

**Міністерство охорони здоров'я
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського»**



МАТЕРІАЛИ

**І РЕГІОНАЛЬНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ (ЗАОЧНА ФОРМА)**

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

30 вересня 2020 року

У форматі «РОКУ МЕДСЕСТРИНСТВА В УКРАЇНІ 2020»

Львів
«Тріада плюс»
2020

Оргкомітет конференції:

Голова:

Кривко Ю.Я., ректор ВНКЗ ЛОР

«Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського», професор.

Заступник голови:

Неділько Р.В., канд. держ. упр. (доктор філософії), зав. кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського».

Члени оргкомітету:

Бялий А.О., магістр, викладач

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського».

Білобровка В.Ю., викладач

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського».

Жубрид М.Т., викладач

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського».

Костерева Н.В., викладач

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського».

Костів З.П., викладач

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського».

Яремчук О.В., викладач

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського».

Редколегія:

Стоколос-Ворончук О.О., проректор з наукової роботи ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського», кандидат філологічних наук, доцент.

Дуб Н.Є., декан, ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського», канд. наук з держ. управління.

Безкоровайна У.Ю., декан ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського», канд. наук з держ. управління (доктор філософії).

Юристовська Н.Я., проректор з виховної роботи «Львівської медичної академії ім. Андрея Крупинського», канд. наук з держ. управління (доктор філософії).

*Рекомендовано до друку вченою радою ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського»
(Протокол № 2 від 22 вересня 2020 року)*

Матеріали І регіональної науково-практичної конференції (заочна форма) «Стратегія розвитку вищої медсестринської освіти» (м. Львів, 30 вересня 2020 року). – Львів : «Тріада плюс», 2020. – 160 с.

У збірнику тез вміщено матеріали науково-практичної конференції «Стратегія розвитку вищої медсестринської освіти».

Для студентів, викладачів, магістрів та молодих науковців.

*Відповідальність за зміст і оформлення матеріалів несуть
автори та наукові керівники.*

Секція І.

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ
В ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРИ
МЕДСЕСТРИНСТВА**

ОКСАНА АКИМОВА, заступник
ректора з практичного навчання
(Приватний вищий навчальний заклад
“Медико- Природничий Університет”
місто Миколаїв)

МЕДСЕСТРИНСТВО В ДИТЯЧИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ, СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПРОБЛЕМИ В ГАЛУЗІ

Анотація: У статті висвітлено сучасне бачення розвитку медсестринства в Україні з позицій вимог, які диктує суспільство, щодо якості надання медичних послуг. Широке впровадження високотехнологічної медицини, у якій виникають нові принципи і правила діагностично-лікувального процесу, вимагає від фахівця значно ширшого спектра знань і вмінь, що стирає грані між традиційним розподілом праці в системі “медична сестра – лікар”.

Ключові слова: медичні сестри, професійна підготовка, освіта, фахівець, компетентність.

Динамічні трансформації у сучасному суспільстві стосуються усіх сфер життєдіяльності людини, однією з найбільш значущих серед них є забезпечення належного рівня охорони здоров'я, отримання необхідної допомоги та піклування. Прискорення темпу життя, збільшення інформаційного навантаження, активне впровадження інноваційних технологій, попри покращення якості життя, поглиблюють інтелектуальне та фізичне навантаження на організм людини і вимагають нових підходів до профілактики, діагностики, лікування і реабілітації найпоширеніших хвороб, і нових, пов'язаних із розвитком суспільства. У цих умовах одночасно вдосконалюються й сфери медичних послуг, зростає їх технологічність, формуються нові організаційні принципи їх надання. Все це вимагає змін старої вітчизняної схеми надання медичної допомоги і підготовки медичних сестер. Сучасний етап розвитку суспільства, інтеграція України в Європейський союз ставлять якісно нові завдання і в галузі медичної освіти.

Однак незважаючи на можливості для розвитку в спеціальності, на практиці попит на фахівців з медсестринства з вищою освітою є мінімальним.

Медичні сестри є важливою ланкою у сфері охорони здоров'я, без якої неможливе формування, підтримання, збереження і відновлення здоров'я громадян України. Сучасна модель підготовки медичних сестер передбачає, що медична сестра - це фахівець з професійною освітою, який поділяє філософію сестринської справи, має право на виконання відповідної професійної діяльності та творчо здійснює медсестринський процес. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розглядає сестринський персонал як реальний потенціал для задоволення зростаючих потреб населення в доступній медичній допомозі. Саме медична сестра є обличчям кожного лікувального закладу, саме вона перебуває поряд з хворим, саме вона виконує призначення лікування пацієнту, проте на відміну від лікаря, перебуває поруч із ним набагато більше часу. Вона або він помічає зміни в його стані, вміє заспокоїти та мотивувати продовжувати лікування. Тому дуже часто процес одужання пацієнта залежить від саме від роботи медсестри. Раніше їх називали середній персонал, молодший спеціаліст. Зараз це окрема спеціальність «Медсестринство», котра має всі ступені освіти: фаховий молодший бакалавр, бакалавр, магістр.

На жаль, на державному рівні й досі не реалізовані заходи щодо задоволення потреб охорони здоров'я у використанні сестринського потенціалу. В галузі зберігається значний кадровий дисбаланс у співвідношенні між лікарями та сестринським персоналом. Коли у світі на одного лікаря припадає 5-6 медсестер, то в Україні – 1-2. Для усунення такого дисбалансу також необхідно переглянути й затвердити нові нормативи навантаження на медсестер відповідно до міжнародних стандартів. Однак медсестри відчувають обмеження у своїй діяльності, здебільшого вони не беруть участі в лікувально-діагностичному процесі, залишаючись «сліпими» виконавцями лікарських призначень. Усе це негативно позначається на престижі професії. У контексті реформ галузі охорони здоров'я посилюються вимоги до медсестринських послуг. Наразі, у вітчизняній охороні здоров'я виникла потреба у спеціалістах нової формації. Медична сестра має забезпечувати висококваліфікований догляд за хворим на сучасному рівні, володіти основними методами реанімації, екстреної медичної допомоги, досконало знати і застосовувати локальні протоколи, стандарти виконання основних сестринських маніпуляцій і процедур, методи управління і менеджменту, а також приймати самостійні рішення. Впровадження новітніх медичних технологій в свою чергу

вимагає від медичних сестер постійного вдосконалення теоретичних та практичних навичок. Нові форми роботи, накази, методичні рекомендації – всі ці зміни вимагають запровадження комп'ютеризації робочих місць, нову систему управління молодшими спеціалістами з медичною освітою. Це забезпечить єдиний підхід до організації медичної допомоги населенню на всіх етапах. Та й самим сестринським службам необхідно надати більше самостійності, закріпити за медсестрою конкретні обов'язки, послуги. Тільки тоді, коли підготовлений спеціаліст прийматиме самостійні рішення в межах своєї компетенції і зможе застосувати на практиці набуті знання, він отримає моральне задоволення від професійної діяльності. Тож для повноцінного реформування медсестринства в Україні необхідно постійно вдосконалювати відповідну нормативну документацію, нову нормативно-правову базу післядипломної освіти (потрібні нові підходи як до навчання на курсах удосконалення та спеціалізації молодших спеціалістів з медичною освітою, так і до їх атестації). Необхідно врегулювання правової та матеріальної підтримки молодших спеціалістів з медичною освітою, створювати відповідні умови праці й систему адекватної її оплати, визначати статус освітньо-кваліфікаційних рівнів бакалавра та магістра. На жаль, в Україні немає єдиних технологічних стандартів практичної діяльності медичної сестри з питань сестринського догляду, уніфікованих стандартів (протоколів) надання невідкладної медичної долікарської допомоги та допомоги на догоспітальному етапі для медичних сестер, а також стандартів виконання певних процедур, маніпуляцій і критеріїв оцінки такої діяльності. Вони мають бути уніфікованими і розробляти їх повинні професіонали. Нині ж у кожному лікарняному закладі – свій варіант згаданих стандартів і критеріїв. Вкрай необхідно розробити та прийняти закон про молодших медичних працівників із медичною освітою, оскільки ця категорія досі не має свого професійного, соціального і юридичного статусу в галузі. Прийняття такого закону сприятиме розвитку сестринської справи, підвищенню професійного рівня медсестер, руйнуванню застарілих стереотипів.

Наразі проводилось дослідження по Миколаївській обласній дитячій інфекційній лікарні стосовно навантаження медсестри, її функціональних обов'язків, особливості технологій виконання медсестринських процедур (стандарти діяльності медсестер, інноваційні технології, особливості роботи за окремими напрямками у певних спеціальностях). Для прикладу: робота медсестри в дитячому інфекційному відділенні кишкових

захворювань – інтенсивність лікувально-діагностичного процесу, кількість пацієнтів на посту тощо. Медична сестра, виконуючи свою роботу, за зміну у неї до 500 процедур і маніпуляцій, 10–20 крапельниць одночасно, на індивідуальному догляді з фіксуванням фізіологічного балансу до 10 дітей у тяжкому стані. Але ніхто не зважає на те, що, приміром, гормони та антибіотики потрібно вводити в чітко визначений час, а медсестра перевантажена і не встигає! Медсестра обслуговує за зміну на посту 25–30 хворих дітей у відділенні (годування дітей природним шляхом через зонд, гастростому, в клізмі, готує хворого до різного роду досліджень шлунково-кишкового тракту, сечовивідних шляхів і т. д., збору матеріалу для виконання аналізів крові, сечі, калу, слизу із зіву, із носа, проводить повну санітарну обробку хворих, транспортування, сповивання, проводить антропометричні виміри, компреси, промивання шлунку, клізми, методика введення газовивідної трубки, сечового катетера, готує інструментарій та апаратуру для пункцій, переливання крові та плазми, веде затверджену медичну документацію, проводить знезараження використаного медичного інструментарію в робочих розчинах деззасобів, сортує медичні відходи, згідно чинного законодавства. На медичну сестру приходить велика частина роботи по виходжуванню дітей. В обов'язки палатної медсестри входить своєчасне виконання всіх призначень лікаря, контроль за годуванням дітей, виконання режиму дня хворими дітьми, санітарно-епідеміологічного режиму у відділенні та профілактику внутрішньолікарняних інфекцій, проведення бесід з мамами з профілактики і лікування тих чи інших захворювань. Медсестра повинна знаходити час і мати індивідуальний підхід до кожної дитини. Дуже важливо переконати дитину у тому, що лікування їй необхідне, щоб вона не боялася проведення тієї чи іншої процедури, так як процедур дитина за добу отримує дуже багато. Якщо не здійснювати режим дня, ніяке лікування не приведе до бажаного результату. Медсестри обслуговують різних по характеру і стану хворих. Часто батьки звертаються до них з питаннями, претензіями, скаргами і проханнями, а вони зобов'язані, у свою чергу, всіх терпляче вислухати і кожному дати правильну переконливу відповідь. Отже сьогодні медсестра в Україні опікується 25–30 пацієнтами, її колега в Європі – 5. А нормативи штатів медсестринських кадрів давно не переглядалися, та зменшення кількості пацієнтів на одну медсестру. І дуже важливо, щоб у процесі оптимізації лікарняного ліжкового фонду не скорочували посади медичних сестер і молодших медсестер: вони і без того максимально

«урізані». Більше того, штати медичних сестер у стаціонарах потрібно збільшити й запровадити двоступеневу опіку над пацієнтами, яку б проводили медсестри I рівня підготовки та сестри-бакалаври (обов'язки між ними необхідно розподілити).

Догляд за пацієнтом (у тому вигляді, як це передбачають стандарти) у наших стаціонарах втрачений. Ним займаються молодші медсестри, які не мають медичної освіти, або й родичі хворого. Натомість догляд та опіка мають велике значення в лікуванні та одужанні хворого. Значні фізичні навантаження медсестер пов'язані з транспортуванням, підніманням, переміщенням пацієнтів, біксів з операційним інструментарієм тощо. Важливим і, на жаль, не вирішеним є питання безпеки медсестри на робочому місці. Це і відсутність належного протиепідемічного захисту, і постійна робота з дезінфекційними та лікарськими засобами, і нестача спеціального одягу. У лікувальних закладах мало робочих місць, оснащених належним чином: у молодших спеціалістів з медичною освітою часто немає засобів індивідуального захисту, недостатній рівень знань основних правил безпеки. Особливе фізичне й емоційне навантаження – у медсестер реанімації та інтенсивної терапії. Обов'язково необхідно розробити рекомендації щодо встановлення диференційного навантаження на сестринський персонал, методики оплати роботи медсестер залежно від якості й обсягу сестринських втручань. Унаслідок реформування галузі, розширення та якісної зміни системи медичної допомоги, впровадження нових технологій, методів діагностики і лікування збільшується обіг ліжка, зменшуються терміни перебування хворого в стаціонарі, але все це відбувається в тому числі й за рахунок підвищення інтенсивності роботи медичного персоналу, збільшення обсягів навантаження на медсестер. Активне реформування практичної охорони здоров'я з визначенням відповідальності учасників лікувально-діагностичного процесу за якість виконання своїх обов'язків потребує створення уніфікованої системи кількісної та якісної оцінки діяльності медичної сестри.

На жаль, поки що вища освіта не змінила становища медсестер-бакалаврів в Україні: не відпрацьована нова система нормативів праці, не розширено їх повноваження, оплату праці спеціаліста із середньою і вищою сестринською освітою не диференційовано. Щоб виправити ці недоліки, потрібні нова нормативно-правова база, системний комплексний підхід до формування відповідних умов у практичній охороні здоров'я. У тарифікаційному переліку не визначено наявність підвищеного рівня

освіти, порядок обіймання посад головних і старших медсестер спеціалістами, які мають відповідний рівень освіти (вища сестринська або медсестра-бакалавр, медсестра-магістр). Потрібно розмежувати функції дипломованої медсестри, тобто медсестри-молодшого бакалавра, медсестри-бакалавра, магістра медсестринства й упорядкувати умови оплати їх праці. В усьому потрібна мотивація.

В Україні медсестринство сформувалось «під кутом» емпіричного погляду лікаря без наукового обґрунтування параметрів його діяльності. Всюди у світі спеціальність медсестри виокремлена. І лікар, і медсестра працюють як партнери. У нас же має місце підпорядкування медсестри лікареві, а її роль зводиться суто до виконання його вказівок і призначень. Але якщо лікар не знає технології медсестринського процесу – яке завдання він визначить медсестрі і як проконтролює якість її роботи? Ще одна сумна статистика: в Україні з кожним роком все менше абітурієнтів обирає медсестринство, а також неповну вищу освіту в охороні здоров'я. Серед головних проблем – неповага до професії. Головними проблемами самі медсестри і брати визначають низьку оплату та невідповідне праці навантаження; недосконалу систему освіти впродовж життя; малий рівень впливу на прийняття рішень; неповажне ставлення до професії у суспільстві. Одним із основних недоліків в системі підготовки кадрів є низький рівень симуляційного навчання в медицині.

На сьогодні створений широкий арсенал тренажерів, які імітують наближені до реальних умов можливості для практичних дій, комп'ютерного моделювання різноманітних клінічних ситуацій у динаміці їх розвитку, відкривають нові горизонти для практичної підготовки, підвищення кваліфікації та оцінки її рівня у студентів, лікарів і медичних сестер.

У багатьох країнах світу симуляційне навчання в медицині давно стало обов'язковою і невід'ємною складовою освітньої діяльності та закріплено у відповідних нормативних документах. Це пов'язано з тим, що симуляційний тренінг дозволяє [4]: – отримувати клінічний досвід у віртуальному середовищі без ризику для пацієнта; – об'єктивно оцінити досягнутий рівень майстерності;

- забезпечити необмежене число повторів при відпрацюванні навички;
- тренуватися у зручний час, незалежно від роботи клініки; – відпрацьовувати дії при рідкісних і загрозливих для життя патологіях; – знизити стрес при перших самотійних маніпуляціях; – навчитися

працювати в команді; – провести самоаналіз своїх психологічних якостей і професійних вмінь; – отримати об'єктивну оцінку власного ступеня підготовленості у різних сферах медичних знань і вмінь. Такий широкий спектр можливостей симуляційного навчання в медицині вигідний для держави, оскільки сприяє підвищенню якості підготовки молодих фахівців та забезпечує об'єктивний контроль праці практикуючих медиків.

Правильне розуміння ролі медсестринства в процесі надання медичної послуги дозволить покращити якість самої послуги, вигідно розподілити інвестиції в систему охорони здоров'я. На 72 Генеральній асамблеї ВООЗ було прийнято резолюцію про Міжнародний рік медсестринства в 2020 році. Україна підтримала цю ініціативу. Для формування та реалізації сучасної моделі медсестринства, підвищення ролі медичних сестер і братів у системі охорони здоров'я, розвитку лідерства наказом Міністерство охорони здоров'я України затверджено План заходів «Рік медсестринства в Україні 2020». Рік медсестринства – це інструмент в досягненні зміни парадигми, побудові нової моделі медсестринства в Україні. Нову для України модель медсестринства треба розглядати як невід'ємну частину досягнення глобальної мети – забезпечення доступної та якісної медичної послуги для пацієнта. Цей план включає розробку та затвердження обласних планів заходів «Рік медсестринства в Україні 2020» для вирішення регіональних проблем медсестринства у кожній області. Заходи для підтримки та розвитку вищої освіти та науки в медсестринстві, створення попиту на вищу освіту в практичній охороні здоров'я – допоможуть запровадити європейські стандарти надання медичної допомоги в Україні.

Висновки

1. Обґрунтовано, що якісна підготовка медичних сестер до професійної діяльності в умовах реформування медичної галузі одним із основних елементів повинна включати формування активної дослідницької позиції майбутніх спеціалістів.

2. Наукові дослідження в медсестринстві будуть ефективними за умови належної державної підтримки реформування системи охорони здоров'я і сестринської справи як складної але цілісної системи.

