгенологічними кістково-деструктивними змінами;

- асептичний некроз головки стегнової кістки і прогресування деформації головки;

- асептичний некроз виростків великогомілкової чи стегнової кісток із прогресуючою вальгусною чи варусною деформацією кінцівки;

- зміни в кульшовому суглобі з рентгенологічними ознаками протрузії дна вертлюжної западини;

- клінічно виявлене вкорочення кінцівки на боці ураження у поєднанні з рентгенологічними змінами;

- контрактура суглоба, зумовлена виявленими рентгенологічними кістково-деструктивними змінами;

- фіброзний та кістковий анкілоз суглоба;

- післятравматичні зміни суглоба, що призводять до порушення опорної функції та больового синдрому.

Протези з цементним типом фіксації найчастіше застосовують у хворих літнього і старечого віку. Це зумовлено слабкістю кісткової тканини внаслідок остеопорозу; крім того цементний тип фіксації протеза дозволяє раннє навантаження на оперовану кінцівку, що вкрай важливо для хворих у цьому віці.

Протези з безцементним типом фіксації рекомендують хворим у більш молодому віці з добре збереженою кістковою тканиною. У свою чергу, безцементні протези поділяються на різновиди залежно від пар тертя: метал–поліетилен, кераміка–кераміка, метал–метал. Найбільшого поширення набули протези з діаметром головки протеза 28 мм, однак останнім часом користуються популярністю протези з великою головкою. Їх перевагою є стійкість до можливого вивиху і практично відсутність стирання компонентів протеза.

Тривалість функціонування протеза залежить від багатьох факторів: стану кісткової тканини, маси і способу життя хворого, супутніх захворювань тощо. Найчастішою причиною повторних операцій стає розхитування одного з компонентів протеза через надмірні навантаження [4].

Противпоказання до протезування тазостегнового суглоба:

- гнійна інфекція;

- серцево-судинні захворювання у стадії суб- і декомпенсації;

- декомпенсовані захворювання органів дихання;

- ендокринні захворювання в стадії декомпенсації;

- печінково-ниркова недостатність.

Перед операцією пацієнтів всебічно обстежують, проводять електрокардіографію, доплерографію судин нижніх кінцівок і под. Операція ендопротезування кульшового суглоба в

стандартних випадках триває від 1,5 до 3 годин. У складних випадках, наприклад, при дисплазії або при наслідках травм вертлюжної западини, коли доводиться виконувати пластику вертлюжної западини, операція може тривати до 4 годин. Профілактика інфекційних ускладнень і тромбоемболії починається в передопераційному періоді й триває в післяопераційному періоді [5]. Результати проведених операційних втручань зображено на рисунках 1–3.

Реабілітація починається вже з наступного дня після операції. З пацієнтом починає працювати методист з лікувальної фізкультури. Хворому дозволяють вставати з ліжка, ходити за допомогою милиць. Пацієнтам старечого віку зручніше починати ходити на ходунках. У випадку

застосування протеза із цементним типом фіксації дозволяють дозоване навантаження, що становить 80 % маси пацієнта, що важливо для людей літнього і старечого віку. У випадках застосування протеза з безцементним типом фіксації навантаження на оперовану кінцівку обмежують до 20 % від маси пацієнта на термін 6–8 тижнів. З метою профілактики тромбоемболії пацієнти бинтують нижні кінцівки еластичним бинтом або користуються еластичними панчохами.

Через 5–10 днів після операції пацієнта випускають на амбулаторне лікування.

Консультацію призначають через 8–10 тижнів після операції з метою рентгенографії оперованого суглоба, вирішення питання про повне навантаження кінцівки, уточнення необхідності



Рис. 1. Рентгенограма тазостегнового суглоба до операції і після ендопротезування (діагноз: асептичний некроз головки лівої стегнової кістки).



Рис. 2. Рентгенограма тазостегнового суглоба до операції і після ендопротезування (діагноз: лівосторонній коксартроз, IV стадія).

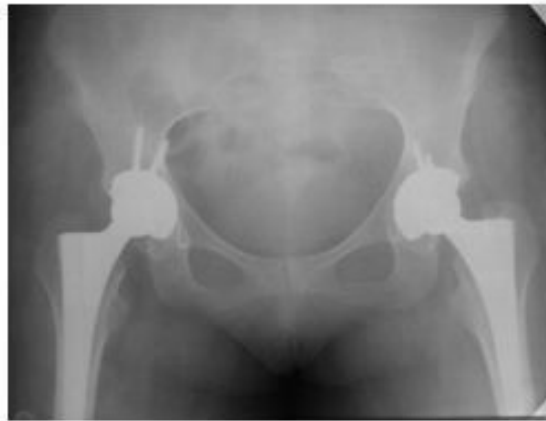


Рис. 3. Рентгенограма тазостегнового суглоба до операції і після ендопротезування (діагноз: двосторонній коксартроз, IV стадія).

застосування препаратів кальцію і ремодуляторів кісткової тканини [6].

Висновок. На сьогодні при лікуванні хворих на тяжкий коксартроз перевагу віддають операціям тотального ендопротезування кульшового су-

глоба. Тотальне ендопротезування усуває біль, кульгавість, відновлює функцію в кульшовому суглобі, опороспроможність нижньої кінцівки та покращує якість життя пацієнта.

ЛІТЕРАТУРА

1. Котельников Г. П. Травматология. Национальное руководство : учеб. пос. / Г. П. Котельников, С. П. Миронов – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 820 с.
2. HarrisHayes M. Relationship of acetabular dysplasia and femoroacetabular impingement to hip osteoarthritis: a focused review / M. Harris Hayes, N. K. Royer // PMR. – 2011. – Vol. 3, № 11. – P. 1055–1067.
3. Michon F. Osteoarthritis. A public health problem / F. Michon // Soins. – 2012. – Vol. 768, № 9. – P. 27–28.
4. Анкин Л. Н. Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения / Л. Н. Анкин, Н. Л. Анкин. – М. : Книга-плюс, 2002. – 480 с.
5. Ревенко Т. А. Атлас операций при травмах опорно-двигательного аппарата / Т. А. Ревенко, В. Н. Гурьев, Н. А. Шестерня. – М. : Медицина, 1987. – 272 с.
6. Диагностика и лечение дегенеративно-дистрофических поражений суставов / [Шумада И. В., Суслова О. Я., Стецула В. И. и др.]. – К. : Здоровья, 1990. – 197 с.

Отримано 28.05.14

ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО ПРОВЕДЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Г. М. Степанова, Л. П. Боднар

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

У статті на підставі спостережень та співбесід із пацієнтами пульмонологічних і алергологічних стаціонарів автори визначають пріоритетні напрямки підготовки в медичному коледжі студентів – майбутніх медсестер – до проведення терапевтичного навчання із хворими на бронхіальну астму (БА). Терапевтичне навчання пацієнтів у стаціонарах повинно здійснюватися на підставі медсестринського процесу у контакті та співпраці з лікарем. Майбутні медичні сестри повинні бути готовими переконливо пояснювати пацієнтам на БА важливість і необхідність базової терапії із застосуванням інгаляційних кортикостероїдів. Медична сестра повинна досконало володіти методикою застосування кишенькових інгаляторів та їх різновидів, уміти пояснювати пацієнтам техніку користування, визначати можливі помилки. Розуміння впливу тригерів на пацієнтів із БА та вміння роз'яснити цей вплив самим пацієнтам також є одним із необхідних професійних навичок майбутніх медсестер.

TRAINING OF FUTURE NURSES TO CONDUCT THERAPEUTIC TRAINING FOR PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA IN A HOSPITAL

H. M. Stepanova, L. P. Bodnar

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

Based on the observation and interview data from the patients of pulmonary and allergy departments, the author defines the priority areas for students training in medical college to conduct therapeutic training for patients with bronchial asthma. It is concluded that therapeutic training for hospital patients should be based on the nursing process, in contact and partnership with a doctor. Future nurses must be ready to clearly explain the patients with asthma the importance and the need of background therapy with inhaled corticosteroids. The nurse must perfectly understand the technique of usage the handheld inhalers and their varieties, be able to explain this technique to the patients and to identify possible errors. Understanding the impact of triggers on patients with asthma and the ability to explain this effect to the patients is also one of the essential skills of future nurses.

Вступ. За визначенням ВООЗ, терапевтичне навчання хворих – це комплекс важливих дій, покликаних допомогти хворому керувати своїм лікуванням, запобігти або відтермінувати розвиток можливих ускладнень [9]. Такі дії дають додатковий терапевтичний ефект поряд із фармакологічним, фізіотерапевтичним та іншими

лікувальними заходами. Терапевтичне навчання сприяє поліпшенню якості та тривалості життя пацієнтів із хронічними захворюваннями, підвищує якість догляду, знижує витрати на лікування в лікувальному закладі [5].

Завдяки стрімкому розвитку науково-технічного прогресу з'являється дедалі більше нових підходів і в галузі терапевтичного навчання

© Г. М. Степанова, Л. П. Боднар, 2014

хворих. Сьогодні активно розробляють, впроваджують і досліджують електронні щоденники самоконтролю, калькулятори доз ліків, дистанційні форми навчання за допомогою телекомунікаційних систем та інтернету, ігрові та інтерактивні програми, електронні бази даних тощо [1]. Натомість, дослідники відзначають брак знань пацієнтів про свою хворобу та вміння використовувати на практиці навіть ті знання, які вони мають [2].

Природно, що всім хворим на бронхіальну астму (БА) потрібна певна базисна інформація та навички, які можуть бути засвоєні колективними методами, однак поряд з цим обов'язкові індивідуальні підходи, що зосереджені на особливостях хвороби кожного пацієнта [4]. У терапевтичному навчанні пацієнтів із БА застосовується ціла низка різноманітних форм – починаючи від очних та заочних астма-шкіл (розширеного чи скороченого курсів) до консультацій лікаря і медсестри як при особистому спілкуванні, так і по телефону, застосування брошур, буклетів та інформаційних листків. Організація терапевтичного навчання із залученням фахівців-медиків можлива на базі громадських організацій, підприємств, амбулаторій сімейної медицини й поліклінік, стаціонарів тощо. Разом із тим, практика свідчить, що в більшості випадків залучити до навчання вдається здебільшого осіб похилого віку (головним чином жінок), тоді як молодші пацієнти відчують проблеми у відвідуванні занять через професійну зайнятість та інші причини [3]. З огляду на це, найбільш ефективним здається навчання пацієнтів у стаціонарі, особливо тих, які потрапили в лікарню із вперше виявленою БА [6].

Останнім часом дедалі більше уваги приділяють участі медичних сестер у терапевтичному навчанні пацієнтів. Це й зрозуміло, адже навчання пацієнта правильному задоволенню своїх потреб входить до функціональних обов'язків медсестри, тоді як завдання лікаря – вивести пацієнта з хворобливого стану [8].

