

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

МЕДСЕСТРИНСТВО

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

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

NURSING

UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

4/2014

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-Лепявко 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 № 7 від 27.11.2014 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.
Пухальська О. І.
Кушик П. С.

Підп. до друку 28.11.2014. Формат 60x84/8.
Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. № 1
Ум. друк. арк. 6,05. Обл.-вид.арк. 5,27
Тираж 600. Зам. № 22

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

ЗМІСТ

CONTENTS

- Пам'яті видатного вченого – ректора Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського члена-кореспондента НАМН України, заслуженого діяча науки і техніки України, професора Леоніда Якимовича Ковальчука 5
- А. М. Савич, В. О. Качор, О. Р. Голик*
Особливості роботи медичної сестри з хворими на простудні захворювання **8**
- А. М. Savych, V. O. Kachor, O. P. Holyk*
Peculiarities of nursing care for patients with respiratory diseases
- Н. Ю. Струбіцька*
Розвиток емпатійності як складова особистісної підготовки волонтерів хоспісу **11**
- N. Yu. Strubitska*
Development of empathy as a constituent of a personal preparation of hospice volunteers
- С. В. Казюта, О. В. Авдєєв*
Проблеми спілкування з пацієнтами, які мають вади слуху **14**
- S. V. Kazyuta, O. V. Avdieiev*
Problems of communication with patients with impaired hearing
- І. І. Марсак, Т. Я. Скарлош*
Деякі аспекти застосування дезінфікуючих засобів у багатопрофільних лікувально-профілактичних закладах **17**
- I. I. Marsak, T. Ya. Skarlosh*
Some aspects of using of disinfectants in multiprofile treatment and prophylactic establishments
- К. В. Олійник*
Проблема відсутності єдиного алгоритму профілактики пролежнів згідно з сучасними вимогами **21**
- K. V. Oliinyk*
Probleme of lack single algorithm of prevention of bedsores according to the current requirements
- Т. В. Муکشименко*
Захворюваність та смертність населення України: динаміка та регіональний аспект **23**
- T. V. Mukshymenko*
Morbidity and death rate of population of Ukraine: dynamics and regional aspect
- В. К. Мудріцька*
Тактика комунікативної взаємодії медичних працівників та пацієнтів у терапевтичному відділенні **29**
- V. K. Mudritska*
Tactics of communicative interaction of health care professionals and patients in the therapeutic department
- І. Г. Жердецький*
Ідіопатичний сколіоз із позицій кінезіології та остеопатії. Шийний і грудний відділи хребта **31**
- I. H. Zherdetskyi*
Idiopathic scoliosis from the standpoint of kinesiology and osteopathy. Cervical and thoracic spine
- Н. Б. Галапац*
Управління якістю роботи медсестринської служби Львівської області **35**
- N. B. Halapats*
Management of quality work of nursing services in Lviv Region

- Л. В. Назаренко, І. М. Мельничук*
Зміст та структура професійної компетентності майбутніх медичних сестер **40**
- Л. В. Назаренко, І. М. Мельничук*
Content and structure of professional competence of future medical nurses
- О. Д. Діденко*
Сестринська справа як складова частина системи охорони здоров'я **44**
- О. Д. Діденко*
Nursing as an integral part of health care system
- Н. В. Булгакова, Н. О. Кравець*
Інноваційні технології навчання при викладанні дисциплін хірургічного циклу **47**
- Н. В. Булгакова, Н. О. Кравець*
Innovative teaching technology in teaching of surgical disciplines cycle
- Д. В. Бобильов*
Роль медичної сестри в реабілітації хворих на остеохондроз хребта **49**
- Д. В. Бобильов*
Role of nurses in the rehabilitation of patients with spinal osteochondrosis

**ПАМ'ЯТІ ВИДАТНОГО ВЧЕНОГО – РЕКТОРА ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО
ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
ЧЛЕНА-КОРЕСПОНДЕНТА НАМН УКРАЇНИ,
ЗАСЛУЖЕНОГО ДІЯЧА НАУКИ І ТЕХНІКИ УКРАЇНИ,
ПРОФЕСОРА ЛЕОНІДА ЯКИМОВИЧА КОВАЛЬЧУКА**



1 жовтня 2014 року викладацький та студентський колектив ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України» (ТДМУ) втратив свого наставника і керівника – члена-кореспондента НАМН України, заслуженого діяча науки і техніки України, професора Леоніда Якимовича Ковальчука.

Усе своє життя він присвятив медицині, допомозі хворим та розвитку медичного університету. Народився Леонід Якимович 15 березня 1947 року в селі Тернівка Ізяславського району Хмельницької області.

Очільник ТДМУ імені І. Я. Горбачевського спершу закінчив Бережанське медичне учили-

ще (1967 р.). Спеціальність «Лікар-лікувальник» із кваліфікацією «Лікар-хірург» вже здобув у Тернопільському державному медичному інституті, отримавши диплом спеціаліста у 1973 році. Після закінчення навчання проходив інтернатуру в Тернопільській обласній клінічній лікарні. У 1974–1975 роках працював лікарем-хірургом в селі Устя-Зелене Монастириського району Тернопільської області, а у 1975–1978 роках – лікарем-хірургом, завідувачем хірургічного відділення Великодедеркальської лікарні Шумського району Тернопільської області. Починаючи з цього часу, Леонід Ковальчук не обмежувався виключно лікарською діяльністю, а коло його наукових інтересів охоплювали питання сучасних лікувальних методик і технологій. У 1977 році Л. Я. Ковальчук захистив кандидатську дисертацію на тему «Активність ряду окислювальних ферментів нейтрофілів і лімфоцитів у хворих тиреотоксикозом». Цим він започаткував на Тернопільщині знану сьогодні свою хірургічну школу, що має міцне наукове підґрунтя.

У 1978 році доля закинула його в Кіровоградську область, де Леонід Ковальчук упродовж двох років працював завідувачем хірургічного відділення Знам'янської центральної районної лікарні. У 1980 році він повернувся на Тернопільщину на посаду лікаря-хірурга Тернопільської міської лікарні № 1. Уже з 1981 по 1983 рік Леонід Якимович працював асистентом кафедри хірургії факультету вдосконалення лікарів Тернопільського медичного інституту. Згодом (1983–1987 рр.) він був головним хірургом Тернопільського облздороввідділу. У вересні 1987 року Леонід Ковальчук став завідувачем кафедри шпитальної хірургії № 1 Тернопільського медичного інституту. В 1994–1997 роках обіймав посаду проректора з лікувальної роботи цього навчального закладу.

У серпні 1997 року, зважаючи на вагомий внесок у розвиток тоді ще Тернопільської державної медичної академії імені І. Я. Горбачевського (ТДМА), його лідерські здібності, вміння прогнозувати, колектив навчального

закладу довірив Леоніду Ковальчуку керівництво.

На посаді ректора Леонід Якимович проявив новаторський підхід в організації усіх видів діяльності ТДМА імені І. Я. Горбачевського, яка під його керівництвом отримала статус університету і вийшла в число провідних вищих медичних навчальних закладів України. Його зусиллями відкрито три нові факультети: фармацевтичний, стоматологічний, іноземних студентів; чотири навчально-наукові інститути на базі теоретичних кафедр і перші в Україні Навчально-науковий інститут медсестринства та Навчально-науковий інститут післядипломної освіти.

Кардинально зміцнено матеріально-технічну базу університету, створено видавництво «Укрмедкнига» з власним поліграфічним комплексом, яке є базовим для ЦМК з ВМО МОЗ України і найбільшим сьогодні спеціалізованим медичним видавництвом в Україні, видаються обласні газети «Медична академія» та «Університетська лікарня». Створено також навчально-оздоровчий комплекс «Червона калина» з конгрес-центром, готелем, комплексом харчування, спортивно-фізкультурною базою та студентським профілакторієм.

Ректор ТДМУ імені І. Я. Горбачевського заслужено здобув такі нагороди та почесні звання: член-кореспондент НАМН України, орден «За заслуги» III ступеня, заслужений діяч науки і техніки України. Леонід Якимович також нагороджений почесними грамотами Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України та Міністерства охорони здоров'я, дипломом міжнародного рейтингу «Золота фортуна», його ім'я занесено у «Золоту книгу еліти України». У 2008 році удостоєний звання Почесного професора університету Південної Кароліни (США), у 2014 році – звання Почесного професора Тбіліського державного медичного університету (Грузія). Також нагороджений іменною ювілейною медаллю Братиславського медичного університету (Словаччина), відзнакою «Європейська якість» Європейської бізнес-асамблеї.

З 2009 року Л. Я. Ковальчук очолював постійну комісію Тернопільської обласної ради з питань охорони здоров'я, сім'ї, материнства і дитинства. Його особливо непокоїла необхідність змін в існуючій системі охорони здоров'я. Результатом його діяльності стала Концепція реформування галузі охорони здоров'я Тернопільської області. Леоніда Якимовича турбували також питання підготовки медичних кадрів. До вирішення цієї проблеми він підійшов нестан-

дартно, а саме із застосуванням новітніх інноваційних методик – методики «Єдиного дня», практично орієнтованої моделі навчального процесу (Z-модель), ліній практичних навичок, ОСКІ (ОСПІ), тестових технологій оцінювання, комп'ютерних технологій, віртуальних комп'ютерних програм. Ректор ТДМУ імені І. Я. Горбачевського особливий наголос робив на здобутті студентами-медиками практичних навичок. Саме він уперше в Україні започаткував проект створення університетських лікарень на основі коопераційної моделі. Для підготовки сімейних лікарів Леонід Ковальчук зініціював створення мережі навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги. У цьому він бачив шлях інтеграції вищої медичної освіти України в Міжнародний освітній медичний простір.

В основу нововведень покладено ґрунтовне вивчення і аналіз міжнародного досвіду, налагодження тісної співпраці з провідними закордонними університетами.

Леонід Якимович – знаний фахівець у галузі медицини із значним авторитетом серед колег та друзів, студентів та пацієнтів. Основна наукова діяльність була пов'язана з вивченням фундаментальних проблем виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Л. Я. Ковальчук розробив оригінальні, патофізіологічно обґрунтовані органозберігаючі методи хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, що зменшило частоту рецидивів післярезекційних розладів у чотири рази. Розробив також методи підвищення безпеки та ефективності хірургічного лікування патології магістральних артерій та екстракраніальних судин, зокрема метод попередження тромбозу сегмента реконструкції артеріальної системи.

Леонід Ковальчук є автором майже 500 наукових і навчально-методичних праць, у тому числі 8 монографій, 4 атласів оперативних втручань, 6 підручників, 5 навчальних посібників, 32 винаходів і патентів. Підготував 10 докторів і 34 кандидати наук. Він також був головним редактором науково-практичного журналу «Шпитальна хірургія» та членом редакційної ради «Издательский дом ГЭОТАР-МЕД» (Росія).

Основні наукові праці: «Вибір методів хірургічного лікування гастродуоденальних виразок» (1997 р.); «Лапароскопічна хірургія жовчних шляхів» (1997 р.); «Шпитальна хірургія» (підручник, 1999 р.); «Клінічна хірургія» (підручник, 2000 р.); «Органний кровообіг при передракових станах стравоходу та шлунка» (2001 р.); «Хірургія

демпінг-синдрому» (2002 р.); «Анестезіологія, реанімація та інтенсивна терапія невідкладних станів» (2003 р.); «Атлас оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту і передній черевній стінці» (2004 р.); «Хірургія поєднаних і множинних атеросклеротичних оклюзій екстракраніальних артерій та аорто-стегнового сегмента» (2005 р.); «Клінічна флебологія» (2008 р.); «Хірургія» (підручник, 2010 р.); «Венозні тромбози» (2010 р.).

Л. Я. Ковальчук з великою відповідальністю ставився до своєї роботи, намагався зберегти життя та здоров'я кожного пацієнта, працював на благо України. Ректор вірив у кожного сту-

дента і щиро радів досягненням і здобуткам своїх випускників.

У 2014 році ТДМУ імені І. Я. Горбачевського завдяки мудрому і дбайливому керуванню Леоніда Ковальчука був визнаний Міністерством охорони здоров'я України кращим університетом серед усіх медичних навчальних закладів нашої країни.

Для ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України» відхід Леоніда Ковальчука є непоправною втратою. Лише з часом кожен, хто працював поряд із цією непересічною людиною, збагне всю велич постаті Леоніда Якимовича і оцінить його внесок сповна.

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ З ХВОРИМИ НА ПРОСТУДНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

А. М. Савич, В. О. Качор, О. Р. Голик

*Ужгородська обласна клінічно-інфекційна лікарня
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Наведено сучасні дані про догляд медичної сестри за хворими на простудні захворювання та їх ускладнення. Подано перевірені рекомендації з терапії та профілактики. Розглянуто особливості складних форм простуд. Подано перспективні напрямки медсестринського розвитку та запобігання грипу.

PECULIARITIES OF NURSING CARE FOR PATIENTS WITH RESPIRATORY DISEASES

A. M. Savych, V. O. Kachor, O. P. Holyk

*Uzhhorod Regional Clinical and Isolation Hospital
SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»*

The modern data about nursing care for patients with common cold and their hard complications are given. The proved recommendations on therapy and prophylaxis are submitted. The features of severe forms of common cold are considered. The perspective directions of nursing development and influenza prevention are given.

Вступ. Простудні захворювання (ПЗ) є найпоширенішими хворобами людини. На них припадає 75 % усіх інфекційних захворювань, а в роки епідемій і пандемій – до 90 %. ПЗ посідають перше місце серед причин тимчасової непрацездатності. Етіологічним чинником можуть бути понад 200 різних РНК- і ДНК-вірусів, а також інші мікроорганізми. Наприклад, риновірус спричиняє від 30 до 80 %, коронавірус – близько 20 %, вірус грипу – 10–15 %, респіраторно-синцитіальний вірус – 10 % ПЗ [1, 2].

Епідемії ПЗ зумовлюють значні соціальні потрясіння: створюють істотні перешкоди в роботі більшості галузей народного господарства, сіють паніку серед населення, дезорганізують ритм життя суспільства, нормальне функціонування основних ланок медичної служби.

Основна частина. Відомо, що тривалість і вислід ПЗ часто залежать від якості догляду за

хворим. Уважне, чуйне та доброзичливе ставлення медичного персоналу зміцнює віру хворого у швидке поліпшення стану та видужання. Відтак, під час епідемії важливого значення набуває організація своєчасної лікувальної допомоги населенню. Виправдала себе практика медичного обслуговування хворих переважно вдома, тому надзвичайно зростає вагомість медичної сестри, яка періодично зобов'язана відвідувати пацієнта і про всі зміни у його стані негайно сповіщати лікуючого лікаря [3].

Надзвичайно важливе значення мають умови перебування пацієнта. Хворий повинен лежати в окремій кімнаті, яку необхідно регулярно, 3–4 рази на день провітрювати. Під час провітрювання хворого потрібно ретельно вкрити теплою ковдрою. Увесь гарячковий період і наступні 2 дні після нормалізації температури тіла він повинен дотримуватись ліжкового режиму.

Хворі на ПЗ часто дратівливі та капризні, відмовляються від їди. Тому медична сестра

повинна бути особливо уважною і ввічливою, намагатись їх підбадьорити, вселити надію у швидше одужання у разі своєчасного споживання рекомендованої їжі.

Велике значення має раціональне харчування хворого. Доцільно споживати молочно-рослинну вітамінізовану їжу, велику кількість теплої підкисленої рідини (чай з лимоном, фруктові соки, морси). Широко використовують гарячі напої з ягід калини, малини, чорної смородини, настій квітів липи, бузини, листя суніць, евкаліпта, хвощу польового, квіток ромашки, а також гаряче молоко з медом. Проявляючи потогінний ефект, ці засоби сприяють виведенню вірусів і токсинів, попереджують перегрівання організму, прискорюють одужання пацієнта. Після рясного потіння хворому необхідно регулярно змінювати білизну.

Зараз надзвичайно великою є палітра медикаментів, що застосовуються у комплексному лікуванні хворих. Проте приймати їх необхідно лише після призначення лікуючим лікарем. Медична сестра повинна ретельно стежити, щоб хворий дотримувався усіх призначень лікаря.

Як відволікальні засоби показані гірчичники на грудну клітку, підшови. Важливе значення має туалет носа, тому що набряк його слизової оболонки і виділення погіршують носове дихання. Для туалету носа використовують гнітики з вазеліновим маслом. Набряк слизової зменшують закапуванням у кожний носовий хід по 2–3 краплі 1 % розчину нафтизину, фармазоліну, санорину, піносолу чи інших засобів з подібним механізмом дії. Для лікування вірусного риніту використовують 0,25–0,5 % оксолінову мазь, якою змащують слизову оболонку носа 2–3 рази на день 3–4 дні поспіль.

У перші дні захворювання доцільні парові інгаляції з додаванням в аерозоль лимонної кислоти 1:1000 або соку лимона. Краще інгаляції робити за допомогою спеціальних інгаляторів. Якщо такої можливості немає, то можна скористатись народним методом – вдихання пари щойно звареної картоплі. Призначають людський лейкоцитарний інтерферон по 3–5 крапель у кожний носовий хід через 1–2 год або в аерозолі протягом 2–3 днів. Клінічну ефективність виявляють стимулятори інтерфероутворення: циклоферон, аміксин, арбідол, амізон. Можна закапувати у кожний носовий хід 5 % розчин епсилон-амінокапронової кислоти. Вказані протівірусні засоби потрібно призначати якомога раніше, оскільки пізніше вони не такі ефективні.

Знизити температуру тіла, усунути біль голови і м'язові болі можна за допомогою парацетамолу, анальгину, аскофену. Але жарознижу-

вальними препаратами не можна зловживати, оскільки гарячка є дуже важливою пристосувальною і захисною реакцією організму, стимулює утворення власного інтерферону, гальмує розмноження вірусів. Це підтверджують і клінічні спостереження: при температурі тіла понад 38,5°C гарячковий період триває не більше 2–3 днів, одужання настає швидше, а ускладнення виникають рідше. Отже, у легких і середньотяжких випадках хвороби жарознижувальні препарати не доцільні.

У випадку підвищення температури тіла до 40 °C і вище, виражених мозкових і серцево-судинних порушень хворому дають таку дозу препарату, яка знизить температуру тіла на 1–2 °C – до рівня, при якому він буде легше переносити гарячковий стан.

Усім хворим призначають полівітаміни, аскорутин внутрішньо. При скаргах на сухий надривний кашель рекомендують протикашльові засоби – кофекс, кодеїн, тусупрекс, лібексин, содопарові інгаляції, при вологому кашлі – амброксол, мукалтин, бромгексин, відвари трав (листя підбілу, трава термопсису, корінь алтеї), а також нашатирно-анісові краплі, відхаркувальну мікстуру.

При тяжкому перебігу ПЗ хворого неодмінно потрібно госпіталізувати. У разі розвитку пневмонії хворому треба надати зручного напівсидячого положення, піднявши підголівник ліжка або підклавши додаткову подушку.

Хворих із дуже тяжкою (гіпертоксичною) формою ПЗ слід лікувати в палатах інтенсивної терапії. Необхідно також зауважити, що у випадку розвитку так званої вірусної пневмонії ефективність антивірусних препаратів істотно обмежена – вони ефективні тільки в перші 2 дні і їх ефективність прогресивно знижується вже з перших годин розвитку недуги. Часто приєднується супровідна бактерійна флора, що призводить до розвитку вірусно-бактерійної пневмонії. Це, у свою чергу, вимагає негайного призначення антибіотиків (аугментин, левофлоксацин, гатіфлоксацин, сумамед тощо). У разі набряку легень дають вдихати киснево-спиртову суміш, а на кінцівки накладають венозні джгути. Негайно внутрішньовенно вводять строфантин, фуросемід (лазикс), препарати калію, дрібномолекулярні нативні колоїди (10–20 % розчину альбуміну), глюкокортикоїди (найбільш ефективний у цій ситуації дексаметазон). При загрозі розвитку альвеолярного набряку легень і при швидко прогресуючій дихальній недостатності, що супроводжується вираженою гіпоксією, хворого необхідно перевести на штучну вентиляцію легень (ШВЛ), особ-

ливістю якої є використання її спеціальних режимів – з постійним позитивним тиском у процесі ШВЛ або підвищеного тиску при видиху [4, 5].