Сучасна модель первинної медичної допомоги передбачає широку участь медсестер у проведенні профілактичних заходів, призначенні обмеженого переліку ліків (окрім контрольованих препаратів), проведенні

найпростіших медичних обстежень, імунізації, первинного прийому пацієнтів, здійсненні контролю за здоров'ям пацієнтів. Медичним сестрам відводиться суттєва роль у наданні допомоги людям похилого віку, пацієнтам з хронічними захворюваннями, роботі в сестринських клініках, організації інтегрованого догляду та доліковування, роботі з групами здорових тощо. Таке розширення сестринської практики в світі стало результатом зближення діяльності медичної сестри й лікаря з делегуванням частини лікарських повноважень медичним сестрам. Модель медичної сестри як пасивного помічника лікаря, відходить у минуле, поступаючись місцем моделі медичної сестри – помічника пацієнта. Сестринська справа сьогодні – це самостійна галузь системи охорони здоров'я з чітко окресленими функціональними обов'язками для реабілітації хворих та підвищення якості їхнього життя.

Автор поділяє думку тих дослідників, які стверджують, що наукові дослідження в медсестринстві будуть ефективними за умови і реалізації на державному рівні наступних заходів:

- належна державна підтримка реформування системи охорони здоров'я і сестринської справи як складної але цілісної системи;
- удосконалення нормативно-правової бази галузі охорони здоров'я в частині медсестринства;
- пріоритетне фінансування програми розвитку медсестринства;
- адекватна кадрова політика щодо забезпечення номенклатури медсестринських посад, досягнення оптимального співвідношення “лікар-медична сестра”;
- формування спеціалістів якісно нового типу від помічника медсестри до високопрофесійного фахівця, спроможного при необхідності діяти самостійно;
- активна діяльність професійних медсестринських організацій.

Висновки. На початку XXI століття в Україні формуються позитивні тенденції до вдосконалення якості надання медичних послуг населенню. Існує розуміння, що ключову роль у цьому процесі відіграє постійне впровадження й оновлення технологій діагностично-лікувального процесу і тандем висококваліфікованої медичної сестри та лікаря. У їх підготовці вагоме місце займає симуляційне навчання. Із збільшенням числа компетенцій стираються грані між усталеним поглядом на місію медичної сестри, формується парадигма медсестринства як засобу оптимального надання медичних послуг середнім медичним персоналом

Література:

1. Губенко І.Я. Розвиток наукових досліджень в медсестринстві як основа вдосконалення медсестринської допомоги/ І.Я.Губенко, Л.П.Бразалій, О.Т. Шевченко // Магістр медсестринства. – 2008. – № 1. – С. 28–32.
2. Кравченко О. Формування професійної етики майбутніх медичних сестер: американський досвід / Олена Кравченко//Порівняльна професійна педагогіка. – 2012. – Вип.1. – С.82-87.
3. Бабенко Т.П. Дослідницька діяльність студентів у контексті реформування мед сестринської освіти//Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи. – Житомир:Полісся. – 2011. – С.18–20.
4. Дорожня карта віртуальної клініки/М.Д.Бітчук, І.В.Завгородній, Д.П.Перцев, Ж.І.Логвінова//Симуляційне навчання в системі підготовки медичних кадрів: матеріали І навч.-метод. конф., присвяче.212-й річниці від дня заснування (30.11.2016 року). – Х.: ХНМУ, 2016. – С.22–24.
5. Роль симуляційного навчання у процесі підготовки бакалавра та магістра медицини за фахом “Медсестринство” / Т. С. Оспанова, Т. В. Бездітко, М. В. Панченко [та ін.] // Симуляційне навчання в системі підготовки медичних кадрів : матеріали І навч.-метод. конф., присвяченої 212-й річниці від дня заснування (30 листопада 2016 року). – Х. : ХНМУ, 2016. – С. 121–124.
6. Копетчук В.А. Формування науково-педагогічної еліти з медсестринства в медичних навчальних закладах // Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи. – Житомир : Полісся, – 2011. – С. 64 – 67.
7. ISSN 1681-2751. Медична освіта. 2017. № 2 123 Досвід з організації навчальної роботи.
<http://www.vz.kiev.ua/reforma-medsestrynstva-chy-ye-pryvid-dlya-optymizmu/>

БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., канд.держ.упр.
(док. філософії) ВНКЗ ЛОР «Львівська
медична академія ім. Андрея Крупинського»,
НЕДІЛЬКО Р.В., канд.держ.упр.
(док. філософії)
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім.
Андрея Крупинського»

СИЛАБУС – ІНСТРУМЕНТ ЄВРОІНТЕГРАЦІЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

В умовах демократизації навчального процесу, пошуку форм співробітництва викладача та студента нагальним стає впровадження новітніх технологій та засобів, що сприяють якісному отриманню освіти [1].

Проблема відноситься до найактуальніших оскільки, полягає у переході до єдиної європейської системи зарахування навчальних досягнень студентів визнаний більшістю країн світової спільноти, в тому числі і Україною, як механізм формування загальноєвропейського освітнього простору, що дозволить забезпечити міжнародне визнання національних освітніх програм, мобільність студентів і викладачів, підвищить якість освіти. У зв'язку з цим змінюється не лише основна нормативна база системи освіти України, але й формуються нові вимоги до навчально-методичного забезпечення освітнього процесу. За умов кредитно-трансфертної технології навчання кожен викладач зобов'язаний створити комплекс принципово нової навчально-методичної документації, в тому числі силабус – профіль навчальної дисципліни для студента.

Метою дослідження є підвищення якості освітнього процесу за рахунок пояснення студентові суті і форми навчальної дисципліни, оптимізації освітнього процесу, як засобу набуття компетентностей.

За визначенням Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти **силабус** – це документ, в якому роз'яснюється взаємна відповідальність викладача і студента [2]. (протокол від 29 серпня 2019 р. № 9).

Розроблення та написання силабусів дисциплін, як нормативних так і вибіркового блоку відбувається на основі (засадах) освітньо-кваліфікаційної характеристики, освітньо-професійної програми підготовки фахівця того чи іншого рівня освіти та відповідного навчального плану

і робочих навчальних програм, з врахуванням логічної моделі викладання дисципліни.

Перша спроба складання силабусів, як засобу самостійної організації роботи студентів, започаткована викладачами Європейського університету в 1999 році. Називались вони за термінологією того часу навчально-практичними комплексами, за якими в навчальному закладі було організовано навчання студентів заочної форми освіти.

У 2005 році, коли Європейський університет, в числі перших навчальних закладів України, перейшов працювати за Болонською системою організації навчального процесу, постала необхідність їх переробки з урахуванням нових вимог. Це був другий етап вдосконалення силабусів. Створення глобальних інформаційно-освітніх мереж та розвиток всеохоплюючої системи моніторингу якості освіти всіх рівнів вніс позитивну новизну в організацію взаємовідносин між студентом та викладачем й призвів до необхідності вдосконалення силабусів, ознаменувавши третій етап роботи над ними[1].

Силабус є документом, яким будете користуватись впродовж усього курсу ви та ваші студенти і він може стати потужним інструментом у вивченні освітньої компоненти. Добре складений силабус допомагає здобувачам вищої освіти орієнтуватися в освітньому процесі та мінімізує ризик потенційних непорозумінь. Силабус (РТП) – це «мапа» вашого курсу та «угода» між вами та студентами.

Нами було вивчено та проаналізовано силабуси п'ятнадцяти навчальних дисциплін Медичного факультету Джессенія в Мартіні Університету Каменського у Братиславі. Ми досліджували та вивчали силабуси таких навчальних дисциплін, як: Хірургія та сестринська справа, Хірургія та медсестра, Іноземна мова, Фармакологія, Зв'язок (Комунікація), Літній досвід (Геронтологія), Сестринська практика, Сестринські дослідження, Медсестра, Первинна медична допомога, Психіатрія, психічне здоров'я та сестринська діяльність, Психологія, Соціологія та соціальна політика, Внутрішні хвороби / геронтологія та догляд, Внутрішні хвороби. Перелічені навчальні курси вивчаються сестрами/братами медичним при опануванні бакалаврського рівня освіти.

Зібраний і проаналізований фактичний матеріал дозволяє проілюструвати певні спостереження, а саме, що силабуси навчальних дисциплін передають необхідну інформацію про вивчення того чи іншого курсу, добре структуровані, читабельні, оскільки є зорієнтовані на студента.

Вивчені силабуси мають такі складові (розділи):

- Титульний лист (паспорт силабусу) – зазначають назву ЗВО, факультету, кафедри, код (шифр) та назву навчальної дисципліни, форму навчання, курс, семестр, кількість годин/кредитів, тижневе навантаження;
- Міждисциплінарний зв'язок;
- Умови вивчення дисципліни/ курсу (чітко прописані елементи виконання роботи (практичної та теоретичної) під час вивчення навчальної дисципліни/курсу у відсотках – максимальна кількість - 100%);
- Мета та результати навчання (прописані навички які отримає студент після вивчення навчальної дисципліни/ курсу);
- Короткий навчальний план;
- Список рекомендованої літератури;
- Зазначають на якій мові викладається навчальна дисципліна/курс;
- Опис оцінювання курсу;
- Інформація про укладачів силабусу та хто викладає дану дисципліну;
- Дата внесення змін до силабусу.

Слід зазначити, що такі навчальні дисципліни/курси, як Хірургія та медсестра, Зв'язок (Комунікація), Сестринська практика, Сестринські дослідження, Медсестра – окрім науково-педагогічного складу, викладають магістри медсестринства, що дає змогу майбутнім фахівцям з медсестринства глибше оволодіти практичними навичками майбутньої професії.

Узагальнивши досвід розроблення та написання силабусів навчальних дисциплін/курсів Університету Каменського у Братиславі, можемо констатувати, що силабуси, які розробляються та впроваджуються в освітній процес Львівською медичною академією імені Андрея Крупинсько мало в чому відрізняються. Наші силабуси містять практично такі ж складові частини які є у силабусах Європейських ЗВО. Силабус забезпечує безпервний зв'язок між студентом, викладачем та освітнім процесом.

Безперервний зв'язок Мал. 1



До силабусів, які розробляються та пишуться на кафедрі внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я, для більш повного та якісного розуміння здобувачами вищої освіти щодо вивчення тієї чи іншої дисципліни, що забезпечує кафедра, ми запропонували внести ще такі розділи як: політики дотримання принципів академічної доброчесності, етики та деонтології, щодо відпрацювання здобувачем вищої освіти пропущених занять, оскільки перелічені компоненти є вкрай важливими. Студент має зрозуміти, чого він/вона зможе навчитися, чим саме може бути корисним цей курс. Силабус окреслює концептуальний перехід від «здобування знань» і «одержання практичних навичок» до компетентностей, що їх може засвоїти здобувач вищої освіти, вивчаючи цей чи інший курс.

До силабусу ми рекомендуємо також готувати матеріали навчально-методичного комплексу дисципліни:

1. Робоча програма навчальної дисципліни
2. Конспект лекцій (або опорний конспект лекцій)
3. Методичні рекомендації і контрольні завдання до виконання лабораторних робіт
4. Методичні рекомендації і контрольні завдання до виконання практичних/семінарських занять
5. Методичні рекомендації та індивідуальні завдання для самостійної роботи студентів/аспірантів
6. Засоби з контролю якості знань студентів

7. Пакет комплексної контрольної роботи
8. Методичні рекомендації та тематика з науково-дослідної роботи студентів (за наявністю)

9. Пакет візуального супроводження дисципліни (за наявністю)

Дане методичне забезпечення дисципліни гарантує здобувачам вищої освіти правильно орієнтуватись у програмі вивчення курсу, розуміння мети та завдання, забезпечує чіткий вектор щодо результатів навчання, отримати якісне вивчення дисципліни та які компетентності набудуться в процесі вивчення дисципліни.

Для ефективного процесу розроблення та написання силабусів навчальних дисциплін можна керуватись рекомендаціями, які допоможуть вам зрозуміти, чи ваш силабус орієнтований на навчання [3]:

№ з/п	РЕКОМЕНДАЦІЇ
1.	Ваш силабус добре структурований, в ньому легко орієнтуватися
2.	Тон викладу позитивний, виражає повагу та привітність
3.	Ваш силабус звертається до студента, як до людини, яка вміє і хоче навчатись
4.	Описує очікування від учасників процесу та їх відповідальність
5.	Чітко комунікує очікувані результати навчання та впевненість, що студенти можуть досягти їх через відповідальне навчання
6.	Є повна інформація про те, які види діяльності будуть оцінюватись і за якими критеріями
7.	Оцінювання безпосередньо пов'язане з очікуваними результатами навчання
8.	Описує і сумативне (на оцінку), і формувальне оцінювання (наприклад, групові завдання, само-оцінювання, взаємооцінювання)
9.	Прописана можливість отримати додаткові бали (за наявності)
10.	Описує, як часто ви плануєте надавати зворотний зв'язок щодо виконаних завдань
11.	Повідомляє, як отримати доступ до оцінок впродовж семестру
12.	Описує, в яких завданнях є можливість врахувати зауваження, переробити і покращити оцінку
13.	Надає інформацію як з вами можна зв'язатися;
14.	Доступний з самого початку курсу

Окрім цього, орієнтований на навчання (learning-centered) силабус,

також передає ваш ентузіазм, взаємну відповідальність та віру в навчальний потенціал студентів, створює відчуття навчальної групи як спільноти і відповідно знайомить їх з їхньою роллю та правилами курсу.

Якщо нам восени доведеться працювати в дистанційному чи змішаному форматі, краще до цього підготуватись. Одним із кроків стане адаптація робочої навчальної програми дисципліни (РНП) або силабусу. Дотримуючись зворотного дизайну планування курсу, написання силабусу - це один з фінальних кроків, оскільки, поки ви не сформулюєте очікувані результати навчання і стратегію оцінювання, не підберете види діяльності та змістове наповнення, у вас не буде інформації, потрібної для написання силабусу [4].

Підсумовуюче вище сказане, можна зробити висновок, що у силабусі навчальної дисципліни (профілі навчальної дисципліни) необхідно реалізувати компетентності, які прописано в стандарті та освітній програмі, описати види діяльності студента при вивченні дисципліни.

Складові, що включаються у силабус, повинні відповідати сучасному рівню розвитку освіти і науки. Передбачати: логічно-послідовний виклад змісту силабусу, використання сучасних методів і технічних засобів освітнього процесу, що дозволяють здобувачам вищої освіти набути відповідних компетентностей.

Література:

1. Практиці силабусу в Європейському університеті вже 15 років. URL: <https://cutt.ly/laHOQAh>
2. Глосарій Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти (протокол засідання NAGA від 29 серпня 2019 р. № 9).
3. Organizing Syllabi for Online Courses URL: <https://cutt.ly/qaHAKVC>
4. Рекомендації МОН щодо впровадження змішаного навчання у закладах фахової передвищої та вищої освіти URL: <https://cutt.ly/maHNV3r>

***БЕРЕЗОВСЬКА І. Б.**, ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського», канд. техн. наук, доцент,
МЕНІВ Н. П., ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського», викладач,
ФЕДОРОВИЧ У. М., Заслужений працівник освіти України, ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського»*

ПРОВІДНІ ТЕНДЕНЦІЇ В РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

Актуальність проблеми. Сучасний розвиток суспільства, глобальні соціальні, технологічні й інформаційні зміни вимагають нових підходів у підготовці фахівців усіх рівнів та галузей діяльності людини [1]. Система освіти активно перебудовується. Сучасний світ охоплений інформаційно-комунікативними технологіями (ІКТ), які впроваджені в нашому навчальному закладі – Львівська медична академія імені Андрея Крупинського.

Інформатизацію визначають як сукупність взаємопов'язаних організаційних, правових, політичних, соціально-економічних, науково-технічних процесів, що спрямовані на створення умов для задоволення інформаційних потреб на основі формування і розвитку інформаційних систем, мереж, ресурсів та технологій, які побудовані на основі застосування сучасної обчислювальної та комунікативної техніки [2].

Враховуючи епідеміологічну ситуацію в країні та введенням карантинних заходів, з березня 2020 року виникла гостра необхідність різноманітних видів інноваційних технологій в організації професійної освіти. Зокрема, у застосуванні дистанційних форм навчання, які за своєю суттю є особистісно-орієнтованою формою навчання. Дистанційне навчання – це сукупність технологій, що забезпечують доставку студентам основного обсягу навчального матеріалу, інтерактивна взаємодія студентів і викладачів у процесі навчання, надання студентам можливості самостійної роботи з навчальними матеріалами.

В Україні дистанційне навчання активно впроваджується з 2002 року. На сьогодні вже у понад 42 вищих навчальних закладах України проведено програмну платформу MOODLE (систему управління

дистанційним навчанням), яка забезпечує дистанційне навчання.

Актуальним сьогодні є саморозвиток особистості студента, який досягається впровадженням інформаційно-комунікаційних технологій. Викладач скеровує студента на опанування знань та вмінь і створює відповідний для цього контент, новий зміст та форму навчання.

Формулювання цілей. Метою нашого дослідження було дослідити використання створеного викладачами контенту для інформаційно-комунікаційних технологій з метою підвищення ефективності вивчення дисциплін Мікробіологія та Медичні інформаційні системи та підготовку студентів до використання інформаційно-комунікаційних технологій.

Необхідно з'ясувати перспективи застосування інноваційних технологій, дистанційну форму навчання для студентів спеціальності Сестринська справа та доцільність використання навчально-методичних та інформаційних ресурсів, завдяки принципам наочності, систематичності, послідовності, доступності, у підготовці фахових молодших спеціалістів та бакалаврів спеціалізації Сестринська справа.

Виклад матеріалу дослідження. У липні цього року викладачі Львівської медичної академії ім. Андрея Крупинського пройшли курси підвищення кваліфікації за програмою: «Організація дистанційного навчання в закладах освіти з використанням навчальної платформи Moodle» на базі центру розвитку кадрового потенціалу навчального закладу Сумського державного університету. Це дає змогу у подальшому використовувати дану платформу для навчання у дистанційній формі.

Створення єдиного інформаційного середовища закладу освіти – тривалий і складний процес, який формується в декількох напрямках: масове забезпечення ІКТ; створення комп'ютерних класів і автоматизованих робочих місць; створення банку комп'ютерних програм та презентацій як освітнього значення, так і для управлінської діяльності закладу освіти; створення баз даних; активне впровадження нових інформаційних технологій у освітній процес та управління цим процесом [4].