Підготовка студентів медичних коледжів, які здобувають фах медичної сестри, до проведення терапевтичного навчання пацієнтів із БА та іншими хронічними захворюваннями, розпочинають уже на II курсі в рамках предмета «Основи медсестринства» і триває під час вивчення дисциплін терапевтичного профілю.

Метою дослідження є визначення пріоритетних напрямків підготовки в медичному коледжі студентів – майбутніх медсестер – до прове-

дення терапевтичного навчання із хворими на БА. Особливу увагу приділено особливостям підготовки до терапевтичного навчання в умовах стаціонару.

Основна частина. У цьому дослідженні використано бібліографічний метод: опрацьовано сучасну літературу, пов'язану із терапевтичним навчанням пацієнтів із БА. Також застосовано метод спостереження і бесід з пацієнтами із легеневиими захворюваннями, зокрема БА, які проходили лікування в Черкаській обласній лікарні. Використано методи аналізу та синтезу, за допомогою яких проаналізовано та систематизовано особливості поведінки пацієнтів залежно від рівня їхньої обізнаності з особливостями своєї хвороби та методами її ефективного лікування. Застосовано психолого-педагогічний метод вивчення формування у студентів Черкаського медичного коледжу – майбутніх медичних сестер знань та навичок, необхідних для проведення терапевтичного навчання хворих на БА.

Практика показує, що далеко не в усіх стаціонарах є астма-школи і можливість виділення окремих працівників для проведення докладних занять з навчання пацієнтів. У цей період пацієнт зустрічається з великою кількістю медичного персоналу, склад якого періодично змінюється. Основними «довіреними» особами і джерелами інформації для пацієнта повинні стати лікуючий лікар і медична сестра [6].

Уже в медичному коледжі майбутні медсестри повинні чітко засвоїти, що терапевтичне навчання, як і будь-яке інше медсестринське втручання, необхідно здійснювати на основі медсестринського процесу.

Важливе значення має вже його перший етап. Студенти мають знати, що під час бесіди медсестра отримує чимало важливої інформації – від анамнезу захворювання до психоемоційного стану пацієнта і його обізнаності про хворобу.

Низький рівень такої обізнаності є суттєвою проблемою, яка може спричинити серйозні проблеми пацієнта. Тому студентам необхідно пояснити, що, визначаючи план медсестринських втручань, медична сестра повинна чітко визначити, яких саме знань і вмінь у пацієнта не вистачає, та спрямувати свою увагу саме на цих напрямках. Як і при оцінці будь-яких інших проблем пацієнта, медична сестра повинна вміти відрізнити головні (нагальні, першочергові, пріоритетні) проблеми від другорядних. Так, неправильне користування

інгалятором, відмова від застосування призначених лікарем ліків належать до пріоритетних проблем, а незнання будови дихальної системи, невміння вести щоденник самоконтролю тощо – до проблем вторинної пріоритетності.

Оскільки значна частина цих знань та вмій пов'язана з лікуванням, підготовку плану втручань медсестри здійснюють у співпраці з лікарем.

Студентам коледжу також необхідно наголосувати, що після проведення бесід, роз'яснень, інших форм терапевтичного навчання медична сестра повинна проаналізувати отримані результати та, відповідно, скоригувати свої подальші дії. Медсестра також має вміти виявляти помилки пацієнтів (неправильне користування інгалятором, помилкове застосування інгаляційних кортикостероїдів під час нападу тощо) та бути готовою до повторного навчання.

Роз'яснюючи студентам основи медсестринської педагогіки, необхідно наголосити на тому, що в будь-якому навчанні важливу роль відіграє мотивація. Тому в роботі з пацієнтом важливо доносити до нього, що за умов його правильної поведінки, тісної співпраці з лікарем та медсестрою перебіг БА можна ефективно контролювати. Найважливіше тут – переконати пацієнта чітко виконувати вказівки лікаря, вчасно та у визначеній дозі приймати ліки, особливо ті, що належать до базового лікування.

Майбутні медичні сестри повинні знати особливості сприйняття пацієнтами своєї хвороби та найпоширеніші помилки, які вони допускають при лікуванні.

Зокрема, хворим на БА не вистачає інформації про сутність їхньої хвороби. Лікарі та медсестри мають пояснювати їм, що БА є хронічним запальним захворюванням дихальних шляхів, а тому для його ефективного контролю (лікування) недостатньо просто усувати періодичні напади, зумовлені порушенням прохідності бронхів. Іншими словами, хворобу треба лікувати постійно, а не лише боротися із загостреннями. Систематичне лікування БА полягає передусім у застосуванні призначених лікарем інгаляційних кортикостероїдів.

Незважаючи на те, що вже понад два десятиліття базове лікування ґрунтується саме на інгаляційних кортикостероїдах, пацієнти продовжують ставитися до них із упередженістю. Серед багатьох хворих на БА поширена думка, що слід якомога довше «утримуватися від гормонів», у яких вбачають

щось схоже на наркотичні засоби. У бесідах із пацієнтами нам доводилося чути, що гормональні інгалятори, нібито, свідчать про останню, найтяжчу, стадію захворювання. Щоб уникнути застосування призначених лікарем інгаляційних кортикостероїдів, пацієнти застосовують народні методи лікування (трави, прогрівання, борсучий жир тощо), спелео- та галотерапію, лікувальну фізкультуру, акупунктуру, фізіотерапевтичні процедури тощо. Пацієнтові треба доносити справжній стан речей, незважаючи на те допоміжні засоби лікування можуть входити в комплексну терапію, без застосування базисної терапії потрібно очікувати в майбутньому суттєвого погіршення стану здоров'я, навіть якщо зараз якість життя пацієнта здається задовільною.

Частина пацієнтів вважає, що для підтримки здоров'я хворому на БА достатньо симптоматичного лікування β_2 -агоністами короткої дії (сальбутамол, фенотерол, вентолін), які, на відміну від «гормонів» вважаються «менш шкідливими». Натомість, як відомо, при частому і тривалому застосуванні інгаляційних β_2 -агоністів можуть спостерігатися системні побічні ефекти: тахікардія, тремтіння пальців верхніх кінцівок, неспокій, підвищена дратівливість, запаморочення, головний біль, пітливість. Пацієнту слід роз'яснювати, що β_2 -агоністи необхідно застосовувати лише для усунення загострень БА.

Оскільки інгаляційні кортикостероїди і β_2 -агоністи випускаються у подібних одне до одного кишенькових інгаляторах, частина пацієнтів, особливо – з низьким рівнем освіти та/або особи похилого віку, плутають їх між собою. Нам багато разів доводилося спостерігати, як окремі пацієнти для усунення задишки, ядухи, нічних нападів тощо намагаються застосовувати замість β_2 -агоніста інгаляційні кортикостероїди. Деякі із таких пацієнтів, не отримуючи бажаного ефекту, взагалі зневіряються у призначених їм протиастматичних ліках («Вони мені не допомагають!»). Інші, більш схильні до навіюваності, внаслідок ефекту плацебо отримують полегшення і продовжують лікуватися неправильно. Для того, щоб змусити таких пацієнтів застосовувати потрібні інгалятори, медичній сестрі часто буває потрібна вся її витримка, тактовність, здатність переконувати й повага до пацієнта. Студенти повинні чітко розуміти цю обставину.

Поширеною помилкою пацієнтів на БА є неправильне застосування інгаляторів. Частина

пацієнтів просто вприскує ліки собі до рота і у дихальні шляхи потрапляє набагато менше за необхідну дозу. Діти, літні люди й частина осіб працездатного віку не вміють синхронізувати вдих із натисканням на балончик інгалятора. У цих випадках класичним виходом із ситуації вважається застосування спеціального приладу – спейсера. Водночас на практиці дуже мало пацієнтів мають спейсер. Часто єдиним і виправданим виходом із ситуації є прохання до пацієнта скористатися інгалятором у присутності медпрацівника. Це дозволяє виявити помилки та виправити їх.

Майбутня медична сестра повинна сама чітко засвоїти всі особливості застосування кишенькового інгалятора. На практичних заняттях у медичному коледжі ми застосовуємо інгалятор із порожнім балончиком для того, щоб продемонструвати студентам, як правильно ним користуватися. Студентам видаємо інгалятори без балончиків, щоб вони навчилися правильно тримати й використовувати прилад.

Останнім часом з'явилися порошкові кишенькові інгалятори (наприклад, так звані «дискус»), використання яких, хоч технічно й простіше, проте має свої особливості. Зокрема, слід уникати видиху в бік інгалятора після того, як його вже «зведено» – порошок можна випадково видути з інгалятора.

Крім користування інгаляторами, важливим елементом практичного терапевтичного навчання пацієнтів в умовах стаціонару є засвоєння ними правил уникнення контакту із чинниками, що викликають загострення БА, тобто із тригерами БА. Як відомо, найчастішими тригерами є контакт з алергенами і респіраторно-вірусною інфекцією.

Більшість хворих на БА мають сенсиплізацію до домашнього пилу [7]. Основна роль в алергізувальній активності домашнього пилу належить мікрокліщам роду *Dermatophagoides pteronyssinus*, що одержали назву «постільних» кліщів. Також можуть завдати шкоди часточки шерсті та лупи хатніх тварин і гризунів, їх сеча, пір'я птахів, спори грибів тощо. Крім побутових алергенів, напади астми можуть викликати пилок рослин, професійні алергени, медикаменти (зокрема, ацетилсаліцилова кислота), дезінфектанти, а також окремі продукти, харчові домішки тощо.

Для того, щоб уміти уникати загострень, пацієнти повинні знати правила поведінки з тригерами. Майбутній медичній сестрі потрібно навчитися чітко роз'яснити пацієнтові, до яких наслідків може

привести нерегулярне прибирання у його помешканні, наявність килимів, тримання у хаті собаки чи кішки, використання пір'яних подушок, виконання шкідливої роботи тощо. Зрозуміло, що уникнення тригерів не завжди можливе повною мірою. Разом із тим, пацієнт повинен мати достатньо знань, щоб приймати компетентні рішення щодо облаштування своєї оселі та організації власного життя, усвідомлювати наслідки неправильних дій.

Під час бесід із пацієнтами особливу увагу потрібно звернути на уникнення захворювання на ГРВІ та грип. Хворий на БА повинен усвідомлювати, що йому як нікому іншому слід уважно ставитися до свого здоров'я, дотримуватися правил профілактики застудних захворювань, а в разі, якщо уникнути хвороби не вдалося – звертатися до лікаря та виконувати його вказівки.