Профілактичні заходи. У період підвищеної захворюваності на ПЗ відмінюються всі масові заходи. Лікувально-профілактичні заклади починають працювати у надзвичайному режимі, щоб максимально унеможливити поширення інфекції. Працівники закладів охорони здоров'я, торгівлі, транспорту зобов'язані носити маски, замінюючи їх через кожні 3–4 год.

Медичний персонал, а також групи підвищеного ризику заздалегідь (хоча б за 1 міс.) вакцинують грипоною вакциною. Використовують живі та інактивовані вакцини з штамів вірусів А та В. Перевагу надають інактивованій вакцині, бо вона має слабку реактогенність. Живі вакцини вводять тільки в носові ходи або через рот, інактивовані – підшкірно і внутрішньошкірно. Під час роботи рекомендують періодично змазувати носові ходи оксоліновою маззю або будь-яким жиром.

Неспецифічні засоби профілактики ПЗ можуть бути суттєвим доповненням до вакцинації або навіть альтернативою їй. Вони застосовуються для сезонного і термінового захисту від цих інфекцій. Насамперед це фізичне виховання, загартування, рефлексопрофілактика, масаж тощо.

Сезонні профілактичні заходи здійснюються в період підвищення захворюваності. Для цього декілька тижнів застосовують імуностимулювальні (метилурацил, амізон, аміксин) та загальнозміцнювальні препарати і процедури. До термінової профілактики вдаються за епідемічними

показаннями, користуючись протівірусними препаратами.

Серед населення проводять санітарно-освітню роботу, використовуючи всі види інформації – радіо, телебачення, листівки, лекції, бесіди.

Суттєве значення для запобігання розповсюдження інфекції має дезінфекція. Здійснюють її таким чином:

- провітрювання та ультрафіолетове опромінення приміщень;

- застосування для дезінфекції повітря аерозолів із вмістом перекису водню;

- вологе прибирання з використанням двох третин основної солі гіпохлориту кальцію (ДТСГК), кальцію гіпохлориту (КГ), 3 % розчину хлораміну, 1 % розчину амфолану;

- харкотиння, змиви із носоглотки перемішують із подвійною кількістю 3 % розчину ДТСГК, КГ або 5 % розчину хлораміну, експозиція 2 год;

- посуд з-під виділень занурюють в 1 % розчин ДТСГК, КГ або 3 % розчин хлораміну на 2 год;

- столовий посуд кип'ятять у 2 % розчині соди 30 хв або занурюють у 1 % розчин ДТСГК, КГ або 3 % розчин хлораміну;

- постільні речі, хусточки для носа, рушники та одяг знезаражують кип'ятінням, хлоровмісними розчинами або в дезінфекційних камерах.

Висновок. Тривалість та перебіг простудних захворювань часто залежать від якості догляду за хворим. Уважне, чуйне та доброзичливе ставлення медичного персоналу зміцнює віру хворого у швидке поліпшення стану та одужання. Професіоналізм медсестер під час проведення санітарно-освітньої роботи щодо профілактики простудних захворювань максимально унеможливає поширення інфекції.

ЛІТЕРАТУРА

1. http://en.wikipedia.org/wiki/Common_cold.
2. <http://www.webmd.com/cold-and-flu/cold-guide/understanding-common-cold-basics>.
3. Андрейчин М. А. Медсестринство при інфекційних хворобах / М. А. Андрейчин, О. Л. Івахів. – 2-ге вид. – Тернопіль : ТДМУ, 2011. – 472 с.

4. Предотвращение тяжёлых случаев гриппа H1N1 – основа новых рекомендаций ВОЗ // <http://www.who.int/publication-newwho.html> 24.11.2009.

5. Бондаренко А. М. Грив А (H1N1) – реалії та особливості / А. М. Бондаренко // Інфекційні хвороби. – 2009. – № 4. – С. 95–103.

Отримано 18.09.14

РОЗВИТОК ЕМПАТІЙНОСТІ ЯК СКЛАДОВА ОСОБИСТІСНОЇ ПІДГОТОВКИ ВОЛОНТЕРІВ ХОСПІСУ

Н. Ю. Струбіцька

Луцький базовий медичний коледж

У статті досліджується рівень емпатійних тенденцій студентів-волонтерів як чинник ефективної волонтерської діяльності.

DEVELOPMENT OF EMPATHY AS A CONSTITUENT OF A PERSONAL PREPARATION OF HOSPICE VOLUNTEERS

N. Yu. Strubitska

Lutsk Base Medical College

The level of empathic tendencies of students-volunteers as a factor of the effective volunteer activity is investigated in the article.

Вступ. Паліативна медицина є новою галуззю наукової медицини та охорони здоров'я України. Згідно з сучасними міжнародними підходами та концепціями, паліативна медицина повинна бути невід'ємною, інтегрованою складовою медичного обслуговування та соціальної опіки. Вивчення й аналіз наукової літератури, нормативно-правової бази свідчать, що становлення системи паліативної та хоспісної допомоги населенню стає однією з найактуальніших медико-соціальних проблем суспільства. Актуальною проблемою на сьогодні у цій сфері є активізація волонтерської діяльності.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, паліативна допомога – це комплексний підхід, мета якого – забезпечити максимальну якість життя пацієнта з невиліковним (смертельним) захворюванням, а також і членів його родини, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню (оцінці) проблем, що виникають, та проведення адекватних лікувальних заходів (при больовому синдромі та інших розладах життєдіяльності), а також надання психосоціальної та моральної підтримки [1].

Відповідно до Загальної декларації волонтерів, яку прийнято на XI Конгресі Міжнародної

асоціації волонтерів 14 вересня 1990 року в Парижі, волонтерство – добровільна, активна, спільна або особиста участь громадянина в житті людських спільнот для реалізації його основних людських потреб та покращення якості життя, економічного і соціального розвитку [2]. Воно сприяє поліпшенню якості життя, реалізації основних потреб на шляху створення справедливого й мирного суспільства, більш збалансованого економічному й соціальному розвитку, створенню нових робочих місць та професій.

Досвід багатьох країн світу свідчить, що застосовуючи комплексний підхід, паліативна та хоспісна допомога може адекватно задовольняти потреби пацієнтів та їх рідних. Забезпечення відповідної якості життя невиліковно хворим пацієнтам та членам їх родин, максимальне полегшення їх фізичних та моральних страждань, збереження людської гідності невиліковно хворого пацієнта є головною метою сучасної системи паліативної допомоги [3].

Найважливішим чинником забезпечення якості паліативної та хоспісної допомоги є ефективна співпраця мультидисциплінарної команди [4]. На думку міжнародних експертів, найкращим способом організації паліативної допомоги є мультидисциплінарний підхід, який дозволяє вирішити складний комплекс медич-

них, соціальних, психологічних та духовних проблем інкурабельного хворого і його близьких. Такий підхід ґрунтується на постійній співпраці медичних, соціальних працівників, психологів, волонтерів, священнослужителів.

Особливе місце в складі базової команди паліативної допомоги належить волонтерам. Волонтерська команда повинна бути складовою повної мережі підтримки та надання паліативної допомоги. Різноманітність форм та методів волонтерської діяльності відкриває широкі перспективи для активізації духовного, інтелектуального та культурного потенціалу особистості волонтера.

Основною метою діяльності волонтерів хоспісу є комплексна психоемоційна підтримка пацієнтів, а також їх сімей. У процесі волонтерської діяльності у сферу паліативної допомоги закладаються основи професійної моралі майбутнього медичного фахівця. При цьому важлива роль належить формуванню психологічної готовності до волонтерської діяльності та майбутньої професійної діяльності.

Сформоване почуття емпатії є надзвичайно важливим для студента-волонтера, майбутнього медичного працівника, професійна діяльність якого передбачає допомогу і співпереживання пацієнтам. Метою нашого дослідження було виявити розвиток емпатії у студентів як однієї з важливих складових готовності до волонтерської діяльності.

Дослідження емпатійності студентів-волонтерів проводили у 2014 році на базі Луцького базового медичного коледжу. Всього обстежено 40 студентів жіночої статі віком від 17 до 18 років, які навчаються на III курсі за спеціальностями «Сестринська справа» та «Лікувальна справа», з них: 20 осіб займаються волонтерською діяльністю у хоспісі та 20 осіб не є волонтерами (контрольна група).

З метою виявлення рівня емпатійності студентів було застосовано тест-опитувальник емпатійних тенденцій, розроблений А. Мехрабіеном і Н. Епштейном [5, 6].

Основна частина. Досвід викладацької діяльності засвідчує, що розвиток емпатійності медичних сестер відбувається у процесі догля-

ду за пацієнтом, надання медичної допомоги. Волонтерами Волинської обласної лікарні «Хоспіс» є студенти Луцького базового медичного коледжу. Основними психологічними особливостями пацієнтів хоспісу є: відчуття втрати сенсу життя, тривога, депресія, самотність. У більшості пацієнтів є «психологічна втома» від життя.

Готовність людини до волонтерської діяльності визначається наявністю у неї певного набору особистісних якостей, а саме – соціальної відповідальності, альтруїзму, готовності до безкорисливого служіння суспільству, моральності. Серед зазначених якостей можна виділити емпатію.

Емпатія – це моральна якість особистості, яка виявляється у розумінні емоційного стану іншої людини, розумінні її почуттів та переживань, а також прагненні до усвідомлення підтримки та дієвої допомоги іншим людям.

Виділяють два види емпатії – емоційну та когнітивну. Емоційна емпатія – це здатність на чуттєвому рівні співпереживати людині, і це дуже глибока емпатія. Когнітивна – різновид, який дозволяє шляхом логічного мислення зрозуміти, що в такий момент відчуває людина, і через це наблизитися до істинного співпереживання. Емпатійність – це вміння поставити себе на місце іншої людини, емоційно відреагувати і проникнути в переживання іншого. Емпатія, у своїй вищій поведінковій формі, виступає могутнім фактором регуляції соціальної поведінки особистості, здійснюється за допомогою сукупності емоційного і когнітивного механізмів і має дві форми прояву – співчуття і співпереживання [6].

За нашими даними, співпраця студентів-волонтерів із пацієнтами хоспісу впливає на формування почуття емпатії, розуміння потреб тяжкохворих людей. Результати тестування студентів наведено у таблиці.

Отже, серед студентів-волонтерів почуття емпатії вище середнього рівня сформоване у 90 % осіб. На відміну від них, лише 70 % студентів, які не залучені до волонтерської діяльності мають такі ж високі показники емпатійних тенденцій. У студентів-волонтерів індекс емпатійності суттєво вищий, ніж у студентів, які не зай-

Таблиця. Результати діагностики емпатійних тенденцій студентів-волонтерів та контрольної групи

Групи обстежених	Рівень розвитку емпатійних тенденцій (%)			Індекс емпатійності (M±m)
	високий	середній	низький	
Студенти-волонтери	10	80	10	25,65±3,34*
Контрольна група	5	65	30	23,35±2,08

Примітка. * – p < 0,05.

маються волонтерською діяльністю. Отже, наявна тенденція до високого показника індексу емпатійності у студентів, які займаються волонтерською діяльністю.

Емпатійність є однією з найважливіших властивостей особистості волонтера. Без емоційної чутливості на хвилювання інших у формі співчуття або переживання волонтеру, студенту-медику, буде складно зрозуміти проблеми оточуючих. Саме ця властивість стає пусковим фактором (спонукальною силою) у бажанні безкорисливо допомагати вирішувати проблеми інших людей. Емпатія виражає інтегративну професійну властивість майбутнього медика, що сприяє ефективній професійній діяльності у сфері паліативної допомоги.

Процес формування здатності до альтруїзму як моральної цінності є єдністю когнітивного, емоційного і діяльнісного компонентів. До таких почуттів належать насамперед співпереживання і співчуття.

ЛІТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Паліативная помощь / под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – 32 с.

2. Стандарти соціальних послуг : збірка проектів документів / за ред. Л. Л. Сідельнік. – К. : ТОВ «ЛДЛ», 2007. – Кн. 2. – 232 с.

3. Вороненко Ю. В. Розвиток паліативної допомоги як інтегральна складова реформування системи охорони здоров'я в Україні / Ю. В. Вороненко // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні : матеріали Першої наук.-практ. конф. ; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 5–8.

Отже, емпатія є дійовим механізмом свідомого прийняття людиною моральних норм. Розуміння внутрішнього світу пацієнта, співпереживання і співчуття є необхідною умовою формування емпатійних якостей особистості волонтера.

Висновок. Для забезпечення комплексного підходу, волонтером хоспісу може бути студент-медик. Волонтерська робота є засобом особистісного розвитку, самовизначення та самоствердження студента-волонтера. Надання паліативної допомоги є шляхом до професійного становлення. Здійснення паліативної опіки вимагає від волонтера знань, сформованості таких моральних якостей, як душевність і чуйність, уважність і комунікабельність, тактовність і ввічливість, взаємодопомога і взаємоповага, терпимість і наполегливість, рішучість і витримка, а також співчуття і співпереживання, тобто емпатія.

4. Вольф О. О. Мультидисциплінарний підхід до комплексного забезпечення потреб хворих при наданні паліативної та хоспісної допомоги у контексті сімейної медицини / О. О. Вольф // Науково-практичний журнал «Сімейна медицина». – 2011. – № 3 (38). – С. 89–91.

5. Пашукова Т. І. Практикум із загальної психології / Т. І. Пашукова, А. І. Допіра, Г. В. Дьяконов ; за ред. Т. І. Пашукової. – 2-ге вид., стер. – К. : Т-во «Знання», КОО, 2006. – 203 с.

6. Кузнецова І. В. Емпатійна культура майбутнього спеціаліста / І. В. Кузнецова // Педагогіка та психологія : зб. наук. пр. – Вип. 19. – Ч. 2. – Харків : ХДПУ, 2001. – С. 139–143.

Отримано 28.10.14

ПРОБЛЕМИ СПІЛКУВАННЯ З ПАЦІЄНТАМИ, ЯКІ МАЮТЬ ВАДИ СЛУХУ

С. В. Казюта, О. В. Авдєєв

*Комунальний заклад охорони здоров'я
Харківська обласна стоматологічна поліклініка
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

У статті наведено основні проблеми спілкування з пацієнтами, які мають вади слуху, основні категорії вад слуху, етичні аспекти спілкування з такими пацієнтами та приклади вирішення проблем спілкування.

PROBLEMS OF COMMUNICATION WITH PATIENTS WITH IMPAIRED HEARING

S. V. Kazyuta, O. V. Avdieiev

*Municipal Institution of Health Care
Kharkiv Regional Stomatological Clinic
SHEI « Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine »*

In the article the basic problems of communication with patients who have impaired hearing, the major categories of impaired hearing, ethical aspects of communication with such patients and examples of problem-solving communication.

Вступ. Роль медичного працівника середньої ланки набуває в наш час усе більшого значення, адже саме він проводить із хворим більше часу, ніж лікар. Робота медсестри пов'язана не тільки з великим фізичним навантаженням, але і зі значним емоційним напруженням [4]. Останнє виникає при спілкуванні з хворими, у яких підвищена дратівливість, хвороблива вимогливість, уразливість і т. д. Дуже важливим є встановлення контакту з хворим. Особливо актуальною ця проблема стає у практичній діяльності медичних працівників із людьми, які мають вади, що заважають передачі інформації, насамперед вади слуху. Пацієнти з такими вадами потребують індивідуального підходу та особливих шляхів передачі інформації [2, 3].

Основна частина. Втрата слуху – це вада здоров'я, що може виникнути і розвинути у будь-який період життя людини. В більшості випадків втрата слуху відбувається поступово і переважно безболісно. Люди можуть протягом

декількох років не помічати проблеми. Зазвичай погіршення слуху спочатку може бути ледь помітним. Причинами глухоти можуть бути захворювання внутрішнього вуха і слухового нерва, запалення середнього вуха або деякі інфекційні хвороби – менінгіт, грип та ін.; іноді – травма або тривалий вплив сильного шуму та вібрацій [1].

Порушення слуху в людини, яке робить неможливим сприйняття мови, називається глухотою, більш легкі ступені порушення слуху, що погіршують сприйняття мови – приглухуватістю (нейросенсорною, кондуктивною або змішаного характеру). Крім того, глухота буває уродженою або набутою.

Існують різні класифікації порушення слуху. Найпоширенішою є класифікація Неймана. За нею виділяють 4 групи глухоти:

1) люди, які сприймають звуки найнижчої частоти – від 125 Гц до 250 Гц. Люди даної групи не розрізняють звуків мови;

2) люди, які сприймають звуки до 500 Гц. Вони можуть розрізняти деякі звуки, особливо ті, що мають низькі форманти («О», «У»);

3) люди, які розрізняють звуки до 1000 Гц. Розрізняють деякі голосні звуки, деякі знайомі слова і фрази;

4) люди, які розрізняють звуки до 2000 Гц і вище. Розрізняють голосні звуки, деякі слова і фрази.

Існує міжнародна класифікація втрати слуху:

Рівень у децибелах (дБ) і ступінь приглухуватості	Ступені та наслідки вад слуху	
	вплив глухоти на розуміння мови й інформації	адаптація діяльності та потреби
26–40 дБ Початкова	Нелегко зрозуміти невизначену мову або коли співрозмовник на відстані. Можуть виникати проблеми з вимовою та розумінням понять	Може бути потрібен слуховий апарат. Корисними можуть бути правильне освітлення та близькість до співрозмовника
41–55 дБ Незначна	Розуміють розмову на відстані 0,5–1,5 м, якщо співрозмовник повернутий лицем. Можуть виникати помилки при вимові й обмежений запас понять	Буде корисний слуховий апарат. Важливими є правильне освітлення і розміщення співрозмовників. Перешкоди і сторонній гамір можуть негативно впливати на здатність особи розуміти звернену мову
56–70 дБ Помірна	Будуть розуміти розмову, якщо говорити гучно і на малій відстані; будуть труднощі, якщо мова не спрямована на них	Потрібні слухові апарати й допоміжні засоби. Необхідна спеціальна допомога для пояснення нових понять. Розумінню допомагають конкретні приклади і безпосередній показ. Важливою є мала відстань між співрозмовниками і правильне освітлення; мінімальний фоновий шум
71–90 дБ Висока	Зрозуміла лише значно підсилена мова. Можуть чути голос на відстані не більше ніж 30 см. Можуть мати викривлену вимову, чути голосні звуки, але не всі приголосні. Допускають мовні та сенсові помилки	Може бути проблема з рівновагою, залежно від того, яка частина вуха пошкоджена. Труднощі у спілкуванні в групі, коли комусь треба на жестах переказувати про що йдеться, при тому він повинен дивитися на того, хто говорить
90 і більше дБ Абсолютна (глуха)	Не розуміють навіть максимально підсилену мову. Можуть не чути гучних звуків, але відчувати вібрацію. Покладаються більшою мірою на зір, щоб доповнити будь-який звук	На додаток до вищесказаного, може бути потрібний перекладач (тлумач) залежно від діяльності. Мова знаків чи письмові повідомлення полягають у зображенні чогось; потрібно демонструвати та використовувати наочність; треба навчати новим поняттям

Для прикладу: звичайна розмова має гучність від 45 до 60 дБ.

У статті розглянуто 3 та 4 групи хворих із приглухуватістю та глухотою за міжнародною класифікацією. Саме з пацієнтами цих груп спілкуватися найважче, внаслідок цього можливі проблеми з розумінням особливостей лікування, підтриманням здоров'я у майбутньому.

Найважливішою проблемою є передача інформації при спільній роботі медичний працівник – пацієнт; медичний працівник – це лікар або медична сестра. Пацієнт, через вади слуху, не може зрозуміти інформацію, яку медичний працівник намагається йому передати, а медич-

ний працівник, у свою чергу, не має засобів для донесення інформації до пацієнта [2].