Нами створено нові освітні програми з дисциплін, розроблені нові робочі навчальні програми, які базуються на матеріалах освітньо-професійної програми, а також конспекти лекцій з дисциплін, що дозволяє конкретизувати спрямування студента на певні напрямки, що висвітлює нова парадигма освіти, яка має вирішити труднощі, що виникли у традиційній освітній парадигмі (формування високого професіоналізму і компетентності; креативного мислення; активної,

творчої, ініціативної особистості; конкурентоспроможного фахівця, здатного працювати в нових умовах ринку; ділових якостей, що характеризуються високим рівнем фахової, професійної підготовки; науковими основами управління; високим рівнем адміністративних здібностей; високими морально-етичними якостями) в умовах дистанційного навчання [3].

Застосування мультимедійних презентацій дозволяє студентам сприймати інформацію не лише на слух, але і зоровою пам'яттю: фото, відеоматеріали, створені за допомогою програми Microsoft PowerPoint. Створені комп'ютерні презентації дозволяють відобразити матеріал освітньої навчальної програми у вигляді рисунків при вивченні морфології мікробів, культуральних властивостей мікроорганізмів, таблиць щодо антигенної структури, складу ферментів патогенності, схем лабораторної діагностики, відеофільмів клінічної картини хвороби, малюнків симптомів захворювань, дидактичного матеріалу в кольорі тощо.

Використання мультимедійних презентацій за допомогою слуху і зору сприяє значно кращому засвоєнню навчальної інформації кожним студентом [5]. Матеріал презентацій систематизовано відносно освітньої програми з даних дисциплін [6].

Створено електронний посібник зі Спеціальної мікробіології, створюються викладацькі веб-сайти, умови для творчого зростання студентів-бакалаврів.

Використання електронних інформаційних ресурсів допомогло майбутнім фахівцям вирішувати професійні завдання виконувати наукові проекти, проводити наукові дослідження. А це, в свою чергу, дасть можливість демонструвати та обговорювати результати власних досліджень. Розроблено методичні рекомендації до практичних занять та самостійної роботи студентів. Спеціальність забезпечено необхідною навчальною літературою.

Для реалізації дистанційного навчання та використання усіх розроблених викладачами ресурсів, необхідне програмне забезпечення, зокрема студенти можуть користуватись сервісами на комп'ютері, на планшеті та мобільному, інтернет та система Google з Google Cloud Platform, що дозволяє створювати екземпляри, диски, мережі та інші ресурси та керувати ними на одній платформі. Також став популярний під час карантину сервіс для відеоконференцій Zoom, який ми використовували для проведення лекційних занять та розгляду

проблемних питань зі студентами.

Впродовж 2019–2020 н.р. започатковано роботу в напрямку запровадження моделі інклюзивної освіти для глухих студентів у більш повному об'ємі шляхом застосування засобів інформаційних технологій. Зокрема, проведено порівняння інструментів голосового вводу, щоб вибрати найбільш зручний для викладачів під час занять. Розроблено методику додавання субтитрів для адаптації англомовних відеофільмів для студентів з вадами слуху. Отримані результати подано у формі тез “Викладання дисципліни “Мікробіологія” студентам з вадами слуху за допомогою інформаційних технологій” та стендової доповіді «IT-Assisted Teaching Microbiology to Hearing Impaired Students» на міжнародній конференції HSCI2019 – 16th annual international conference on Hands-on Science з 2 по 6 вересня 2019 року в Національному технічному університеті “Харківський політехнічний інститут” міста Харкова. В межах виконання роботи “Адаптація англомовних відеофільмів для студентів з вадами слуху на прикладі вивчення методу личинкової терапії” створено приклад відеофільму «Личинкова терапія».

Висновки. За результатами проведеного нами дослідження встановлено доцільність складеного контенту з дисципліни Мікробіологія та Медичні інформаційні системи для студентів спеціалізації Сестринська справа, про що свідчать результати диференційованих заліків.

Набувають все більшої доцільності позитивні сторони використання технологій навчання. Це в свою чергу полегшує роботу викладача та виявляє зацікавленість студентів. Значне фінансування у розвиток інформаційно-комунікаційних технологій сприятиме розвитку вищої медсестринської освіти. Створення нових сучасних інформаційних технологій має велике значення для розвитку сучасного інформаційного суспільства в умовах електронної епохи. Опрацювавши контент для інформаційно-комунікаційних технологій та результати успішності студентів спеціальності Сестринська справа, підсумовуємо, що студенти готові для використання ІКТ.

На перспективу в нашому освітньому закладі практичному застосуванню у навчанні набуває розвиток ІТ, в майбутньому, використовуючи парадигму нейронних мереж в дослідженні патогенних збудників.

Література:

1. Бойчук В.М. Теоретичні і методичні основи художньо-графічної підготовки майбутнього вчителя технологій: монографія/ В.М. Бойчук. – Вінниця: ФОП Рогальська О.І., 2015. – С.185.
2. Гарафонов О. І. Теоретичні засади впровадження інформаційної логістики в туризмі / О. І. Гарафонов // Вісник КНУТД. – 2015. – №6(93). – С. 76-80.
3. Грудинін Б. О. Сучасна освіта в контексті нової педагогічної парадигми. *Вісник Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка: зб. наук. праць.* – 2014. – Вип. 25. – С. 26–35.
4. Люльчак С. Ю. Інформаційно-освітнє середовище як засіб модернізації професійної підготовки майбутніх фахівців / С. С. Кізім, Л. В. Куцак, С. Ю. Люльчак // Фізико-математична освіта : науковий журнал. – 2017. – Випуск 4(14). – С. 40.
5. Пометун О. І. Сучасний урок. Інтерактивні технології навчання : наук. метод. посіб. / О. І. Пометун, Л. В. Пироженко. – К.: Видавництво А.С.К., 2004. – С. 34.
6. Освітні програми з дисциплін. <https://limilm.lviv.ua/fakultety/fakultet-2/>

НАТАЛЯ ВОЛОДКА

доцент кафедри «Медсестринство»

Приватний вищий навчальний заклад

“Медико-Природничий Університет”

місто Миколаїв

ФОРМУВАННЯ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ

Анотація: У статті висвітлено питання підготовки медичної сестри освітнього рівня бакалавр, формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки, перебудову концепції традиційної ролі медсестринства в Україні та визначення її ролі в забезпеченні громадського здоров'я в умовах реформування охорони здоров'я.

Ключові слова: медсестринство, охорона здоров'я, реформування, компетентності та компетенції, освіта.

Актуальність теми. Реформування в системі охорони здоров'я створює нові вимоги формування фахівців нового типу, які повинні не тільки досконало володіти фаховими компетентностями за спеціальністю, а й мати навички комунікабельності, ділового спілкування, вміти адаптуватись до нових змін. В наш час змін та реформувань єдине, що не змінюється, це визнання, що здоров'я і життя людини – найвища цінність і в збереженні та відновленні здоров'я велика роль належить медичним працівникам. Структурною та найчисельнішою складовою системи охорони здоров'я є медсестринство, роль якого надзвичайно важлива.

Мета статті охарактеризувати наукові погляди на формування компетентностей майбутніх фахівців медсестринства з бакалаврським освітнім ступенем через набуття фахових компетенцій в умовах реформування.

Досягнення професіоналізму через професійну компетентність досліджували І.Д. Бех, О.А. Дубасенюк, І.А. Зязюн, А.К. Маркова, І.В. Родигіна. Формування компетентності як системи сформованих компетенцій стали предметом дослідження Е.Ф. Зеєра, С.Г. Пільової, М.В. Рудіної. Компетентісний підхід як інтегральне об'єднання професійної, соціальної, комунікативної компетентностей висвітлювали Н.М. Бібік, О.В. Овчарук, О.І. Пометун, О.Я. Савченко. Професійній компетентності як

результату сформованих знань, умінь, навичок, професійно важливих особистісних якостей присвятили науковій праці Є.М. Павлютенкова, С.Г. Пільова, Р.В. Чубук та ін. Проблемні питання медсестринської освіти та практики, шляхи впровадження етико-деонтологічних принципів медичних спеціалістів у практику проаналізували та науково обґрунтували перспективні напрями їх реформування в Україні М.В. Банчук, Ю.Г. Віленський, О.А. Грандо, І.Я. Губенко, В.В. [1, с.2] [2, с.3]

Проблемні питання медсестринської освіти та практики проаналізували та науково обґрунтували перспективні напрями їх реформування в Україні М.В. Банчук, Ю.Г. Віленський, О.А. Грандо, І.Я. Губенко, В.В. Лойко, І.А. Радзієвська, Ю.В. Поляченко, Т.І. Чернишенко, В.Й. Шатило, М.Б. Шегедин. [2, с.4]

Метою розвитку медсестринства в Україні є зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та якості життя шляхом збільшення ефективності системи медичного обслуговування та збільшення охоплення послугами з охорони здоров'я та медичного догляду. Зазначена мета може бути досягнута шляхом залучення медичних сестер до розширення їх функцій в охороні здоров'я. Під час реформ, що відбуваються в країні та у відповідності вимог часу, як в освіті, так у галузі охорони здоров'я дуже важлива підготовка майбутніх спеціалістів та забезпечення якісними фахівцями. Продовжується реформування навчального процесу, спрямоване на оновлення її змісту, удосконалення технології навчання і виховання. Це процес перманентний, бо пов'язаний з прогресом суспільства, і кожний етап його розвитку ставить перед вищою школою специфічні завдання.

Реформування в системі охорони здоров'я створює нові вимоги у формуванні спеціалістів нового типу, які повинні не тільки досконало володіти спеціальністю, а й мати навички комунікабельності, ділового спілкування, вміти адаптуватись до нових змін, Професійні знання і навички, які використовують у роботі медичні сестри, відрізняються залежно від напрямку або галузі охорони здоров'я, в якій вони працюють, але вони мають бути компетентними у виконанні своєї професійної діяльності і всі без винятку розуміти, що пацієнти – головна цінність медичної системи.

Досліджуючи роль медсестри, багато держав ширше дивляться на їх функціональні обов'язки та можливості. Так, в Європі та інших країнах медсестра сприймається не тільки як помічник лікаря, а й як абсолютно

автономний медичний працівник, який в змозі та в праві самостійно приймати рішення стосовно діагностування, лікування, а також відновлення працездатності та реабілітації хворого. Сучасне трактування Всесвітньої організації охорони здоров'я сестринської справи містить у собі не лише визначення її місця і завдань у системі охорони здоров'я, а й чітко окреслює коло функціональних обов'язків: «Сестринська справа – це складова частина системи охорони здоров'я, яка направлена на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих умовах навколишнього середовища». Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає медсестринський персонал як реальний потенціал для задоволення проблем населення в наданні медичної допомоги.

Головною метою реформи підготовки медичних сестер, яка від медичної моделі вже перейшла до ступеневої медсестринської, є її приведення до рівня міжнародних стандартів. З метою формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки необхідно акцентувати увагу на принципах взаємної співпраці, поєднанні професійних й особистісних рис, спрямуванні на фахову діяльність. Компетентність є результатом набуття компетенцій, і тому за своєю суттю поняття «компетентність» є значно ширшим від поняття «компетенція».[3,с.184] Компетенція, відповідно до європейського контексту, включає знання й розуміння, знання як діяти, знання як бути (цінності як невід'ємна частина способу сприйняття й життя з іншими в соціальному контексті)/

Компетентність – якість особистості, її певне надбання, що ґрунтується на знаннях, досвіді, моральних засадах і проявляється у критичний момент за рахунок вміння знаходити зв'язок між ситуацією та знаннями, у прийнятті адекватних рішень нагальної проблеми. МОЗ України та медична спільнота працює над новою моделлю фахівця з напрямку медсестринства, зазначаючи, що в інституті медсестринства прихований великий потенціал для позитивних змін в медицині. На думку М. Шегедин, медична сестра в новій моделі виступає не простим виконавцем волі лікаря, а партнером. Упровадження компетентнісного підходу як засобу модернізації змісту вищої медичної освіти зумовлює визначення конкретного переліку і змісту ключових компетенцій випускників вищих медичних навчальних закладів, які вказані в освітньо-кваліфікаційній характеристиці фахівця; встановлення відповідності базових компетенцій професійно-орієнтованим дисциплінам; відбір змісту

дисциплін, що забезпечить їх формування та розвиток. [4, с.10] Професійні або спеціальні компетенції – це ті, які необхідні для здійснення професійної діяльності. На думку Ю. Кузнецова, професійна компетентність – властивість особистості, що дозволяє ефективно взаємодіяти з професійним середовищем. Компетентність – результат не тільки здобутої освіти, вона неможлива без поглиблення та власного досвіду на шляху до професіоналізму. Метою освіти є не тільки передача студенту сукупності знань, умінь і навичок у певній сфері, але і розвиток кругозору, міждисциплінарного чуття, здатність до індивідуальних креативних рішень, до самонавчання, а також формування гуманістичних цінностей. Саме з формуванням компетентності майбутнього фахівця пов'язують сьогодні якість професійної освіти, що забезпечує конкурентоспроможність випускника на ринку праці. [5, с.211] У сучасному світі саме професійна компетентність майбутнього фахівця розглядається як показник якості освіти. Тому вивчення та аналіз особливостей процесу її формування в усіх галузях, зокрема медичній, є пріоритетним завданням педагогічної науки. Для сучасної медичної сестри необхідні професійні знання та базові спеціальні професійно-медичні вміння. Компетентнісний підхід визнано одним із стратегічних напрямків реформування медичної освіти, визначальними складниками якого є «компетенції», «компетентності», «професійна компетентність».[5] Згідно з визначенням Міжнародного департаменту стандартів для навчання, досягнення та освіти, «компетентність» – це спроможність кваліфіковано здійснювати професійну діяльність. Компетентності передбачають наявність сукупності знань, навичок та ставлень, які надають особистості змогу ефективно здійснювати діяльність або виконувати певні функції, що відповідають визначеним стандартам у сфері певної професії. Професія медичної сестри – найпоширеніша в системі охорони здоров'я, тому проблеми медсестринської освіти й діяльності є надзвичайно актуальними. Флоренс Найтінгейл називала сестринську справу мистецтвом, що потребує організації, практичної й наукової підготовки.

Медична сестра сьогодні – це висококваліфікований фахівець, здатний виконувати лікувальнопрофілактичні завдання, розробляти план заходів із реалізації сестринської допомоги, оцінки ефективності надання допомоги, здатний організувати заходи з надання невідкладної долікарської допомоги, профілактики захворювань.[4, с.11] Функціонування медичної освіти і тенденції її розвитку не можна розглядати відокремлено від

світового контексту розвитку системи охорони здоров'я та системи загальної освіти, особливостей системи охорони здоров'я тієї чи іншої країни, а також специфіки самої медичної освіти. Застосування компетентнісного підходу до медичної освіти викликає необхідність змін освітньої парадигми та передбачає термінологічну уніфікацію у відповідності до європейських стандартів. Для впровадження компетентнісного підходу у навчальний процес вищої медичної школи важливим є обізнаність та вміння педагогічних працівників ефективно застосовувати науково-педагогічні підходи до організації навчання, тобто бути професійно та педагогічно компетентним. [3,5] Обов'язковим компонентом оцінки сучасного викладача є оволодіння ним сучасними технологіями отримання і передачі студентам нової інформації.

На сьогодні змінилися вимоги до освіти. Сучасне і майбутнє покоління потребують динамічної системи освіти, яка була б тісніше пов'язана з їхнім життям, з тими проблемами, які це життя у всезростаючому темпі ставить перед людиною. Звичайно, використання інформаційних технологій не вирішить всіх питань як у освіті, так і в повсякденному житті. Ситуація з пандемією коронавірусу продемонструвала наскільки важливо використання новітніх інформаційних технологій, завдяки яким є можливість забезпечити освітній процес дистанційно .

Підготовка медичної сестри нової формації – висококваліфікованого спеціаліста, що може приймати рішення в межах своєї компетенції самостійно, використовуючи свої знання та досвід є вимогою сьогодення. Академічний бакалаврат є однією з форм медсестринської освіти , спрямованою на випускника широкого профілю . Повною базою всіх навичок і знань, яка традиційно існувала в європейських та інших розвинених країнах світу [2, с. 63]. Ширший спектр повноважень (як це відбувається на Заході) зберігає лікарю дуже багато часу та дає можливість допомагати більшій кількості пацієнтів. Тому необхідно запровадити сучасні міжнародні стандарти та вчити наших медсестер сучасним практикам та створити умови для забезпечення академічної мобільності.

Переважає число працівників охорони здоров'я представлені медичними сестрами. Саме вони перебувають з пацієнтом максимальну кількість часу, завдяки чому здатні краще зануритись у проблеми пацієнта, вивчити його хворобу, вчасно помітити найменші зміни в стані пацієнта та сприяти процесу одужання. Проте, роль медсестер в сучасному медичному

середовищі залишається другорядною. Медична реформа ставить за мету змінити цю ситуацію через визначення такої ролі медсестринства, яка була б орієнтована передусім на задоволення потреб суспільства, а не на сталість наявної системи охорони здоров'я. [4,5] Це означає фундаментальну перебудову концепції традиційної ролі медсестринства в Україні. За допомогою цієї категорії медпрацівників, при використанні ними сучасних технологій, можливо забезпечити якісний догляд за хворими в стаціонарі, вести санітарно-просвітню та профілактичну роботу серед населення в таких важливих напрямках, як формування мотивації до здорового способу життя. Особливо ця допомога важлива в первинній ланці сімейної медицини, бо вона малозатратна та ефективна.[1, с.6] Зауважимо, що близько 80% успіху виживання людини після операції — це заслуга медсестри. Адже саме вона доглядає за хворим після операційного втручання та присутня під час операції. Однак таке вагоме значення та роль медичної сестри в житті кожної людини та в суспільстві в цілому розуміється тільки за кордоном. [4, с.14] Розвиток медичної освіти - це спільна справа студентів, викладачів, науковців.

Висновок. Трансформація охорони здоров'я потребує нових принципів у медичній освіті й підвищення суспільного запиту на прогресивні зміни. Дуже важливо в умовах реформування охорони здоров'я впливати на формування позитивної суспільної думки про сестринську діяльність в системі охорони здоров'я України, впливати на свідомість населення щодо важливості вкладу медичних сестер в забезпечення здоров'я населення. Надати більше повноважень медичним сестрам з бакалаврським освітнім ступенем та можливість виконувати більше незалежних функцій в процесі фахової діяльності, що значно вплине на поліпшення якості надання медичної допомоги, покращенню показників здоров'я населення та якості життя. Все це потребує відповідних управлінських заходів та певних економічних механізмів.