У алергологічних та пульмонологічних відділеннях зазвичай особливо ретельно дотримуються лікувально-охоронного режиму. Пацієнтів намагаються не відпускати з ЛПЗ навіть на вихідні (оскільки вдома хворий може потрапити під дію тригера). Майбутні медичні сестри повинні розуміти, що встановлений у стаціонарі лікувально-охоронний режим є не порожньою формальністю, а важливим елементом надання пацієнтові медичної допомоги. Також вони повинні вміти зрозуміло пояснювати це пацієнтам.

Пацієнтів стаціонару навчають методиці самоконтролю БА за допомогою пікфлоуметра і ведення добового й тижневого щоденника пікфлоуметрії, розробляють індивідуальний план дій пацієнта для досягнення контролю над симптомами БА [6]. Хоча все це належить до компетенції лікаря, медична сестра повинна розумітися на основах пікфлоуметрії, щоб уміти оперативно реагувати на помічені помилки пацієнтів.

Висновки. 1. Терапевтичне навчання пацієнтів у стаціонарах повинно здійснюватися на підставі медсестринського процесу у контакті та співпраці з лікарем.

2. Добре підготовлена медична сестра повинна вміти формувати в пацієнта правильну мотивацію до терапевтичного навчання, пов'язувати таке навчання із передбачуваним поліпшенням якості життя пацієнта.

3. Майбутні медичні сестри повинні бути готовими переконливо пояснювати пацієнтам на БА важливість і необхідність базової терапії із застосуванням інгаляційних кортикостероїдів.

4. Медична сестра має сама досконало розумітися на методиці застосування кишенькових інгаляторів та їх різновидів, уміти пояснювати пацієнтам техніку користування, визначати можливі помилки.

5. Розуміння впливу тригерів на пацієнтів з БА та вміння роз'яснити цей вплив самим пацієнтам є одним із необхідних професійних навичок майбутніх медсестер.

6. Кваліфіковані медичні сестри мають пояснювати пацієнтам особливості лікувально-охорон-

ного режиму алергологічних, пульмонологічних та інших стаціонарів, де лікуються хворі на БА, переконувати у важливості дотримання такого режиму.

7. Продовжуючи дослідження теми підготовки медсестер до терапевтичного навчання пацієнтів на БА, слід систематично опрацьовувати нову літературу з цього питання, виявляти найпоширеніші помилки, які пацієнти допускають у ході лікування, сприяти майбутнім медсестрам у засвоєнні нових підходів до сприяння пацієнтам в усуненні цих помилок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аметов А. С. Терапевтическое обучение больных: прошлое, настоящее, будущее / А. С. Аметов, Б. И. Валитов, Н. А. Черникова // Сахарный диабет. – 2012. – № 1. – С. 71–77.

2. Роль индивидуального обучения в достижении контроля над бронхиальной астмой / А. В. Будневский, С. А. Кожевникова, В. Т. Бурлачук [и др.] // Пульмонология. – 2013. – № 1. – С. 54–58.

3. Илькович М. М. Принципы организации пульмошкол для больных хроническими заболеваниями легких / М. М. Илькович, В. А. Игнатьев, О. А. Суховская // Головна медична сестра. – 2011. – № 10 (жовтень). – С. 48–49.

4. Нурмуханбетова А. А. Принципы обучения больных с бронхиальной астмой / А. А. Нурмуханбетова // Вестник КазНМУ. – 2012. – 12 июля. – <http://kaznmu.kz>

5. Основы сестринского дела : учеб. для студ. сред. проф. учеб. заведений / И. Х. Аббясов, С. И. Двойников, Л. А. Карасева и др. ; под ред. С. И. Двойникова. – М. : Издательский центр «Академия», 2007. – 336 с.

6. Плетминцева Г. Б. Обучение пациентов с бронхиальной астмой / Г. Б. Плетминцева, Е. С. Ефимова, Г. Б. Прибылов // Сестринское дело. – 2012. – № 2. – С. 36, 45.

7. Пухлик Б. М. Алергологія / Б. М. Пухлик. – Вінниця : «Нова книга», 2004. – 240 с.

8. Свистунов А. А. Врач в роли медсестры / А. А. Свистунов, Л. Б. Шубина, Д. М. Грибков // Медицинская сестра. – 2012. – № 5. – С. 36–37.

9. Терапевтическое обучение больных. Программы непрерывного обучения для работников здравоохранения в области профилактики хронических заболеваний: Отчет рабочей группы ВОЗ, 1998 г. – М. : Митра-Пресс, 2001. – 96 с.

Отримано 24.07.14

ПРОБЛЕМА ЗБАЛАНСОВАНОГО ХАРЧУВАННЯ МОЛОДІ

С. І. Чернецька

Кіровоградський медичний коледж

Враховуючи значне поширення аліментарно залежної патології, у статті розглянуто актуальні питання здорового харчування студентів. Вказано на недостатній рівень знань молоді про належне харчування, розбалансованість фактичного харчування більшості студентів за багатьма нутрієнтами.

PROBLEM OF BALANCED NUTRITION AMONG THE YOUNG PEOPLE

S. I. Chernetska

Kirovohrad Medical Colledge

Taking into account a wide spread of alimentary-dependent diseases, the article deals with current issues of healthy nutrition among students. It highlights the lack of knowledge of young people about proper nutrition, nutrition imbalances in many nutrients among most students.

Вступ. Здорове харчування студентської молоді – одна з найважливіших проблем сьогодення, яка формує здоров'я і добробут нації в цілому. Правильне харчування забезпечує нормальний зріст і розвиток організму, визначає розумовий і фізичний розвиток, оптимальне функціонування всіх органів і систем, формування імунітету та адаптаційних резервів організму.

В Україні актуальність проблем, пов'язаних з якістю та характером харчування, визначається низькою спроможністю більшості населення у забезпеченні повноцінного харчового раціону, стійкими порушеннями структури харчування, значним поширенням аліментарно залежної патології.

Неприпустимо низьким є рівень освіти населення і, зокрема, молоді з питань здорового, раціонального та лікувально-профілактичного харчування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій показує, що у більшості населення порушений режим харчування, в складі меню майже відсутні перші страви, багато субпродуктів та сухих концентратів швидкого приготування, бутерброди, картопля, макаронні вироби, чай, кава, порушена кількість прийомів їжі та її об'єм. У стравах переважають

дешеві продукти з низькою біологічною цінністю, недостатнім є споживання м'ясних, молочних, рибних продуктів, овочів і фруктів.

Основна частина. В результаті неповноцінного харчування в Україні впродовж останніх років вдвічі зросла захворюваність населення на ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин, спостерігають виразну тенденцію до збільшення зайвої маси тіла та поширення ожиріння, значне поширення хвороб системи кровообігу, онкологічних захворювань.

Згідно з останніми дослідженнями, економічна недоступність населенню натуральних харчових продуктів та намагання виробників здешевити свою продукцію за рахунок нехарчових інгредієнтів (харчових добавок) призводять до істотних змін у якості харчування всіх верств населення.

Все частіше люди харчуються продуктами та напоями, які є висококалорійними, але малопоживними, що одержали назву «їжа-сміття» («джанк-фуд»). Це негативно впливає на харчовий статус і здоров'я населення, особливо молоді, призводить до розвитку так званого «прихованого голоду», дефіциту нутрієнтів, в першу чергу мінеральних речовин і вітамінів.

«Модні» ненатуральні продукти швидкого приготування з хімічними добавками, консервантами,

барвниками, цукор та його штучні замінники, рафіновані продукти, чіпси, алкоголь, кофеїн, тютюн є шкідливими стимуляторами, які через підвищення рівня інсуліну призводять до значного викиду серотоніну (гормону настрою). Але поліпшення самопочуття триває недовго, і незабаром, щоб не було депресії від нестачі серотоніну, мозок починає вимагати наступної порції стимуляторів. Так, у людини виникає залежність від стимуляторів, які мають кумулятивну дію щодо порушення обміну речовин і наносять величезну шкоду організму, викликаючи серйозні захворювання. А основним споживачем цих «продуктів» є молодь.

Також необхідно відзначити шкідливий вплив на здоров'я студентів широкого споживання ними рафінованого цукру, який у вигляді добавок є у багатьох продуктах (цукерки, тістечка, печиво, торти, солодкі напої та ін.). На його засвоєння витрачається велика кількість кальцію, що, у свою чергу, вимиває кальцій з кісткової тканини і сприяє остеопорозу.

Крім того, для засвоєння білого цукру витрачається багато вітамінів групи В, що призводить до виникнення їх дефіциту. А люди, зокрема молодь, страждають від нервової збудливості, розладів травлення, втоми, погіршення зору, анемії, серцевих нападів, м'язових і шкірних захворювань і т. ін.

Також встановлено, що майже 41 % студентів не снідають, 20 % не обідають або обідають не завжди і 50 % не вечеряють або вечеряють не завжди, понад 30 % харчуються лише двічі на добу і рідко вживають гарячі страви. Щоденно споживають овочі лише 31,2 %, а свіжі фрукти – 22,8 % опитаних студентів.

Часто найбільша кількість їжі споживається перед сном. А дівчата часто при виборі продуктів керуються різними дієтами та модними способами схуднення, не замислюючись при цьому про наслідки. До того ж, негативним фактором погіршення здоров'я студентів є шкідливі звички: в Україні курять 45 % юнаків і 35 % дівчат, 68 % юнаків і 64 % дівчат вживають алкоголь, а 13 % молоді – легкі наркотики.

Відзначене є значним відхиленням від рекомендацій МОЗ у забезпеченні фізіологічної потреби організму в нутрієнтах та енергоцінності раціону. Так, за даними медичних досліджень, при низькокалорійних і незбалансованих дієтах, а також при нестачі їжі організм автоматично «переми-

кається» на голодний метаболізм. Це призводить до порушення гормональної рівноваги і сповільнення витрат калорій і поживних речовин, що стимулює утворення жирових запасів. І чим екстремальнішою була дієта, тим швидше маса повертається, часто зі збільшенням маси тіла. Причому накопичення жиру в організмі стимулюється як у результаті недоїдання, так і при переїданні.

Щодо жирів, то для здоров'я «безжирова» дієта не менш шкідлива, ніж постійне зловживання жирною їжею. Нестача жирів призводить до загального порушення обміну речовин. Так, натуральні жирові продукти (сало, жир у вершках, сметані, м'ясі, яйцях, морепродуктах та ін.) постачають харчовий холестерин, який слугує сировиною для формування клітинних структур, без чого неможливий навіть зріст дитини, вироблення усіх гормонів, включаючи і статеві. Причому нехарчовий холестерин, а саме надлишок вуглеводів через надмірне вироблення інсуліну запускає процеси утворення надмірного холестерину в печінці, який потім відкладається у вигляді бляшок на стінках кровоносних судин.

Крім того, рослинні олії (крім маслинової) непридатні для термічної обробки продуктів із-за утворення токсичних продуктів канцерогенної дії. А для смаження краще використовувати топлене масло і сало.