Існує багато способів спілкування з людьми, які погано чують. Якщо ви не знаєте, якому віддати перевагу, запитайте у них. Дехто може чути, але сприймає окремі звуки неправильно. У цьому випадку говоріть голосно й чітко. Деколи знадобиться лише знизити висоту голосу, тому що людина втратила здатність сприймати високі частоти. Розмовляючи з людиною, у якої поганий слух, дивіться прямо на неї. Не ставайте так, щоб обличчя опинилося у тіні, не загорджуйте його руками, волоссям. Ваш співрозмовник повинен мати можливість стежити за

губами та виразом вашого обличчя. Щоб привернути увагу людини, яка погано чує, назвіть її по імені. Якщо відповіді немає, можна злегка торкнутися людини або ж помахати рукою. Говоріть виразно і рівно. Не потрібно надмірно підкреслювати щось. Кричати, особливо у вухо, теж не варто. Якщо вас просять повторити щось, спробуйте перефразувати речення. Використовуйте жести. Переконайтеся, що вас зрозуміли. Не соромтеся запитати, чи зрозумів вас співрозмовник. Якщо ви повідомляєте інформацію, яка включає назви ліків, їх дози і кратність використання, інший складний термін, адресу, напишіть її, повідомте факсом, електронною поштою, sms або будь-яким іншим способом, так, щоб інформація була зрозумілою. При труднощах в усному спілкуванні запитайте, чи не буде простіше листуватися хоча, на жаль, більшість пацієнтів, які мають вади слуху, мають проблеми як з написанням, так і з читанням. Не забувайте про середовище, яке вас оточує. Ліпше спілкуватися з людьми, які погано чуять, у невеликих приміщеннях без великої кількості людей. Дуже часто глухі люди використовують мову жестів, але тут ми зустрічаємо ще одну проблему – одиниці медичних працівників вміють нею спілкуватися. Якщо ви спілкуєтеся через сурдоперекладача, не забувайте, що звертатися потрібно безпосередньо до співрозмовника, а не до переклада-

ча. Не всі люди, які погано чуять, можуть читати по губах. Вам найкраще запитати про це при першій зустрічі. Якщо ваш співрозмовник володіє цією навичкою, потрібно дотримуватися кількох важливих правил. Пам'ятайте, що тільки три з десяти слів добре прочитуються. Потрібно дивитися в обличчя співрозмовнику, говорити виразно і повільно, використовувати прості фрази і уникати несуттєвих слів. У спілкуванні дуже важливо зберігати спокій, не виказувати дратівливості через неможливість нормально-го шляху передачі інформації, бути ввічливим та привітним. Якщо хочете пояснити або підкреслити зміст сказаного, потрібно використовувати вираз обличчя, жести, рухи тіла.

Висновок. Існуюча проблема передачі інформації до пацієнтів з вадами слуху під час прийому у лікаря вимагає використання мови жестів. Саме медичні сестри проводять у спілкуванні з пацієнтами найбільшу частину свого робочого часу, вони є сполучною ланкою між пацієнтом та лікарем. Тому під час викладання дисципліни «Основи медсестринства» потрібне введення заняття з мови жестів. Такі знання полегшать спілкування між медичними працівниками та пацієнтами, які мають вади слуху, що, в свою чергу, знизить ризик непорозумінь та помилок у сфері лікування пацієнтів даної групи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Темкин Я. С. Глухота и тугоухость / Я. С. Темкин. – М. : Медгиз, 1957. – 426 с.
2. Вітенко І. С. Психологічні основи підготовки медичних кадрів : монографія / І. С. Вітенко. – Х. : Основа, 1995. – 216 с.

3. Назар П. С. Основи медичної етики : навч. посіб. / П. С. Назар, Ю. Г. Віленський, О. А. Грандо. – К. : Здоров'я, 2002. – 344 с.

4. Волосовець О. П. Якість підготовки медичних сестер – нагальна вимога часу / О. П. Волосовець, Т. І. Чернишенко, І. Є. Булах [та ін.] // Буковинський медичний вісник. – 2007. – Спецвип. – С. 3–6.

Отримано 08.10.14

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ДЕЗІНФІКУЮЧИХ ЗАСОБІВ У БАГАТОПРОФІЛЬНИХ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

І. І. Марсак, Т. Я. Скарлош

*Херсонський базовий медичний коледж
Тернопільська університетська лікарня*

У статті міститься матеріал стосовно принципів вибору ефективних дезінфікуючих засобів у багатопрофільних лікувально-профілактичних закладах із метою запобігання виникнення та розповсюдження внутрішньолікарняних інфекцій.

SOME ASPECTS OF USING OF DISINFECTANTS IN MULTIPROFILE TREATMENT AND PROPHYLACTIC ESTABLISHMENTS

I. I. Marsak, T. Ya. Skarlosh

*Kherson Base Medical College
Ternopil University Hospital*

There is an information about methods of challenge of effective disinfectant drugs in Multiprofile General Health Authorities with the aim of preservation of beginning and spreading internal hospital infections in this article.

Вступ. Останнім часом актуальною стала проблема виникнення та розповсюдження внутрішньолікарняних (госпітальних) інфекцій, а разом з тим і правильного вибору речовин для здійснення якісної дезінфекції.

Пошуки нових дезінфікуючих засобів, які мають високу ефективність і низьку токсичність вже дали свої результати, такі засоби є і на Україні. Їх широке застосування виводить заходи із попередження і лікування інфекцій в багатопрофільних лікувально-профілактичних установах на новий більш надійний, безпечний і ефективний рівень [1, 4].

Універсальність і достатній вибір препаратів дозволяє підібрати дезінфікуючий засіб для різноманітних підрозділів лікувально-профілактичного закладу з урахуванням специфіки їх роботи.

Основна частина. Дезінфекційні заходи – невід’ємна складова системи інфекційного контролю, що обов’язково впроваджується в закладах охорони здоров’я. Обсяги та напрями дезінфекційних заходів у лікувально-профілак-

тичних закладах визначаються профілем підрозділів, значенням дотримання проти-епідемічного режиму, механізмом розвитку епідемічного процесу при різних інфекційних захворюваннях [2].

Питання дієвості дезінфекційних засобів надзвичайно важливе для всіх типів лікувально-профілактичних закладів, а особливо – хірургічного профілю, акушерських стаціонарів, інфекційних лікарень та відділень.

Під час проведення дезінфекції користуються такими *основними методами*: фізичним, хімічним та комбінованим [3].

Найширше застосування знайшли хімічні методи дезінфекції. В їх основу покладено використання різних хімічних речовин, які вбивають мікроорганізми на поверхні та всередині різних об’єктів і предметів навколишнього середовища.

Необхідно пам’ятати, що хімічні речовини можуть мати різну дію на мікроорганізми:

- *бактерицидну* – здатність вбивати бактерії;
- *бактеріостатичну* – пригнічувати їх життєдіяльність;
- *спороцидну* – здатність вбивати спори;

- *віруліцидну* – здатність вбивати віруси;
- *фунгіцидну* – здатність вбивати гриби.

Залежно від основної діючої речовини дезінфікуючі засоби поділяються на декілька основних груп:

- галоїдовмісні, у т. ч. хлоровмісні;
- альдегідовмісні на основі глутарового альдегіду, формальдегіду, альдегіду бурштинової кислоти, гліоксалу;
- окисники (киснево-вмісні, пероксиданти, пероксисполуки);
- спиртовмісні;
- поверхнево-активні речовини (ПАР), до яких належать препарати на основі четвертинних амонієвих сполук (ЧАС);
- препарати на основі похідних гуанідину;
- композиційні препарати на основі різних класів хімічних сполук.

У ЛПУ за кількістю використовуваних препаратів на першому місці – хлоровмісні засоби. Вони мають різкий запах, високотоксичні, взаємодіють з оброблюваними поверхнями та матеріалами, викликають корозію металу, нестабільні, у більшості з них відсутній мийний ефект, що додатково змушує використовувати мийні засоби. Також вони являють реальну загрозу для здоров'я медичного персоналу та пацієнтів. Звичайно, спектр антимікробної активності хлоровмісних препаратів широкий, але застосування такого токсичного агента, як хлор (не кажучи вже про фенол) важко виправдати універсальністю його дії, тим більше, що багато госпітальних штамів патогенних мікроорганізмів давно виробили резистентність до хлоровмісних препаратів. Медичні працівники щодня піддаються токсичному та алергічному впливу хлору.

Найактивнішими відносно всіх об'єктів для дезінфекції являються альдегіди. Препарати, що містять глутаровий альдегід (бацілоцид-расант, дескотон, сайдекс, лізоформін-3000) при їх застосуванні потребують дотримання техніки безпеки та застосування засобів індивідуального захисту (гумові рукавички, респіратори та ін.), а також наявність спеціальних приміщень з належною вентиляцією або витяжними системами, так як альдегіди мають різкий запах, токсичні, в деяких випадках можуть взаємодіяти з різними матеріалами.

Найперспективнішою групою сполук для знезараження різного виду поверхонь в приміщеннях та інших об'єктів ЛПУ є четвертинні амонієві сполуки та похідні гуанідинів. Ці засоби мають високу бактерицидну активність, проявляють мийну дію, що дає можливість поєднувати дезінфекцію з прибиранням приміщень та передстерилізаційною очисткою інструментів

медичного призначення. Ці сполуки не леткі, вони не небезпечні при інгаляційному впливі та можуть застосовуватися біля ліжка пацієнта (4 ступінь токсичності). Але вони не завжди активні відносно вірусів (точніше тільки ефективні відносно вірусів грипу та парагрипу). Тому кращими засобами для дезінфекції інструментів медичного призначення можна вважати композиції на основі частини амонієвих сполук та альдегідів, оскільки маючи широкий спектр антимікробної активності, включаючи віруси, вони чинять найбільш щадну дію на матеріал виробів, не порушуючи їх функціональних властивостей, дають мийний ефект, що дозволяє використовувати їх для поєднання дезінфекції та ПСО виробів медичного призначення.

На антимікробну активність дезінфектантів впливають такі фактори:

– *діапазон антимікробної активності*. Дезінфектанти повинні володіти широким діапазоном активності. Серед бактерій найлегше знищуються грампозитивні – стафілококи, тоді як грамотрикативні більш стійкі до дезінфектантів;

– *кількість бактерій*. На поведінку дезінфектантів впливає не тільки вид бактерій, але й їх кількість. Ні про який з дезінфектантів не можна сказати з упевненістю, що він викличе загибель 100 % мікробів. Знищення 99,9 % бактерій визнається адекватним і є гарантією безпеки. Однак простий розрахунок показує, що при 99,9 % убитих бактерій 100 з кожного мільйона виживають. Необхідно враховувати, що за сприятливих умов одна бактерія може розмножитися і відтворити близько 1 000 000 000 клітин протягом 10 годин;

– *досяжність бактерій*. Дезінфектанти для нейтралізації бактерій повинні безпосередньо стикатися з мікроорганізмами. Перед їх застосуванням слід видаляти з поверхонь органічні речовини для забезпечення доступу до бактерій. Крім того, очищення видалляє більшість бактерій, а що залишилися стають доступнішими для дезінфектантів. Тому кращий ефект дає двоетапний процес – спочатку попередня очистка поверхонь, а потім застосування дезінфікуючих розчинів;

– *температура*. Всі дезінфектанти найбільш ефективні при високих температурах, тому краще застосовувати їх в гарячій воді;

– *концентрація*. Дезінфектанти повинні використовуватися в певних концентраціях. Якщо концентрація нижча від рекомендованої, то у використанні таких дезінфектантів немає ніякого сенсу;

– *обсяг*. При однаковій концентрації ефективність більшого обсягу дезінфектанта вища, ніж меншого;

– *pH середовища*. Дія препаратів в основному сильніша в кислому середовищі, ніж у лужному. Деякі дезінфектанти чутливі до зміни pH, тому до деяких їх видів необхідне додавання лужного «активатора»;

– *час*. Миттєвої дезінфекції не існує. Для виконання своєї роботи всім дезінфектантам потрібен певний час, який залежить від виду, температури, концентрації та обсягу дезінфектанта, а також природи присутніх бактерій, кількості та виду матеріалу. При більш низьких температурах і концентраціях, при утрудненому доступі до бактерій для досягнення ефективності потрібно більше часу. Результат знезаражування залежить від стійкості мікробів: спочатку гинуть менше стійкі вегетативні форми мікроорганізмів, а потім більш стійкі – спорові форми. При однакових умовах грамнегативні бактерії гинуть повільніше, ніж грампозитивні. Повільніше нейтралізуються кислотостійкі бактерії. Активність більшості дезінфектантів припиняється після їх висихання. Швидкодіючі дезінфектанти хлор і спирт – їх знезаражувальний ефект проявляється вже через 2 хвилини (за умови чистої поверхні);

– *зниження активності*. Після розведення водою ефективність багатьох дезінфектантів поступово знижується. Будучи ефективним у свіжому вигляді, вони можуть стати неефективними протягом наступних днів. Ця ситуація небезпечна і може стати джерелом інфекції, тому, що бактерії, які вижили в дезінфікуючому розчині, можуть у ньому розмножуватися. Необхідно визнати небезпеку зростання бактерій в дезінфікуючих розчинах. Чим довший час зберігання чи використання дезінфектанту, тим вища повинна бути його концентрація;

– *інактивація*. Всі хімічні дезінфектанти інактивуються за певних умов. Знижують активність деяких дезінфектантів жорстка вода, органічні матеріали (у тому числі продукти харчування, включаючи молоко), штучні матеріали (нейлон, поліуретан, поліетилен, поліпропілен, стирол, полівінілхлорид і полівінілацетат). Кислотні мийні засоби інактивують лужні дезінфектанти, такі як феноли або сполуки хлору. Один дезінфектант може інактивувати інший.

Не можна використовувати два дезінфектанти або один одразу ж після іншого.

Ефективність і безпечність – основа вибору засобу для дезінфекції конкретних об'єктів. Дезінфекційні засоби в гігієнічному відношенні повинні:

- мати широкий антимікробний спектр дії;
- володіти низькою токсичністю і алергенністю для людини;

- мати хорошу розчинність у воді або легко утворювати в ній суспензії, емульсії;

- діяти швидко і в малих концентраціях;
- забезпечити знезаражувальну дію навіть при наявності органічних речовин, таких, як кров, сеча, мокротиння;

- бути достатньо стійкими при зберіганні;
- не пошкоджувати оброблювані поверхні;
- мати мийні властивості;
- бути дешевими і доступними у виробництві, зручними для транспортування і зберігання;
- бути екологічно безпечними.

Потрібно пам'ятати, що кожен препарат у своїй основі має сильні, активні діючі на мікроорганізми речовини. Тому абсолютно нешкідливих препаратів не буває, і дотримання техніки безпеки з дезінфікуючими розчинами вкрай необхідне.

Дуже важливо, щоб сучасні дезінфекційні засоби були малотоксичними (належали до 3 або 4 класу токсичних речовин), це надасть змогу зберегти здоров'я медичного персоналу, пацієнтів та зберегти ресурси закладу.

Перед проведенням дезінфекції медичний персонал має уважно вивчити методичні вказівки щодо застосування обраного засобу, звертаючи увагу на спектр антимікробної дії (чи забезпечить засіб знищення мікроорганізмів), параметри токсичності (чи можна використовувати засіб у присутності пацієнтів, які використовувати заходи безпеки при роботі з ним), наявність мийних властивостей, а також правила приготування та використання засобу.

Для ефективного застосування дезінфекційних засобів та економного використання коштів, виділених для проведення дезінфекції, слід неухильно дотримуватися правил приготування та застосування розчинів. Адже необхідно використовувати дезінфекційні засоби в заданій концентрації та дотримуватись часу експозиції.

Ринок пропонує великий вибір дезінфекційних засобів, що відрізняються одні від одних за складом, концентраціями активних і допоміжних речовин, за ціною та іншими характеристиками. Є готові до застосування засоби (більшість антисептиків для рук, спиртові дезінфектанти для швидкої дезінфекції), а також концентрати.

Процес приготування та використання робочих розчинів має бути гранично простим, швидким, доступним для сестринського персоналу.

Невміння готувати робочі розчини позначається на якості дезінфекції, в деяких випадках призводить до перевитрат засобів.

При приготуванні дезінфекційних розчинів дуже важливо дотримуватись таких правил:

- попередньо відміряти чи відважити необхідну кількість дезінфікуючої речовини у суворій

відповідності з робочою концентрацією і кількістю розчину, що готується, не залишаючи на мірному посуді залишки дезінфікуючого засобу;

- з метою запобігання зменшення активності дезрозчинів, а також можливості формування стійких до протимікробних препаратів штамів мікроорганізмів, робочі розчини слід готувати безпосередньо перед використанням незалежно від можливого терміну зберігання невикористаних розчинів;

- при користуванні дезінфекційними розчинами, особливо тими, яким притаманна леткість, приготувані безпосередньо перед застосуванням розчини необхідно тримати у закритих ємностях;

- дезінфекційні розчини, що розкладаються під дією світла, слід готувати і зберігати у темному скляному посуді чи у посуді, захищеному від дії світла;

- забороняється доповнювати ємності з частково витраченим розчином;

- посуд після використання розчину перед повторним наповненням необхідно промити та обробити хімічним дезінфектантом;

- слід застосовувати найбільш оптимальні концентрації з точки зору витрат концентрату та ефективності робочих розчинів.

Препарати мають супроводжуватися детальними, завіреними виробником (постачальником) методичними рекомендаціями до застосування та належним набором документів (копія свідоцтва про реєстрацію, сертифікат відповідності до держстандарту України). Крім того, необхідно детально вивчити методичні рекомендації щодо застосування дезінфекційного засобу, затверджені Державним санітарно-епідеміологічним наглядом МОЗ України. Ніякі інші тести, у тому числі рекламні, не можуть їх замінити.

Висновки. Останнім часом різко підвищилася значення проблеми ВЛІ для охорони здоров'я усіх країн світу незалежно від рівня їх економічного розвитку.

Одне з основних напрямлень профілактики ВЛІ – приділяти увагу проблемі підвищення ефективності заходів проведення дезінфекції, направлених на знищення патогенних та умовно-

патогенних мікроорганізмів на об'єктах навколишнього середовища, що оточують пацієнта, та виробів медичного призначення.

Має бути правильним підхід стосовно вибору дезінфектантів. Їх доречне застосування в багатьох випадках визначає ефективність усіх заходів щодо профілактики інфекцій та боротьби з ними. Дозволяє забезпечити безпеку персоналу та пацієнтів від токсичного впливу дезінфікуючих засобів і, що сьогодні також дуже важливо, дозволяє економити кошти.

Комплексний підхід до вибору дезінфектантів можна звести до врахування трьох складових:

- спектра антимікробної активності препарату;

- екологічного фактора (безпечність у застосуванні як для медичного персоналу, так і для пацієнтів та навколишнього середовища);

- економічного фактора.

При виборі дезінфікуючих засобів необхідно прагнути до того, щоб вони мали найкращі показники за всіма трьома параметрами. Розглядаючи спектр антимікробної активності необхідно враховувати такі основні властивості мікробіологічно активних речовин: запах, токсичність, наявність мийного ефекту, вплив на різні матеріали, летючість та екологічну безпеку.

Для профілактики виникнення стійких госпітальних штамів патогенних та умовно патогенних мікроорганізмів у лікувально-профілактичних закладах має також проводитись ротація (заміна) дезінфікуючих засобів, з метою профілактики ВЛІ. Якщо через визначені проміжки часу проводити ротацію дезінфікуючих засобів на рівні активної речовини, а значить, змінювати механізм їхньої дії на мікробну клітину, вона не встигає адаптуватись до цього хімічного агента.

Систематичне застосування недорогих, сучасних, ресурсозберігальних препаратів дає високий економічний і соціальний ефект. Масове проведення санітарного оброблення приміщень і обладнання медичного закладу – це створення здорового середовища для перебування як пацієнтів, так і медичних працівників.