Література:

1. Антонова О.Є., Шарлович З.П. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини як складова їх професійної компетентності // Проблеми освіти: Наук-метод. зб. / Інститут інноваційних технологій і змісту освіти МОН України. – Київ, 2015. – Вип. 85. – С. 9-14.
2. О.Б.Варава. Шляхи формування нової генерації медичних сестер в Україні.// Педагогіка формування творчої особистості у вищих і загальноосвітніх школах. – № 60, Т.1, 2018. – С.62-65
3. Губенко І., Радзієвська І., Бразалій М. Методика формування професійної компетентності медичних сестер у процесі їх практичної підготовки . – [Електронний ресурс]. FAMILY DOCTOR – Режим доступу :
// <http://familydoctor.com.ua/metodikaformuvannya-profesiynoyi-kompetentnosti-medichnih-sester>
4. Закусилова Т. О. Концептуальні засади формування професіоналізму особистості майбутньої медичної сестри: компетентнісний підхід. V Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання. Додатковий 3-й том наукових публікацій. Київ, 2016. С. 188–194
5. Мартиненко С.А. Фахова компетентність: психолого-педагогічний аспект [Електронний ресурс]. – Режим доступу :
http://narodnaosvita.kiev.ua/Narodna_osvita/vupysku/20/statti/martinenko.htm
6. Радзієвська І. В. Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі вивчення фахових дисциплін [Рукопис] : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / І. В. Радзієвська; К., 2011. – 285 с.

ГВОЗДЕЦЬКА Г.С.

викладач вищої категорії,

викладача-методист,

завідувачка медсестринським відділенням

Івано-Франківський національний

медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ АТЕСТАЦІЇ «МЕДСЕСТРИНСТВО» У 2020 РОЦІ У ІФНМУ

Комплексна кваліфікаційна атестація зі спеціальності «Медсестринство» ОПІ «Сестринська справа», зважаючи на епідеміологічну ситуацію, опираючись на Постанову Кабінету Міністрів України від 11.03.2020 №211 «Про запобігання поширенню на території України коронавірусу COVID-19» зі змінами від 4 травня 2020 р. №332, рекомендаційного листа МОН України №1/9-178 від 27.03.2020 року «Щодо оголошення карантину», наказу ректора Університету №511-д від 08.05.2020 р. «Про зміни в організації освітнього процесу та завершення весняного семестру 2019/2020 навчального року» проводилася в дистанційному режимі на платформі Microsoft Teams Івано-Франківського національного медичного університету.

Прийом Державної кваліфікаційної атестації здійснюється Державною кваліфікаційною комісією. До складу Державної кваліфікаційної комісії входять: голова Державної кваліфікаційної комісії, ректор Івано-Франківського національного медичного університету, перший проректор, директор Медичного коледжу, завідувачка медсестринським відділенням, висококваліфіковані викладачі коледжу, представники Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації, провідні спеціалісти з числа середнього медичного персоналу. Для проведення іспиту було створено 4 екзаменаційних бригади : 2- по 1 екзаменатору із викладачів терапевтичного профілю та викладачів із охорони праці та 2 бригади по 1 з викладачів хірургічного та педіатричного профілів. Роботу кожної екзаменаційної бригади забезпечував 1 екзаменаційний секретар. Всі студенти поділені на 2 бригади, в одній екзаменаційній бригаді було по 13–15 чоловік. Формування бригад відбувалося рандомізованим методом за допомогою тієї ж платформи Microsoft Teams. Крім того кожна бригада була поділена на 2 групи, які

мали свій маршрутний лист, згідно якого проходила здача іспиту. За один екзаменаційний день іспит складала 1 академічна група.

Кожний студент, під час дистанційного проходження іспиту, вирішує ситуаційні задачі з надання невідкладної долікарської допомоги, які включають невідкладні стани у хірургії, педіатрії, внутрішній медицини, та ситуаційні задачі з основ охорони праці та охорони праці в галузі згідно вимог Освітньо-кваліфікаційної характеристики «Молодший спеціаліст» та Освітньо-професійної програми «Сестринська справа» зі спеціальності 223 «Медсестринство».

Задачі згруповані у два блоки білетів, котрі включають:

- виконання завдань з невідкладних станів у хірургії та педіатрії (білети 1.1-1.30);
- виконання завдань з невідкладних станів у внутрішній медицині, та ситуаційні задачі з основ охорони праці та охорони праці в галузі (білети 2.1-2.30).

Для виконання завдань виділяється по 20 хвилин на екзаменаційний білет; в сумі 40 хв. Загальний час іспиту 4 год. 30 хвилин.

Розподіл білетів між студентами та вибір екзаменаторів здійснювався рандомізованим методом, використовуючи платформу Microsoft Teams в день іспиту перед його початком в присутності незалежного експерта із числа студентського активу університету.

Протягом всього часу спілкування із студентом екзаменаторів, розпочинаючи із моменту ідентифікації студента до оголошення результату, проводилась відеозапис. Таким чином абсолютно виключена корупційна складова та необ'єктивне оцінювання. Ідентифікація студента проводилась шляхом представлення ним паспорта або іншого документа, що засвідчує особу. Умови білету були виведені на екран монітору і у вигляді По завершенню одного блоку для бригади з метою відпочинку було регламентовано 15-тихвилинну перерву.

Оцінювання здійснюється згідно національної 4-бальної шкали оцінювання.

«Відмінно»: ситуаційна задача вирішена правильно, відповідно до еталона відповіді, студент впевнено володіє теоретичним матеріалом, вміє застосовувати його щодо конкретно поставлених завдань.

«Добре» – ситуаційна задача вирішена правильно, в основному відповідно до еталона відповіді, студент нечітко формулює правильну відповідь, допускає 1–2 незначні помилки.

«Задовільно» – при вирішенні ситуаційної задачі студент допускає невідповідність до еталона відповіді, не досить впевнено орієнтується у теоретичному матеріалі, допускає 3–4 помилки.

«Незадовільно» – ситуаційна задача не вирішена, студент припускається грубих помилок, виявляє незнання та нерозуміння навчального матеріалу.

По завершенню іспиту, використовуючи платформу Microsoft Teams, було проведено підсумкову онлайн-конференцію за участю всіх студентів екзаменаційної групи, першої проректорки університету, адміністрації коледжу, голови екзаменаційної комісії з одної сторони та всіх студентів із іншої сторони. Під час даної конференції було оголошено студентам результати комплексного іспиту та рішення атестаційної комісії.

Всі студенти успішно склали даний іспит.

По завершенню іспитів було проведено анонімне анкетування 80 випускників щодо дистанційного запитання. На запитання чи доступною була платформа Microsoft Teams для складання іспитів 75 студентів (93,8%) дали схвальну відповідь. На запитання чи задоволені даною методикою проведення іспитів, всі студенти відповіли позитивно. Але всі студенти побажали б краще здавати іспит у очному форматі.

Отже, виходячи із викликів сьогодення та епідемічної ситуації в державі, проведення іспитів, використовуючи платформу Microsoft Teams, дало можливість успішно проатестувати випускників. Але при можливості потрібно все ж таки провадити очне навчання.

Література:

1. Воронкін О.С. Організація дистанційних технологій навчання на сонові комп'ютерних інформаційних систем вищих навчальних закладів України.[Електронний ресурс].Режим доступу:<http://www.nbu.gov.ua/e-journals/vsunud/2015-6E/vosnjzu.htm>.

2. Ковальчук Л.Я. Застосування Європейських стандартів і рекомендацій щодо внутрішнього забезпечення якості медсестринської освіти в Тернопільському державному медичному університеті // Медсестринство. – 2011. – №1. – С. 13-16

3. Галузевий стандарт вищої освіти України, Освітньо-кваліфікаційна характеристика «Молодший спеціаліст» за спеціальністю 5.120102 «Сестринська справа». - Міністерство освіти та науки України. – Київ, 2011

КОСТЕРЕВА Н.В., викладач
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична
академія ім. Андрея Крупинського»,
РУДАКОВА Н.Є., викладач
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична
академія ім. Андрея Крупинського»

ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗАХИСТУ (МАСОК) У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ: ВІД ТЕОРІЇ ДО ПРАКТИКИ

Мета: проаналізувати ставлення учасників освітнього процесу у закладах медичної освіти щодо носіння масок та обізнаності їх правильного використання та утилізації згідно рекомендацій ВООЗ.

Матеріали і методи дослідження: дослідження було проведено у восьми вищих медичних навчальних закладах України з використанням теоретичного аналізу та узагальнення даних науково-методичної літератури, дані сучасних досліджень у сфері громадського здоров'я, аналіз анкет анонімного опитування.

Результати: встановлено, що майже половина респондентів використовує багаторазові маски, як засіб профілактики зараження на COVID-19 з економічних міркувань, тоді як 10 % респондентів взагалі не використовують маски тому, що вважають їх шкідливими, чим збільшують криву зростання інфікування в освітньому середовищі.

Висновки: для запобігання інтенсивного розповсюдження коронавірусної хвороби (Covid-19) у закладах вищої освіти слід чітко дотримуватись міжнародних протоколів і рекомендацій ВООЗ, вести просвітницьку роботу з молоддю із залученням експертів в галузі громадського здоров'я.

Ключові слова: коронавірусна хвороба (Covid-19), маска, заклад вищої освіти, студент.

Вступ. З початком навчального року питання про використання засобів індивідуального захисту (масок) є найактуальнішим чи не у всіх закладах освіти від середніх загальноосвітніх шкіл до закладів вищої освіти. Це складне завдання, яке різні країни вирішують по-різному. Наприклад, Національний департамент здоров'я США розробив федеральні

рекомендації, але із застереженням, що кожен штат може вирішувати проблему по-своєму. В Україні станом на 30 липня 2020 року Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) представило «Тимчасові рекомендації, щодо організації протиепідемічних заходів у закладах освіти на період карантину, у зв'язку з поширенням коронавірусної хвороби (Covid-19)», де питання використання масок має рекомендований характер, і, відповідно, не всі учасники освітнього процесу розуміють важливість дотримання суворих правил профілактики розповсюдження інфекції. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) чітко визначила три головні профілактичні засоби протидії пандемії на сьогодні: використання засобів індивідуального захисту (маски, респіратори), дотримання соціальної дистанції та гігієна рук [8].

Актуальність проблеми. На початку цієї весни двері освітніх закладів по цілому світі зачинились, 1,5 мільярда молодих людей залишалися вдома в рамках тотального закриття, з метою захисту людей від нової пандемії. Рішучі заходи вживались в багатьох місцях, різко сповільнюючи поширення SARS-CoV-2, вірусу, що викликає COVID-19. У багатьох країнах були розроблені стратегії боротьби зі стрімким розповсюдженням інфекції. Глобальне поширення COVID-19 на початку 2020 року суттєво збільшило попит на маски для обличчя у світі, одночасно стимулюючи дослідження щодо їх ефективності та можливості активного використання в умовах навчального процесу. Маски для обличчя - це простий спосіб зменшити передачу коронавірусу та врятувати життя. Згідно з даними Центрів з контролю та профілактики захворювань, доведено, що носіння маски для обличчя в громадських місцях зменшує поширення COVID-19, оскільки ті, хто не має симптомів, можуть поширювати вірус ще до їх появи.

Останні тижні по всьому світу спостерігається занепокоєння влади різних країн, щодо відкриття освітніх закладів та подальшого стрімкого спалаху інфекції через велику кількість захворівших студентів та школярів. Спалахи захворювання на COVID-19 цього літа в штатах Вашингтон, Каліфорнія, та Міссісіпі дали уявлення про проблеми, з якими стикаються адміністрації навчальних закладів. У серпні газета "Los Angeles Times" повідомила, що всього за кілька днів до початку нового семестру університети по всій території США щосили намагаються стримати спалахи COVID-19, пов'язані з проживанням студентів у гуртожитках (кампусах) і вечірками за межами кампусів у переповнених барах.

Університет Північної Кароліни в Чапел-Хілл скасував заняття та заявив, що перейде на дистанційне навчання після повідомлення про 130 підтверджених випадків зараження серед студентів і п'яти серед співробітників за останній тиждень. Тобто, ще до початку навчального року серед прибулих на навчання студентів почала поширюватися коронавірусна інфекція [7].

Журнал «Science» розглянув стратегії відновлення освітньої діяльності від Південної Африки до Фінляндії та Ізраїлю, і виявив деякі обнадійливі моделі навчання, в яких учні повинні навчатися у невеликих групах, дотримуватися соціальної дистанції та носити маски. Одним із способів боротьби з поширенням коронавірусної інфекції є дотримання соціальної дистанції. Проте, цей пункт складно запровадити через занадто тісну культуру спілкування у студентському середовищі. Маски можуть допомогти скоротити соціальну дистанцію. Але і до них ставлення у різних країнах неоднакове. Зрозуміло, що студентам незручно носити маски годинами, їм може не вистачити самодисципліни, щоб носити їх постійно, не опускаючи на шию і не вивільняючи ніс [5].

У Китаї, Південній Кореї, Японії та В'єтнамі, де маски вже широко поширені та багато хто носить їх під час сезону грипу, освітні заклади жорстко регламентують носити їх всім учням і вчителям. Китай дозволяє учням знімати маски тільки під час обіду, коли дітей відділяють скляні або пластикові перегородки. В Ізраїлі потрібні маски для дітей старших семи років поза класом, а для дітей четвертого класу і старших - впродовж усього дня. У Німеччини учні носять маски в коридорах і під час відвідування туалету, але можуть знімати їх, коли сидять за своїми (віддаленими) партами.

Чимало вчителів, особливо передпенсійного віку, просто звільняються через страх захворіти на COVID-19. Згідно з опитуваннями шкільних округів США, близько третини співробітників вважають за краще триматися від школи подалі. Особливо після повідомлень про те, що кілька вчителів померли від ускладнень COVID-19 в Швеції, де школи не змінювали кількість учнів у класах і не вводили будь-яких інших протиепідемічних заходів [6].

Мета дослідження: проаналізувати ставлення учасників освітнього процесу у закладах медичної освіти, щодо носіння масок та обізнаності їх правильного використання та утилізації згідно рекомендація ВООЗ.

Завдання дослідження.

1. За допомогою літературних джерел проаналізувати стан проблеми в різних країнах світу.
2. Проаналізувати дані учасників освітнього процесу, щодо використання масок у повсякденному житті та в умовах навчання.
3. Запровадити основні рекомендації для студентів та викладачів щодо профілактики захворювання на COVID-19 в умовах освітнього процесу.

Матеріали та методи дослідження.

Це дослідження було проведено у період з квітня по червень 2020 року на базі таких освітніх закладів: Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського, Кам'янський медичний коледж, Чернівецький медичний фаховий коледж, Самбірський медичний коледж, Івано-Франківський національний медичний університет, Коледж ІФНМУ, Медичний коледж Буковинського державного медичного університету, ПВНЗ «Медико-Природничий Університет», Всього в опитуванні взяли участь 1354 людей. Для **реалізації поставленої мети** використовувались такі методи дослідження:

1. Теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури та всесвітньої інформаційної мережі Інтернет.
2. Аналіз анкет анонімного опитування, які надали учасники дослідження з різних навчальних закладів освіти України за допомогою Google Forms.

Результати дослідження. Аналіз 1354 анкет учасників анонімного опитування показав, що у дослідженні взяли участь 89,8 % студентів та 10,2 % викладачів.

На запитання: «Чи користуєтесь Ви засобами індивідуального захисту від COVID-19 (масками, респіраторами)?»: 98,4 % дали відповідь – «ТАК», 1,6 % - «НІ».

На запитання: «Який засіб Ви використовуєте?»: 44 % респондентів відповіло - «багаторазова маска», 43,6 % - «одноразова маска» та 12,4 % - «респіратор». Вибір багаторазової маски пов'язаний із ціною, доступністю та зручністю у використанні, можливістю уникати додаткового забруднення довкілля, та підкреслення особистості індивідуальним дизайном маски.

На запитання: «Коли Ви одягаєте індивідуальний засіб захисту?»: 43,3 % респондентів відповіли – «Кожного разу коли виходжу на вулицю»,

37,4 % – «Коли заходжу у місця масового скупчення», 10,8 % – «Коли заходжу у приміщення загального користування» і тільки 8,5 % – «На вимогу закладу».

На запитання «Як часто Ви змінюєте одноразову маску?» відповідь дали тільки 1310 респондентів. З них 46,9 % надали відповідь – «Кожні 2 години після застосування», 26 % – використовують тільки один раз; 16,1 % респондентів використовують одноразові маски по декілька раз, 3,7 % респондентів відповіли, що використовують одноразову маску допоки вона не порветься.

На запитання: «Як Ви дезінфікуєте багаторазову маску?»: 58,1 % респондентів відповіли, що вони проводять обробку дезінфікуючим засобом, прання маски та прасування; 19,5 % респондентів тільки проводять прання маски; 10,2 % опитуваних взагалі не дезінфікують багаторазову маску. Більше половини респондентів (51,2 %) після кожного використання багаторазової маски дезінфікують її; 9,6 % дезінфікують маску один раз у 3 дні і 7,4 % дезінфікують її тільки тоді, коли вона забрудниться.

На запитання: «Як Ви зберігаєте засіб індивідуального захисту?»: більше 36,6 % респондентів відповіли, що зберігають у поліетиленовому пакеті, який може бути або в сумці, або в кишені; 20 % опитаних відповіли, що над цим питання не думали та зберігають, де їм зручно; більше 20% зберігають маски в кишені одягу або в сумці поруч з різними речами.

На запитання: «Як Ви проводите утилізацію маски?» найбільше відповідей було: «викидаю у смітник»; «викидаю, де зручно»; «спалюю»; «у пакеті у сміття»; «розрізаю та викидаю».