Останнім часом збільшується вживання штучних трансжирів, які входять до складу таких продуктів, як маргарин і «легкі» масла, крекери, печиво і торти, пончики та картопля-фрі, майже всіх напівфабрикатів (тісто, піца, м'ясні та рибні вироби), а також фасованих, готових до вживання продуктів (чіпси, снеки, сухарики, горішки, попкорн, соуси, майонези, більшість видів шоколадів і морозива, цукерки і вафлі). Але споживання трансжирів шкідливе навіть в незначних кількостях. При потраплянні у кров молекули трансжирів змінюють структуру клітинних мембран, які стають малопроникними для поживних речовин і виділення продуктів життєдіяльності.

Клітини «опиняються» в умовах енергетичного голоду. Це призводить до порушення обміну речовин, захворювань нервової системи, серцево-судинної системи, печінки, підвищення рівня холестерину, ожиріння та ін.

Слід відзначити, що розвиток нутриціології (науки про харчування) впродовж останніх років як у нашій країні, так і за рубежом тісно пов'язаний

з теорією збалансованого харчування. На основі цієї теорії встановлено біологічну роль жирів, білків, вуглеводів, вітамінів, мікроелементів, їх фізіологічні потреби організму людини, було створено нормативи харчування та харчові раціони для багатьох вікових та професійних груп населення.

Правильним харчування буде тоді, коли воно збалансоване за всіма нутрієнтами. Для нормального функціонування гормональної системи організму необхідно одночасно тричі на день вживати природні продукти з чотирьох груп: білки, жири, вуглеводи і некрохмалисті овочі. Білки і жири потрібні для регенерації клітин і тканин, синтезу гормонів і ферментів. Вуглеводи – джерело енергії. Некрохмалисті овочі – для постачання вітамінів, мінеральних речовин і клітковини. Кожного разу до їжі бажано вживати такі некрохмалисті овочі, як селера, морква, помідори, огірки, перець, брокколи, зелений горошок, цвітна капуста та ін. Крім трьох основних прийомів їжі, бажано робити два легких перекуси між ними.

Потрібно також максимально урізноманітнювати свій раціон у кожний прийом їжі в тижневому меню.

Різні незбалансовані «модні» дієти (голівудська, кремлівська, вегетаріанська, голодування, роздільне харчування, Аткинса та ін.) признані шкідливими для здоров'я відомими медиками в Європі та США.

Серед основних рекомендацій ВООЗ (кінця ХХ – початку ХХІ ст.) у забезпеченні оптималь-

ного харчування населення Європи такі: потреба середнього європейця в енергії становить вже не 3000 ккал, а 2400 ккал; в раціоні повинні переважати продукти рослинного походження; правильний харчовий раціон повинен містити помірну кількість жирів (не більше як 30 % його енергетичної цінності); у раціоні має бути достатня кількість різних свіжих фруктів та овочів, що забезпечує лужну орієнтацію харчування; обмежити споживання цукру (не більше як 8–10 % енергетичної кількості раціону) і солі (не більше як 5 г на добу); раціони не повинні містити більше як 2 % трансжирів та ін.

Очевидно, що для досягнення повноцінної біологічної активності харчування, особливо в умовах його обмеження, потрібне введення до складу раціону правильно підібраних вітамінно-мінеральних комплексів. Сучасна фармацевтична промисловість виробляє ефективні вітамінно-мінеральні комплекси, наприклад, Ultivit, Алфавіт, Піковіт, Вітрум та ін.

Висновки. Фактичне харчування більшості студентів полідефіцитне, розбалансоване за багатьма нутрієнтами. Вирішити проблему збалансованого харчування студентів в Україні з урахуванням сучасних досягнень нутриціології можливо тільки за умови вдосконалення державної політики у соціально-економічній сфері та об'єднанні зусиль виробників харчових продуктів, працівників торгівлі, освіти, засобів масової інформації для покращення рівня здоров'я населення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Банковська Н. В. Гігієнічна оцінка стану фактичного харчування дорослого населення України та наукове обґрунтування шляхів його оптимізації : автореф. дис. на здобуття канд. мед. наук : 14.02.01 / Н. В. Банковська. – К. : Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця, 2008. – 24 с.
2. Бурлаку Н. І. Проблеми раціонального харчування українських студентів : Всеукраїнська конференція з питань безпеки харчування : тези доп. – К. : НТУУ «КПІ», 2010. – С. 150–151.
3. Григоренко О. М. Еволюція теорії та концепції харчування людини / О. М. Григоренко // Вісник Донецького національного університету економіки і торгівлі ім. М. Туган-Барановського. – 2011. – № 1 (49). – С. 205–217.
4. Гуліч М. П. Раціональне харчування та здоровий спосіб життя – основні чинники збереження здоров'я

- населення / М. П. Гуліч // Проблемы старения и долголетия. – 2011. – Т. 20, № 2. – С. 128–132.
5. Жалпанова Л. Диеты, которые нас убивают / Л. Жалпанова. – М. : Мульти Медиа, 2008. – 108 с.
6. Москаленко В. Ф. Особливості харчування населення України та їх вплив на здоров'я / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва, Л. І. Галієнко // Науковий вісник Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця. – 2009. – № 3. – С. 64–73.
7. Норми фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах та енергії : наказ МОЗ України від 18.11.1999 р. № 272 // http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_19991118_272.html
8. Пересічний М. І. Концепція організації харчування студентів / М. І. Пересічний, П. О. Карпенко, С. М. Пересічна // Проблемы старения и долголетия. – 2011. – Т. 20, № 2. – С. 177–188.

Отримано 05.08.14

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ І ДЕОНТОЛОГІЇ

В. К. Мудріцька

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня

У статті викладено сучасні етичні й деонтологічні правила комунікативної взаємодії медичного працівника. Обговорено значення формування професійно значущих якостей і комунікативних навичок у майбутніх медичних працівників.

MODERN APPROACHES OF MEDICAL BIOETHICS AND DEONTOLOGY

V. K. Mudritska

Ternopil Regional Communal Clinical Psychoneurological Hospital

This article contains modern ethical and deontological rules of communicative interaction between the health care practitioner and patient. The article discusses importance of formation the professionally significant qualities and communicational skills in future health professionals.

Вступ. Актуальною проблемою сьогодення є формування правил поведінки медичних працівників, мистецтва індивідуального підходу до особистості хворого, його психічного та емоційного стану, пов'язаних із захворюванням [1]. У європейській традиції важливе місце у законах медичного спрямування належить захисту гідності особистості. «Гідність особистості» розуміють як повагу до здатності людини робити правильний розумний вибір у власному житті і шанобливе ставлення до інших справді людських властивостей, як, наприклад, вразливість і незахищеність, здатність страждати, співпереживати, перебувати у вищих духовних станах, почуття самоповаги, бажання будувати своє життя, відповідно, до моральних і релігійних принципів і переконань. Принцип поваги до гідності особистості поширюється і на людський організм, який ще тільки готується з'явитися на світ (ембріон, плід), а також на померлих людей.

Основна частина. У медичному науковому співтоваристві розробляються і обговорюються принципи біоетики, які можна визнати універсальними. Серед таких називають, перш за все, повагу до автономії особистості, справедливість,

© В. К. Мудріцька, 2014

неспричинення зла, орієнтацію на благо (роби добро), що відповідають персоналістичній моделі біоетики. Інформована згода – це принцип, який вимагає дотримання права пацієнта знати всю правду про стан свого здоров'я, про існуючі способи лікування його захворювання і ризик, пов'язаний з кожним із них. У персоналістичній моделі медичної біоетики цей принцип – не жест доброї волі чи бажання лікаря, це його обов'язок, і, відповідно, отримання інформації стає правом пацієнта. Особливої уваги медичної сестри потребує дотримання принципу інформованої згоди пацієнта. Робота медсестри у медичному закладі вимагає суворої дисципліни, медична сестра повинна дотримуватися субординації і точно виконувати розпорядження лікаря, тобто має бути службове підпорядкування молодшого за посадою до старшого. Медсестра у ставленні до хворих повинна бути ввічливою, уважною, доброзичливою. Водночас, медсестрі потрібно дотримуватись єдиної тактики із лікарем, щодо інформування пацієнта про його хворобу та процес лікування.

Інформована згода – це комунікативний діалог лікаря і пацієнта, який передбачає дотримання ряду етичних та процесуальних норм: урахування

психічного стану, рівня культури, національних і релігійних особливостей пацієнта, його моральних якостей, здатність пацієнта розуміти інформацію і приймати зважені об'єктивні рішення щодо власного здоров'я і життя.

Правильне інформування про стан здоров'я і його прогноз дає пацієнтові можливість самостійно і гідно розпорядитися своїм правом на життя, забезпечуючи йому свободу добровільного вибору. Визнання автономії пацієнта – це повага до свободи волевиявлення особистості, що передбачає самостійне прийняття людиною рішення або згоди на медичні маніпуляції й дослідження. Принцип поваги до автономії пацієнта можна виконати лише за умови інформованості та відсутності зовнішнього примусу – ані фізичного, ані морального тиску, ані будь-якого іншого. У свою чергу, добровільність і відсутність узалежнення у стосунках між лікарем і пацієнтом приводять до вимоги і очікування взаємної довіри, що проявляється в принципі конфіденційності і строгому дотриманні лікарської таємниці, який здавна належить до галузі медичної деонтології, але набуває сьогодні нового звучання.

Важливим питанням медичної біоетики є захист особистої інформації пацієнта. Згідно з сучасними поглядами медичної біоетики, автономію пацієнта розуміють як право самостійно розпорядитися власним життям. Водночас, принцип поваги до гідності людини не дозволяє застосувати примусового лікування, не можна повідомити приватну інформацію пацієнта третім особам. Медсестра, яка може заповнювати частину медичних документів, мати доступ до історій хвороби, амбулаторних карт хворих тощо, повинна розуміти, що ця інформація є приватною щодо пацієнта. Приватна інформація пацієнта може повідомлятися родичам в повному обсязі лише у випадках, коли пацієнт внаслідок своєї хвороби або неповнолітнього віку не здатний до прийняття об'єктивних і зважених рішень щодо свого життя і здоров'я. Приватна інформація пацієнта є частиною ділового спілкування лікаря і пацієнта. Весь лікувальний процес разом із тактикою спілкування скеровує лікар. У цій ситуації медсестра повинна діяти узгоджено з лікарем, своєчасно надавати лікарю правдиву інформацію про зміни стану хворого, уникати надлишкового інформування пацієнта і родичів, не створювати емоційно хвилюючих стресових ситуацій у професійному спілкуванні. Медична

сестра не має права втручатися без відома і волі пацієнта в його особисте життя, за виключенням тих випадків, коли це пов'язано виключно з професійною необхідністю [2].