ЛІТЕРАТУРА

1. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник / Н. М. Касевич. – К. : Медицина, 2008. – С. 35–48.

2. Малюга Валентина Забезпечення дезінфекційних заходів у закладах охорони здоров'я / В. Малюга // Журнал головної медичної сестри. – 2013. – № 2. – С. 23–37.

3. Пасечко Н. В. Основи сестринської справи. Курс лекцій / Н. В. Пасечко. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – С. 126–139.

4. Шевчук М. Г. Сестринська справа / М. Г. Шевчук. – К. : Здоров'я, 1994. – С. 40–54.

Отримано 25.09.14

ПРОБЛЕМА ВІДСУТНОСТІ ЄДИНОГО АЛГОРИТМУ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОЛЕЖНІВ ЗГІДНО З СУЧАСНИМИ ВИМОГАМИ

К. В. Олійник

*Вищий комунальний навчальний заклад
«Шосткинське медичне училище»*

У статті висвітлено проблеми відсутності єдиного алгоритму профілактики пролежнів згідно з сучасними вимогами і запропоновано розширити алгоритм профілактики пролежнів.

PROBLEM OF LACK SINGLE ALGORITHM OF PREVENTION OF BEDSORES ACCORDING TO THE CURRENT REQUIREMENTS

K. V. Oliinyk

*Higher Municipal Educational Institutions
«Shostka Medical School»*

The article the lack of disclosure of a single algorithm prevention of pressure ulcers in accordance with modern requirements is highlighted and to extend the algorithm prevention of bedsores is suggested.

Вступ. Пролежні – некроз м'яких тканин людського організму. Це є серйозним ускладненням у хворих з порушеним харчуванням тканин як під впливом зовнішнього здавлення, так і в результаті різних системних захворювань. Термін «пролежень» (decubitus), що походить від латинського слова decumbere (лежати), не зовсім коректний, оскільки дає підставу вважати, що пролежні утворюються тільки при лежанні пацієнта. Пролежні можуть розвиватися в результаті будь-якого зовнішнього здавлення, особливо у місцях кісткових виступів, а також у пацієнтів з порушеною іннервацією тканин у результаті пошкоджень або захворювання спинного мозку. Правильнішим є визначення даного патологічного процесу як виразки, що утворюється внаслідок тиску [1, 3].

Основна частина. Виділяють другорядні чинники, які сприяють розвитку пролежнів. До них належать: надмірна, або недостатня маса тіла, сухість шкіри, патологія обмінних процесів та судин, недостатній догляд за пацієнтом, нетримання сечі та калу тощо. Летальність у хво-

рих із пролежневими виразками, за даними різних авторів, коливається в межах від 21 до 88,1 %. Тому проведення профілактичних заходів щодо розвитку пролежнів є необхідним та обов'язковим елементом догляду за пацієнтами [2].

В усіх медичних закладах має здійснюватися цілеспрямована робота щодо зменшення ризику пролежнів, яка включає чіткі рекомендації оцінювання ризику розвитку пролежнів з урахуванням особливостей хворих, які перебувають у цьому закладі. Рекомендації мають містити інформацію про цілі оцінювання, терміни першого та повторних оцінювань, інструменти, які потрібно використовувати, способи документування результатів оцінювання ризику та дії, які необхідно виконати залежно від оцінки.

Сучасне виробництво товарів, що забезпечує та полегшує догляд за шкірою та профілактикою пролежнів, пропонує новітній підхід до даної проблеми. На жаль, в підручниках, якими користуються студенти та викладачі при вивченні медсестринських дисциплін, надано дещо застарілу методичку профілактики пролежнів, тому

необхідно створити робочу групу та розробити єдиний алгоритм профілактики пролежнів, який буде відповідати вимогам сучасного догляду.

Пропонуємо включити в алгоритм такі заходи профілактики пролежнів:

1. Застосування різних модифікацій проти-пролежневих матраців.

2. Провітрювання шкіри (пацієнта необхідно повернути на бік, звільнити від одягу і залишити приблизно на 15 хвилин, після цього те ж саме повторити з іншого боку).

3. Дотримання температурного режиму (одяг, постільна білизна, температура повітря повинні бути такими, щоб шкіра хворої людини не вкривалася потом).

4. Необхідно навчити всіх медичних працівників розрізняти пролежні та інші види ран (венонні, артеріальні чи невропатичні виразки, розриви шкіри), а також належним чином використовувати класифікацію у разі пролежнів різної локалізації.

5. В усіх медичних закладах потрібно запровадити систему оцінювання ризику розвитку пролежнів та документування результатів усіх оцінювань ризику розвитку пролежнів. Комплексне оцінювання ризику слід проводити після госпіталізації та повторювати так часто, як це необхідно, згідно зі станом хворого.

6. Суха шкіра є незалежним фактором ризику розвитку пролежнів. Щоб зменшити ризик пошкодження шкіри, не протирати шкіру спиртовими розчинами, які роблять шкіру сухою, а

використовувати засоби для пом'якшення та зволоження шкіри, такі, як олія, крем, лосьйон.

7. Кожному хворому з підвищеним ризиком пролежнів необхідно розробити графік зміни положення тіла.

8. Потрібно робити відповідну дезінфекцію, щоб запобігти зараженню та поширенню інфекції.

9. Під час та після очищення пролежня необхідно забезпечити відповідне знеболювання. В подальшому рану оглядають щодня, щоб вчасно виявити ознаки інфекції та інші ускладнення.

10. Гостре інфекційне ускладнення пролежня слід підозрювати в разі появи ознак запалення (почервоніння, підвищення температури та/або інфільтрація шкіри навколо пролежня, біль), крепітації, флуктуації або гнійного ексудату. Можлива також поява ознак системної інфекції (підвищення температури тіла, слабкість, збільшення лімфатичних вузлів), у осіб старшого віку – дезорієнтації та/або делірію. Рекомендується зробити мікробіологічне дослідження мазка з дна пролежня (ексудат, гній або струп як матеріал використовувати не слід).

11. Хворим з клінічними ознаками поширення інфекції (флегмона, остеомієліт, системна запальна реакція, сепсис) необхідно призначити системні антибіотики.

Висновок. Проблема відсутності єдиного алгоритму профілактики пролежнів згідно з сучасними вимогами залишається відкритою та потребує детального опрацювання та вирішення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Смирнова З. М. Основи сестринської справи / З. М. Смирнова. – К. : Здоров'я, 2002. – С. 64–65.

2. Гаврилюк О. Ф. Основи медсестринства / О. Ф. Гаврилюк. – К. : Медицина, 2010. – С. 65–69.

3. Касевич Н. М. Практикум із сестринської справи / Н. М. Касевич. – К. : Здоров'я, 2005. – С. 124–129.

Отримано 14.10.14

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА СМЕРТНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ: ДИНАМІКА ТА РЕГІОНАЛЬНИЙ АСПЕКТ

Т. В. Мукшименко

Київський міський медичний коледж

У роботі розглянуто динаміку основних показників смертності та захворюваності населення України за роки незалежності; охарактеризовано основні зміни структури смертності та захворюваності за основними причинами. Показано регіональні відмінності рівня захворюваності населення України за хворобами системи кровообігу та регіональні відмінності смертності сучасного населення країни від даних хвороб.

MORBIDITY AND DEATH RATE OF POPULATION OF UKRAINE: DYNAMICS AND REGIONAL ASPECT

T. V. Mukshymenko

Kyiv City Medical College

In the paper is considered the dynamics of the main indicators of mortality and morbidity of the population of Ukraine over the years of independence; the main changes of structure of mortality and morbidity by main reasons are characterized. It is showed the regional differences the level of morbidity of the population of Ukraine on diseases of the circulatory system and regional differences in mortality of the modern population from diseases of the circulatory system.

Вступ. Демографічна ситуація в Україні залишається вкрай напруженою, темпи скорочення населення – найбільші в Європі. За роки незалежності населення скоротилося на 6,7 млн чоловік і на 1 січня 2014 року становить 45,5 млн. Триває процес депопуляції. Природний приріст з 1991 року і по сьогодні залишається від'ємним, він формується не тільки під впливом низької народжуваності, а й високої смертності. Смертність, в свою чергу, є надзвичайно інформативним індикатором здоров'я населення зокрема та рівня соціально-економічного розвитку країни в цілому. Одним з факторів, який впливає на смертність, є первинна захворюваність населення, показники якої в Україні залишаються стабільно високими. Все вищезазначене і зумовлює актуальність дослідження змін показників та структури захворюваності та смертності, а також їх територіальні особливості.

Основна частина. Смертність в Україні за даними держкомстату за 2012 рік склала 663,1 тис. чоловік [1], що становить 14,5 %, це на 3 % більше середнього показника смертності населення країн Європи та на 4 % – країн Євросоюзу [2]. Найвищий рівень смертності серед населення європейських країн спостерігається тільки в Болгарії та Сербії. На смертність, як і на інший демографічний показник, впливає цілий комплекс факторів: демографічних, соціально-економічних, медичних, природно-біологічних, політичних, екологічних, етнічних тощо. На різних етапах історичного розвитку окремі з них стають вирішальними.

Як видно з таблиці 1 та рисунка 1, динаміка смертності в Україні має хвилеподібний характер. З 1991 по 1995 рік спостерігалось її підвищення з 12,9 до 15,4 %, що становило 792,6 тис. чоловік. Після спаду в 1998 році до 14,4 % (719,9 тис. чоловік) спостерігалось її зростання до 16,6 % (782,0 тис.) у 2005 році, що становило абсолют-

ний максимум за всі роки існування незалежної держави. Ймовірними причинами такого зростання виступають погіршення соціально-економічної ситуації в Україні, яка була викликана спадом виробництва, кризовими явищами в економіці і, як наслідок, зменшенням рівня добробуту населен-

ня; особливості статеві-вікової структури населення, порівняно невисока тривалість життя – 63 роки для чоловіків та 74 роки для жінок; зростання захворюваності майже на всі види хвороб, недостатній рівень розвитку медицини та охорони здоров'я.

Таблиця 1. Динаміка захворюваності та смертності населення України

Роки	Кількість померлих		Смертність дітей	Захворюваність	
	тис. осіб	%	віком до 1 року, %	тис. осіб	%
1990	629,6	12,1	9,3	32188	620,9
1991	669,9	12,9	9,5	–	–
1992	697,1	13,4	7,6	33214	638,0
1993	741,7	14,2	8,2	33833	647,6
1994	764,7	14,7	7,7	31455	603,6
1995	792,6	15,4	8,4	32547	629,2
1996	776,7	15,2	6,0	30169	588,1
1997	754,2	14,9	6,8	31158	613,1
1998	719,9	14,4	6,2	31974	634,8
1999	739,2	14,9	6,9	32959	660,3
2000	758,1	15,4	5,6	33471	677,1
2001	746,0	15,3	6,4	33192	678,4
2002	754,9	15,7	6,6	32233	665,2
2003	765,4	16,0	7,8	32585	678,8
2004	761,3	16,0	5,9	32573	684,0
2005	782,0	16,6	7,1	32912	696,1
2006	758,1	16,2	7,6	32240	687,0
2007	762,9	16,4	9,0	32807	703,3
2008	754,5	16,3	7,0	32467	700,1
2009	706,7	15,3	6,9	33032	715,9
2010	698,2	15,2	6,7	33080	719,7
2011	664,6	14,5	7,8	32381	707,3
2012	663,1	14,5	6,1	31162	682,9



Рис. 1. Динаміка смертності населення України.

Починаючи з 2005 року і до сьогодні спостерігається чітка тенденція скорочення смертності в Україні, однак її абсолютні та відносні показники залишаються одними з найвищих як в Європі, так і серед країн СНД.

Рівень дитячої смертності, тобто смертності немовлят віком до 1 року, вважають одним з вирішальних показників розвитку світового суспільства. Україна, як і більшість країн світу, включила зниження дитячої смертності до цілей розвитку тисячоліття. Саме цей показник у світі вважається індикатором цивілізаційного розвитку суспільства, якості життя населення, рівня його освіченості, добробуту та розподілу матеріальних і духовних благ у суспільстві; показником рівня розвитку профілактики та своєчасної медичної допомоги тощо. За роки незалежності вдалося знизити коефіцієнт дитячої смертності більш ніж на третину, з 9,5 до 6,1 % (табл. 1). Однак слід зауважити, що зниження дитячої смертності не односпрямоване. У 2003, 2005–2008,

2011 роках спостерігалось її збільшення вище 7,0 %. Незважаючи на доволі низький рівень дитячої смертності ми відстаємо у цьому показнику від країн Європи (5 %) та країн Євросоюзу (4 %) [2].

Дещо змінилась і структура смертності населення України порівняно з 1991 роком (рис. 2, 3). Значно зросла кількість померлих від хвороб системи кровообігу, на 2012 рік їх частка становила 65,8 % проти 52,1 % у 1991 році, що становить 436,4 тис. осіб, це більше, ніж від сукупної кількості випадків смерті від раку, туберкульозу, СНІДу. В обох роках структуру смертності населення традиційно формують ендогенні (хвороби системи кровообігу, новоутворення та інші) та екзогенні (зовнішні причини смерті, хвороби органів дихання, травлення, деякі інфекційні та паразитарні хвороби) причини смерті. В сучасній структурі смертності 72,1 % випадків смертей українців зумовлені двома причинами: хворобами системи кровообігу та новоутвореннями.

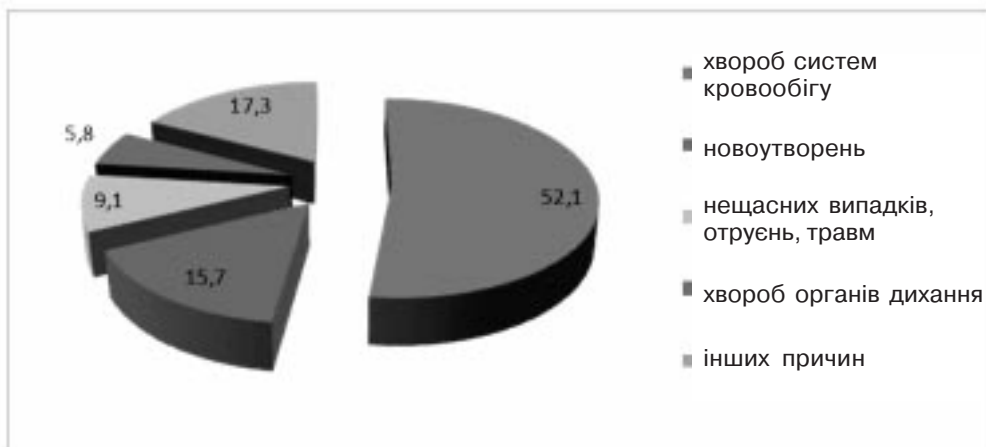


Рис. 2. Структура смертності населення України на 1991 рік.

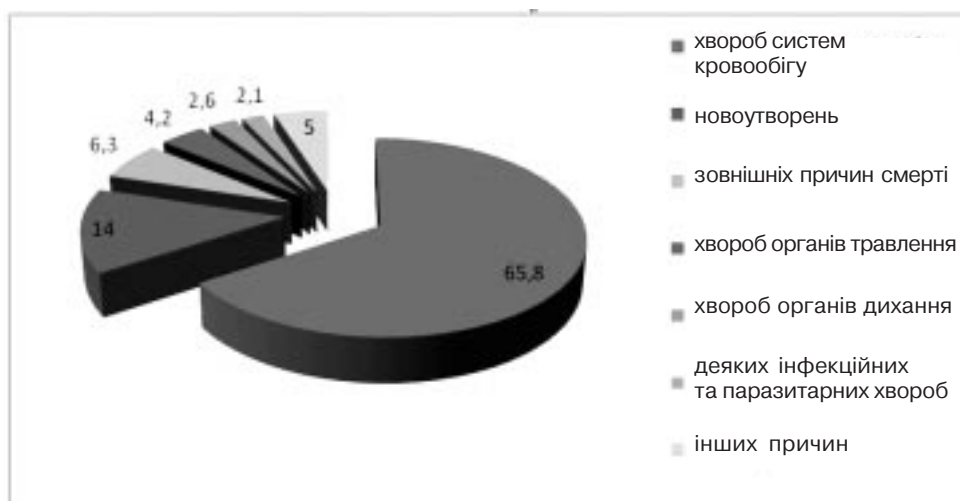


Рис. 3. Структура смертності населення України на 2012 рік.

Абсолютні показники первинної захворюваності сучасного населення, порівняно з 1991 роком, знизилась і становлять 31162 тис. осіб. Найбільша частка захворілих традиційно припадає на хвороби органів дихання, хоча і спостерігається тенденція до їх зменшення з 48,9 до 42,4 %. Серед ймовірних причин такої динаміки потрібно зазначити поширення вакцинації населення проти гострих респіраторних захворювань, впровадження профілактичних заходів. Зменшилась кількість захворілих на хвороби нервової системи, травмованих та отруєних. Велике занепокоєння викликає збільшення частки захворілих на хвороби сечостатевої системи та, особливо, збільшення первинної захворюваності на новоутворення та хвороби системи кровообігу, адже дві останні є основними причинами смертності в Україні.

До хвороб системи кровообігу прийнято відносити явища атеросклерозу (утворення жирових відкладень на внутрішній оболонці кровоносної судини, що призводить до її звуження або закупорки), ішемічну хворобу серця (атеросклероз коронарних судин), захворювання судин головного мозку, які призводять до інсульту (гострого порушення мозкового кровообігу), до інфаркту міокарда (одна з форм некрозу серцевого м'яза). За даними статистики ВООЗ, захворювання серця і судин на даний час займають провідне місце серед причин смертності хворих у розвинених країнах. Занепокоєння викликає неухильне зменшення віку хворих на хвороби системи кровообігу, збільшується кількість випадків, коли вік хворого на інфаркт міокарда не перевищує 23–25 років. Найчастіше захворювання серця спостерігають у чоловіків працездатного віку. Від хвороб системи кровообігу страждають близько 24,3 млн осіб, тобто, понад 53 % населення України, з яких 9,3 млн становлять особи працездатного віку. Найпоширенішою з хвороб системи кровообігу є артеріальна гіпертензія, на яку припадає 11,7 млн осіб, серед них працездатного віку – 5,0 млн [5]. Якщо артеріальний тиск перевищує нормальні значення на 50 %, то, за відсутності лікування, тривалість життя скорочується на декілька років.

У наш час не викликає сумніву той факт, що підвищений артеріальний тиск – це патологічний стан, що призводить до таких серйозних ускладнень, як гіпертензивні кризи, порушення мозкового кровообігу, застійна серцева або ниркова недостатність, ураження аорти, периферійних артерій і судин сітківки. Крім того, артеріальну гіпертензію розглядають як самостійний і значущий фактор розвитку та прогресування атеросклерозу [4].

На сучасному етапі в Україні щорічно фіксується 5088 нових випадків захворювань на хвороби системи кровообігу на 100 000 населення (табл. 2).

Найвища захворюваність спостерігається в Харківській області і становить 7830 на 100 000 населення, мінімальна – в Запорізькій області – 3395.

Існує велика різниця між максимальним та мінімальним показником, сьогодні вона дорівнює 3435 випадків на 100 000 населення і свідчить про значні регіональні відмінності (рис. 4). Максимальний рівень спостерігається в Харківській, Дніпропетровській, Миколаївській, Одеській, Івано-Франківській областях. Серед ймовірних причин можна назвати високий рівень розвитку промисловості та урбанізації, який створює прискорений, стресовий ритм життя, котрий негативно впливає на організм людини, підсилює прояви девіантної поведінки, що і являється провокуючим хворобу фактором; старіння нації; не дотримання здорового способу життя. У наш час загальноновизнано, що епідемія хронічних неінфекційних захворювань, у тому числі і серцево-судинних, значною мірою пов'язана зі способом життя і виникненням внаслідок цього фізіологічних факторів ризику. Вхідження до цієї когорти Івано-Франківської області є доволі тривожним фактом, який свідчить про погіршення демографічної ситуації та незадовільної профілактичної та лікувально-діагностичної діяльності медичної галузі та системи охорони здоров'я в цілому. Мінімальна захворюваність спостерігається (рис. 4) в Запорізькій, Луганській, Волинській, Житомирській областях та АР Крим.