Також було задано запитання про використання інших засобів індивідуального захисту. Так 1166 респондентів додатково використовують антисептичні розчини, 674 опитаних дотримуються соціальної дистанції, 1161 – постійно миють руки, 642 людини – носять гумові рукавички.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Загалом, термін «маска для обличчя» регулює широкий спектр захисних засобів з основною функцією зменшення пропускання частинок або крапель. Передумова захисту від інфікованих людей, які носять маску, проста: носіння маски для обличчя зменшить розповсюдження крапель дихання, що містять віруси. Насправді, останні дослідження показують, що носіння масок для обличчя зменшує поширення COVID-19 на популяційному рівні, а отже, пригнічує зростання кривої епідемії [2]. З точки зору державної політики, дефіцит у

постачанні хірургічних масок для обличчя та респіраторів N95, а також занепокоєння щодо їх побічних ефектів та дискомфорт при тривалому застосуванні призвели до публічного використання різноманітних засобів, які, як правило, менш обмежувальні (наприклад, домашні бавовняні маски або бандани) [4]. Як показало наше дослідження майже половина респондентів використовує багаторазові маски, як засіб профілактики зараження на COVID-19. Враховуючи, що в дослідженні приймало більш ніж 89,9 % студентів, економічна складова суттєво збільшує попит на таке користування, також необхідно враховувати можливість підкреслити свою індивідуальність та креативність у середовищі однолітків. Згідно рекомендаціям дослідницької групи під керівництвом Емми П. Фішер тканинні маски вловлюють краплі, які виділяються, коли людина в масці чхає, кашляє або розмовляє. Вони зменшують поширення вірусів, їх легко купити або виготовити, можна прати і знову носити [3].

Аналіз результатів проведеного дослідження показав, що 10 % респондентів взагалі не використовують маски тому, що вважають їх шкідливими через здатність накопичувати інфекції. І це правда. Маски з тканини, якщо вони не дезінфікуються належним чином, дійсно є переносниками як бактерій, включаючи кишкову паличку, так і вірусів – норовірус і коронавірус. Такі патогени, як бактерії та віруси, можуть жити на тканинній масці до 8-12 годин. Тому одноразову маску потрібно міняти кожні 2-4 години, а тканинну маску – регулярно прати, дезінфікувати та добре висушувати та піддавати дії високих температур [1].

Неналежне використання, дезінфекція та утилізація масок приводить до розповсюдження інфекції, формує хибну думку у студентському суспільстві про надійність засобів індивідуального захисту.

ВООЗ у розділі «Запитання та відповіді: Діти та маски», пов'язані з COVID-19 чітко дала відповідь на необхідність використання масок для всіх учасників освітнього процесу:

«У середовищі, де широко поширена передача інфекції, всі дорослі у віці до 60 років, які в цілому мають добре самопочуття, повинні носити тканинні маски, коли вони не можуть забезпечити відстань не менше, ніж 1 м від інших. Це особливо важливо для дорослих, які працюють з дітьми, і можуть мати тісний контакт з дітьми та один з одним.

Дорослі у віці 60 років і старше, або які мають супутні основні захворювання, такі як хвороби серця, діабет або рак легень, повинні носити медичну маску через більший ризик серйозно захворіти на COVID-19».

Враховуючи кількість захворювань серед студентів та викладачів закладів освіти, яка стрімко зростає на перших тижнях навчального року вважаємо необхідним суворо дотримуватись рекомендацій, щодо профілактики розповсюдження коронавірусної хвороби (Covid-19). Нажаль не до кінця науково доведені негативні моменти при довготривалому використанні масок в освітньому процесі.

За результатами проведеного дослідження, нами було сформовані рекомендації згідно протоколів ВООЗ та МОЗ України, щодо використання масок у навчальному процесі. Також для студентів 1 курсу, які вступили після 9 класу до Львівської медичної академії ім. Андрея Крупинського було запропоновано у першому семестрі навчального року проведення учбових семінарів-тренінгів на тему використання, зберігання, дезінфекцію та утилізацію масок.

Перспективи подальших досліджень в цьому напрямку. Подальший розвиток цього напрямку буде пов'язаний з дослідженням шкідливих моментів при використанні масок на психоемоційний та фізичний стан студентів і викладачів та вплив на довкілля.

Література:

1. “Advice on the use of masks in the context of COVID-19” (WHO Reference Number: WHO/2019-nCov/IPC_Masks/2020.4, World Health Organization, 2020).
2. D.K. Chu, E.A. Akl, S. Duda, K. Solo, S. Yaacoub, H.J. Schünemann, COVID-19 Systematic Urgent Review Group Effort (SURGE) study authors, Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Lancet* 395, 1973–1987(2020). doi:10.1016/S0140-6736(20)31142-9pmid:32497510
3. Emma P. Fischer, Martin C. Fischer, David Grass, Isaac Henrion, and Eric Westman, Low-cost measurement of facemask efficacy for filtering expelled droplets during speech: *Science Advances* 07 Aug 2020: eabd3083 DOI: 10.1126/sciadv.abd3083
4. N. H. L. Leung, D. K. W. Chu, E. Y. C. Shiu, K.-H. Chan, J. J. McDevitt, B. J. P. Hau, H.-L. Yen, Y. Li, D. K. M. Ip, J. S. M. Peiris, W.-H. Seto, G. M. Leung, D. K. Milton, B. J. Cowling, Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. *Nat. Med.* 26, 676–680 (2020). doi:10.1038/s41591-020-0843-2pmid:32371934

5. School openings across globe suggest ways to keep coronavirus at bay, despite outbreaks by Jennifer Couzin-Frankel, Gretchen Vogel, Meagan Weiland, Science Jul. 7, 2020
6. Which type of face mask is most effective against COVID-19? By Janelle Ringer - August 11, 2020 Loma Lind University Health
7. <https://www.who.int/publications/m/item/key-messages-and-actions-for-covid-19-prevention-and-control-in-schools>
8. https://moz.gov.ua/uploads/3/19713-standarti_med_dopomogi_covid_19.pdf

КОСТИВ З.П. викладач

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична

академія ім. Андрея Крупинського»

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ УКРАЇНИ, КРАЇН ЄВРОПИ ТА СПОЛУЧЕНИХ ШТАТІВ АМЕРИКИ

На сьогодні багато уваги приділяють реформуванню ступеневої медсестринської освіти, яка передбачає корекцію підготовки сестри/брата медичних до рівня європейських стандартів. Однак, варто відзначити, що удосконалення медсестринської освіти значно випереджає зміни в практичному медсестринстві. Виходячи із даного аналізу, потрібно в період реформування сестринської справи у практичній системі охорони здоров'я вже закладати європейські стандарти компетентностей середнього медичного персоналу.

Проблема компетенцій сестри/брата медичних перебуває у центрі уваги, оскільки фахові компетентності повинні забезпечувати вміння індивідуального підходу до пацієнта, оволодіти навичками співпраці з родинами пацієнтів, якостями менеджера та психолога у галузі ділових і людських стосунків.

Сучасний пацієнт очікує якісних медичних послуг, що вимагає від сестер/братів медичних розширених професійних знань та навичок, вміння встановити медсестринський діагноз, користуватись сучасною медичною апаратурою, мати доступ до інформації щодо останніх досягнень у медицині. У ряді розвинених країн саме сестри/брати медичні є першими, останнім та найбільш постійним ланцюгом контакту пацієнта з системою медичної допомоги та охорони здоров'я [7]. Реформа системи охорони здоров'я значною мірою стосуватиметься і реформування інституту медсестринства [6].

Мета статті – проаналізувати фахові компетентності сестер/братів медичних України та країн Європи, США.

Сучасне трактування ВООЗ сестринської справи містить не лише визначення її місця і завдань у системі охорони здоров'я, а й чітко окреслює коло функціональних обов'язків: «Сестринська справа – це складова частина системи охорони здоров'я, яка спрямована на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих

умовах навколишнього середовища. Сестринська справа включає діяльність із зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, надання психосоціальної допомоги особам, які мають фізичні та (або) психічні захворювання, а також непрацездатним всіх вікових груп» [5].

В європейських країнах сестра/брат медичні є повністю самостійними, вони мають право прийняти ті рішення, які стосуються сестринського персоналу, їм доступна вища освіта за своєю спеціальністю, тисячі наших колег займаються не тільки педагогічною, але й науковою діяльністю, результати їх праці лягають в основу більш удосконалених принципів організації медичної допомоги. Здійснюються певні кроки щодо престижу професії та медсестринської освіти як найбільш потрібної та масової в практичній охороні здоров'я.

Запровадження ступеневої неперервної вищої медсестринської освіти підносить її на один рівень з лікарською. Але в цьому питанні є ще багато проблем. У багатьох європейських країнах сестри/брати медичні складають основу первинної ланки охорони здоров'я. Так, у шведській системі охорони здоров'я сестри/брати медичні відіграють все більшу роль, надаючи висококваліфіковану допомогу пацієнтам із хронічними і тяжкими станами (цукровий діабет, бронхіальна астма, серцева недостатність, психічні захворювання) їм також надано обмежене право призначення лікарських засобів [1]. У шведських медичних центрах пацієнта спочатку оглядає медсестра, яка потім може скерувати пацієнта до лікаря загальної практики або в лікарню. У Фінляндії 80 % пацієнтів попередньо консультують медсестри, а потім, у разі необхідності, скеровують до лікарів, і тільки 20 % пацієнтів поступають безпосередньо до лікарів. У Скандинавських країнах у містах і селах у центрах здоров'я також провідну роль відіграють сестри медичні. У Нідерландах рішення про надання допомоги пацієнтам лікарями в позаробочий час приймає медсестра на основі встановлених критеріїв. У своїй діяльності медичні сестри спираються на клінічні протоколи і мають право в межах цих протоколів змінювати режим медикаментозної терапії [2]. В Англії медичні сестри, які спеціалізуються на допомозі людям із певними захворюваннями (цукровий діабет або бронхіальна астма), у повсякденній діяльності замінюють лікарів загальної практики – ведуть амбулаторний прийом для спостереження і навчання пацієнтів або займаються виїзною та освітньою діяльністю, спрямованою на підвищення кваліфікації інших медичних і соціальних працівників [3]. У США та Німеччині впроваджено структуровані програми

ведення захворювань для деяких станів (case management), такий підхід зумовлений тим, що лікарі в цих країнах найчастіше мають індивідуальну практику, а амбулаторний і лікарняний сектори відокремлені один від одного. Медичні сестри в багатьох випадках проводять первинне обстеження і скеровують пацієнта до відповідних закладів охорони здоров'я [4]. У розвинених європейських країнах лікарі загальної практики, як правило, не відвідують пацієнтів вдома, за винятком рідкісних випадків, тому це робота підготовлених сестер/братів медичних.

Норми навантажень на сестер медичних і нормативи оснащення їх робочих місць не відповідають сучасним вимогам. Сьогодні медсестра в Україні опікується 20–30 пацієнтами, її колега в Європі – 5. Тож необхідно переглянути нормативи штатів медсестринських кадрів (у бік збільшення показника лікар – сестра медична 1:5) та кількість пацієнтів (у бік зменшення), які обслуговує одна медична сестра, особливо в тяжких відділеннях (відділення реанімації, хірургії, кардіології).

У процесі реформування галузі виникли нові умови праці, зокрема перехід на електронний документообіг, що зобов'язує медичних працівників освоювати комп'ютерну техніку, роботу з програмними продуктами, вивчати нові класифікаційні норми тощо. Тривала робота за монітором вимагає іншого нормативного регламентування робочого часу, перерозподілу обов'язків тощо.

У США існує специфічна категорія медсестер, яка не має аналогів в Україні – Nurse Practitioner (NP). Ці фахівці повинні додатково до вищої освіти навчатися 3 роки, після чого можуть отримати повноваження не лише діагностувати, виписувати ліки і призначати лікування, але займатися медичною діяльністю в межах конкретної спеціалізації (акушерство і гінекологія, педіатрія, сімейна медицина тощо). Медичні сестри, котрі здобули рівень NP, працюють в амбулаторних центрах, клініках і стаціонарах. Водночас медсестри, які мають ступінь доктора наук, набувають права викладати в університетах, працювати в адміністрації, займати керівні посади та займатися юридичними питаннями медицини [8].

Основне завдання медсестри – симптоматичний контроль і ведення лікування на належному рівні. Таким чином, сестра/брат медичні у США повинні мати високий рівень фахової підготовки, оскільки від якості її роботи багато в чому залежить стан здоров'я пацієнтів.

Отже, після вивчення та проведеного аналізу, можна стверджувати, що у функції сестри/брата медичних в Європі входить більше повноважень,

вищий рівень освіти, дещо інша структура підготовки і діяльність прирівнюються практично до рівня лікаря, звідки і роль сестри/брата медичних набагато вища, ніж в Україні. На жаль, в Україні, роль сестри медичної ще й досі зведена до виконання обов'язків помічника лікаря – і пацієнти, і лікарі сприймають її здебільшого як сестру милосердя, що, разом із мізерною заробітною платнею зумовлює низький соціальний статус наших сестер/братів медичних.

На основі вище викладеного, можна рекомендувати:

- 1) визначити статус освітньо-кваліфікаційних рівнів бакалавра та магістра;
- 2) врегулювати правову і матеріальну підтримку молодших спеціалістів з медичною освітою;
- 3) створити відповідні умови праці й систему адекватної її оплати;
- 4) визначити і затвердити функціональні обов'язки сестер/братів медичних - молодших спеціалістів, сестер/братів медичних - бакалаврів та сестер/братів медичних - магістрів;
- 5) запровадити двоступеневу опіку над пацієнтами, яку б проводили сестри/брати медичні з передфаховою вищою освітою та сестри/брати медичні - бакалаври (обов'язки між ними необхідно розподілити);
- 6) переглянути норми навантажень на сестер/братів медичних і нормативи оснащення їх робочих місць, які б відповідали сучасним вимогам;
- 7) провести диференціацію заробітної плати для сестер/братів медичних молодших спеціалістів, сестер/братів медичних-бакалаврів і магістрів медсестринства та підвищити заробітну плату.

Література:

1. Buchan J. Skill-mix and policy change in the Health Workforce / J. Buchan, L. Calman : Nurses in advanced roles. – Paris: OECD, 2005. 63 p.
2. Stromberg A. Nurse-led heart failure clinics in Sweden / A. Stromberg, J. Martensson, B. Fridlund // Eur. J. Heart Fail. – 2001. – Vol. 3. – P. 139–144.
3. Karlberg I. Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries / I. Karlberg. – Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. – 181 p.

4. Effizienz eines disease management programmes bei asthma / W. Petro, J. Schulenburg, W. Greiner [et al.] // Pneumologie. – 2005. – Vol. 59. – P. 101–107.

5. Авраменко Т. П. Кадрова політика у реформуванні сфери охорони здоров'я : аналітична доповідь / Т. П. Авраменко. – К. : НІСД, 2012. – 35 с.

6. Банчук М. В. Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні / М. В. Банчук, О. П. Волосовець, Т. І. Чернишенко // Магістр медсестринства. – 2008. – № 1. – С. 18–21.

7. Н. М. Абашник Роль медичної сестри в Україні та світі/ Медсестринство. 2019. № 4

8. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. [2016]. *Fundamentals of nursing*. Elsevier Health Sciences.

КУХТІЙ М.

*студентка магістр II-го курсу
спеціальності «Сестринська справа»
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична
академія ім. Андрея Крупинського»*

Науковий керівник:

НЕДІЛЬКО Р.В.

*канд.держ.упр. (доктор філософії)
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична
академія ім. Андрея Крупинського»*

МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАГІСТРА МЕДСЕСТРИНСТВА

Реформування вищої освіти в Україні передбачає використання єдиних методологічних підходів до різних сфер підготовки спеціалістів – медичної, технічної, педагогічної, та ін. Кожна освітня спеціальність має відмінності у структурі та змісті, зумовлені головними завданнями підготовки фахівців [1]. Особливої уваги заслуговує реформування вищої освіти у галузі знань 223 Медсестринство. З розвитком вищої медсестринської освіти, з 2008 року запроваджена ступенева медсестринська освіта в Україні, яка загалом відповідає уніфікованій структурі освіти більшості країн світу та приведена до відповідних вимог міжнародних стандартів, щодо удосконалення системи безперервного навчання середнього медичного персоналу, покращення надання медичної допомоги населенню нашої держави. З метою її реалізації створено ступеневу підготовку сестер/братів медичних в Україні: вища передфахова освіта – дипломовані сестра/брат медичні; сестра/брат медичні – бакалавр; сестра/брат медичні магістр.

Метою дослідження є проаналізувати фахові (спеціальні) компетентності магістра медсестринства, які отримуються в процесі здобуття вищої медсестринської освіти, зокрема педагогічних навиків та їх реалізація у професійній діяльності сестри/брата медичних магістрів.

Необхідно зазначити, що із запровадженням магістратури медсестринство виділилось в окрему спеціальність та може мати такі вектори у професійній діяльності, як: сестра/брат медичні – керівник; сестра/брат медичні – педагог; сестра/брат медичні – науковець.

В Україні підготовка магістрів сестринської справи здійснюється у п'яти вищих медичних навчальних закладах: Науково-навчальному інституті Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я Горбачевського, Буковинській державній медичній академії, Харківському медичному університеті, Житомирському інституті медсестринства та у Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського.

Пошук стандартів вищої медичної освіти є оптимальною стратегією досягнення концептуально нового рівня якості підготовки майбутніх фахівців, основою якого являється підготовка медичних працівників відповідно до загальноприйнятих міжнародних норм викладання з урахуванням особливостей та інтересів національної системи охорони здоров'я [3].

Варто зазначити, що до професійних компетенцій магістрів сестринської справи належать:

- здатність до організації, управління та контролю діяльності медсестринського персоналу лікувально-профілактичного закладу і викладачів медичного навчального закладу з метою підвищення рівня надання якісної медичної допомоги та підготовки медсестринських кадрів;
- володіння методологією маркетингу у сфері медичних послуг;
- здатність створювати в лікувально-профілактичному закладі безпечне лікарняне середовище;
- здатність до ведення документації, необхідної для ефективного функціонування відповідного закладу;
- володіння методами діагностики хворих на етапі долікарської допомоги та здійснення медсестринського процесу у закладах охорони здоров'я;
- володіння педагогічними знаннями, необхідними для ефективного навчання майбутніх медичних сестер та підвищення професійного рівня середнього й молодшого медичного персоналу у закладах охорони здоров'я;
- проведення науково-дослідної роботи в галузі медсестринства з метою подальшого упровадження результатів дослідження в практику догляду за хворими та у процес навчання медсестринських кадрів [2].