У сучасних умовах, коли в медичній практиці застосовуються складні комп'ютерні технології, коли медичні втручання досягають молекулярного рівня функціонування організму, медичному працівникові потрібно володіти не тільки професійною компетентністю, а ще й комунікативними навичками [3]. Щоб виправдати довіру своїх пацієнтів, медична сестра повинна працювати якісно, згідно з професійними стандартами. Медична сестра несе моральну відповідальність за свою діяльність перед пацієнтом, колегами, суспільством і повинна бути компетентною щодо моральних і юридичних прав пацієнта. Оскільки повідомляти про діагноз і лікування повинен лікар, медична сестра має моральне право інформувати пацієнта тільки після погодження з лікарем. Медична сестра має право приховати від пацієнта професійну інформацію тільки в тому разі, якщо вона впевнена, що ця інформація завдасть йому шкоду.

Говорячи про стан здоров'я пацієнта, необхідно дотримуватися такту і повної обережності. Медична сестра повинна вибирати варіанти пом'якшеного повідомлення про зміни в перебігу хвороби. Вона має бути правдивою і чесною, поважати право пацієнта на отримання інформації про стан його здоров'я. За розповсюдження професійної таємниці медична сестра несе моральну та юридичну відповідальність [2]. Медсестра має право розкрити конфіденційну інформацію про пацієнта іншій особі тільки за згоди пацієнта. Всі відомості про пацієнта, які пов'язані зі станом його здоров'я або особистого характеру зберігаються у таємниці, навіть після смерті, якщо це не загрожує іншим людям. Вся інформація пацієнта повинна бути надійно захищена від сторонніх осіб. Це стосується і біологічних матеріалів, взятих для лабораторних аналізів чи наукових досліджень організму пацієнта.

Кваліфікована медична сестра повинна розуміти психологію хворого, ставитись до нього саме як до хворої людини, в якій недуга змінила психіку. Не варто виходити зі стану внутрішньої рівноваги через вередування хворого, вимогу підвищеної уваги, що його нерідко потрібно вмовляти, то він вночі боїться залишитись наодинці, демонструє свій егоїзм тощо. Відомо, що хвороба астенизує нер-

вову систему. Необхідно це все глибоко усвідомити, сприймати як реальність і бути до цього морально готовим. Потрібно розуміти, що дані прояви зменшуються в міру одужання хворих, підтримувати віру хворого в успіх лікування, відволікати його увагу від примх і підбадьорювати.

Для медсестри однією з необхідних умов є культура спілкування в колективі. Медична сестра повинна поважати колег, зважати на їх погляди, знання, досвід, переконання, бути уважною, чуйною, делікатною, справедливою у стосунках зі своїми колегами. Не можна критикувати чи давати оцінку діям колеги в присутності хворого. Заваження колегам необхідно робити при необхідності віч-на-віч, не шкодячи їх авторитету. Медична сестра повинна допомагати колегам по професії в міру своїх знань і навичок. Високий професіоналізм медичної сестри є важливим моральним фактором товариських колегіальних взаємовідносин медичної сестри і лікаря. У тих випадках, коли медична сестра стає свідком неправомірних чи помилкових дій колег, вона

повинна стати на захист інтересів пацієнта шляхом зауваження, попередження, звернення до авторитетних спеціалістів і керівника медичного закладу.

Висновки. Людяність і людські стосунки є обов'язковими компонентами психологічного портрета медичного працівника. Перш за все потрібно за будь-яких обставин бути саме Людиною, а потім фахівцем (старшою, операційною, перев'язувальною, маніпуляційною, змінною, постовою медсестрою тощо). Будь-яка спеціальність, а особливо медична, – це, насамперед, реалізація внутрішнього потягу та здібностей, що розквітають завдяки набутим знанням й умінням та високій моральності. Людині, яка присвятила своє життя медицині, потрібно бути твердо переконаною, що лікують не тільки таблетки, ін'єкції і медичні процедури, а й етичне поведіння медичного працівника із хворими, сумлінне ставлення до своїх обов'язків. Дотримання основних засад медичної деонтології є морально-етичною базою успішної медичної діяльності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пустовит С. В. Современная европейская биоэтика / С. В. Пустовит // П'ятий національний конгрес з біоетики з міжнародною участю, 23–25 вересня 2013 р. : тези доп. – Київ, 2013. – С. 39–42.

2. Етичний кодекс медичної сестри України // Портал для професіоналів охорони здоров'я. – <http://>

medsprava.com.ua/korisna_informatsija/etichnij_kodeks_medichnoyi_sestri_ukrayini/

3. Поплавська С. Д. Етика професійної взаємодії медпрацівника і хворого / С. Д. Поплавська // Комп'ютерно-інтегровані технології: освіта, наука, виробництво. – 2013. – Вип. № 11. – С. 121–127.

Отримано 17.06.14

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОПАГАНДІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ

О. Д. Діденко

Уманське медичне училище

У статті розкрито роль медичної сестри у пропаганді здорового способу життя і рухової активності.

ROLE OF NURSES IN PROMOTING HEALTHY LIFESTYLES AND PHYSICAL ACTIVITY

O. D. Didenko

Uman Medical School

The article deals with the role of nurses in promoting healthy lifestyles and physical activity.

Вступ. Серйозною проблемою сьогодення в нашій країні, яка викликає занепокоєння, є економічна та екологічна криза, що полягає в постійному зниженні здоров'я та фізичного розвитку населення. Сучасні екологічні та економічні умови в Україні призводять до зростання числа факторів, несприятливих для організму людини, що зумовлює необхідність розробки ефективних заходів щодо підвищення здоров'я населення [1].

Основна частина. Принципи формування способу життя залежать від рівня розвитку цивілізації і можливостей їх індивідуальної реалізації у формі фізіологічно обґрунтованих біологічних, духовних і соціальних потреб людини.

Спосіб життя людини – це інтегральне, багатофакторне поняття, яке об'єднує різноманітні фактори, умови і форми життєдіяльності людини, завдяки яким забезпечується формування певного рівня її здоров'я, виконання фізичних, духовних і соціальних функцій.

Здоровий спосіб життя – такий раціональний варіант життєдіяльності людини, завдяки якому вона здатна оптимально реалізувати свої біологічні та соціальні функції, максимально використати генетичні резерви здоров'я і тривалості життя, фізичної і розумової працездатності. Здоровий

© О. Д. Діденко, 2014

спосіб життя кожної людини спрямований на зміцнення не лише власного здоров'я, але й суспільного здоров'я як сукупності здоров'я численних індивідуумів – основної запоруки біологічного існування людства на Землі. В цьому вбачається винятково важлива соціальна роль і біологічна функція здорового способу життя.

До найважливіших факторів формування здорового способу життя належать фізична активність, психічна саморегуляція, загартування організму [2].

Режим руху, усвідомлення потреби в активній діяльності, ритми активності, відпочинку і сну є обов'язковими компонентами здорового способу життя, мають біологічну, а не тільки соціальну природу і відпрацьовувалися в процесі адаптації, еволюції і природного добору протягом мільйонів років. Вони генетично закріплені в регуляторних системах організму як інстинкти, біологічні ритми, які тісно пов'язані з ритмікою природних процесів у геокосмічній сфері. Філософські принципи – рух як засіб існування матерії, а життя – це рух, мають реальне втілення в біологічному світі у житті людини. Мускулатура опорно-рухового апарату і внутрішніх органів забезпечує цю механічну форму руху, а саме рух обґрунтовує необхідність існування мускулатури і систем її забезпечення, тобто вісцеральних систем.

В умовах автоматизації і комп'ютеризації всіх сфер діяльності людини, включно побут, людям, як це не парадоксально, більшою мірою потрібні міцні добре треновані м'язи. Доведено, що в людей з недостатньо розвинутою мускулатурою, фізично слабких у п'ять разів частіше, ніж в осіб тренованих, які мають розвинену мускулатуру тіла, траплялися випадки психічних зривів, тяжких неврозів, різкого зниження працездатності. Тому медичні сестри повинні неодмінно пропагувати регулярні заняття фізичною культурою, що є універсальним засобом протистояння напруженому ритму життя, нервово-психічним перевантаженням, у тому числі й при розумовій праці. Медичні працівники повинні добре знати види фізичної активності, вміти їх рекомендувати та пропагувати.

Пропагуючи рухову активність, необхідно підкреслювати, що м'язова діяльність є неодмінною умовою здійснення рухових і вегетативних функцій людського організму на всіх етапах його розвитку. Значення м'язової діяльності в біології і фізіології людини настільки велике, що її справедливо розцінюють як вирішальну ознаку життя. Разом з тим потрібно пам'ятати про негативне значення для людини такого чинника, як гіподинамія. Гіподинамія – це знижена фізична активність і одна з найважливіших проблем виникнення і розвитку більшості захворювань серцево-судинної, дихальної, нервової, ендокринної систем, шлунково-кишкового тракту й опорно-рухового апарату, що призводять до передчасної інвалідності і смерті десятків і сотень тисяч людей, що не досягли 50-літнього віку [1].

Рекомендуючи рух медична сестра повинна орієнтуватися насамперед на об'єм і характер рухової активності, яка великою мірою залежить від специфіки виконуваної роботи. Тисячоліттями життя людей було пов'язано переважно з фізичною працею, на яку припадало 90 % зусиль. За роки останнього століття склалися інші співвідношення, виник дефіцит рухової активності. А без рухової активності людина не може дожити до старості та бути здоровою [3].

Медичні сестри повинні вести пропаганду необхідності рухової активності, особливо для людей середнього віку, для яких руховий режим набуває дуже важливого значення. У цей період накопичуються знання і практичний досвід людини. Але, у той же час, у цьому віці (40–60 років) знижуються резервні можливості й опірність організму

щодо багатьох факторів зовнішнього середовища, збільшуючи захворюваність. Тому медична сестра повинна пропагувати здоровий спосіб життя і рухову активність, що допоможе зберегти працездатність до 70–75 років [1].

Найпоширенішим і найдоступнішим видом рухової діяльності людини є ходьба. Її можна використовувати у щоденному житті людини будь-якого віку, з різним рівнем фізичної підготовки і стану здоров'я, її не призначають лише для хворих із постільним режимом, а в реабілітаційному періоді ходьба відіграє важливу роль у процесі одужання і пристосування організму до звичайного об'єму фізичної діяльності.

Ходьба – один із ефективних і універсальних засобів формування здорового способу життя. У нетренованих осіб середнього віку ходьбу потрібно розпочинати з відстані 2 кілометри. Тривалість ходьби спочатку 20–30 хв із поступовим збільшенням до 1 години. Темп повинен бути повільним і плавним. Ходити бажано щоденно, або принаймні тричі на тиждень. Доцільніше і корисніше проводити її у формі пішохідних прогулянок на свіжому чистому повітрі в ранкові або вечірні години, серед заспокійливих ландшафтів, наприклад, в парках, садах, скверах.