Як видно з рисунка 5 та таблиці 2, стандартизований показник смертності від хвороб системи кровообігу на сучасному етапі коливається від 682 чоловік на 100 000 населення в Закарпатській області до 1374 – в Чернігівській області, тобто має, як і показник захворюваності, істотні регіональні відмінності. По Україні на 2012 рік він становив 958 на 100 000 населення, його максимальний рівень спостерігався в Чернігівській, Київській, Вінницькій, Черкаській та Житомирській областях. Це частково можна пояснити впливом радіаційного забруднення після аварії на Чорнобильській АЕС, високою часткою людей похилого віку, особливо в Чернігівській області.

До них за показниками наближаються області промислового сходу та північного сходу України. Низький та нижчий за середній рівень смертності від хвороб системи кровообігу традиційно спостерігається в західних та південних областях України, включаючи АР Крим, а також на Волині, що можна пояснити кращою

Таблиця 2. Смертність та захворюваність на хвороби системи кровообігу в Україні за 2012 рік – за даними центру медичної статистики МОЗ України (в перерахунку на 100 000 наявного населення)

Область	Смертність від хвороб системи кровообігу на 100 000 наявного населення	Захворюваність на хвороби системи кровообігу на 100 000 наявного населення
АР Крим	920	3974
Вінницька	1127	5446
Волинська	895	3846
Дніпропетровська	996	5762
Донецька	1031	5456
Житомирська	1114	3586
Закарпатська	682	5429
Запорізька	941	3395
Івано-Франківська	855	6513
Київська	1116	4512
Кіровоградська	1005	4361
Луганська	1042	3381
Львівська	806	5156
Миколаївська	886	6749
Одеська	894	6392
Полтавська	1109	4347
Рівненська	896	4771
Сумська	1061	4339
Тернопільська	962	4818
Харківська	1010	7830
Херсонська	894	4813
Хмельницька	931	5548
Черкаська	1133	5044
Чернівецька	874	4409
Чернігівська	1374	4481
Україна	958	5088



Рис. 4. Первинна захворюваність на хвороби системи кровообігу на 100 000 населення у 2012 році.



Рис. 5. Загальна смертність від хвороб системи кровообігу на 100 000 населення за 2012 рік.

екологічною ситуацією та спокійнішим ритмом життя, пов'язаним з більш аграрною спрямованістю господарства цих областей.

Так, низькі показники стандартизованого коефіцієнта смертності (682–886 на 100 000 населення) спостерігаються в Закарпатській, Львівській, Івано-Франківській, Чернівецькій, Миколаївській областях. В АР Крим, Одеській, Херсонській, Волинській та Рівненській областях цей рівень нижчий за середньоукраїнський показник і коливається від 899 до 920 померлих на 100 000 населення. Запорізька, Дніпропетровська, Кіровоградська, Тернопільська та Хмельницька області мають показники наближені до середньоукраїнських.

Висновки. Динаміка смертності населення України має хвилеподібний характер, максимальний показник смертності був зафіксований в 2005 році і становив 16,6 %, після чого спостерігається його стабільне зниження, сучасний коефіцієнт смертності дорівнює 14,5 %.

Рівень дитячої смертності, хоча і скоротився з 9,5 до 6,1 %, залишається не стабільним і є вищим, ніж у країнах європейського регіону.

ЛІТЕРАТУРА

1. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
2. Європейська база медико-статистичної інформації [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/statereports/access.html?id=6>
3. Здоров'я населення України: база даних «Здоров'я для всіх», центр медичної статистики МОЗ України.
4. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html>

Зросла кількість померлих від хвороб системи кровообігу. На сучасному етапі саме вони залишаються головною причиною смертей в Україні і становлять 65,8 %.

Абсолютні та відносні показники загальної первинної захворюваності знизилися порівняно з 1991 роком, однак значно зросла частка хворих на хвороби органів системи кровообігу. Найбільший рівень такої захворюваності спостерігається в Харківській, Дніпропетровській, Миколаївській, Одеській, Івано-Франківській областях, найменший – в Запорізькій, Луганській, Волинській, Житомирській областях та АР Крим.

Найбільший рівень смертності від хвороб системи кровообігу зафіксований в Чернігівській, Київській, Вінницькій, Черкаській, Житомирській областях, мінімальний – в Закарпатській, Львівській, Івано-Франківській, Чернівецькій, Миколаївській.

На майбутнє докорінних змін у смертності населення не відбудеться, Україна і надалі буде залишатись країною з високим рівнем смертності.

5. Кваша О. О. Популяційна оцінка внеску факторів ризику серцево-судинних захворювань в смертність за даними 20-річного перспективного дослідження: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / О. О. Кваша. – К., 2008. – 40 с.

6. Український кардіологічний портал [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrcardio.org/>

Отримано 10.09.14

ТАКТИКА КОМУНІКАТИВНОЇ ВЗАЄМОДІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ПАЦІЄНТІВ У ТЕРАПЕВТИЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ

В. К. Мудріцька

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня

У статті висвітлено етичні та професійні знання та правила комунікативної взаємодії медичних працівників та пацієнтів. Значення формування професійного спілкування та догляду за пацієнтами, допомога їм у вирішенні проблем.

TACTICS OF COMMUNICATIVE INTERACTION OF HEALTH CARE PROFESSIONALS AND PATIENTS IN THE THERAPEUTIC DEPARTMENT

V. K. Mudritska

Ternopil Regional Municipal Clinical Psychoneurological Hospital

This article contains ethical and professional knowledge and rules of communicative interaction between health workers and patients. Is the formation of professional communication and patient care helping them to solve problems.

Вступ. Актуальним завданням сьогодення є удосконалення спілкування медичних працівників та пацієнтів на засадах персоналістичної моделі біоетики, засвоєння медичними працівниками мистецтва індивідуального підходу до особистості хворого [1], впровадження підходу до лікувального процесу, центрованого на пацієнті і медико-соціальних проблемах сім'ї. Вміння спілкуватися – це важлива складова професії медсестри [2]. Комунікативні навички – це здатність людини взаємодіяти з іншими людьми, адекватно інтерпретуючи отримувану інформацію, а також правильно її передаючи. Ці навички дуже важливі в суспільстві, коли щодня необхідно взаємодіяти з багатьма людьми. Професійні навички можна назвати технічними. Як правило, вони притаманні тільки одній професії або сфері діяльності. Комунікативні навички, на відміну від професійних, можна застосовувати у будь-якій професії, незалежно від сфери діяльності. Вміння просто і зрозуміло пояснювати складні речі допоможе досягти успіху у наданні медичної допомоги.

Основна частина. Часто хворий може бути в поганому настрої, почуватися роздратованим через свої проблеми. Тривалий відрив від сім'ї, звичної домашньої атмосфери і професійної діяльності, а також тривога за стан свого здоров'я, викликають у хворих комплекс різних психогенних реакцій. Медсестрі потрібно вміти налагодити і підтримати спілкування з хворим на всіх етапах сестринського процесу. До численних скарг і прохань хворих потрібно ставитися терпимо, застосовувати підхід, центрований на пацієнті, що сприяє покращенню ефективності лікувального впливу. Свою психотерапевтичну тактику потрібно узгоджувати з лікарем. Оскільки хворий не завжди здатний контролювати емоції, медична сестра може досягти згоди хворого із планом лікування через грамотне керування своєю власною поведінкою, активне спрямування процесу спілкування на всіх етапах надання догляду.

Вміння правильно зрозуміти емоційний стан людини, з якою спілкується медсестра, дозволяє передбачити ознаки конфліктної ситуації, обрати найкращу тактику поведінки і вчасно вирішити проблему. Конфліктна ситуація скла-

дається у випадку, коли протирічать інтереси сторін. В організації лікувального процесу і хворий, і медичний персонал мають спільний інтерес покращити стан здоров'я хворого. Непорозуміння можуть виникнути лише щодо способів досягнення позитивного результату лікування. Зазвичай, хворий не обізнаний з механізмами свого захворювання, відчуває неприємні симптоми, слабкість, дискомфорт, біль, переживає про наслідки хвороби тощо.

У такій ситуації прогресивною є тактика медичного працівника, спрямована на досягнення інформованої згоди пацієнта. Цю тактику спілкування планує лікар, приймаючи рішення, яку інформацію, коли і в який спосіб можна повідомити хворому. Медсестра має виконувати настанови лікаря і дбати про попередження стресу хворого, уникаючи надмірного і необережного загострення уваги пацієнта на несприятливих симптомах хвороби. Важливою частиною організації спілкування з хворим є вміння медсестри знайти позитивні, оптимістичні теми для спілкування, відволікти хворого від сумних думок, навчити його і родичів навичок самодогляду та самодисципліни при виконанні лікарських призначень, навчити хворого з хронічними захворюваннями і його родину дотримуватися оптимального режиму дня, не втрачати надію на лікування, вчасно звертатися за допомогою при появі загрозливих симптомів тощо.

Для вирішення конфліктної ситуації медичній сестрі потрібно володіти навичками активного слухання, адекватного реагування на вислови і претензії, виявлення істинних причин конфліктної ситуації, вміти знімати напруження у спілкуванні, контролювати свої емоції, переключати увагу у спілкуванні змінюючи теми розмови, направляти розмову за допомогою відкритих і закритих запитань, вміти встановлювати оптимальну дистанцію у спілкуванні. За даними літератури, навичками правильної поведінки у конфліктній ситуації вважають вміння організувати продуктивне спілкування з досягненням поставленої мети розмови, здатність чітко, зрозуміло та аргу-

ментовано представити інформацію щодо спірного питання, вміння підтримувати позитивний емоційний стан і досягати порозуміння, встановлювати довірливе спілкування [2].

Ці навички можна засвоювати і тренувати впродовж фахової підготовки і підвищення кваліфікації медичних сестер. Постійне навчання є запорукою професійного зростання і самовдосконалення. Вміння вирішувати проблеми – це спокійне, розсудливе і творче вирішення повсякденних непорозумінь, особливо міжособистісних конфліктів. Провідною рисою медсестри є порядність – це сумлінне виконання своїх обов'язків, дотримання етики поведінки, також розуміння, що добре, а що погано: вірність своїм моральним принципам. Відкритість у спілкуванні передбачає засвоєння нових ідей, адаптацію до нових умов середовища, що змінюється. Правильне виконання лікарських призначень забезпечується здатністю переконувати – це вміння вислухати інших і спокійно пояснити їм правильність своєї точки зору. Важливою для медсестри є також здатність до лідерства – вміння брати на себе відповідальність за рішення поставлених завдань, вміння залучати до цього інших, а також підтримування дисципліни і забезпечення медсестринського процесу всім необхідним для виконання роботи.

Висновки. Професія медичної сестри забезпечує дуже важливу ланку медичної допомоги і потребує глибоких професійних знань, навичок організаційної дисципліни, психологічної підготовки, формування ділових і особистісних якостей. Важливо, щоб медсестра вміла у спілкуванні контролювати свої емоції і водночас аналізувати стан пацієнта. Метою спілкування має бути правильне сприйняття медсестрою емоційного і фізичного стану хворого та обмін інформацією, який приведе до порозуміння, погодження хворого із планом догляду, вироблення єдиної стратегії дій медсестри і пацієнта на шляху боротьби із хворобою. Доцільно розробити ділові ігри для тренування комунікативних навичок у медичних сестер.

ЛІТЕРАТУРА

1. Маргаева М. П. Значимость формирования и развития коммуникативных навыков у студентов медицинских училищ и колледжей / М. П. Маргаева, Н. Н. Лебедева // Медсестра. – 2014. – № 3. – С. 35–38.

2. Коммуникативная компетентность медицинской сестры в конфликтной ситуации / М. А. Асимов, С. Х. Мадалиева, С. Т. Ерназарова, Р. Н. Алибаева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 11. – С. 87–89.

Отримано 16.10.14

ІДІОПАТИЧНИЙ СКОЛІОЗ ІЗ ПОЗИЦІЙ КІНЕЗІОЛОГІЇ ТА ОСТЕОПАТІЇ. ШИЙНИЙ І ГРУДНИЙ ВІДДІЛИ ХРЕБТА

І. Г. Жердецький

Харківський базовий медичний коледж № 1

У статті коротко викладено закономірності формування триплощинної деформації хребетного стовпа в шийному та грудному відділах хребта і її розвиток у динаміці. Фактичний матеріал накопичений в результаті корекції хребта підтверджує основні положення кінезіології та остеопатії в поліетіологічному характері захворювання.

IDIOPATHIC SCOLIOSIS FROM THE STANDPOINT OF KINESIOLOGY AND OSTEOPATHY. CERVICAL AND THORACIC SPINE

I. H. Zherdetskyi

Kharkiv Base Medical College № 1

This article summarizes the patterns of formation trimensional deformation of the spine in the cervical and thoracic spine and its development dynamics. The actual material accumulated as a result of the correction of the spine confirms the main provisions of kinesiology and osteopathy in poli-etiological nature of the disease.

Вступ. Сколіоз є одним із найдавніших відомих порушень опорно-рухового апарату. Для вирішення цієї, за висловом В. Д. Чакліна, «старої і вічно юної проблеми» не тільки залучалися найсучасніші діагностичні та дослідницькі технології, а й використовувалися дослідження вчених інших спеціальностей, розробляли різні гіпотези [1].

Виникнення сколіозу в, здавалося б, здорової дитини без будь-якої очевидної причини стало приводом для доповнення до основного терміну слова «ідіопатичний» (від грец. idiopathic – неясний, сам по собі, без видимої причини).

Хоча клінічна картина ідіопатичного сколіозу описана в літературі досить докладно, багато вельми важливих питань, що належать до різних аспектів етіології, патогенезу і пов'язаних із ними принципів лікування і профілактики, досі залишаються невирішеними [2].

Відповідно до теорії порушення м'язової рівноваги, висунутої ще Гіппократом, причиною виникнення сколіозу є порушення балансу

м'язів, хребетного стовпа. І як це не дивно для XXI століття, з таким висновком необхідно погодитися. Підставою для цього є фундаментальні закони фізики і механіки – в замкнутій системі, а саме такою є опорно-руховий апарат людини, будь-які зміщення і переміщення елементів, що входять до її складу (деформація хребетного стовпа – один із прикладів такого зміщення) відбуваються під впливом внутрішньосистемних рухів. І саме такими рушійними силами в нашому організмі є м'язи.

Асоціативні зв'язки – це явища резонансу між ендоритмами певного скелетного м'яза – вісцерального органа, розташуванням меридіана, хребетним руховим сегментом і под. У медицині вони називаються вісцеромоторні, вертебромоторні, меридіаномоторні, емоційно-моторні та ін. Ці зв'язки виявлені емпірично і частина з них підтверджена експериментально на тваринах і нейрофізіологічними і клінічними спостереженнями за пацієнтами.

Мотовісцеральні рефлексі – дисфункція вісцеральної системи як реакція на зміну тонічної активності мускулатури для підтримки тіла і

фазно-тонічної активності, пов'язаної з її пересуванням. На цьому заснована лікувальна фізкультура.

Вісцеромоторні рефлекси – зниження тонічної і фазно-тонічної активності мускулатури як реакції таламо-паліадарної системи на зниження аферентації з вісцеральних органів [3].

M. trapezius починається короткими сухожильними пучками від зовнішнього потиличного виступу, медіальної третини верхньої вийної лінії потиличної кістки, від вийної зв'язки остистих відростків VII шийного і всіх грудних хребців і від надостистої зв'язки.

У публікаціях академічних журналів практично не висвітлено тему впливу внутрішніх органів на тонус скелетних м'язів, що відповідають за положення та стан хребта. В силу загальної іннервації цих м'язів і внутрішніх органів відбувається рефлекторне напруження м'язів у відповідній ділянці [5].

Огулов О. Т. склав таку схему (рис. 1) і вона перевірена на практиці. Як приклад можна взяти m. trapezius, патологічні зміни якого є наслідком патології нирки з однойменної сторони.

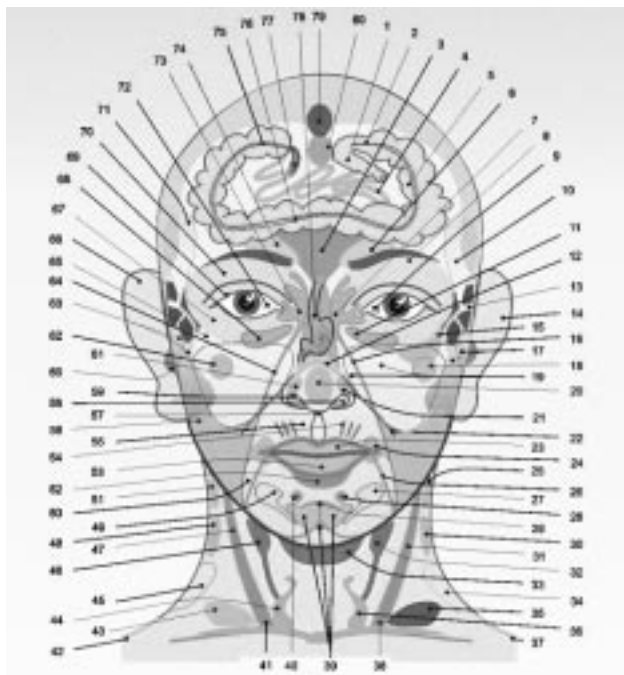


Рис. 1. Схема О. Т. Огулова.

Додаткове статичне напруження призводить до зміщення С4 і при масажі тільки шийно-комірцевої зони можливо отримати тимчасовий ефект, що триває протягом 1–2 тижнів. Це в тому випадку, якщо ми не використовуємо вісцеромоторні зв'язки при впливі на нирки. Пацієнти, пройшовши курс масажу, як правило, його повторюють не частіше одного разу на півріччя, а

то й раз на рік. Це дозволяє повернути тонус м'язів до колишнього стану і підтримати сколіотичну дугу в шийно-грудному відділі.

Але m. trapezius це тільки поверхневий шар м'язів, внутрішній шар м'язів також буде зміщувати хребці в сторону гіпертонусу. Викривлення хребта посилюватиметься по ходу всього шийного відділу.

У статті не ставиться питання про правомірність терміна ІС, але стає зрозумілою частина питань, що стосуються етіології ІС, а саме:

- 1) чому захворювання прогресує;
- 2) пояснює формування сколіотичних дуг в ту чи іншу сторону.

У роботах Толстоносова А. А. [5, 6] дається пояснення формуванню сколіозу з акцентом на положення таза і побудови компенсаційної дуги починаючи від поперекового відділу хребта. Таз вважається фундаментом хребта. Після корекції куприка і таза здійснюється корекція інших відділів хребта.

Необхідно відзначити особливу роль куприка у формуванні функціональної різниці довжини ніг (ФРДН). Загин куприка з одночасною ротацією та зміщенням, як правило, у бік поштовхової ноги, призводить і підтримує зміни положення крижів. У остеопатії зв'язок куприка і шийного відділу хребта є загальноприйнятим.

Недостатньо висвітлено питання впливу положення атланта (С1) на розвиток сколіозу як одного з основних факторів. При ротації С1 одночасно відбувається його нахил в одну зі сторін. Вестибулярний апарат намагається зберегти положення голови вертикальним. М'язи напружуються з протилежного нахилу боку і залишаються в гіпертонусі протягом усього періоду життя, якщо не проведена корекція С1. Так утворюється перша дуга в шийному відділі. Грудний відділ компенсує цю дугу зворотною дугою, оскільки кріплення довгих м'язів шиї починається в шийному відділі, а закінчується в грудному.