Сьогоднішній етап розвитку вищої медсестринської освіти зорієнтований на набуття умінь та навичок, що забезпечить магістрам

медсестринства можливість аналізувати, оцінювати, порівнювати, генерувати оригінальні та креативні ідеї у галузі знань 22 Охорона здоров'я спеціальність 223 Медсестринство, застосовувати методи проведення сучасних експериментів, займатись науковою діяльністю та навчати практикуючих сестер/братів медичних, займатись викладацькою діяльністю. Тому педагогічна компетенція є вкрай важливою для формування та реалізації науково – педагогічних навиків.

При дослідженні питання щодо необхідності набуття такої спеціальної (фахової) компетентності, як педагогічна, нами було проведено анонімне анкетування серед 13 випускників нашого ЗВО сестер/братів медичних магістрів у 2019/20 навчального року, 5 випускників магістрів 2018/19 навчального року, 5 практикуючих магістрів закладів охорони здоров'я Львівщини та 5 магістрів, котрі здобувають вищу медсестринську освіту у Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського. Загалом в опитуванні прийняли участь 28 магістрів медсестринства. В анкетуванні нами було запропоновані питання, щодо формування педагогічної компетентності у магістрів і подальше застосування набутих умінь та навиків в практичній діяльності. При вивченні та аналізі результатів анкетування ми отримали наступні дані:

Рис.1

Чи потрібно формування педагогічної компетентності у вищій медсестринській освіті



При аналізі отриманих даних, ми бачимо, що 7,28% респондентів (26 осіб), що педагогічна компетентність потрібна, оскільки вона забезпечує

формування ерудиції, творчості, вміння збирати інформацію, аналізувати та інтерпретувати висновки.

При аналізі відкритих питань, нами встановлено, що 2,52% респондентів (9 осіб) – виділяють з педагогічної компетентності науково – педагогічну, оскільки прагнуть займатись науковими дослідженнями у медсестринстві та 7,28% (26 осіб) – виділяють медико – педагогічну компетентність, оскільки мають розуміння того, що вона забезпечує знання та уміння в подальшій практичній діяльності, оскільки магістрам медсестринства потрібно навчати молодший та середній медсестринський персонал у закладах охорони здоров'я та прагнуть займатись викладацькою діяльністю у коледжах.

Отже, в період розвитку та вимог щодо вищої медсестринської освіти рекомендуємо посилити цілісне формування педагогічної компетентності у професійній підготовці фахівців з повною вищою медсестринською освітою, особливу увагу приділяти науково-педагогічній та медико-педагогічній компетентностям, оскільки потрібно розвивати науково-дослідну діяльність магістрів медсестринства, впроваджувати наукові дослідження в освітній процес, надавати перевагу у викладанні дисциплін які забезпечують спеціальні (фахові) компетентності здобувачам вищої передфахової освіти та бакалаврам медсестринства.

Перспективним видається більш детальне вивчення спеціальних (фахових) компетентностей магістра медсестринства, оскільки даний напрямок для України є відносно новим та перспективним.

Література:

1. Булах І. Є. Проблеми інтеграції вищої медичної освіти в європейський освітній простір/ І.Є.Булах // Сучасні інфекції., 2004. – № 3. – 95- 96с.
2. Махновська І. Р. Професійна підготовка магістрів сестринської справи в умовах ступеневої освіти. Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка. 2013. Вип. 1. С. 183–186.
3. Морозова О.М. Пошук стандартів вищої медичної освіти для вдосконалення системи охорони здоров'я / О.М. Морозова, Л.В. Батюк, В.Г. Кнігавко // Актуальні питання якості медичної освіти: матеріали XIII Всеукр. наук.-практ. конф. з між нар. участю (Тернопіль, 12-13 травня 2016 р.) / Терноп. держ. мед. ун-т ім. І.Я. Горбачевського. – Тернопіль: ТДМУ, 2016. – Т.1. – 109- 111с.

*ЛИЩУК Р. М., канд.мед.наук
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична
академія ім. Андрея Крупинського»*

НАВИЧКИ КОПІНГ СТРАТЕГІЙ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ, ЯК КОМПОНЕТИ КОМПЛЕКСНОГО ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ

Здобуття вищої освіти, особливо тих, які скеровані на соціально-підтримуючі професії, зокрема лікарі та медичні сестри, пов'язане з високим рівнем емоційного залучення. Особливості навчання студентів-медиків у вищих учбових закладах освіти є досить специфічними з більш високими вимогами до темпу навчальної діяльності, що зумовлює виникнення стресових станів. Частина студентів-медиків в силу особистісних характеристик та об'єктивних життєвих ситуацій, таких як нові взаємовідносини з одногрупниками та викладачами, ставлення до навчального процесу та власного здоров'я, мають труднощі з опануванням стресових ситуацій. Це відображається на їхньому ставленні до навчального процесу зокрема, та в подальшому їхній роботі як професіоналів.

Психологічне та професійне здоров'я фахівців в умовах сьогодення є однією з актуальних проблем. В часі навчання та подальшої трудової діяльності медик регулярно стикається з різними психоемоційними впливами, а стрес є актуальною частиною нашого повсякденного життя. Термін «стрес» охоплює величезне коло явищ, від легкого роздратування до серйозних проблем, які можуть привести до шкоди для здоров'я.

Специфіка роботи людей даних професій відрізняється тим, що в них присутня велика кількість ситуацій з високою емоційною насиченістю та необхідністю міжособистісного спілкування. Це вимагає від фахівців значного внеску до встановлення довірливих відносин і уміння управляти емоційною напруженістю ділового спілкування.

Нездатність людини сприймати та опрацьовувати стреси є основою для різноманітних тілесних та психічних розладів, та у відповідь погіршення якості життя в багатьох сферах соціального життя. Тому важливим у професійній підготовці майбутніх медиків є вивчення особливостей становлення професійної стресостійкості студентів.

На сучасному етапі сфера охорони здоров'я в Україні є недосконалою, існує багато протиріч та сумнівів щодо доцільності медичної реформи в суспільстві та серед самих медиків. Пандемія COVID-19, яка шириться по

всій планеті показала справжній стан не лише нашої медичної галузі, але й реальний стан медицини в інших країнах.

У медиків додалося безліч нових турбот: фінансова нестабільність, страх втратити роботу внаслідок реформування медичної галузі (скорочення та перепрофілювання медичних закладів), тривога за батьків та родину, фізичне та емоційне виснаження безпосередньо на робочому місці, розчарування через брак теплих контактів, скасовані подорожі. Існують запитання щодо оплати праці медичних працівників, безпосередніх умов їхньої роботи.

Метою даної статті є потреба розглянути оволодіння копінг-стратегіями як одну з інтерактивних форм професійного зростання студентів-медиків, яка може допомогти в практичній діяльності й опрацюванні особистих психоемоційних проблемах.

Стресостійкість – це сукупність якостей, що дозволяють організму спокійно переносити дію стресорів, без шкідливих сплесків емоцій впливають на діяльність і на оточуючих, а також здатних викликати психічні розлади [1].

До особистісних характеристик, що відповідають високим показникам саморегуляції діяльності і, як результат, високому рівню стресостійкості належать товариськість, розвинений інтелект, емоційна стійкість, домінантність, висока нормативність поведінки, сміливість, практичність, дипломатичність, консерватизм, нонконформізм, високий самоконтроль; ситуативні особистісні особливості – низька емоційна нестійкість і оперативна тривожність; добре розвинені компоненти психічної надійності; висока чутливість до зовнішніх стресорів, що дозволяє швидко адаптуватися до постійно мінливих ситуацій; більше усвідомлення різних відтінків своїх емоційних переживань і більш різноманітна емоційна «палітра» переживань, при більш низьких показниках параметрів, що характеризують інтенсивність і тривалість печалі та страху; добре розвинені властивості саморегуляції; високий рівень успішності діяльності [2].

Дослідники стресових станів звертають увагу на роль стресових подій у повсякденному житті. Повсякденні неприємності можуть бути фруструючими, проблемними вимогами навколишнього середовища, з якими стикається індивід кожного дня. Вони є мікростресорами, які суттєво впливають на самопочуття та психічне здоров'я людини. Порівняно зі стресовими подіями вони є більшою мірою хронічними, і за сукупним впливом у довгостроковій перспективі шкідливо впливають на здоров'я і благополуччя [3].

В часі навчального процесу в частини студентів можуть з'являтися як стреси так і повсякденні неприємності, може виникати фрустрація, як

негативний психічний стан в ситуації реальної або передбачуваної неможливості задоволення тих чи інших потреб, тобто у ситуації невідповідності бажань наявним можливостям. Вона проявляється у низці емоційних процесів, таких як розчарування, тривога та роздратування.

Томас Холмс і Річард Раге (Thomas Holmes, Richard Rahe) вивчали залежність захворювань (в тому числі інфекційних хвороб і травм) від різних стресогенних життєвих подій у понад 5 тисяч пацієнтів. Вони прийшли до висновку, що понад 150 психічним і фізичним хворобам зазвичай передують певні серйозні зміни в житті людини. На підставі свого дослідження вони склали шкалу, в якій кожній важливій життєвій події відповідає певна кількість балів залежно від ступеня її стресогенності. За результатами досліджень в 1967 році було створено Оціночну шкалу визначення стресостійкості та соціальної адаптації (The Holmes and Rahe Stress Inventory, или Social Readjustment Rating Scale, SRRS) [4].

У 1980 р. Річард Лазарус з колегами вивчили взаємозв'язок між стресом і хворобою з точки зору не важливих життєвих подій, а так званої «повсякденної метушні». Вони розробили Шкалу із 117 пунктів (Hassles Scale), яка містила питання, що стосуються зайнятості, фінансів, охорони здоров'я та сімейних труднощів. Результати досліджень повсякденних турбот показують, що вони краще прогнозують психологічні симптоми, ніж життєві події, оскільки людина краще запам'ятовує події, при яких вона у поганому, а не у гарному настрої. Більшість повсякденних неприємностей не залежить від життєвих подій і походять від індивідуального стилю людини, її звичного оточення чи від особливостей міжособистісної взаємодії.

Відмінності між життєвими подіями та повсякденними турботами пояснюють:

- 1) Ефект накопичення – кожна проблема сама по собі недостатньо важлива аби вважатися стресовою доти, поки такі події не накопичаться.
- 2) Ефект посилення – наявність серйозних життєвих подій може збільшити чутливість до, на перший погляд, звичних побутових справ [5].

У контексті аналізу кризових ситуацій важливо досліджувати не лише важливі стресові події життя, які часто зумовлюють фрустрацію та дистрес, але й повсякденні неприємності, які, акумулюючись, призводять до погіршення функціонування та благополуччя людини.

Усвідомлення людиною наявності засобів допомоги у скрутному для неї становищі й наявність вмінь та навичок оперування якомога більшою кількістю таких засобів сприяє посиленню відчуття контрольованості ситуації

і, внаслідок цього, більш ефективному подоланню проблем, що постають перед нею у складній ситуації.

Розуміння поняття «копінг» полягає в більш ефективній адаптації людини до вимог ситуації, а з позицій профілактичного подолання - в створенні й підтримці ситуації (змісту завдань, умов і організації життя й діяльності суб'єкта) відповідно до функціональних, конституціональних, психологічних та інших можливостей людини. Уміння полягає в тому, щоб дозволити людині впоратися з ситуацією - послабити, пом'якшити, уникнути або звикнути до вимог ситуації й таким чином подолати, впоратися зі стресом або оберегти себе від стресової ситуації [6]. Ефективність копінгових зусиль залежить від типу стресу і/або конфлікту, від індивідуальних особливостей кожної окремої людини, а також від обставин.

Згідно аналізу наукової літератури з проблеми особистісних ресурсів стресоподолання виявлено те, що нині найбільш вивчені два види опрацювання особистістю негативних переживань, а саме: психологічний захист та копінг-стратегії (або стрес-долаюча поведінка).

Копінг-реакції можуть бути конструктивними, що приводять до відновлення балансу в організмі, але можуть бути і деструктивними – на короткий час знімаючи стрес, вони негативно впливають на організм у цілому. До деструктивних копінг-стратегій відносяться куріння, прийом алкоголю або психотропних засобів (в тому числі і великої кількості кави, чаю), а також агресивні реакції, які погіршують відносини людини з оточуючими людьми.

Річард Лазарус і Сьюзан Фолкман виділили дві основні допінг-стратегії:

- 1) проблемно-орієнтований копінг, коли зусилля людини спрямовуються на вирішення виниклої проблеми;
- 2) емоційно-орієнтований копінг (коли відбувається зміна власних установок щодо ситуації) [5].

Прийнято ділити конструктивні копінг-стратегії на наступні групи: когнітивні та поведінкові стратегії; спеціальні технічні прийоми зняття емоційної напруги.

Прикладом поведінкових стратегій є різні варіанти зміни діяльності та фізичної активності, яка допомагає звільнитися від зайвої напруги.

До видів фізичної активності можна віднести заняття спортом, інтерактивний відпочинок, фізична праця. Види діяльності, що допомагають зняти напругу, можуть бути самими різними й підбираються індивідуально, наприклад релаксаційні вправи, глибоке дихання, йога.

Е. Frydenberg, R. Lewis (2000, 2014) пропонують класифікацію, в якій

18 стратегій згруповані в три категорії [7]:

1. Звернення до інших (звернення до інших за підтримкою, будь це однолітки, батьки або хтось ще).

2. Непродуктивний копінг (стратегії уникнення, які пов'язані з нездатністю впоратися з ситуацією – зловживання психоактивними речовинами).

3. Продуктивний копінг (працювати над проблемою, зберігаючи оптимізм, соціальний зв'язок з іншими і тонус).

Актуальною є модель Р. Лазаруса, удосконалена К.Glanz (2002 р.), та успішно застосовується у сфері формування здорового способу життя та збереження психологічного здоров'я особистості (табл.1) [8].

Удосконалена К. Glanz транзакційна модель стресу та копіngu Р. Лазаруса

Таблиця 1.

Поняття моделі	Визначення
Первинна оцінка	Оцінка значущості стресору чи проблемної ситуації
Копінги	Актуальні стратегії, які використовуються в якості посередника у первинному і вторинному оцінюванні
Управління проблемами (копінги, фокусовані на проблемі)	Стратегії, спрямовані на зміну стресової ситуації
Емоційна регуляція (копінги, фокусовані на емоціях)	Стратегії, спрямовані на зміну думок, емоцій, переживань стосовно стресової ситуації
Копінг, сфокусований на змісті	Стратегії копіngu, що зумовлюють виникнення позитивних емоцій навіть у найскладніших життєвих ситуаціях та полягають у тому, що попри проблеми, людина знаходить сенс свого існування, ставить перед собою нові життєві цілі
Результат копіngu	Емоційне благополуччя, гарний фізичний стан, здоровий спосіб життя
Диспозиційні (усвідомлена готовність особистості, до оцінок ситуації і поведінки, обумовлених її попереднім досвідом) копінгові стилі	Узагальнені способи поведінки, які можуть вплинути емоційні та функціональні реакції людини на стресор, відносно стабільні у часі і ситуаціях
Оптимізм	Схильність очікувати на позитивний перебіг різних ситуацій
Пошук інформації	Уважність, активне втручання у ситуацію на противагу її уникненню та втечі від проблем

Висновки.

Успішність професійної підготовки студентів-медиків може бути оволодіння стратегіями подолання стресових ситуацій та повсякденних турбот шляхом забезпечене середовищем, яке дасть їм можливість: збагачення життєвого досвіду; комунікації та співпраці викладачів та студентів в проблемній ситуації, порівняння себе зі значимими іншими; особистісного аналізу і рефлексії; творчості; спостереження за різними стилями діяльності та віднесення їх до себе. Створення таких умов пов'язано з переглядом форм навчання, використанням інтерактивних освітніх технологій.

Студенти-медики можуть опрацьовувати власні проблемні ситуації завдяки методам підвищення стресостійкості, навичкам саморегуляції та прийняття себе, підвищенням суб'єктивних вимог, а саме:

Підвищення стресостійкості:

- Управління часом (тайм менеджмент);
- Підвищення впевненості в собі;
- Розвиток пам'яті та уваги;
- Планування життя;
- Опанування спеціальних навичок (перша допомога, робота з великими обсягами інформації, тощо).

Саморегуляція:

- Аутотренінг;
- Медитація;
- Фізичні навантаження;
- Емоційне розвантаження;
- Розвиток емоційного інтелекту (EQ);

Прийняття себе:

- Релаксація;
- Візуалізація;
- Глибоке дихання;
- Рейфреймінг - переоцінка проблеми: «Не можеш вплинути на ситуацію – зміни свої ставлення до неї»;

Суб'єктивні вимоги:

- Перегляд вимог до себе;
- Навички позитивного мислення;
- Правильне прийняття рішень.

Отже, можна зробити висновки, що:

- формування стресостійкості є запорукою психічного здоров'я людей і неодмінною умовою соціальної стабільності, прогнозованості процесів, що відбуваються в суспільстві;

- зростаючі психічні навантаження на нервову систему та психіку сучасної людини призводять до формування емоційної напруги, яка виступає одним з головних чинників розвитку різних психосоматичних захворювань;

- за таких умов актуалізується проблема стрес-менеджменту як засобу подолання негативних наслідків стресу;

- доречним є запровадження у ВУЗах тренінгу для роботи в постійно мінливих умовах роботи, зокрема в часі пандемії COVID-19 (посттравматичне особистісне зростання; стрес-менеджмент; командна злагодженість; розвиток адаптивних стратегій подолання страхів, які допомагають студентам медикам розуміти та відчувати позитивні наслідки психологічної кризи);

- створення у ВУЗах електронного ресурсу простих психологічних ресурсів для медичних працівників.

Література:

1. Білова М.Е. Психологічні особливості осіб з різним рівнем стресостійкості (на прикладі працівників стресогенних професій) : автореф. дис на здобуття наук. ступеня: спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології» / М.Е. Білова ; Південноукр. держ. пед. ун-т ім. К.Д.Ушинського. — О., 2007. — 20 с.