Ходьбою слід займатися в будь-яку пору року і незалежно від погодних умов. Кожного разу ходьбу необхідно розпочинати (5–7 хв) із неспішного прогулянкового кроку, аби м'язи змогли розігрітися. Потім поступово збільшують частоту кроків від 70–80 до 90–120 на хвилину. Оптимальним тренувальним об'ємом ходьби для осіб середнього віку вважають дистанцію 3–5 кілометрів. При втомі або інших неприємних відчуттях (головний біль, біль в ділянці серця, серцебиття, задишка) необхідно відпочити і лише після повного відновлення початкового стану можна продовжити ходьбу.

Після закінчення ходьби або бігу для відновлення функцій дихання, кровообігу, нормалізації енергетичного обміну в м'язах не слід раптово переходити до стану повного спокою. Необхідно протягом 5–6 хв рухатися повільніше – ходьбу закінчувати у значно повільнішому режимі, а біг завершувати ходьбою.

Найпоширенішими формами фізичного тренування організму і його загартування є їзда на велосипеді, ходьба на лижах, катання на ковзанах.

Катання на велосипеді сприяє збільшенню м'язової сили ніг, позитивно впливає на стан

нервової і серцево-судинної систем. На першому етапі велосипедна прогулянка повинна тривати не більше 10 хв з поступовим її збільшенням до півгодини. Необхідно пам'ятати, що їзда на велосипеді не рекомендується особам з виразним викривленням хребта, при варикозному розширенні вен нижніх кінцівок, при геморої. Велосипедні прогулянки особам похилого віку слід рекомендувати після попередньої консультації з лікарем.

Ходьба на лижах і катання на ковзанах – емоційно насичені і захоплювальні види рухової діяльності людини. Завдяки їм у людини значно активізується обмін речовин, поліпшуються координація рухів, стан нервової і серцевої діяльності, виникає відчуття емоційного натхнення, радості й бадьорості.

Чудовою формою зміцнення фізичного стану організму є купання і плавання в штучних басейнах або у відкритих водоймах (море, річка, озеро).

Ефективність цієї процедури залежить насамперед від дії на організм води. Вона викликає своєрідний масажний вплив на шкіру і м'язи, ритмічно і плавно тренує серцево-судинну і дихальну системи, поліпшує обмін речовин.

Плавання потрібно розпочинати після невеликої розминки і попереднього обмивання водою обличчя, кінцівок, тулуба. Без достатнього досвіду тривалість плавання не повинна перевищувати 10–15 хв з короткими періодами відпочинку після кожних 50 м дистанції. Поступово тривалість плавання можна збільшити до 20 хв.

Завдяки широким можливостям індивідуального вибору, дозуванню вправ, їх різноманітності і ступеню складності, гімнастика вважається універсальною формою реалізації фізичної активності людини. У зв'язку з широким залученням різних ділянок організму до фізичних рухів, гімнастика здійснює активний вплив на весь організм насамперед на м'язову систему, органи дихання та кровообігу.

У гімнастичних вправах використовують статистичні (присідання, згинання, повороти тулуба, рухи ногами, руками) і динамічні (ходьба, біг, їзда на велосипеді, катання на ковзанах, лижах, плавання) вправи. Дія кожної з них на організм різна, але в раціональному поєднанні вони спроможні сприятливо впливати на стан всього організму і його численні функції. Наприклад, вправи з присіданням зміцнюють м'язи ніг і черевної стінки.

Потягування поліпшують діяльність бронхолегеневої системи і функціональний стан хребта, стояння на одній нозі з витягнутими вперед руками покращують координацію рухів. У випадках, коли необхідно досягти комплексного впливу на організм, використовують різні види гімнастичних вправ.

Заняття гімнастикою найчастіше проводять зранку, безпосередньо після пробудження (ранкова гімнастика), а також у процесі професійної діяльності (виробнича гімнастика). При опрацюванні комплексу гімнастичних вправ виходять із того, що під час ранкової гімнастики залучаються до активності всі основні органи і системи, а під час виробничої насамперед ті, які під час трудового процесу перебувають у малоактивному стані.

Гімнастичні вправи слід виконувати у спокійному темпі, без затримки дихання. Спочатку залучають до рухової активності дрібні, а потім середні та великі м'язи. У осіб похилого віку, залежно від індивідуальних фізичних можливостей, об'єм і тривалість виконання гімнастичних вправ можуть бути скорочені до половини, порівняно з людьми середнього віку.

Зважаючи на велику кількість фізичних вправ та індивідуальну реакцію організму на них, саме медична сестра може стати надійним помічником лікаря-фахівця з лікувальної фізкультури щодо рекомендації за типом та інтенсивністю фізичних навантажень. Позитивний вплив фізичних вправ можливий лише за умови їх систематичного виконання, що переростає у звичку й потребу. Оптимальний руховий режим – найважливіша умова здорового способу життя, яка ефективно втілює задачі зміцнення здоров'я й розвитку фізичних здібностей, збереження здоров'я та рухових навичок, посилення профілактики несприятливих вікових змін.

Висновки. 1. Медичні дослідження підтверджують, що фізичні вправи допомагають поліпшити психічний стан, кровообіг і захистити організм від серцевих захворювань. Рухова активність – це основа для нормального функціонування, для зміцнення здоров'я і гарного самопочуття.

2. Медична сестра повинна вести пропаганду здорового способу життя і рухової активності, що допоможе зберегти працездатність до 70–75 років.

3. Позитивний вплив фізичних вправ можливий лише за умови їх індивідуального підбору та

систематичного виконання. Медична сестра може стати надійним помічником лікаря-фахівця

з лікувальної фізкультури щодо рекомендації за типом та інтенсивністю фізичних навантажень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пасечко Н. В. Основи сестринської справи (курс лекцій) / Н. В. Пасечко. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – С. 287–308.

2. Сестринское дело / под ред. А. Ф. Краснова. – Самара, ГП «Перспектива», 1998. – Т. 1. – С. 128–131.

3. Маркович О. В. Використання педагогічних технологій у процесі підготовки коледжами медичних сестер. Педагогічний процес: теорія і практика / О. В. Маркович. – К. : «Екмо». – 2007. – Вип. 1. – С. 64–71.

Отримано 05.06.14

СИСТЕМИ ЗАХИСТУ ІНФОРМАЦІЇ У ПРОЦЕСІ ВПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ БАЗИ ПАЦІЄНТІВ

Н. А. Мойсеєнко

Комунальний заклад «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3 в м. Суми»

У статті містяться відомості про створення єдиного електронного реєстру пацієнтів у сучасній медичній практиці України. Висвітлено основні системи захисту інформації у процесі впровадження електронної бази пацієнтів.

INFORMATION SECURITY SYSTEM IN THE IMPLEMENTATION OF AN ELECTRONIC DATABASE PATIENTS

N. A. Moiseyenko

Municipal Institution «Centre of Primary Medical and Sanitary Care № 3 in Sumy»

This article contains information about creating a single electronic registry of patients in modern medical practice in Ukraine. The basic information security system in the implementation of an electronic database patients is shown.

Вступ. Впровадження електронних реєстрів пацієнтів передбачено «Стратегією розвитку інформаційного суспільства в Україні». Реалізація цього дійсно важливого завдання дозволить вирішити питання збереження величезних обсягів медичної інформації впродовж життя кожної людини та дасть можливість швидкого доступу до неї медичних працівників під час звернення зареєстрованого пацієнта до будь-якого належно обладнаного лікувального закладу в будь-якому місті України та, в перспективі, й світу.

Водночас, на шляху впровадження цієї новації стоїть низка не вирішених до кінця проблем. Однією із них є забезпечення конфіденційності медичної інформації.

Основна частина. Електронна система ведення реєстру пацієнтів – сучасний підхід до надання високоякісної медичної допомоги, який застосовують в багатьох країнах світу. Переваги саме електронного методу збору та зберігання інформації можуть оцінити як медики, так і самі пацієнти. Завдяки єдиній електронній базі грома-

дяни зможуть звертатися до медичного закладу будь-якого міста України незалежно від місця реєстрації.

В електронній системі зберігатиметься інформація про призначені лікарські засоби та необхідність у забезпеченні пацієнтів пільговими медикаментами.

6 червня 2012 р. Кабінет Міністрів України прийняв постанову № 546, якою передбачено створення електронного реєстру пацієнтів (ЕРП), та розпорядження № 368-р щодо його впровадження в пілотних регіонах, визначених для медичної реформи [1, 3].

Варто наголосити, що чинними правовими документами (Конституція України, Цивільний кодекс України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я») визначено, що медична інформація (стан здоров'я, історія хвороб, мета запропонованих досліджень та лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання) є конфіденційною інформацією [4]. Але потрібно зазначити, що на етапі впровадження електронного реєстру пацієнтів

із питань конфіденційності, можуть виникнути певні труднощі: у згаданому наказі МОЗ передбачено застосування для ведення реєстру пацієнтів програм «УкрМедСофт: Стаціонар» та «УкрМедСофт: Поліклініка». Наразі в доступних інформаційних джерелах інформація щодо їх можливостей відсутня. Втім і в нормативних актах не встановлено вимог до програм, що використовуються. Тому для дотримання законодавства при веденні реєстру надзвичайно важливо визначити порядок того, як пересилати інформацію з реєстру, роздруковувати її, записувати на зовнішній носій.

Наступна проблема – працівникам реєстратур, які зазвичай є особами пенсійного та передпенсійного віку, досить складно оволодіти програмним забезпеченням та й взагалі комп'ютерною технікою. А це може призвести і до черг пацієнтів (через повільну реєстрацію), і до помилок у введенні даних до системи, і навіть до звільнень реєстраторів (що ускладнить і без того існуючу проблему кадрів). Та й самі лікарі завжди мали справу з паперовою документацією і досі не мають комп'ютерів (або планшетів) для роботи, тож за таких умов ЕРП у нашій країні ризикує залишитися лише на рівні списку пацієнтів, прикріплених до закладу охорони здоров'я чи тих, хто там обслуговується.

Ще однією проблемою є те, що профільне міністерство не розробило вимог щодо зберігання комп'ютерної техніки, серверів, каналів зв'язку в закладах охорони здоров'я. Тобто хтось може викрасти такий комп'ютер чи сервер з інформацією на тисячі пацієнтів, а відповідатиме як за звичайне викрадення майна.