Якщо під час сеансу вдається поставити С1 на фізіологічне місце, то, як правило, відбувається зменшення ФРДН від 4 до 6 мм до кінця сеансу, навіть за наявності вже сформованих клиноподібної форми тіл хребців.

Швейцарець Кладіус Шумперлі винайшов апаратну корекцію С1. Оскільки він був парамедиком, його проект отримав комерційний характер і став інструментом таких же парамедиків. Висока ціна на послугу корекції С1 і на навчання цього методу залишили його фактично за бортом серйозних медичних досліджень у нашій країні.

Основна частина. У навчально-лікувальному медичному центрі «Аратта» Харківського базового медичного коледжу № 1 ми обстежили 71 пацієн-

та, які звернулися зі скаргами на біль в ділянці шиї, голови та грудного відділу хребта. Серед них 23 пацієнти чоловічої статі віком від 5 до 64 років та 48 пацієнтів жіночої статі віком від 7 до 74 років. Усі пацієнти при обстеженні проходили тести на функціональну різницю довжини ніг, флексійні тести. Для візуалізації положення хребців проводили їх розмітку фломастерами зеленого кольору до корекції і червоного кольору після корекції.

У всіх пацієнтів після корекції спостерігали значне зниження больового синдрому, пов'язаного з гіпертонусом м'язів комірцевої зони аж до повного купірування. Пацієнти самі відзначали зміну постави в положенні стоячи і сидячи, спостерігали поліпшення сну, оскільки не треба було шукати положення голови на по-

душці при засипанні. Не прокидалися протягом ночі при зміні положення тіла. У 15 пацієнтів з нестабільним АТ відзначали нормалізацію артеріального тиску в межах 140–130/100–80 мм рт. ст. протягом доби. 12 пацієнтів відзначали покращення роботи органів чуття (слуху, зору, нюху).

Практика показує, що при комплексному підході до відновлення викривлень в ШГ переході з урахуванням вісцеромоторних зв'язків та корекції С1, можливо вже після першого сеансу отримати значну позитивну динаміку. На представлених фото 1–3 показано результати корекції ШГ переходу після сеансів. Для кращої візуалізації остистих відростків хребта вони відзначені фломастерами різних кольорів до і після сеансу. Зелений колір – до сеансу, червоний – після сеансу.



Фото 1



Фото 2



Фото 3

Висновки. 1. Розвиток деформацій у ШГ переході прямо пов'язаний з положенням С1 і ряду органів, які мають асоціативні зв'язки з м'язами шийно-комірцевої зони.

2. Поліетіологічна причина викривлень ШГ переходу унеможлиблює пошук монометоду корекції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Чаклин В. Д. Сколиозы и кифозы / В. Д. Чаклин, Е. А. Абальмасова. – М. : Медицина, 1973. – 255 с.

2. Дудин М. Г. Идиопатический сколиоз. Часть 1 [Текст]: периодические издания / М. Г. Дудин, Д. Ю. Пинчук // Доктор. Ру. – 2010. – № 5. – С. 38–41.

3. Васильева Л. Ф. Теоретические основы прикладной кинезиологии / Л. Ф. Васильева. – М. : ВИС, 2003. – 84 с.

3. Корекція С0–С1 і внутрішніх органів м'якими остеопатичними і кінезіологічними прийомами дозволяє отримати швидкий і довгостроковий результат без травм та ускладнень.

4. Функциональная диагностика в висцеральной хиропрактике. – М. : ПРЕДТЕЧА, 2006. – 44 с.

5. Толстоносов А. А. Мануальное кредо: народные методы массажа, авторская методика / А. А. Толстоносов. – Кубанское книжное изд-во, 2011. – 212 с.

6. Толстоносов А. А. Явная доктрина здоровья или как хочется быть... / А. А. Толстоносов. – Кубанское книжное изд-во, 2011. – 212 с.

Отримано 23.10.14

УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ РОБОТИ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ СЛУЖБИ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Н. Б. Галапац

Жовківська центральна районна лікарня Львівської області

Вивчення міжнародного досвіду з питань розвитку медсестринства засвідчує, що раціональне використання сестринських кадрів сприяє значному покращенню якості, доступності та економічності надання медичної допомоги населенню, ефективному використанню ресурсів в охороні здоров'я, профілактиці захворювань.

MANAGEMENT OF QUALITY WORK OF NURSING SERVICES IN LVIV REGION

N. B. Halapats

Zhovkva Central District Hospital of Lviv Region

The study of international nursing experience certifies that the rational use of nursing staff is instrumental in the considerable improvement of quality, availability and economy to provide health care to population, effective use of resources in the guard of health issues, prophylaxis of diseases.

Вступ. Одним із потужних механізмів покращення ефективності використання ресурсів є підвищення якості медичної допомоги.

Розроблено порядок управління і контролю якості, який являє собою вертикально організовану структурно-функціональну систему, що включає усі рівні управління – від міністерства до установи охорони здоров'я.

Наказом МОЗ України № 752 від 28.09.2012 р. затверджено «Порядок контролю якості медичної допомоги» [1].

Цей Порядок розроблено з метою впровадження та організації роботи щодо управління якістю медичної допомоги.

Якість медичної допомоги – це надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я [2].

Контроль якості надання медичної допомоги здійснюють шляхом застосування методів зовнішнього та внутрішнього контролю якості медичної допомоги, самооцінки медичних працівників, експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації/сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства Європейського Союзу.

Контроль якості надання медичної допомоги здійснюють за такими складовими: структура, процес та результати медичної допомоги; організація надання медичної допомоги; контроль за реалізацією управлінських рішень; відповідність кваліфікаційним вимогам медичних працівників, у тому числі керівників закладів охорони здоров'я; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги; забезпечення прав та безпеки пацієнтів під час надання їм медичної допомоги [3].

Основна частина. Згідно з Стандартами акредитації лікувально-профілактичних закладів, Ліцензійними умовами провадження господарської діяльності з медичної практики і з метою контролю та управління якістю роботи медичних сестер в області розроблені та впроваджені в роботу:

1) тимчасові стандарти роботи медичних сестер Львівської області (2007);

2) збірник стандартів і технологій по інфекційній безпеці, інфекційному контролю для медичних сестер (фельдшерів, акушерок) лікувально-профілактичних установ Львівської області (2008);

3) тимчасові стандарти роботи медичних сестер загальної практики – сімейної медицини Львівської області (2009);

4) методичні рекомендації «Оцінка якості прибирання та дезінфекції приміщень у ЛПЗ методом фізичного контролю» (2010);

5) локальні протоколи медичної сестри (фельдшера, акушерки) на основі протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій, затверджених наказом МОЗ України від 01 червня 2013 року № 460 з 01.09.2013 року.

Наказом Департаменту ОЗ Львівської ОДА № 623 від 22.09.2014 р. затверджено 5 індикаторів якості виконання медичними сестрами закладів охорони здоров'я області Локальних протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур, маніпуляцій.

Індикатор № 1. Наявність у старшої сестри медичного відділення та на робочих місцях медичних сестер (фельдшерів, акушерок) відділень, ЛАЗПСМ, ФАП локальних протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур.

Індикатор № 2. Сестри медичні (фельдшери, акушерки) відділень закладів охорони здоров'я, лікарських амбулаторій загальної практики – сімейної медицини, фельдшерсько-акушерських пунктів при опитуванні проявляють відповідний рівень знань Локальних протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій.

Індикатор № 3. При виконанні сестрами медичними (фельдшерами, акушерками) Локальних протоколів забезпечено психологічну підготовку пацієнта до процедури та дотримання прав пацієнта.

Індикатор № 4. Ресурсне забезпечення (оснащення) виконання Локальних протоколів сестрами медичними (фельдшерами, акушерками).

Індикатор № 5. Забезпечення сестрами медичними (фельдшерами, акушерками) інфекцій-

ної безпеки та інфекційного контролю при виконанні Локальних протоколів.

Дані індикатори характеризують організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів Локальних протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій в роботу медсестринської служби закладів охорони здоров'я. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам Локальних протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки), даними індикаторами повністю висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження Локальних протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій в закладах охорони здоров'я; необхідний відповідний рівень знань медичними сестрами (фельдшерами, акушерками) Локальних протоколів; правил психологічної підготовки пацієнта до процедури, прав пацієнта, дотримання правил медичної етики та деонтології; ресурсного забезпечення (оснащення) виконання Локальних протоколів; правил інфекційної безпеки, інфекційного контролю при виконанні Локальних протоколів для забезпечення профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в закладах охорони здоров'я.

Індикатори якості обчислюються старшими медичними сестрами відділень закладів охорони здоров'я, головними лікарями ЛАЗПСМ, завідувачами ФАП, розташованими в районі обслуговування, 1 раз на квартал з річним підсумком та подаються до заступника головного лікаря з медсестринства (головної медичної сестри) закладу охорони здоров'я для загального обчислення індикатора в закладі охорони здоров'я [4].

У закладах охорони здоров'я області за єдиною схемою проводять оцінку якості роботи медичних сестер за 10 основними показниками:

Показники	Кількість балів
Рівень теоретичної та практичної підготовки, який повинен контролюватися на базі тестування персоналу не рідше 1 разу на рік за результатами систематичних занять щодо підвищення кваліфікації у відділенні, лікарні і на базі кваліфікаційних вимог, згідно з стандартами	5
Дотримання та виконання стандартів ведення медичної документації, обладнання поста	4
Правильність обліку, зберігання лікарських препаратів і технології їх роздавання пацієнтам	5
Виконання технологій догляду за хворими	5
Дотримання технології виконання маніпуляцій і процедур	6
Своєчасність виконання лікарських назначень	6
Дотримання технології по забору і доставці біопроб для клінічних досліджень	5
Дотримання вимог санепідрезиму	7
Дотримання технологій із підготовки пацієнтів до різних видів обстежень	4
Дотримання деонтологічних принципів (скарги пацієнтів про медсестру)	3
<i>Всього</i>	<i>50</i>

Контроль за якістю роботи медсестри здійснює старша медсестра, яка у відділенні є основним експертом. Також контроль якості медсестринського процесу здійснює заступник головного лікаря з медсестринства, головна медсестра лікарні.

Оцінку якості роботи медичної сестри проводять за трьома параметрами:

– виконання сестринського процесу повністю відповідає нормативам, закладеним у збірнику технологій стандартів (виставляють максимальне число балів);

– виконання сестринського процесу не повністю відповідає нормативам технології і стандартів (виставляють 50 % від максимального числа балів);

– виконання сестринського процесу не відповідає нормативам технології і стандартів (виставляють 0 балів).

За результатами контролю оцінку виставляють в контрольну карту медичної сестри або в спеціальний журнал обліку рівня якості роботи медичної сестри. На робочому місці конкретної медичної сестри розраховують інтегральний коефіцієнт якості, який складає відношення суми фактично набраних балів до їх максимального числа.

Недоліки в роботі записують в журнал дефектури, а на нарадах проводять їх розбір та приймають заходи щодо їх усунення.

Також наказами керівників закладів охорони здоров'я затверджено Критерії оцінки якості роботи інших молодших спеціалістів з медичною освітою: фельдшерів, акушерок, лаборантів, медичних сестер ПМСД, рентген-лаборантів, молодших сестер з догляду за хворими та ін.

З метою контролю за роботою медсестринських служб на місцях та надання організаційно-методичної допомоги, головним позаштатним спеціалістом ДООЗ ЛОДА з медсестринства та президентом ЛОАМС проводяться планові виїзди у заклади охорони здоров'я області. На даний час проведено 140 виїздів. Охоплено всі ЦРЛ, обласні установи та ЛПЗ м. Львова.

Основні ділянки роботи, що перевіряють під час виїздів:

1) кваліфікаційний рівень молодших спеціалістів з медичною освітою та підготовка їх до атестації;

2) ведення медсестринської документації відповідно до Стандартів акредитації ЗОЗ;

3) планування роботи медсестринської служби ЛПЗ;

4) проведення занять із медперсоналом старшими медсестрами відділень та головною медсестрою лікарні з питань догляду за хвори-

ми, дотримання етики та деонтології, дотримання конфіденційної інформації про пацієнта;

5) удосконалення професійної освіти працюючих медсестер методом безперервного навчання на місцевих базах (проведення науково-практичних семінарів, конференцій як загальнолікарняних, так і згідно з профілем роботи медсестер, проведення контролю рівня знань шляхом тестувань, заліків із маніпуляційної техніки, невідкладної медичної допомоги, інфекційного контролю та ін.);

6) робота Ради медсестер закладу охорони здоров'я як адміністративного органу управління медсестринською службою. Наявність затвердженого Положення про Раду медсестер та її склад;

7) виконання Тимчасових стандартів роботи медсестер ЛПЗ Львівської області, Тимчасових стандартів роботи медсестер загальної практики – сімейної медицини ЛПЗ Львівської області;

8) проведення оцінки якості роботи медичних сестер відповідно до методики, затвердженої Тимчасовими стандартами роботи медичних сестер загальної практики – сімейної медицини ЛПЗ Львівської області та Тимчасовими стандартами роботи медичних сестер ЛПЗ Львівської області з обов'язковим заповненням Контрольної карти і занесенням недоліків у журнал дефектури;

9) наявність та виконання Локальних протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій;

10) інфекційна безпека, інфекційний контроль;

11) виконання медичним персоналом епідемічно безпечних алгоритмів виконання маніпуляцій та процедур;

12) наявність алгоритмів надання невідкладної медичної допомоги при термінальних станах, проведення занять, заліків із медичними сестрами, фельдшерами, акушерками, укомплектованість шаф невідкладної допомоги лікарськими засобами;

13) робота осередків асоціації медсестер.

Одним із методів управління якістю роботи медичних сестер закладів охорони здоров'я є проведення науково-практичних семінарів, конференцій, впровадження проектів та програм, метою яких є покращення якості надання медичної допомоги населенню.

На сьогоднішній день згідно з основними організаційними заходами ДООЗ ЛОДА в області проведено цикл наступних сертифікованих науково-практичних семінарів:

– «Управління якістю роботи медсестринської служби закладів охорони здоров'я» – 10. Бра-

ли участь понад 1000 молодших спеціалістів з медичною освітою.

– «Правові та етико-деонтологічні аспекти в роботі медичних сестер закладів охорони здоров'я» – 10. Брало участь понад 900 молодших спеціалістів із медичною освітою.

На семінарах проводять практичні заняття в групах на яких учасники виконують тести «Чи можете Ви бути керівником?», «Чи ефективно ви спілкуєтесь?», вирішують ситуаційні завдання з правових та етико-деонтологічних питань у медсестринстві, з ефективного управління та ін. Відповідно такі конференції та семінари проводять головні та старші медсестри на місцевих базах.

Спільно з Асоціацією медсестер України, Львівською обласною асоціацією медсестер та громадською організацією «Служба організації інфекційного контролю» в області впроваджено в роботу проект «Чиста лікарня безпечна для пацієнта». Мета даного проекту – забезпечення високого рівня гігієни в лікувальних установах України, профілактика професійного захворювання медичного персоналу, запобігання розповсюдження внутрішньолікарняних інфекцій, економія коштів лікувальних установ.

Статус «Чиста лікарня безпечна для пацієнта» на даний час у Львівській області одержали 43 відділення.

З січня 2014 року згідно з наказом Департаменту ОЗ ЛОДА від 20.11.2013 р. № 995 в області стартувала сертифікована навчально-освітня Програма для медичних сестер «Висококваліфіковані медичні сестри – запорука якісного медичного обслуговування населення».

Основна мета програми – поглиблення наявних теоретичних знань з клінічного медсестринства, організації роботи медсестринської служби, інфекційного контролю, правових та етико-деонтологічних аспектів у роботі медичних сестер, розвитку комунікацій у медсестринстві, формування здорового способу життя, профілактики основних форм захворювань та ін.

Зміст програми охоплює обсяг основних теоретичних знань, умінь і практичних навичок, необхідних головній, старшій медичній сестрі (фельдшеру, акушерці) з організації і управління охороною здоров'я, клінічного медсестринства для самостійної роботи.

За 10 місяців заняття пройшли:

– старші медичні сестри стоматологічної служби – 20 спеціалістів;

– медсестри паліативної допомоги – 25 спеціалістів;

– старші медичні сестри ПМСД (поліклінічних відділень, центрів ПМСД) – 61 спеціаліст;

– старші медсестри хірургічних відділень – 62 спеціалісти;

– старші медичні сестри відділень реанімації та анестезіології – 37 спеціалістів;

– старші медсестри терапевтичних відділень – 38 спеціалістів;

– старші акушерки (сестри медичні) акушерсько-гінекологічної служби – 36 спеціалістів;

– старші медсестри дитячих відділень та консультацій – 30 спеціалістів;

– старші медичні сестри приймальних відділень – 32 спеціалісти;

– офтальмологічних відділень – 9 спеціалістів;

– ЛОР-відділень – 12 спеціалістів;

– старші медичні сестри інфекційних відділень – 22 спеціалісти;

– дерматовенерологічних відділень – 9 спеціалістів;

– старші медсестри та медичні сестри відділень, амбулаторій ЗПСМ – 30 спеціалістів;

– старші фельдшери (медсестри) пунктів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф – 68 спеціалістів;

– старші медичні сестри психіатричної та наркологічної служб – 35 спеціалістів;

– старші медсестри протитуберкульозних установ – 35 спеціалістів.

Всі спеціалісти отримали сертифікати Департаменту охорони здоров'я Львівської ОДА.

Для створення системи управління якістю роботи медсестринської служби закладів охорони здоров'я насамперед необхідно провести ряд заходів з організації роботи медсестринської служби і звернути увагу на такий важливий аспект, як роль заступника головного лікаря з медсестринства, головної (старшої) медсестри з організації роботи медсестринської служби лікувально-профілактичного закладу та його структурних підрозділів.

У Львівській області керівництво медсестринською службою здійснюють:

1) заступники головного лікаря з медсестринства – 20;

2) головні (старші) медсестри ЛПЗ – 128;

3) старші медсестри (фельдшери, акушерки) відділень – 945.

Керівникам медсестринською службою (заступникам головного лікаря з медсестринства, головним (старшим) медсестрам), в свою чергу, при організації роботи медичних сестер необхідно врахувати:

а) аспекти лідерства;

б) морально-психологічний клімат у колективі;

в) типи поведінки керівника;

г) управлінську роль керівника;

- д) організацію управлінської праці:
 - 1) планування роботи;
 - 2) організація службових нарад;
 - 3) управлінська інформація;
 - 4) комунікації;
 - 5) значення документів в управлінні
- е) функції управління:
 - 1) управлінські рішення;
 - 2) облік;
 - 3) контроль.

Висновок. Для того, щоб створити ефективну систему управління якістю медсестринської

служби закладів охорони здоров'я, її безпосередні керівники (заступники головного лікаря з медсестринства, головні, старші медсестри) повинні володіти такими особистісними якостями, як – вміння логічно і критично мислити, аналізувати ситуацію, володіти так званим соціальним розумом, ставити себе на місце іншої людини, правильно інтерпретувати почуття інших людей, створювати навколо себе найсприятливішу ситуацію для ефективної діяльності організації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Порядок контролю якості медичної допомоги : наказ МОЗ України № 752 від 28.09.2012 р.

2. Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якістю медичної допомоги : наказ МОЗ України № 427 від 20.07.2011р.

3. Про управління якістю медичної допомоги : наказ МОЗ України № 163 від 24.02.2010 р.

4. Оцінка якості прибирання та дезінфекції приміщень у ЛПЗ методом фізичного контролю : методичні рекомендації : наказ ГУОЗ ЛОДА № 1001 та обласної СЕС № 167-ВО від 03.12.2010 року.

Отримано 14.10.14

ЗМІСТ ТА СТРУКТУРА ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Л. В. Назаренко, І. М. Мельничук

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

У статті висвітлено питання ролі формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер. Узагальнено структуру професійної компетентності з огляду на наукові роботи вітчизняних та зарубіжних науковців. Визначено зміст та структуру професійної компетентності, зокрема мотиваційного, когнітивного та особистісного компонентів.