2. Бодров В.А. Система психической регуляции стрессоустойчивости человека-оператора / В.А. Бодров, А.А. Обознов // Психол. журнал. — 2000. — Т. 21, №4. — С. 32.

3. Landreville P. A comparison between daily hassles and major life events as correlates of well-being in older adults / P.Landreville, J.Vezina // Canadian Journal on Aging. — 1992. — Vol. 11, N 2. — P. 137-149

4. Holmes T.H. The social readjustment rating scale / T.H.Holmes, R.H. Rahe, // Journal of Psychosomatic Research. — 1967. — Vol. 11. — P. 213-218

5. Lasarus R., Folkman S. Stress, appraisal and coping. NY: Springer, 1984. — 86 p.

6. Психологічний стрес: розвиток і подолання: комплекс навчально- методичного забезпечення для підготовки аспірантів за спеціальністю 053 «Психологія». / Укл.: Г. В. Ложкін, І .О. Блохіна. К.: КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2016. 32 с.

7. Frydenberg E. Teaching Coping to adolescents: when and to whom? / E. Frydenberg, R. Lewis // American Educational Research Journal. – 2000. – № 37(3). – P. 727–745.

8. Glanz K. Health behavior and health education. Theory, research and practice / K.Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis. –San Francisco: Wiley, 2002. – 400 p.

НЕДІЛЬКО Р.В.

к.н.з держуправління (доктор філософії)

зав. кафедрою внутрішньої медицини

та управління охороною здоров'я

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія

ім. Андрея Крупинського»

ЖУБРИД М.Т. *викладач*

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія

ім. Андрея Крупинського»

ДУАЛЬНА СИСТЕМА ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ СЕСТЕР МЕДИЧНИХ: ЗАКОРДОННИЙ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД

Сучасні вимоги до професійної підготовки майбутніх медиків зумовлені інтеграцією України до міжнародного освітнього співтовариства та реформуванням системи охорони здоров'я. Вони потребують впровадження в освітній процес сучасних міжнародних медичних та освітніх стандартів, підвищення науково-освітнього та професійного рівня майбутніх медиків, створення умов для ефективного навчання на основі інноваційних та інформаційних медичних технологій.

Програми підготовки майбутніх медиків повинні ґрунтуватися на вимогах європейських протоколів і стандартів лікування хвороб, передбачати можливість опанування практичних навичок роботи з сучасним лікувально-діагностичним обладнанням.

В Україні існує низка невирішених проблем в організації та виконанні програм практичного навчання здобувачів вищої освіти, що загострюються внаслідок складних економічних умов, у яких опинилися заклади вищої освіти.

Деякі заклади вищої освіти (ЗВО) прагнуть створити модерні симуляційні навчальні комплекси або комплекси «університетська клініка», що дасть можливість слухачам поєднувати теорію з практикою, відпрацьовувати, удосконалювати, засвоювати нові знання і вміння. На жаль, бюджет навчальних закладів не є достатнім для того, щоб створювати окремі клініки при університетах, відповідно окремі бази. Також, не відповідає сучасним вимогам наявна нормативна база, що регламентує взаємовідносини між закладами вищої освіти і організаціями та установами щодо проведення практичних занять студентів.

Проблема полягає у тому, що при працевлаштуванні випускників керівники закладів охорони здоров'я цікавляться не стільки «форматом знань», скільки їх готовністю до професійної діяльності. Отже, головне завдання – удосконалення системи підготовки сучасних висококваліфікованих фахівців і забезпечення успішної адаптації здобувачів вищої освіти до професійної діяльності. Саме тому ми пропонуємо розглянути впровадження в освітній процес в Україні дуальної системи навчання.

Поняття «дуальна освіта» («Duales Studium») прийнято розглядати як комбіновану модель організації професійної освіти, що полягає у проходженні пріоритетної практичної частини підготовки фахівців на робочому місці, а теоретичної – на базі професійних навчальних закладів.

Дуальна система фахової підготовки була введена ще у 60-х роках ХХ століття у Німеччині, її родоначальником вважається німецький педагог Г. Кершенштейнер.

Особливість дуальної системи підготовки, на відміну від традиційно академічної, полягає в тому, що пріоритетна практична частина фахової підготовки (3–4 дні) здійснюється на підприємстві, а теоретична – (1–2 дні) впродовж робочого тижня у школі професійного навчання. Взаємозв'язок підприємств і шкіл професійного навчання упродовж 2–3,5-річного періоду навчання гарантує підготовку фахівців високої кваліфікації. Крім того, дуальна система дає змогу молодим людям підвищувати свою кваліфікацію і є сходинкою у їхньому кар'єрному зростанні [3].

Відповідно до вимог Всесвітньої організації охорони здоров'я, зокрема Європейського Бюро і Міжнародної Ради медичних сестер, мінімальна кількість годин для трирічного терміну навчання повинна становити 4600 годин, які охоплюють теоретичну та практичну підготовку. Не менше половини годин у процесі навчання повинно припадати на практичну підготовку. Фахова підготовка сестринського персоналу Німеччини в галузі догляду за хворими, дітьми та людьми похилого віку охоплює 4600 годин, з яких 2100 годин складають теоретичні та практичні заняття, а практична підготовка – 2500 годин.

В Україні особливістю фахової підготовки сестринського персоналу є менша кількість годин практичного навчання порівняно з Німеччиною. Загальна кількість навчальних годин становить 4536, з них 2830 годин навчальна практика, що складається з: 1548 годин у відповідних кабінетах навчальних закладів та профільних відділеннях ЗОЗ, а 1282 години

самостійна позааудиторна робота студентів з відпрацюванням практичних навиків.

За результатами дослідження, проведеного у 2016 році, 29 % студентів вищих медичних навчальних закладів не зацікавлені у самостійному опрацюванні матеріалу, що передбачено Болонською системою, тому рівень застосування практичних навичок є низьким [4].

На нашу думку, враховуючи досвід Німеччини, доцільним було б збільшення кількості годин практичного навчання, проведення теоретичних і практичних занять у межах навчальної практики в різні дні впродовж тижня, чергуючи їх при цьому. Також, враховуючи нестачу сестринського персоналу в деяких регіонах, зокрема в сільській місцевості, необхідно створити умови для проходження виробничої та переддипломної практики майбутнього сестринського персоналу та передбачити відкриття в Україні лікарень медсестринського догляду, на базі яких була б можливість запровадження дуальної форми навчання.

Слід відзначити при фаховій підготовці здобувачів професійної освіти у дуальній системі у Німеччині понад 50 % випускників середніх шкіл обирають одну з 350 державно визнаних професій саме в рамках дуальної освіти [3].

Школи надають допомогу в практичному навчанні студентів завдяки здійсненню їх супроводу під час практичного навчання (Praxisbegleitung) і забезпечують супровідниками практики (Praxisbegleiter) – педагогічним персоналом відповідної сестринської школи. Супровідники практики повинні регулярно бути присутні у закладах практичного навчання з метою контролю студентів та співробітництва з наставникам практики (Praxisanleiter). Практичне наставництво (Praxisanleitung) забезпечується певними закладами охорони здоров'я, у яких здійснюється практичне навчання [3].

Дослідження особливостей сучасної фахової підготовки сестринського персоналу Німеччини переконує, що вона є однією з провідних у Європі. Цьому сприяє дуальна модель організації цієї підготовки, що передбачає у проходженні пріоритетної практичної частини навчання майбутнього сестринського персоналу в стаціонарних та амбулаторних закладах, а теоретичної (з елементами практичної підготовки) – на базі спеціалізованих сестринських шкіл. Така організація навчання сестринського персоналу формує високий рівень його практичної підготовки, розвиває його ключові компетентності.

В Україні спостерігається рух в напрямку розвитку дуальної освіти. Зокрема 26 січня 2018 року на Розширеному засіданні Колегії Міністерства освіти і науки України було прийнято Концепцію підготовки фахівців за дуальною формою здобуття освіти в Україні. Цим документом передбачається встановлення рівноправного партнерства закладів вищої, фахової передвищої, професійно-технічної (професійної) освіти, роботодавців та здобувачів освіти з метою набуття останніми досвіду практичного застосування компетентностей та їх адаптація в умовах реальної професійної діяльності. Розроблена концепція використовує німецький досвід дуальної форми здобуття освіти, який було презентовано завдяки Представництву Фонду імені Фрідріха Еберта, Німецько-Українському агрополітичному діалогу, Проекту Східного партнерства «Дуальна освіта в діалозі» за участі закладів освіти різного рівня, Федерації роботодавців України, ДУ «Науково-методичний центр інформаційно-аналітичного забезпечення діяльності вищих навчальних закладів «Агроосвіта», ГО «Українська Асоціація Маркетингу» та було використано робочою групою, яка була утворена Міністерством освіти і науки України. Суть дуальної форми повинна полягати в тому, що студент частину навчання проходить на робочому місці, повноцінно виконуватиме обов'язки, отримуватиме зарплату і паралельно – навчатиметься [1].

Концепція дозволяє включитися роботодавцю в процес підготовки здобувачів освіти, а не перенавчати їх на виробництві. Навчання за такою формою відбувається на основі договору між роботодавцем, ЗВО і здобувачем вищої освіти, це дасть можливість здобувати освіту, отримати певні навички, навчитися роботі на сучасному обладнанні з використанням новітніх технологій.

Для напрацювання досвіду функціонування нової моделі професійної освіти необхідний певний час, проте само по собі визнання і копіювання міжнародної практики не вирішує економічних і соціальних питань підготовки кваліфікованих кадрів.

Дуальна модель передбачає залучення до системи професійної освіти роботодавців як провайдерів освітніх послуг. В Україні впровадження дуальної моделі в такому форматі є проблематичним. Відсутня достатня нормативна база та інституціональні механізми для зацікавленості роботодавців у розвитку дуальної форми навчання, як прогресивної форми здобуття освіти, що відрізняється від інших форм, застосованих у рамках практико-орієнтованої професійної освіти[2].

Отже, на основі вищевказаного, можна сказати, що основне завдання впровадження елементів дуальної форми навчання – усунути основні недоліки традиційних форм і методів навчання, подолати розрив між теорією і практикою, освітою й виробництвом та підвищити якість професійної підготовки здобувачів вищої освіти, враховуючи вимоги роботодавців та розробити нормативно-правову базу для успішного впровадження в медичну галузь.

Ми вбачаємо, що дане вивчення теми є перспективним і потрібно ретельно досліджувати та аналізувати передовий досвід дуальної освіти країн Європи та впроваджувати у вітчизняну вищу освіту, зокрема в медичну, адже якісна фахова підготовка сестринського персоналу є запорукою успішного функціонування системи охорони здоров'я загалом. Оскільки Україна знаходиться на підготовчому етапі розробки дуальної моделі навчання, досвід Німеччини може бути прикладом фахової підготовки сестринського персоналу в Україні, яка перебуває на етапі реформування.

Література:

1. Конвенція про зайнятість та умови праці й життя сестринського персоналу N 149 (укр/рос) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/993_056
2. Новіков В. М. Практико-орієнтована модель професійної освіти / В. М. Новіков // Демографія та соціальна економіка. – 2019. – № 2. – С. 152-164. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dse_2019_2_13
3. Олеськова Г. Дуальна освіта як особливість фахової підготовки сестринського персоналу Німеччини / Г. Олеськова // Порівняльна професійна педагогіка. – 2017. – № 7 (2). – С. 93–101.Режим доступу: <http://elar.khnu.km.ua/jspui/handle/123456789/6090>
4. Парламентські слухання «Медична освіта в Україні: погляд у майбутнє» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://aphd.ua/stenohrama-i-rekomendatsi-parlamentskykh-slukhan-na-temu-medychna-osvita-vukrani-pohliad-u-maibutnie/>.

ПАНКЕВИЧ М.С., викладач вищої
кваліфікаційної категорії,
викладач-методист
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського»

**УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗОВАНОГО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ,
СПЕЦІАЛЬНОСТІ «СЕСТРИНСЬКА СПРАВА», ПРИ ВИВЧЕННІ
МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА НАВЧАЛЬНОГО
ПРОЦЕСУ.**

*«Навчання, позбавлене будь-якого інтересу
й здобуте тільки силою, вбиває у студента
бажання до навчання, без якого він далеко не піде...»
(К.Д. Ушинський).*

Анотація

У статті описано організацію навчання студентів із застосуванням різноманітних видів інноваційних технологій, які використовуються при викладанні тем з дисципліни «Медична біологія», для спеціалізації «Сестринська справа».

Ключові слова: *реформування освіти, інноваційні технології, інтерактивне навчання, Інтернет-ресурси, комп'ютерні технології, інтерактивна дошка, мультимедійні технології, анімовані біологічні процеси, метод проектів.*

Актуальність проблеми

Сучасний розвиток суспільства вимагає вдосконалення системи підготовки та підвищення кваліфікації майбутніх медичних працівників. Сучасний викладач медичної біології та генетики повинен розвивати особистість студента зорієнтовувати його на особистісний та професійний саморозвиток для подальшої творчої роботи в закладах медичної освіти. Від викладачів вищої школи залежить вирішення основного завдання: не лише оволодіння студентами знань, вмінь та навичок майбутньої професії, а й оволодіння вміннями здобування нових знань та неперервного професійного зростання. Одним із перших звернув увагу на необхідність «вчити дітей мислити» видатний вчений-педагог Я.А.Коменський. Ідею активізації навчання за допомогою наочності, активним спостереженням і

узагальненням висловлювали педагоги І.Г. Песталоллоці та Ф.А. Дістервег. Різноманітні засоби активізації пізнавальної діяльності учнів були обґрунтовані у працях багатьох українських педагогів: О.Музиченко, О. Білецького, Б. Грінченка, С. Русова, О.Потебня, В.Помагайба. Суттєві положення і висновки з проблеми активізації діяльності учнів містяться у працях С.Шацького, А. Макаренка, В. Сухомлинського.

Одним із варіантів захоплення студентів на заняттях медичної біології є застосування нестандартних форм навчання або інтерактивне навчання.

Інтерактивне навчання це спеціалізована форма організації пізнавальної діяльності, що пов'язує викладача з кожним студентом і студентів між собою. Це простий і надійний спосіб створити атмосферу активної праці, творчості і співробітництва, взаєморозуміння в групі. Викладач є організатором навчального процесу і виступає в ролі його координатора. Організація інтерактивного навчання передбачає моделювання життєвих ситуацій, використання рольових ігор, спільне розв'язування проблем.

При застосуванні інтерактивних технологій значно підвищуються можливості організації більш активної та результативної діяльності студентів, забезпечуються можливості більш тісного та плідного спілкування, та самопізнання. Інтерактивні методи дозволяють задіяти не лише свідомість людини, але і її почуття, емоції, вольові якості, тобто включають до процесу «цілісну людину». Це дозволяє збільшити відсоток засвоєного матеріалу.

Нестандартні технології, під час проведення занять з медичної біології, розвивають творчість студентів та дозволяють урізноманітнювати навчальну діяльність: пояснення, опитування, закріплення, домашнє завдання.

При організації навчальної діяльності студентів, на заняттях з медичної біології, викладач звертає особливу увагу на використання елементів творчості студентів, в процесі яких розвивається краще сприйняття матеріалу: пам'ять, увага, уява, проявляється інтерес до дисципліни, розширюється кругозір, розвивається спостережливість, що є важливим у професійній діяльності медиків.

Одним із методів удосконалення навчання дисципліни «Медична біологія», є процес активізації пізнавальної діяльності студентів. Він повинен відбуватися систематично, охоплюючи всі можливі напрями.

Найбільш повно процес активізації відбувається тоді коли викладач:

- робить акцент на вироблення в студента бажання пізнати нове, що дасть поштовх в його подальшій пізнавальній діяльності;

- озброює студентів новими знаннями, пов'язаними з професійною діяльністю, уміннями і навичками їхнього творчого застосування;
- забезпечує виникнення новоутворень в особистій сфері, виводить студента на творчий рівень мислення у професійній діяльності.

Цілком зрозуміло, що для досягнення таких результатів необхідно створити психолого-педагогічні, організаційні та методичні засади. Тобто взаємопов'язати і психологічні, і педагогічні і всі можливі чинники, що впливають на процес активізації пізнавальної діяльності студентів. Викладач повинен створити емоційний фон доброзичливої атмосфери, врахувати індивідуальні особливості студентів під час організації їхньої пізнавальної діяльності; ввести різні за рівнем форми контролю відповідно до рівня пізнавальної діяльності студентів; комплексно використовувати технічні засоби навчання, тощо.

Головною в роботі викладача стала проблема зробити навчання цікавим: для сучасного студента це означає посильним і успішно-результативним, для викладача-радісним, таким, що приносить задоволення від своєї праці. Творчо працюючи, він завжди прагне дати можливість навіть слабкому студентові отримати високу оцінку. Таким чином, створюючи такі умови, викладач підтримує бажання вчитися, розпалює і підтримує інтерес до своєї дисципліни.

Мета – розкрити можливості організації навчання студентів при вивченні медичної біології, як важливої складової навчального процесу.

Виклад основного матеріалу

Дослідження, проведені Національним тренінговим центром(США, штат Міріленд) засвідчують, що застосування інноваційних методів навчання робить можливим різке збільшення відсотка засвоєння матеріалу. Найменших результатів можна досягнути за умов пасивного навчання(лекція 5%), практика через дію-75%, навчання інших -90%).

Для ефективного застосування інноваційних технологій з медичної біології викладач повинен планувати свою роботу таким чином:

- дати завдання студентам для попередньої підготовки теоретичного чи практичного заняття;
- підібрати для практичного заняття інтерактивні вправи;
- під час практичного заняття дати студентам подумати над завданням,щоб вони виконали його усвідомлено;
- важливо провести обговорення за підсумками інтерактивної вправи;

- проводити швидкі опитування самостійної домашньої роботи з різноманітними завданнями до даної теми.

На теоретичних заняттях з дисципліни «Медична біологія», ще під час пояснення нової теми, розпочинається творча робота студентів. Ініціативні студенти, за бажанням, можуть заздалегідь ознайомитися з планом лекції та рекомендованою літературою, і до наступного лекційного або практичного заняття мають можливість представити авторську мультимедійну презентацію або доповнюючий відеоматеріал з окремих питань теми.