Також проблема проглядається в п. 6.3.6. Типового положення, де зазначено, що у разі звільнення з роботи або переведення на іншу посаду працівник закладу охорони здоров'я повинен своєчасно передати керівнику (або іншому працівнику, визначеному керівником закладу) носії інформації, що містять відомості про персональні дані пацієнтів. Ця норма означає можливість медичного працівника скопіювати інформацію з ЕРП на диск чи флешку. І головне – необхідність у такому копіюванні досить сумнівна, водночас це величезний ризик з точки зору інформаційної безпеки пацієнта, а, отже, і відповідальності лікаря [4].

Варто зазначити, що ст. 182 Кримінального кодексу України передбачає кримінальну від-

повідальність за незаконне збирання, зберігання, використання або поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди або поширення цієї інформації у публічному виступі чи в ЗМІ (штраф у розмірі не менше 50 неоподатковуваних мінімумів або виправні роботи до двох років, або ж і арешт до шести місяців чи обмеження волі до трьох років) [4].

Також у процесі роботи з електронним реєстром доцільно від технічного персоналу, що обробляє й пересилає інформацію, отримувати розписку про виконання норм, вимог і правил організаційного й технічного характеру, що стосуються захисту оброблюваної інформації, а також про нерозголошення її. Крім того, лікар повинен одержувати письмову згоду пацієнта на пересилання телекомунікаціями інформації про стан його здоров'я. Важливо спрогнозувати максимально захищені від зламу «хакерами» канали зв'язку. Все це слід передбачити на законодавчому рівні. З цих же міркувань важливою передумовою до створення вітчизняної правової бази електронної медицини стало прийняття Законів України «Про електронні документи та електронний документообіг» і «Про електронний цифровий підпис», адже цифровий підпис є універсальним засобом верифікації дійсності й захисту інформації в системах електронної медицини.

Зважаючи на вищевикладене, медичним працівникам варто пам'ятати, що рішення пацієнта про внесення даних до реєстру є його правом, і це повинно відбуватися без жодного тиску чи шантажу. В іншому випадку згода пацієнта не матиме юридичної сили, а, отже, і зберігання та використання його персональних даних розцінюватиметься як правопорушення, і за нього також передбачена відповідальність [2].

Висновок. Проблема захисту інформації у процесі впровадження електронної бази пацієнтів залишається досить актуальною. Доцільно розробити та прийняти спеціальний Закон України «Про електронну охорону здоров'я» і відповідних підзаконних актів, у яких потрібно передбачити етико-правові аспекти електронної медицини, телемедицини та мобільної охорони здоров'я як взаємопов'язаних елементів функціонування сучасної електронної охорони здоров'я. Безперечно, для цього необхідно вивчити та використати існуючий зарубіжний досвід, адаптувавши його до наших реалій. Зволікання в цьому непри-

пустиме, адже воно сприятиме поглибленню нашого відставання у впровадженні сучасних

світових стандартів забезпечення здоров'я населення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Національний план дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

2. Тернова С. Національний реєстр пацієнтів: кому вхід заборонено? / С. Тернова // Ваше здоров'я : газета МОЗ України і галузевої профспілки. – Режим доступу : www.vz.kiev.ua.

3. Указ Президента України № 187/2012 «Про Національний план дій на 2012 рік щодо впровадження

Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

4. Чекер Я. Електронний реєстр пацієнтів: крок вперед чи нездійсненне завдання МОЗ / Я. Чекер // Кібенко, Оніка і партнери. – Режим доступу : <http://www.kopartners.com.ua/ukr/pr/yaroslav-cheker-elektronniy-reiestr-pacientiv-krok-vpered-chi-nezdiysnenne-zavdannya-moz>.

Отримано 10.07.14

ЗАСТОСУВАННЯ МУЛЬТИМЕДІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ОСВІТІ

В. О. Рижковський

Рівненський державний базовий медичний коледж

У статті проаналізовано значення і можливості мультимедійних технологій при підготовці висококваліфікованої медсестри, а також проблеми і фактори, що визначають застосування даного виду технології.

USE OF MULTIMEDIA TECHNOLOGIES FOR NURSE EDUCATION

V. O. Ryzhkovskyi

Rivne State Basic Medical College

The article is devoted to the importance and opportunities of the multimedia technologies in the process of education of nurses to master definite skills, as well as problems and factors contributing to the use of this type of technology.

Вступ. Підвищення якості вищої освіти означається використанням нових методів і засобів навчання. Мультимедійні технології є на сьогодні найбільш «модним» напрямом використання інформаційно-комп'ютерного забезпечення у галузі освіти. Широке застосування мультимедійних технологій здатне різко підвищити ефективність активних методів навчання для всіх форм організації навчального процесу: на етапі самостійної підготовки студентів, на лекціях, на семінарських, практичних та лабораторних заняттях [3, 4].

Метою роботи було дослідження використання мультимедійних технологій в системі вищої сестринської освіти.

Основна частина. Активне навчання потребує залучення студентів до навчального процесу. Саме мультимедійні технології відповідають таким вимогам. Як основний технічний засіб мультимедійних технологій, безумовно, виступає комп'ютер, оснащений необхідним програмним забезпеченням і мультимедійним проектором. Звісно, що комп'ютер не може замінити викла-

дача, а є лише засобом здійснення викладацької діяльності, його помічником.

У широкому сенсі «мультимедія» означає спектр інформаційних технологій, що використовують різноманітні програмні та технічні засоби з метою найбільш ефективного впливу на користувача (що став одночасно і читачем, і слухачем, і глядачем). Завдяки застосуванню в мультимедійних продуктах і послугах одночасної дії графічної, аудіо (звукової) і візуальної інформації, ці засоби володіють великим емоційним зарядом і активно включають увагу користувача (слухача). Експериментально встановлено, що у ході усного викладення матеріалу за хвилину слухач сприймає і здатний обробити до 1 тисячі умовних одиниць інформації, а в разі «підключення» органів зору – до 100 тисяч таких одиниць [1]. Саме навчальний відеофільм, а точніше невеликий навчальний фрагмент, найбільшою мірою сприяє візуалізації навчального процесу, представленню анімаційних результатів, імітаційному моделюванню різних процесів у реальному часі навчання. Там, де в навчанні не допомагає нерухома ілюстрація, таблиця, може

допомогти багатовимірною рухомою фігурою, анімацією, планом, відеосюжетом і багато чого іншого. Тому абсолютно очевидна висока ефективність використання в навчанні мультимедійних засобів, основа яких – зорове та слухове сприйняття матеріалу [8].

Одними з основних можливостей і переваг засобів мультимедіа у разі їх застосування у навчальному процесі є: 1) одночасне використання декількох каналів сприйняття студента в процесі навчання, за рахунок чого досягається інтеграція інформації, що доставляється різними органами чуттів; 2) можливість симулювати складні реальні ситуації сестринського процесу; 3) візуалізація абстрактної інформації за рахунок динамічного представлення процесів; 4) можливість розвинути когнітивні структури та інтерпретації студентів.

Останнім часом багато уваги приділяють створенню й удосконаленню електронних підручників з різних дисциплін [6, 7]. Важливим моментом тут є використання мультимедійних засобів для підвищення наочності інформації до непорівнюваної міри з використанням звичайних «паперових» підручників. Електронні підручники з великим успіхом застосовують на різних заняттях і в ході самостійної підготовки. Ще одним аспектом застосування мультимедійних технологій в навчальному процесі є навчальні програми. Дані програми застосовують, як правило, на практичних заняттях і дозволяють імітувати будь-які процеси та явища або працювати як електронний тренажер.

Досвід використання електронних підручників, навчальних програм і електронних тренажерів показує, що їх ефективність залежить, у першу чергу, від наявності зворотного зв'язку зі студентами [5]. Не менш важливим під час створення цих програмних продуктів є врахування психолого-педагогічних і естетичних вимог.

Проблемою залишається те, що активне використання мультимедійних комп'ютерних технологій вигідно вирізняє, наприклад, американського студента від нашого, американську медсестру від вітчизняної. Так, під час підготовки до занять ряду навчальних модулів в університеті Південної Кароліни (США) використовують навчальну програму «Основи інфузійної терапії» (спільна розробка фірми Veritech Corporation та організації Infusion Nurses Society). Програма складається з таких розділів (рис. 1): «Анатомія і



Рис. 1. Вікно головного меню американської навчальної програми «Основи інфузійної терапії».

фізіологія», «Основи парентерального призначення», «Інфекційний контроль» та інші. В свою чергу, розділи містять відео- та графічний матеріал разом з аудіосупроводом – поясненнями викладача.

Розділ «Анатомія та фізіологія» містить інформацію, необхідну для засвоєння курсу інфузійної терапії: шкіра, венозна та артеріальна система, кровообіг (рис. 2).

Вікна розділу «Основи парентерального призначення» демонструють головні принципи інфузійної терапії: гіперволемія та гіповолемія, метаболічні процеси (рис. 3); вікна розділу «Інфекційний контроль» слугують для засвоєння заходів щодо профілактики передачі інфекцій (рис. 4); вікна розділу «Визначення та вибір місця для ін'єкції» вказують на центральні й периферійні венозні доступи (рис. 5); вікна розділу «Прилади та пристрої для периферійних інфузій» розглядають засоби доступу до периферійних та центральних судин: різні типи контейнерів, трубок, вентилів, фільтрів та насосів, правила обслуговування приладів тощо (рис. 6).

Варто зауважити, що таких і подібних навчально-контролюючих програм в арсеналі сестринської освіти високорозвинених країн існує чимало. Це такі продукти, як віртуальна навчальна програма «Неврологічне обстеження: черепно-мозкова травма» (Williams & Wilkins products); віртуальна програма «Віртуальні клінічні екскурсії» (видавництво «Elsevier»); віртуальна програма «Сучасні клінічні та практичні аспекти медсестринства в онкології» (Annenberg Center for Health Sciences) та ін. [2].