CONTENT AND STRUCTURE OF PROFESSIONAL COMPETENCE OF FUTURE MEDICAL NURSES

L. V. Nazarenko, I. M. Melnychuk

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

This article highlights issues about importance of formation professional competence of future medical nurses. The structure of professional competence was summarized, considering scientific works of domestic and foreign scholars. There was defined the content and structure of professional competence, including motivational, cognitive and personal components.

Вступ. Розвиток вищої освіти в Україні потребує підготовку медичної сестри як особистості, котра здатна до професійного становлення компетентного фахівця, готова адекватно сприймати фахові інновації, успішно вирішувати виробничі проблеми та труднощі на належному професійному рівні. Вагомою особливістю сучасної медсестринської освіти є зміна поглядів на сутність професійної підготовки студентів у ВМНЗ. Акцент у навчанні зміщується в бік формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер, що являє собою не лише опанування студентами необхідних знань, умінь, навичок, а й планомірний процес формування мотивації до професійного зростання і таких

професійних якостей особистості, як: толерантність, емпатія, рефлексія, комунікабельність та ін. У зв'язку з цим головного значення набуває питання вивчення сутності змісту та структури професійної компетентності, що стало предметом наукових досліджень учених (Л. Аврамчук, Л. Божович, І. Зязюн, І. Коротяєва, В. Краєвський, А. Панфілова, І. Радзієвська, Л. Супрун, І. Тараненко, L. Vachman та ін.).

Основна частина. Ґрунтовний аналіз наукової літератури з проблем формування професійної компетентності дає змогу зазначити, що деякі науковці виокремлюють у її структурі сукупність п'яти рівнів, в яку входять психофізіологічні особливості особистості, соціальна характеристика її статусу, культурний рівень, мовна компетенція і прагматика особистості [3].

У дослідженні В. Краєвського виділено чотири загальні компоненти у складі будь-якої компетентності:

– мотиваційно-цільовий компонент – вказує на наявність мотиву досягти мети, готовність та інтереси до роботи, постановку й усвідомлення цілей діяльності;

– когнітивний компонент – розкривається як наявність знань, умінь і здатність застосовувати їх у професійній діяльності; уміння їх аналізувати, класифікувати і систематизувати;

– операційно-діяльнісний компонент, що демонструє ефективність і продуктивність діяльності, застосування на практиці набутих знань та умінь;

– рефлексивний компонент – забезпечує готовність особистості до пошуку вирішення проблем, що виникають, до їх творчого перетворення на основі аналізу своєї діяльності, у зв'язку з тим, що обсяг знань і умінь не забезпечує необхідний розвиток потенціалу особи [4].

У дослідженні І. Коротяєвої відзначено п'ять компонентів у професійній компетентності майбутнього фахівця:

– когнітивний (означає наявність теоретичних знань у певній предметній галузі);

– діяльнісний (це комплекс умінь, що дозволяють здійснювати професійну діяльність);

– особистісний (володіння прийомами рефлексії та самоусвідомлення);

– мотиваційний (сукупність особистих якостей, що визначають мотив до саморозвитку, здатність навчатись усе життя, вдосконалювати та поглиблювати професійні знання);

– комунікативно-операційний (здатність особистості до спілкування, роботи в колективі, взаємодії з іншими членами суспільства) [5].

На думку А. Панфілової, структуру професійної компетентності в загальному вигляді слід розглядати як сукупність компонентів, які дослідниця розподілила на чотири групи.

Індивідуально-особистісний компонент, що охоплює такі особливості особистості: психофізіологічні (пам'ять, мислення, мова тощо) та психологічні (темперамент, акцентуація характеру, тип особистості: екстраверт/інтроверт).

Загальнокультурний компонент, що знаходить відображення в моральних якостях, ціннісних орієнтаціях, поглядах, світогляді, особливостях менталітету, ерудиції майбутнього фахівця.

Поведінковий компонент актуалізується в діяльнісному аспекті професійної компетентності, що передбачає не лише опанування студентами вміннями і навичками виконувати певні процедури, передбачені професійною діяльніс-

тю. У зміст цього компонента входить і комунікативна компетентність, що ґрунтується на вмінні студентів використовувати усну та писемну мову; засоби невербальної комунікації; навички міжособистісного сприйняття; досвід управління комунікативним процесом тощо.

Мотиваційно-рефлексивний компонент характеризується сформованістю у студентів стійких мотивів оволодіння професійною компетентністю; прагненням здобути належний рівень професійної підготовки, який визначається на основі адекватної самооцінки [6].

На основі проведеного теоретичного аналізу різних наукових підходів до визначення структури професійної компетентності ми виокремлюємо три компоненти професійної компетентності медичних сестер: мотиваційний, когнітивний, особистісний.

Мотиваційний компонент визначаємо як одну з обов'язкових складових професійної компетентності майбутніх медичних сестер, оскільки від мотивації залежить активність особистості в опануванні необхідним рівнем професійної підготовки. Адже успіх у певному виді діяльності (в тому числі і навчальній) залежить не лише від здібностей студентів, отриманих ними знань і умінь, а й від прагнення здобути належний рівень професійної підготовки, щоб досягти успіхів у майбутній роботі за фахом. Індивіди з високим рівнем мотивації більше працюють над власним самовдосконаленням і професійним становленням і, як правило, досягають кращих результатів [1].

Мотивація являє собою складне об'єднання, «сплав» рушійних сил поведінки суб'єкта у вигляді потреб, інтересів, потягів, цілей, ідеалів, які безпосередньо детермінують людську діяльність. Під мотиваційним компонентом професійної компетентності майбутніх медичних сестер розуміємо стрижень особистості, до якого «стягуються» такі її властивості, як спрямованість, ціннісні орієнтації, установки, соціальні очікування, емоції, вольові якості та інші характеристики. Таким чином, можна стверджувати, що, незважаючи на різноманітність підходів, під мотивацією більшість авторів розуміють сукупність, систему психологічно різнорідних факторів, що детермінують поведінку і діяльність людини [7].

Система мотивів виконує регулятивну функцію в процесі підготовки майбутніх медичних сестер до професійного розвитку та зростання. Відсутність у студентів мотивації досягти високого рівня готовності до професійної діяльності негативно позначається на ефективності навчально-пізнавальних процесів. Тому в процесі

професійної підготовки майбутніх медичних сестер перед викладачами окреслюється важливе завдання: створити мотиваційне навчальне середовище, в якому спільна діяльність суб'єктів навчально-виховного процесу спрямовуватиметься на формування у студентів стійких мотивів здобути освіту, що характеризується належним рівнем професійної компетентності. Слід зазначити, що висока ефективність спочатку навчальної, а потім і професійної діяльності майбутньої медичної сестри можлива лише за оптимальної мотивації, що зумовить підвищення рівня знань, умінь і навичок студента в ході професійної підготовки.

Значущість **когнітивного компонента** для формування професійної компетентності майбутньої медичної сестри зумовлена рівнем фахової підготовки, характером впливу навчальної інформації на процес становлення професійного світогляду студентів, їх морально-етичних та естетичних поглядів і переконань, емоційно-ціннісного сприйняття сутності фахової діяльності у медсестринстві. Когнітивний компонент об'єднує сукупність знань студента про суть і специфіку роботи медичної сестри. Сформованість цього компонента професійної компетентності є результатом активної навчально-пізнавальної діяльності студентів. Його характеризують обсяг знань (ширина, глибина, системність), стиль мислення, теоретична підготовленість до виконання певних практичних професійних дій, що формуватимуть необхідні вміння і навички для роботи медичної сестри.

Отже, під когнітивним компонентом професійної компетентності майбутніх медичних сестер розглядають сукупність знань, які розкривають сутність і специфіку професійної діяльності та стосуються основних складових професійної готовності студентів до роботи за фахом [8]. Розвиток когнітивного компонента передбачає не тільки засвоєння студентами матеріалу з профільних дисциплін, а й диференціювання когнітивно-репрезентативних структур, які відображають комунікативні знання, вміння, навички. Зокрема, організація інтерактивної взаємодії під час навчального процесу уможливіє вирішення таких завдань: активізувати увагу студентів; сформувати навички вербальної та невербальної комунікації; створити умови для активної комунікативної діяльності. Адже в роботі медичної сестри важливого значення набуває її готовність встановлювати первинний соціальний контакт [9].

У контексті формування комунікативної компетентності і готовності майбутніх медичних сес-

тер до професійного спілкування когнітивний компонент відображає: усвідомлення студентом складності та багатогранності професійної комунікативної взаємодії; знання теорії і технологій ефективного міжособистісного спілкування з різними пацієнтами (за статтю, віком, культурологічними особливостями, релігійним світоглядом тощо) й уміння аналізувати діалогічні взаємини з пацієнтами; комплекс знань про міжособистісну толерантність і межі її допустимості, права людини, різні психічні стани особистості, високий рівень соціального інтелекту і навички комунікативного спілкування та ін.

Особистісний компонент професійної компетентності визначається сформованістю сукупності особистісних характеристик медичної сестри, які впливатимуть на ефективність її діяльності за фахом. Складовими цього компонента є: реалізація потреби професійного становлення і самовдосконалення шляхом опанування програмового та позапрограмового навчального матеріалу й набуття професійних знань, умінь і навичок; визначення професійних ідеалів для наслідування; прагнення до професійного самовдосконалення на основі опанування необхідних умінь і навичок для успішної діяльності; належна самооцінка (загальноосвітня та професійна); чіткі ціннісні орієнтації та професійна мета.

Особистісний компонент професійної компетентності медичних сестер потребує сформованості таких якостей особистості майбутнього медичного працівника середньої ланки, як спостережливість, відповідальність, співпереживання, врівноваженість, доброзичливість, толерантність, емпатійність та ін. Цей компонент дає змогу проявляти та відображати внутрішній світ людини, розкривати сутність особистості та формувати чіткі принципи, цінності життя та світосприйняття, розкривати ставлення студента до різних життєвих і фахових ситуацій та поведінку медичної сестри у вирішенні складних професійних завдань. Даний компонент чітко окреслює особисте ставлення медичної сестри до пацієнта і його родини, до співробітників, керівників і підлеглих, формує ряд комунікативних принципів продуктивної співпраці, дає можливість налагодження оптимальних професійних взаємин.

Висновок. На основі аналізу наукової літератури стосовно розуміння феномену професійної компетентності було визначено зміст і структуру професійної компетентності медичних сестер, що стало основою для теоретичного обґрунтування експериментальної моделі підготовки майбутніх фахівців сестринської справи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Божович Л. И. Ключевые компетенции личности как образовательный результат системы профессионального образования : дисс. ... канд. пед. наук / Л. И. Божович. – М. : РГБ, 2005. – 186 с.
2. Радзієвська І. В. Формування професійної компетентності медичних сестер / І. В. Радзієвська // Проблеми освіти. – 2008. – Вип. 57. – С. 69–73.
3. Супрун Л. М. Психологічний аналіз готовності медсестер до професійної діяльності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук / Л. М. Супрун. – Київ, 2004. – 18 с.
4. Краевский В. В. Основы обучения. Дидактика и современная методика / В. В. Краевский, А. В. Хуторской. – М. : Академия, 2007. – 352 с.
5. Коротяева И. Б. Деловая игра как средство развития познавательных и профессиональных интересов студентов педагогического вуза : дисс. ... канд. пед. наук / И. Б. Коротяева. – К., 2008. – 186 с.
6. Панфилова А. П. Деловая коммуникация в профессиональной деятельности : учеб. пособие / А. П. Панфилова. – СПб. : Знание, 2001. – 496 с.
7. Аврамчук Л. А. Формування активної пізнавальної діяльності студентів / Л. А. Аврамчук // Педагогіка і психологія. – 2007. – № 3. – С. 122–125.
8. Зязюн І. А. Сучасні технології професійної підготовки особистості в умовах неперервної освіти / І. А. Зязюн // Персонал. – 2006. – № 5. – С. 7–14.
9. Bachman L. F. Language testing in practice / L. F. Bachman, A. S. Palmer. – N.-Y. : Oxford University Press, 2002. – 377 p.

Отримано 04.09.14

СЕСТРИНСЬКА СПРАВА ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

О. Д. Діденко

Уманський медичний коледж

У статті наведено обґрунтування сестринської справи як невід'ємної частини в системі охорони здоров'я.

NURSING AS AN INTEGRAL PART OF HEALTH CARE SYSTEM

O. D. Didenko

Uman Medical College

The article presents a study of nursing as an integral part of health care system.

Вступ. «Сестринська справа» – це складова частина системи охорони здоров'я, що спрямована на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих умовах навколишнього середовища. Вона включає в себе діяльність із зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, надання психосоціальної допомоги особам, які мають фізичні або психічні захворювання, а також непрацездатним.

Сестринська справа охоплює фізичні, інтелектуальні та соціальні аспекти тією мірою, якою вони впливають на здоров'я, виникнення хвороби, непрацездатність та смерть [1].

Основна частина. Формування в Україні ринкових відносин та реформування системи охорони здоров'я відповідно до концепції розвитку охорони здоров'я населення України вимагає перегляду змісту медсестринської освіти в напрямку її інтеграції в міжнародну систему, диференціації діяльності медичних сестер залежно від нових функцій, зумовлених новими соціально-економічними умовами, що свідчить про актуальність перетворень, змін у медсестринстві як складової системи охорони здоров'я України. Усе це свідчить про необхідність реформування медсестринської освіти та її інтеграції в міжнародну систему підготовки медсестер для вдосконалення медсестринських кадрових ресурсів – системи охорони здоров'я України, адже

не секрет, що в підготовці по-новому молодших медичних фахівців у галузі відчувається, що мають місце недоліки [2, 3].

Запропоновані сучасні моделі підготовки середнього медичного персоналу повинні відображати соціальні замовлення середнього медичного персоналу з урахуванням аналізу професійної діяльності та вимог до змісту освіти й навчання з боку держави та окремих замовників [3].

Реформування системи первинної медико-санітарної допомоги за принципом сімейної медицини як найбільш прогресивної форми, що доведено на практиці іншими країнами, є пріоритетним у розвитку галузі охорони здоров'я України [4].

Відомо, що експериментальна частина впровадження сімейної медицини в Україні започаткована у Львові в 1987 році після ознайомлення з досвідом впровадження сімейної медицини за кордоном.

В умовах сімейної медицини лікар і медична сестра набувають якісно нового статусу, оскільки, крім виконання своїх професійних обов'язків, виступають і в ролі соціального працівника, який представляє інтереси хворого та сім'ї.

Тут сім'я розглядається як основний помічник медичного персоналу в плануванні і реалізації комплексу соціально-гігієнічних заходів, проведенні профілактики, лікування, реабілітації, створенні здорових умов для виховання дітей та формуванні здорового способу життя. Таке по-

єднання інтересів, зусиль медичного персоналу і сім'ї на шляху досягнення головної мети – збереження та відновлення здоров'я членів родини і є суттю сімейної медицини як і головної складової ПМСД.

Ефективність такої взаємодії в системі «сім'я – лікар – медсестринство» підтверджується зарубіжним досвідом, перш за все країн Європи.

Важливу роль відіграє професійний обов'язок медичної сестри щодо хворого, правил, спрямованих на одужання хворих, що виникли в тих чи інших ситуаціях у медичній практиці. Для сучасних медичних працівників, будь-то фельдшер, медична сестра, акушерка, насущним є питання постійного поповнення багажу знань як практичних, так і теоретичних, упродовж усієї медичної діяльності, тому що медична наука нині розвивається настільки швидко, що без поповнення знань, їх удосконалення ми відстанемо в нашій професії.

На деонтологічному конгресі, який відбувся у Парижі в 1967 році, до клятви Гіппократа було зроблено єдине доповнення: «Клянуся навчатися усе своє життя». Це доповнення стосується не тільки лікарів, а й середніх медичних працівників.

Високий професіоналізм медсестри є важливою передумовою стосунків сестри й лікаря.

Медична сестра повинна завжди підтримувати авторитет і репутацію своєї професії, права та обов'язок відстоювати свою моральну, професійну, економічну незалежність. Вона повинна підтримувати авторитет колег серед пацієнтів і населення.

У своїй професійній діяльності медичні сестри повинні дотримуватись низки деонтологічних правил, основними з яких є: необхідність постійного уважного догляду за хворим, дотримання принципу «не нашкодь», здатність швидко приймати рішення у складних ситуаціях, добросовісність щодо виконання професійних обов'язків.

Ефективність взаємодії медичного працівника із пацієнтом залежить від його умінь встановлювати контакт із хворою людиною, у процесі якого хворий переконується у можливості використання власних внутрішніх резервів для успішної боротьби з хворобою, від здатності створювати довірливий клімат, проявляючи щирість, встановлюючи атмосферу взаємної довіри, враховуючи очікування пацієнта від процесу діагностики, лікування, профілактики й реабілітації. У вирішенні щоденних завдань взаємодії важливого значення набуває морально-етична спрямованість медпрацівника, ерудованість, висока професійна майстерність. Серед професійних якостей особливо значущими є толе-

рантність, емпатійність, високий рівень самоконтролю, емоційна стабільність.

Поведінка сестри не повинна бути прикладом ставлення до свого здоров'я. Зі свого боку, суспільство вимагає, щоб медичні сестри відповідально ставилися до своєї почесної та відповідальної справи. Моральний обов'язок медичної сестри – всебічно сприяти розвитку реформи сестринської справи, одночасно захищати суспільство від неправдивої інформації стосовно проведення таких реформ. У даному випадку Асоціація медичних сестер України через свої професійні осередки й інші організації медичних сестер забезпечує правову діяльність сестер, що є значним досягненням у забезпеченні етичної поведінки медсестер.

На всіх етапах свого розвитку суспільство висуває до медичних працівників високі вимоги, які передбачають недопущення в їх діяльності професійних помилок, особливо тих, що призводять до тяжких втрат здоров'я або до передчасної смерті.

В історії медицини поняття лікарської помилки та помилок середнього медичного персоналу призводило до покарань винних, кримінальної відповідальності.

На сайті МОЗ України в березні 2013 року з'явилось повідомлення, що 75 % випадків внутрішньолікарняної інфекції мають місце через вину медичних сестер. І це незважаючи на значний прогрес у сучасній медицині.

Порушення, які допускають медичні працівники, можна умовно поділити на три групи: технічні, тактичні й діагностичні. Хоча суперечливість підступності й пріоритетності цих порушень визначити не можливо, але причина таких негативних явищ ясна. Це недбалість, безвідповідальність, недостатня професійна підготовка, недостатній контроль старших медичних сестер, завідуючих відділеннями, контактних лікарів.

Нетактовні дії, передусім щодо хворого (пацієнта), що належать до розділу медсестринської етики та деонтології необхідно осуджувати. Хворий повинен відчувати, що медичний персонал робить все і у повному обсязі для його одужання.

Перша заповідь Гіппократа Non nocere («Не нашкодь») повинна бути в душі кожного медичного працівника на все життя.

Висновки. У даний час сестринська справа – це невід'ємна частина системи охорони здоров'я. Вона є багатогранною медико-санітарною дисципліною і має медико-соціальне значення, оскільки покликана підтримувати й оберігати здоров'я населення. Встановлена невідповідність сестринської справи та медсестрин-

ської освіти в Україні міжнародним стандартам. Це дозволяє виділити групу чинників, вплив яких значною мірою викликає необхідність перегляду ролі і місця сестринської справи перш за все:

- 1) переорієнтації змісту медсестринської освіти в зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я та адаптації її до ринкових умов;
- 2) розвитку первинної медико-санітарної допомоги, в тому числі на засадах сімейної медицини;

3) формування закладів медико-соціальної допомоги хронічним хворим, інвалідам, людям похилого віку, паліативної медицини та хоспісів;

- 4) активізації профілактичної діяльності;
- 5) створення додаткових можливостей отримання медичних послуг;
- 6) втілення європейських форм медсестринської допомоги та діяльності відповідно до міжнародних зразків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Теорія сестринської справи : навчальний посібник для студентів факультету вищої сестринської освіти. – Самара : Г.П. В «Перспектива», 2002. – 160 с.
2. Пархоменко Ж. В. Дослідження інноваційних процесів у медицині та наукове обґрунтування шляхів їх удосконалення / Ж. В. Пархоменко // Лікарська справа. – 2007. – № 5. – С. 6.
3. Теорія і практика сестринської справи : навч. посіб. : у 2 т. / П. Бейер, Ю. Майерс та ін. ; пер. з англ. ; под

- ред. С. В. Лапиков, В. А. Ступніна, В. А. Саркісової. – М. : ФГТУ «ВУНМЦ Росздрав», 2008. – Т. 1. – 800 с.
4. Уваренко А. Р. Інноваційна політика вітчизняної охорони здоров'я: проблеми та шляхи їх вирішення / А. Р. Уваренко // Охорона здоров'я України. – № 1. С. 34–36.
5. Інтернет-ресурси.

Отримано 25.09.14

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІН ХІРУРГІЧНОГО ЦИКЛУ

Н. В. Булгакова, Н. О. Кравець

Костянтинівське медичне училище

У статті описано досвід викладання дисциплін хірургічного профілю у Костянтинівському медичному училищі для підготовки висококваліфікованого середнього медичного персоналу.

INNOVATIVE TEACHING TECHNOLOGY IN TEACHING OF SURGICAL DISCIPLINES CYCLE

N. V. Bulhakova, N. O. Kravets

Kostyantyniv Medical School

In the article described surgery subject study experience in Kostyantyniv Medical School for prepare of qualified nurses.

Вступ. Інтеграція у європейський освітній простір вимагає змін у системі підготовки медичних спеціалістів, які передбачають впровадження у дидактичну практику сучасних форм і методів навчання, іноді нетрадиційних та неоднозначних, перебудови навчального процесу та діяльності викладача. Для цього розробляються перспективні моделі освіти, що базуються на широкому використанні новітніх інформаційних технологій. Очевидно, що реформування освіти повинно проходити одночасно з реформуванням галузі охорони здоров'я в Україні. Тому спільною метою цих процесів є підготовка молодших медичних працівників [1].

Основна частина. У складній і різноманітній праці хірургів беруть безпосередню участь середні медичні працівники – фельдшери і медичні сестри. Вони надають першу медичну допомогу потерпілим, ведуть підготовку хворих до обстежень, операційних втручань, допомагають хірургам під час виконання операцій, забезпечують післяопераційне лікування хворих. Усе це є запорукою сприятливого наслідку операцій. Тому, це вимагає більш напруженої і відповідальної роботи при підготовці медичних кадрів у навчальних закладах [2].

Викладання дисциплін хірургічного профілю має свої особливості.

Необхідно зазначити, що хірургія поєднує операційні методи лікування із здобутками нормальної анатомії, фізіології, патології, біохімії, мікробіології, терапії. Адже в сучасних умовах хірурги широко застосовують не лише операційні втручання, а й різні консервативні методи лікування.

Викладання матеріалу із загальної хірургії відбувається з урахуванням великого накопичення нових теоретичних знань і положень, швидкого прогресу хірургії, зокрема, широкого впровадження нової діагностичної апаратури, застосування сучасних лікарських препаратів, удосконалення хірургічної тактики під час лікування пацієнтів із різними хірургічними захворюваннями.

Крім умінь і навичок з догляду та спостереження за хворими, надання невідкладної до- лікарської допомоги, велику увагу приділяють таким навикам та вмінням, як пропаганда здорового способу життя, профілактика захворювань, виховання свідомого ставлення до здоров'я. Зміни полягають також у значному поширенні нових освітніх технологій, що ґрунтуються на використанні можливостей сучасної

комп'ютерної техніки та потреб в індивідуальному особистісному розвитку людини [3].

Підвищенню результативності навчального процесу в медичному коледжі сприяє вдосконалення нових форм роботи, пошук нових систем, впровадження спеціальних форм занять і семінарів із різних дисциплін хірургічного циклу. Головним елементом навчального процесу, підґрунтям для всіх новітніх організаційних форм навчання залишаються такі словесні методи навчання, як лекція, бесіда, розповідь, інструктаж. Сучасний розвиток техніки дозволив зробити великий крок, який дозволяє на всіх рівнях застосовувати наочність викладання [4, 5]. Наочність методів значно сприяє кращому засвоєнню конкретної теми студентами. При цьому, застосування інноваційних технологій, активних та інтерактивних методів навчання є необхідним, доцільним та обґрунтованим. Інноваційне навчання включає читання мультимедійних лекцій, проведення практичних занять з використанням тренажерів, фантомів, навчальних та контролюючих комп'ютерних програм. Застосування віртуальних навчальних програм у навчальному процесі дозволяє студентам ознайомитись з новітніми діагностичними приладами та спробувати їх у дії [6].

Підготовка і проведення семінарських занять, самостійної позааудиторної роботи сту-

дентів передбачає використання традиційних та інноваційних джерел інформації. Серед традиційних – перевага надається спеціалізованій медичній літературі та періодичним виданням. Широко використовуються такі інноваційні джерела інформації, як електронна бібліотека Medline, інформаційна система UpToDay, веб-сайти університетів, коледжів.

Проведення практичних занять з дисциплін хірургічного циклу також має свої особливості. Практичні заняття проходять не тільки у кабінетах доклінічної практики, а і на базі хірургічних, травматологічних, гінекологічних, оториноларингологічних, офтальмологічних відділень, відділень реанімації та інтенсивної терапії. Такі заняття містять інформацію, потрібну для успішного виконання різних навичок, завдань, вправ, складових реанімаційних заходів. Матеріал занять включає пропозиції щодо використання спеціального медичного обладнання, манекенів, ситуаційних завдань, що полегшують відпрацювання практичних навичок. Таким чином, студенти набувають потрібних вмій і впевненості в своїх силах.

Висновок. Використання новітніх методів навчання дає можливість виховати нове покоління спеціалістів, які будуть адаптовані до вимог часу і вмітимуть використовувати сучасну медичну та діагностичну апаратуру.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гуревич Р. С. Інтеграція сучасної науки і деякі проблеми змісту освіти у вищій педагогічній школі / Р. С. Гуревич // Вища освіта в Україні: реалії, тенденції, перспективи розвитку. – К., 1996. – Ч. II.

2. Моніторинг якості освіти: світові досягнення та українські перспективи / за заг. ред. О. І. Локшиної. – К. : К.І.С., 2004. – 128 с.

3. Хірургія / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2004. – 644 с.

4. Медична інформатика / І. Є. Булах, Ю. Є. Лях, В. П. Марценюк, І. І. Хаїмзон. – Тернопіль : ТДМУ, 2008. – 308 с.

5. Гельман В. Я. Медицинская информатика: практикум. – СПб. : Питер, 2001. – 480 с.

6. Луценко Н. М. Особливості викладання хірургічних дисциплін у медичному коледжі / Н. М. Луценко, Т. В. Банзюк. – Режим доступу : <http://medcollege.com.ua/node/222>

Отримано 05.11.14

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ОСТЕОХОНДРОЗ ХРЕБТА

Д. В. Бобильов

Харківський базовий медичний коледж № 1

У статті проаналізовано роль медичної сестри на різних етапах реабілітації хворих на остеохондроз хребта.

ROLE OF NURSES IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH SPINAL OSTEOCHONDROSIS

D. V. Bobyliov

Kharkiv Base Medical College № 1

The article analyzes of the role of nurses in various stages of rehabilitation of patients with spinal osteochondrosis.

Вступ. В останні роки проблема захворювань хребта набуває все більшої гостроти. Поширеність цієї патології, висока частота тимчасової та стійкої втрати працездатності зумовлюють соціальну значущість проблеми. В Україні вертеброгенна патологія в загальній структурі захворюваності з тимчасовою втратою працездатності посідає друге місце, поступаючись респіраторним інфекціям. Частота первинного встановлення інвалідності хворим із вертеброгенною патологією становить 71–74 %, тобто 15–17 % від усіх хворих, яким МСЕК встановлюють інвалідність [1].

Основна частина. Практична діяльність медичних сестер пов'язана з необхідністю прийняття ними відповідальних рішень в умовах підвищеного напруження, ризику, дефіциту часу й інформації. Зокрема, вони примушені регулярно розв'язувати різнопланові проблемні ситуації, які виникають в їхній професійній діяльності, що не мають однозначно правильних рішень, однак, їх наслідки для пацієнта можуть бути дуже серйозними [2].

Саме до таких професійних ситуацій, враховуючи їх поширеність, належать ті, що пов'язані

з доглядом та подальшою реабілітацією хворих на остеохондроз хребта.

З метою реалізації поставленої задачі, важливо забезпечити цілеспрямоване формування у медичних сестер умінь адекватно реагувати на проблемні ситуації під час виконання професійних обов'язків, визначати різні варіанти їх розв'язання, самостійно обирати оптимальніші, проявляти неординарність й оригінальність мислення в процесі прийняття рішень. У світлі вищезазначеного, існує необхідність у забезпеченні якісної підготовки майбутніх медичних сестер до виконання ролі ефективного члена медико-санітарної бригади при реабілітації хворих на остеохондроз хребта.

За свідченнями науковців (О. Scherak, Т. Полякова, Я. Попелянський та інші), хвороби хребта посідають перше місце за поширеністю серед населення земної кулі.

За даними наукових досліджень А. Євсюкова, І. Антонова, А. Белова, В. Єпіфанова, питома вага клінічних проявів пов'язана з патологією хребта серед всіх захворювань периферійної нервової системи становить 67–95 % [3].

О. Скоромець звертає увагу не тільки на велику частоту захворювань хребта та відсутність

тенденції до їх зменшення, а й на те, що вони уражають людей працездатного віку та призводять до значних працевтрат.

Г. Юмашев, В. Єпіфанов та інші підкреслюють, що різноманітність клінічних форм вертеброгенних захворювань зумовлює різноманіття способів відновлення. Науковці наголошують, що воно повинно бути комплексним, диференційованим, з урахуванням особливостей клінічних форм ураження, індивідуальних реакцій систем організму хворих на окремі методи.

Г. Недзьведь засвідчує, що фізичні вправи вже на ранніх стадіях існування людини використовували в профілактичних цілях для лікування різних захворювань і сьогодні, будучи одним з ефективних засобів підвищення захисно-компенсаторних реакцій організму, широко використовують в фізичній реабілітації хворих із різними захворюваннями, у тому числі при патології хребта.

О. Лазарева, І. Жарова, В. Фіщенко, І. Рой звертають увагу на актуальність розробки оптимальних програм фізичної реабілітації при патології хребта з використанням сучасних методів фізичних впливів, визначення термінів найбільш раціональних режимів.

Р. Геллі, В. Єпіфановим, І. Кульченко та іншими запропоновано використання різних засобів і методів реабілітації для лікування й профілактики патології опорно-рухового апарату [4].

Необхідно визнати, що у проаналізованих наукових джерелах не розкрито роль медичної сестри у реабілітаційному процесі. Саме тому ми звернулися до психолого-педагогічних публікацій з питань реформування медсестринської освіти в Україні, що дозволило зробити висновки про те, що шляхи удосконалення навчальної діяльності студентів у вищих медичних навчальних закладах досліджували Л. Артемчук, О. Біловол, О. Волосовець, Л. Джулай, Т. Кудрявцева, Є. Мілерян, М. Шегедин та інші.

Проблеми медичної освіти в Україні та за кордоном розкрито у дослідженнях І. Булах, Ю. Лавриш, Г. Паласюк, В. Передерія, Ю. Поляченка, Я. Цехмістера та інших.

Незважаючи на очевидну актуальність та науково-практичну значущість сестринської справи та ролі медичних сестер у сучасній системі охорони здоров'я, джерела вітчизняної літератури та країн СНД містять лише окремі праці (С. Броцька, Н. Гаврилов, Т. Ромашова, І. Шапіро, М. Шегедин та інші), які при всій їх цінності висвітлюють тільки деякі аспекти зазначеного питання.

Отже, реабілітаційний процес базується на рекомендаціях із застосуванням різних засобів

і методів купірування клінічних проявів без урахування їх взаємозв'язку. Запропоновані методи впливу нерідко носять взаємовиключний характер [5].

Для подальшого поновлення активної життєдіяльності пацієнта необхідна ефективна фізична реабілітація, що сприяла б відновленню функції хребта, поліпшенню загального стану хворого.

Як відомо, медична та соціальна реабілітація включає державні, соціально-економічні, психологічні, професійні, педагогічні та інші заходи, спрямовані на запобігання захворюванням, які призводять до тимчасової і стійкої втрати працездатності, та повернення хворих та інвалідів до суспільно корисної праці. Разом з тим можна констатувати недостатню розробленість теоретичних і методичних основ підготовки майбутніх медичних сестер у медичних коледжах до роботи з хворими на остеохондроз хребта.

Вивчення досвіду цієї підготовки дозволяє стверджувати, що під час навчання не забезпечується достатня підготовка до розв'язання проблемних ситуацій, що виникають при здійсненні реабілітаційних заходів щодо хворих на остеохондроз хребта. Отже, соціальне замовлення суспільства на професійного фахівця, здатного ефективно реалізувати медичну та соціальну реабілітацію, зумовлює необхідність вдосконалення якості цієї підготовки.

Мета статті – розкриття ролі медичних сестер у реабілітації хворих на остеохондроз хребта.

Як стверджують дослідники Н. Косинская, А. Осна, І. Тагер, В. Дяченко, Г. Юмашев, С. Arseni, M. Simonescu, W. Bosnew, L. Hirsh, V. Putti, F. Reischauer, остеохондроз хребта є найпоширенішою патологією опорно-рухового апарату людини.

Н. Яхно зауважує, що в Росії близько 80 % осіб у популяції протягом життя переносять напади поперекового болю; В. Матов констатує, що в розвинутих країнах світу остеохондроз хребта складає 90 % від загальної кількості дистрофічних захворювань хребта. У Швеції, при населенні в 8,4 млн осіб, щорічно інвалідами на ґрунті остеохондрозу хребта стають 13 тис. осіб.

Ефективним засобом лікування є не лише вдале й за показниками проведене втручання, але й відновні заходи, істотними складовими яких є різні форми лікувальної фізичної культури, водолікування, масаж, а також й інші методи фізичної реабілітації, що доведено в наукових працях Т. Бойчука, А. Каптеліна, А. Некрасова, О. Марченко, R. Robinson та інших.

Як відомо, до професійної діяльності медичної сестри належить реалізація етапів медсестринського процесу під час проведення комплек-

су реабілітаційних заходів, а саме: оцінювання стану пацієнта, з'ясування дійсних, потенційних, пріоритетних та супутніх проблем, складання й реалізація плану медсестринських втручань та оцінка його ефективності.

Обов'язком медичної сестри є не тільки проведення медсестринської діагностики хворих на остеохондроз хребта, а й реалізація індивідуальних програм реабілітаційних заходів, ознайомлення пацієнта з правилами поведінки під час проведення фізіотерапевтичних процедур, ЛФК, масажу; надання невідкладної долікарської допомоги в разі виникнення ускладнень під час реабілітаційних заходів; проведення санітарно-освітньої роботи з пацієнтами, їх рідними та близькими; оформлення індивідуальної карти пацієнта та відповідної документації для скерування на МСЕК, до відділення соціального захисту [6].

До професійних вмінь медичної сестри також належить складання та проведення комплексів ранкової гігієнічної гімнастики та комплексів ЛФК, проведення антропометричних вимірювань й функціональних проб.

Під час проведення реабілітаційних заходів медична сестра повинна дотримуватися правил техніки безпеки, охорони праці в галузі, проти-епідемічного режиму та професійної безпеки.

Як зазначають Г. Юмашев та К. Ренкер, важливе значення у реабілітаційному процесі має дотримання медичною сестрою загальних правил, а саме: ранній початок, етапність, комплексність, індивідуальність, повернення до активної суспільно корисної праці [7].

Успішність реабілітаційних заходів багато у чому залежить від дотримання медичною сестрою послідовності етапів: стаціонарного, амбулаторно-поліклінічного, диспансерного. Необхідно зауважити, що кожен етап має відповідну мету, яку медична сестра повинна чітко усвідомлювати.

Так, стаціонарний етап має на меті порятунк життя, попередження ускладнень.

На поліклінічному етапі завершується патологічний процес, для чого вживаються відповідні заходи, спрямовані на ліквідацію остаточних явищ. Саме на цьому етапі збільшується обсяг залежних медсестринських втручань та розширюється діапазон незалежних, від якісного виконання яких залежить результат лікування в цілому.

Метою санаторно-курортного етапу є профілактика рецидивів хвороби та її прогресування. Для реалізації цих задач медична сестра має використовувати природні чинники з метою нормалізації мікроциркуляції, підвищення кардіореспіраторних резервів, стабілізації функцій нервової, ендокринної та імунної систем, органів шлунково-кишкового тракту та сечовиділення.

У межах диспансерного етапу медичною сестрою створюються умови для нормалізації структурно-метаболических порушень, які було діагностовано на доклінічній стадії хвороби та збереглися після завершення клінічної стадії.

До арсеналу засобів реабілітації належать: медикаментозна корекція, фізіотерапія, лікувальна фізкультура (кінезотерапія), різні види масажу, кліматотерапія, психотерапія, соціальна допомога.

Висновки. Хвороби хребта посідають перше місце за поширеністю серед населення земної кулі. Від адекватно спланованого та якісно проведеного реабілітаційного етапу залежить успіх лікування в цілому. Відповідно до вищезазначеного, велику роль у цьому відіграють медичні сестри, підготовка яких – це цілеспрямований, послідовний, багатоетапний процес накопичення творчого потенціалу, під час якого формуються та розвиваються професійні здібності, що визначають готовність фахівця до професійної діяльності. Проблема цієї підготовки не є вичерпно розкритою, тому потребує детальнішого аналізу й вирішення. Подальші дослідження будуть спрямовані на удосконалення підготовки медичних сестер до реабілітації хворих із дегенеративними захворюваннями хребта.

ЛІТЕРАТУРА

1. Філатов А. М. Нетрадиційні методи лікування в комплексній терапії хворих літнього віку з розповсюдженим остеохондрозом хребта / А. М. Філатов, В. О. Фіщенко, А. В. Макогончук // Проблеми остеології. – 2000. – Т. 3, № 2–3 – С. 45–47.
2. Кудрявцева Т. О. Специфіка підготовки майбутніх медичних сестер до розв'язання проблемних ситуацій у професійній діяльності / Т. О. Кудрявцева // Гумані-

зація навчально-виховного процесу : зб. наук. праць. – Слов'янськ : Слов'янський держ. ун-т, 2012. – Вип. LIX. – С. 51–56.

3. Поворознюк В. В. Профілактика та лікування остеохондрозу хребта залежно від типу старіння опорно-рухового апарату / В. В. Поворознюк, В. О. Фіщенко, А. М. Філатов // Інформаційний лист. – Київ, 2002. – № 58. – 3 с.

4. Фавваз Ф. Общие подходы к построению программ физической реабилитации в предоперационном периоде у больных остеохондрозом позвоночника направленных на удаление грыж межпозвонковых дисков / Ф. Фавваз // Теорія і методика фізичного виховання. – 2011. – № 4. – С. 71–74.

5. Плахтій П. Профілактика і лікування остеохондрозу хребта / П. Плахтій, О. Галаченко, В. Пікуш. – Кам'янець-Подільський : ПП Буйницький О. А. – 2011. – 112 с.

6. Реабилитология: методические указания к аудиторной работе для студентов по специальности 060109 – сестринское дело (дневная и заочная формы обучения) / сост. Ж. Е. Турчина, Т. Р. Камаева. – Красноярск : Типография КрасГМУ. – 2009. – 136 с.

7. Юмашев Г. Основы реабилитации / Г. Юмашев, К. Ренкер. – М. : Медицина. – 1973. – 112 с.

Отримано 23.10.14