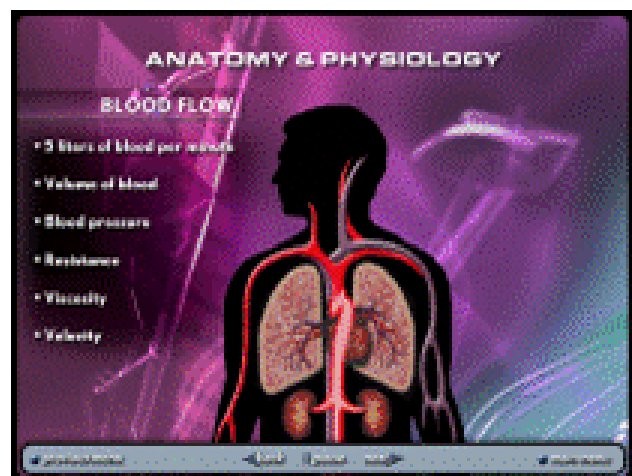
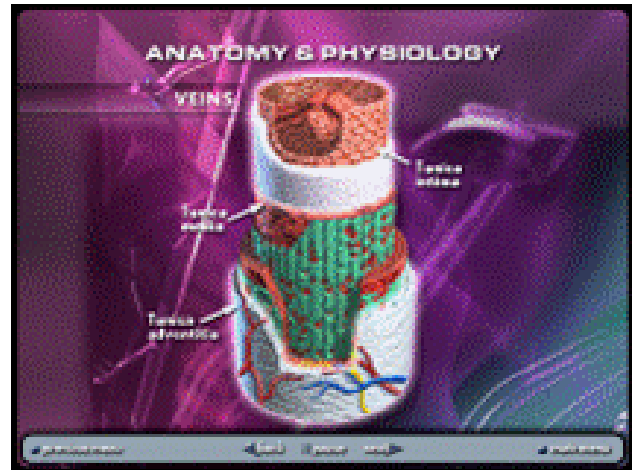
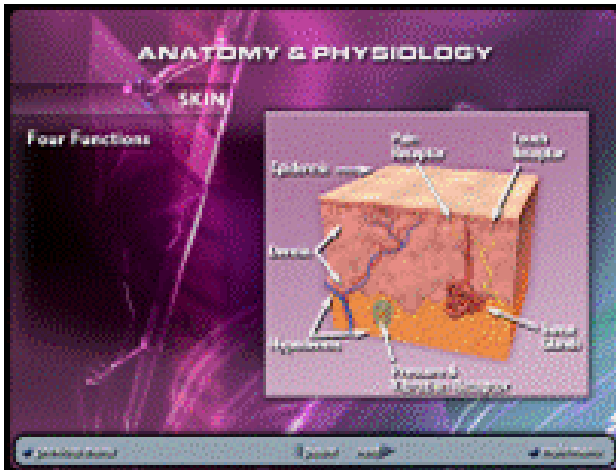


Рис. 2. Вікна розділу «Анатомія та фізіологія» навчальної американської програми «Основи інфузійної терапії».

Як бачимо, мультимедія є виключно корисною і плідною навчальною технологією, завдяки прихильній їй якості інтерактивності, гнучкості та інтеграції різноманітних типів мультимедійної навчальної інформації, а також завдяки можливості враховувати індивідуальні особливості студентів та сприяти підвищенню їх мотивації. Мультимедійні засоби навчання є перспективним і високо-ефективним інструментом, що дозволяє надати масиви інформації у більшому обсязі, ніж традиційні джерела інформації і в тій послідовності, яка відповідає логіці пізнання і рівню сприйняття конкретного контингенту студентів.

На сьогодні ринок навчального програмного забезпечення України пропонує великий перелік програмних засобів різноманітного призначення, але всі вони практично не адаптовані до використання в умовах медичного коледжу (училища), бо, як правило, російськомовні, не відповідають чинній програмі як за обсягом, так і за струк-

турою, є ілюстрованими електронними підручниками, енциклопедіями, довідниками, тобто більшість цих програм за дидактичним при-

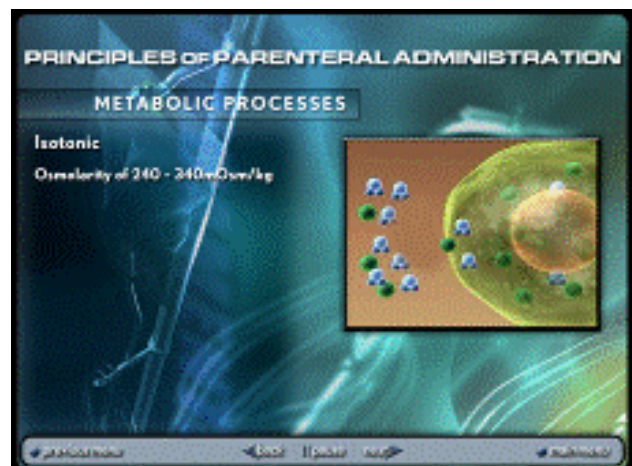


Рис. 3. Вікно «Метаболічні процеси» розділу «Основи парентерального призначення» навчальної американської програми «Основи інфузійної терапії».



Рис. 4. Вікно розділу «Інфекційний контроль» американської навчальної програми «Основи інфузійної терапії».

значенням є допоміжним, ілюстративним джерелом знань.

Отже, назріла нагальна проблема у створенні власних вітчизняних мультимедійних продуктів для сестринської освіти. Можна сформулювати такі вимоги до них: 1) комп'ютерна програма повинна функціонувати в умовах сестринської освітньої системи; 2) програма повинна відповідати тим же дидактичним вимогам, що і традиційні навчальні підручники і посібники, таким, як науковість, систематичність, послідовність, доступність, зв'язок з практикою, наочність; 3) комп'ютерна програма повинна повністю відповідати вітчизняній навчальній програмі; 4) оскільки в умовах кредитно-модульної системи навчання викладач є фігурою, яка координує всі ланки

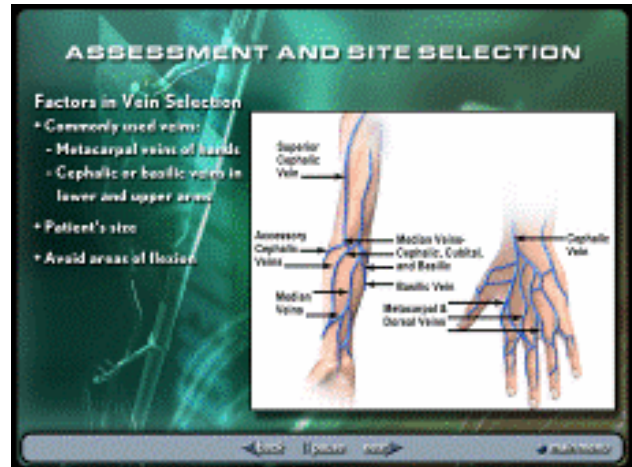


Рис. 5. Вікно «Периферійні венозні доступи» розділу «Визначення та вибір місця для ін'єкції» навчальної американської програми «Основи інфузійної терапії».

навчально-виховного процесу, комп'ютерна програма має виконувати функції інструмента, що допоміг би урізноманітнити форми і методи навчання і цим створити умови для підвищення розумової активності студентів, сприяти організації певних форм діяльності студентів у межах заняття; 5) вона має задовольняти потреби викладачів різної кваліфікації; 6) комп'ютерна програма повинна бути зрозумілою як викладачам, так і студентам, а інформація, що виноситься на екран, сприйматися однозначно; керування програмою має бути максимально простим; 7) викладач повинен мати можливість компонувати матеріал за своїм розсудом і в процесі підготовки до заняття займатися творчістю, а не запам'ятовуванням того, в якому

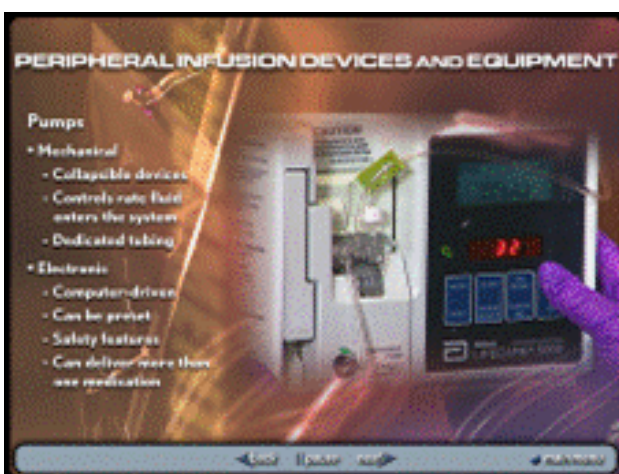
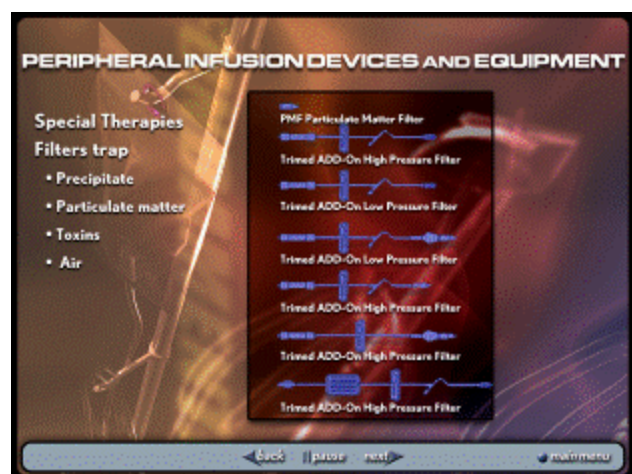


Рис. 6. Вікно розділу «Прилади та пристрої для периферійних інфузій» американської навчальної програми «Основи інфузійної терапії».



порядку буде виводитися інформація; 8) комп'ютерна програма повинна дозволяти використовувати інформацію в будь-якій формі представлення (текст, таблиці, діаграми, слайди, відео-аудіофрагменти, анімація, 3D-графіка).

ЛІТЕРАТУРА

1. Бешелев С. Д. Математико-статистические методы экспертных оценок [Текст] / С. Д. Бешелев, Ф. Г. Гурвич. – М. : Статистика, 2000. – 263 с.

2. Борисюк О. Б. Використання комп'ютерних навчальних програм в медичній освіті [Електронний ресурс] / О. Б. Борисюк. – Режим доступу : http://www.rusnauka.com/18_ADEN_2013/Pedagogica/4_141990.doc.htm.

3. Волкова Н. П. Педагогіка [Текст] / Н. П. Волкова. – К. : Академія, 2001. – 576 с.

4. Глинський Я. М. Інформаційні технології [Текст] / Я. М. Глинський. – Львів : Деол, 2004. – 264 с.

Висновок. Використання мультимедійних технологій дозволяє істотно підвищити ефективність навчального процесу. Проте поряд з очевидними перевагами даної технології існують проблемні питання технічного характеру щодо забезпечення сестринської освіти власним вітчизняним продуктом, що адаптований до вітчизняних навчальних програм.

5. Інформатика [Текст] / І. Т. Зарецька, Б. Г. Колодяжний, А. М. Гуржій, О. Ю. Соколов. – К. : Навчальна книга, 2002. – 496 с.

6. Іванов В. Ф. Сучасні комп'ютерні технології і засоби масової комунікації: аспекти застосування [Текст] / В. Ф. Іванов, О. К. Мелещенко. – К. : ІЗМН, 2006. – 352 с.

7. Крилов І. В. Інформаційні технології: теорія і практика [Текст] / І. В. Крилов. – К. : Центр, 2006. – 128 с.

8. Образовательный портал. Мультимедиа в образовании [Электронный ресурс] / Режим доступу : <http://www.ido.edu.ru/open/multimedia/index.html>.

Отримано 25.07.14