Використовуючи мультимедійні технології, під час лекцій, можна ознайомитися з елементами практичної роботи: проводиться обговорення відеоматеріалу («Мітоз», «Мейоз», «Загадки ДНК», «Закони Менделя»; демонструються анімовані біологічні процеси («Біосинтез білка» «Синтез ДНК»); розв'язуються генетичні задачі, відбувається ознайомлення із завданнями СПРС, тощо.

На **теоретичних заняттях** використовуються такі види лекцій:

лекції – бесіди, лекції з елементами дискусії, лекції-консультації, інтегровані лекції із запланованими установками, бінарні лекції, які також спонукають до творчої активності студентів: готують відповіді на ті чи інші заплановані питання, відеоматеріал, реферат, фотомонтаж, використовується метод проектів тощо.

На теоретичних заняттях з розділу «Спадкові патології», проводяться навчальні дискусії:

- з обговорення проблем екологічної катастрофи на Землі;
- з питань етіології спадкових патологій у людини;
- з обговорення проблем та методів профілактики спадкових патологій;
- з питань біоетики медико-генетичного консультування, зокрема, пренатальної діагностики спадкових патологій;
- з питань евтаназії людей на тяжкі спадкові патології.

З метою проявлення інтересу до дисципліни та поглиблення знань, з тем «Генні хвороби та методи їх діагностики» та «Хромосомні хвороби та методи їх діагностики» проводяться інтегровані відкриті заняття із залученням спеціалістів медико-генетичного консультування (МГК) та Інституту спадкових патологій АМН України.

Нестандартні новітні технології включені у **практичні заняття**, студенти беруть участь у складанні та розгадуванні кросвордів, інтелектуальних ігор («ЛОТО», «Вірю-не вірю», бліц-опитування «Так-ні», графічні диктанти, заняття-змагання, заняття нестандартного розв'язування

задач, екскурсії у МГК тощо.

З метою підвищення ефективності засвоєння знань студентами, під час проведення практичних занять, використовується **метод проектів** (презентації творчих робіт студентів), що сприяє розвитку пізнавальних навичок, уміння самостійно реалізовувати свої знання, орієнтуватися в інформаційному просторі, співпрацювати в групі [5,6].

Методика виконання проектів передбачає:

- вибір теми або проблеми (тему може запропонувати викладач, або ж її вибирає група, із тих варіантів які були запропоновані);
- планування проекту (викладач та студенти узгоджують усі складові виконання проекту (час відведений для доповіді, які ресурси будуть використані, тощо);
- процес дослідження;
- результати, висновки;
- представлення результатів роботи;
- оцінка результатів роботи.

Наприклад, з теми «Геналогічний метод дослідження спадковості людини», студенти самостійно збирають анамнез своєї родини, за певною ознакою або спадковою патологією, складають легенду, будують та аналізують родоводи. Протягом навчального року підготовлені проекти за різною тематикою: «Біологічні добавки та їх вплив на здоров'я людини», «Генно-модифіковані продукти харчування та їх вплив на здоров'я людини», «Методи допологової діагностики», «Генетичні аспекти онкологічних хвороб». Завдяки проектному методу навчання студенти усвідомлюють усю технологію розв'язку завдання – від постановки проблеми до отримання результату. Так досягається зв'язок теоретичних знань із практичним вмінням.

Після виступу кожної групи, чи окремих студентів, з'ясовуються враження від доповідей, проводять рейтингове оцінювання із врахуванням таких критеріїв, як наукова достовірність, уміння самостійно знаходити інформацію, послідовність, логічність, оригінальність, творчий підхід уміння працювати в групі.

З метою формування навичок **пошуково-дослідницької роботи** були запропоновані теми: «Генно-модифіковані продукти харчування та їх вплив на здоров'я людини» та «Вплив мобільних телефонів на здоров'я людини», які успішно були виконані та висвітлені студентами на регіональній студентській конференції. Керівна роль викладача полягала у тому, щоб

правильно обрати тему, яка б захопила студента, чітко спланувати роботу, підібрати літературу та інші джерела, організувати та спрямувати самостійну діяльність студентів [6].

Правильна організація **самостійної позааудиторної роботи**, де використовуються традиційні та мультимедійні технології, розвиває у студентів знання, уміння, інтелектуальні та творчі здібності, при опрацюванні різних джерел інформації [5]. Вагоме місце у **самостійній роботі** займає робочий зошит: у якому використані схеми, таблиці, кольорові малюнки. Завдання СПРС включають: огляд джерел інформації з даної теми, завдання самостійної роботи, теми рефератів, розв'язування задач, тестові завдання, теми презентацій, тести для підготовки до практичних та контрольних робіт.

На основі Інтернет-ресурсу з використанням програми Photoshop складено завдання до самостійної аудиторної роботи, з розділу «Медична паразитологія», кольорові альбоми з розділу «Спадкові патології» та кольорові таблиці із різних розділів «Медичної біології» на основі творчої діяльності студентів.

Тестові технології.

Перевірка знань і вмінь - важлива ланка у навчанні. Вивчення стану підготовки студентів з медичної генетики – неодмінна умова вдосконалення навчально-виховного процесу. Найбільш поширена усна перевірка, в результаті якої викладач відразу отримує інформацію про рівень підготовки студентів. Однак усна перевірка має ряд недоліків: вона не дає можливості порівнювати відповіді студентів на одне і теж питання і робити об'єктивні висновки про рівень оволодіння знаннями студентів групи в цілому. Тому, в останні роки все більш широке застосування у біології та генетиці мають нетрадиційні форми навчання і методи перевірки за допомогою відкритих і закритих тестів(тести з вибором правильної відповіді, тести з доповненням відповіді, тести на визначення послідовності запропонованих відповідей, виявлення правильного зв'язку у схемі, заповнення таблиці та ін.).

У процесі тематичної та підсумкової перевірки, тести дають можливість за незначний відрізок часу перевірити засвоєння великого обсягу матеріалу в усіх студентів групи і отримати об'єктивні дані для порівняння результатів навчальної підготовки студентів однієї або кількох груп.

Висновки

1. Правильна організація та нестандартні методи навчання, під час проведення занять з медичної біології, розвивають творчість студентів та проявляють інтерес до дисципліни.
2. Організація навчальної діяльності студентів, на заняттях з медичної біології, розвиває процеси кращого сприйняття матеріалу: знання, уміння, увагу, уяву інтелектуальні та творчі здібності.
3. Метод проектів сприяє розвитку пізнавальних навичок, умінню самостійно реалізовувати свої знання, орієнтуватися в інформаційному просторі, співпрацювати в групі.
4. Організація самостійної позааудиторної роботи, де використовуються традиційні методи та мультимедійні технології, розвивають творчість студентів і дозволяють урізноманітнювати навчальну діяльність.

Література:

1. Болонський процес: модернізація системи вищої освіти України / матеріали VI Міжнар. Наук. Конф.:2007. -368с.
2. Викладач і студент: суб'єкт- суб'єктивні відносини: збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції(27-28 листопада 2008р.) / ред. Кол.: А.І.Кузьмінський та ін. – Черкаси: ЧНУ ім Б. Хмельницького.
3. Вітвицька С.С. Педагогічна підготовка магістрів в умовах ступеневої освіти: теоретико- методологічний аспект: монографія / С.С. Вітвицька. – Житомир: В-во ЖДУ ім і. Франка, 2009. – 440.
4. Дичківська І.М. Інноваційні педагогічні технології. –К.: 2004. – 351с.
5. Дорошенко Ю.О. Біологія та екологія з комп'ютером / Дорошенко Ю.,Семенюк Н., Семко Л. – К.: Вид. дім. «Шкіл. Світ»: Вид.Галіцина, 2005. – 128 с.
6. Задорожний К.М.(уклад.) Інформаційні технології на заняттях біології.Х.: Основа, 2010. – 127.
7. Задорожний К.М.(уклад.)Використання ігрових технологій під час вивчення біології.Х.: Основа, 2010. – 141.
8. Задорожний К.М.(уклад.) Педагогічна майстерність вчителя біології. Випуск 2 Х.: Основа, 2009. – 140.
9. Свінченко І.А. Інтерактивні форми діяльності на уроках біології. Частина I,II. Х.: Основа, 2011. – 95.

ПИЛИПІВ Ангеліна Василівна

магістр I року навчання

I бакалаврський факультет

спеціальності «Медсестринство»

ВНЗ ЛОР «Львівська медична академія

ім. Андрея Крупинського «

Науковий керівник:

ОЛЕКСЮК-НЕХАМЕС Алла Григорівна

к.мед.н. ВНЗ ЛОР «Львівська медична

академія ім. Андрея Крупинського»

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ МАГІСТЕРСЬКОЇ СПРАВИ

Актуальність дослідження. Бурхливий розвиток науково-технічного прогресу, процеси глобалізації та інтеграція України у світовий освітній простір ставлять на сьогодні високі вимоги до якісної підготовки і професійної надійності фахівців у всіх галузях медицини, зокрема й середнього медичного персоналу. Одним з напрямків реформування освітніх систем у світі є орієнтація на її неперервність. Принципи неперервності освіти запроваджуються до освітньої практики багатьох країн.[1, с.78] Глобалізація та інтеграція сучасного суспільства, визнання світовою спільнотою проблеми фізичного, морального і соціального здоров'я як головного показника соціально-економічної зрілості, культури й успішності держави, соціальний запит на якість медичних послуг зумовлюють особливі вимоги до професійної діяльності медичного персоналу. [3,4 с. 57, с 68] Медична сестра повинна досконало володіти клінічним мисленням, фундаментальними і спеціальними знаннями й уміннями щодо комплексного догляду за пацієнтами, надання медичної допомоги, активного здійснення профілактичної діяльності у сфері охорони здоров'я відповідно до національних і світових професійних стандартів, норм професійної моралі та етики, що відповідає принципу гуманності. У Законі України «Про вищу освіту», Національній стратегії розвитку освіти в Україні на період до 2021 року, Концепції професійної освіти, [10,9 с 12]. Концепції розвитку вищої медичної освіти, Наказі МОЗ України «Про затвердження Положення про особливості ступеневої освіти медичного спрямування», Галузевих стандартах вищої освіти України та ін. визначено

тенденції модернізації професійної підготовки майбутніх фахівців, оновлення сестринської справи і медсестринської освіти в Україні. Відповідно до цього створено низку лікувально-профілактичних закладів нового типу (хоспіси, відділення сестринського догляду в багатoproфiльній лікарні та ін.) і запроваджено нові медсестринські посади – заступника головного лікаря з медсестринства, медичної сестри-координатора, головного спеціаліста з медсестринства та ін. Це зумовлює нагальну потребу в підготовці фахівцівуправлінців у галузі медсестринства, медичних сестер найвищого освітньо-кваліфікаційного рівня – магістрів сестринської справи. Узгодження вітчизняних Галузевих стандартів підготовки медсестринських кадрів відповідно до міжнародних вимог окреслило нові перспективні напрями професійної діяльності магістрів сестринської справи, 5 зокрема, на посадах начальника (завідувача) структурного підрозділу медичного закладу, головної медичної сестри, викладача сестринських дисциплін у вищих медичних навчальних закладах, завідувача відділення (декана) у коледжі та наукового співробітника у галузях «Сестринська справа» й «Акушерство». Такий широкий спектр первинних посад магістрів сестринської справи вимагає ґрунтовних педагогічних досліджень і розробки наукових підходів до підготовки таких фахівців в умовах ступеневої освіти. Аналіз наукових праць вітчизняних і зарубіжних учених щодо проблеми професійного становлення магістрів сестринської справи дозволив вирізнити напрями її розв’язання: тенденції розвитку вітчизняної вищої медсестринської освіти в умовах євроінтеграції [10, с 34]; соціально-історичні характеристики вищої медсестринської освіти в Україні та зарубіжних країнах [10, с 12]; особливості застосування сучасних педагогічних технологій в освітньому процесі підготовки магістрів сестринської справи [10, с 9]; особистісні якості магістрів сестринської справи ; напрями наукового пошуку в медсестринстві .[9, с. 45]. Водночас, серед наведених наукових розробок практично відсутні комплексні дослідження з проблеми підготовки магістрів сестринської справи в умовах ступеневої освіти, спрямовані на розв’язання низки об’єктивних суперечностей, які нині намітились у вищих медичних навчальних закладах України, а саме між: потребою системи охорони здоров’я України у висококваліфікованих фахівцях найвищого освітньо-кваліфікаційного рівня у галузі медсестринства та відсутністю професіограми магістрів сестринської справи і моделі їхньої професійної підготовки; посадовими інструкціями 6 первинних посад магістрів

сестринської справи та змістом теоретичної і практичної підготовки таких фахівців; зростаючими вимогами до якості підготовки випускників і неналежним рівнем сформованості у них професійних компетенцій та готовності до професійної діяльності на первинних посадах; необхідністю приведення форм, методів і засобів навчання у вищих медичних навчальних закладах до вимог часу та переважанням традиційних підходів у підготовці магістрів сестринської справи; потребою у всебічному оцінюванні рівнів готовності студентів до професійної діяльності та невизначеністю відповідних критеріїв і показників. Зважаючи на соціальну значущість проблеми професійної підготовки медичних сестер з вищою освітою в умовах ступеневої освіти, її актуальність і недостатню дослідженість, обрано тему наукового пошуку: «Професійна підготовка магістрів сестринської справи в умовах ступеневої освіти». Метою дослідження є теоретичне обґрунтування, практична розробка та експериментальна перевірка ефективності моделі підготовки магістрів сестринської справи в умовах ступеневої освіти. Реалізація поставленої мети зумовила потребу в розв'язанні таких дослідницьких завдань:

1. Здійснити історико-порівняльний аналіз становлення й розвитку сестринської справи і ступеневої медсестринської освіти в Україні та зарубіжжі.
2. Уточнити поняттєво-категоріальний апарат дослідження, змодельовати професіограму магістрів сестринської справи та визначити перелік професійних компетенцій цих фахівців.
3. Теоретично обґрунтувати модель професійної підготовки магістрів сестринської справи, визначити критерії, показники та рівні готовності випускників вищих медичних навчальних закладів до роботи за фахом..
4. Розробити модель професійної підготовки магістрів сестринської справи в навчальний процес вищих медичних навчальних закладів, а також експериментально перевірити її ефективність.

Таким чином, ми досліджуємо: професійну підготовку магістрів сестринської справи. Предметом дослідження є модель підготовки магістрів сестринської справи в умовах ступеневої освіти. Теоретико-методологічну основу дослідження становлять положення теорії пізнання про цілісність і взаємозалежність соціальних явищ і процесів навколишнього світу; філософські ідеї про діалектику суб'єкта й об'єкта пізнання, практику як критерій істини; принципи наукового пізнання (об'єктивності, системності, цілісності); положення компетентнісного, системного, синергетичного, професіографічного, особистісно орієнтованого, аксіологічного, акмеологічного підходів до професійної

підготовки магістрів сестринської справи; ідеї фундаменталізації та системного реформування вищої професійної освіти [9, с 10]; теорія дидактики професійної освіти [10, с 12, 7, 9 с 8]; теоретико методологічні засади неперервної професійної освіти ; професійної підготовки магістрів [10, 8 с.17]; ідеї щодо розвитку медичної освіти [10,7,8]; методики навчання і наукових досліджень у вищій школі [10,11]; дослідження з питань формування готовності майбутніх фахівців до професійної діяльності [9,10 с.12]; нормативно-правові документи вищої школи, які регламентують діяльність вищих медичних навчальних закладів. З метою розв'язання поставлених завдань були використані такі методи дослідження: теоретичні – історико-порівняльний аналіз наукової літератури і нормативних документів вищої школи з метою виявлення особливостей виникнення й розвитку сестринської справи і ступеневої медсестринської освіти в Україні та за кордоном сучасного стану підготовки магістрів сестринської справи, визначення груп професійних компетенцій фахівців зазначеного профілю, формулювання категоріальних понять дослідження («професіограма», «професійні компетенції», «готовність до професійної діяльності» та ін.); теоретичне моделювання професіограми й моделі професійної підготовки магістрів сестринської справи; загальнонаукові методи (аналіз, синтез, індукція, дедукція, абстрагування, систематизація, узагальнення, класифікація та ін.); емпіричні – контент-аналіз для визначення сутності поняття «готовність»; анкетування, бесіда, тестування, самооцінювання, аналіз щоденників практик і протоколів захисту магістерських робіт; експериментальні – констатувальний і формувальний етапи педагогічного експерименту, які дали можливість виявити протиріччя при застосуванні традиційних підходів до підготовки медсестер-магістрів, розробити й упровадити в навчальний процес модель професійної підготовки магістрів сестринської справи і перевірити її ефективність; методи математичної статистики – якісний та кількісний аналіз результатів педагогічного експерименту; їх математична, графічна обробка й інтерпретація. 9

Організація та основні етапи дослідження. Теоретико-методологічну основу дослідження становлять положення теорії пізнання про цілісність і взаємозалежність соціальних явищ і процесів навколишнього світу; філософські ідеї про діалектику суб'єкта й об'єкта пізнання, практику як критерій істини; принципи наукового пізнання (об'єктивності, системності, цілісності); положення компетентнісного, системного, синергетичного, професіографічного, особистісно орієнтованого, аксіологічного,

акмеологічного підходів до професійної підготовки магістрів сестринської справи; ідеї фундаменталізації та системного реформування вищої професійної освіти [4 с 12, 6 с. 10, 10 с 23] Чинники, що визначають зміст компетенцій медсестер (МСС). Ґрунтуючись на положенні про те, що компетенції є відкритими синергетичними системами, ми вважали за необхідне систематизували комплекс чинників, які нині визначають і сприяють постійному оновленню їх змісту. До таких чинників, на нашу думку, належать: 1. сфера професійної діяльності МСС; 2. інтеграція національної системи підготовки медсестер МСС у європейську і світові системи; 3 вимоги сучасного світового медсестринського ринку праці; 4 концептуальні зміни в політиці, економіці, медсестринській освіті; 5 історичний аспект становлення професії медсестер (МСС) та національні традиції в медсестринстві; 6 соціальна значущість професії МСС та її зв'язки з іншими професіями (зокрема з професією лікаря). Під професійною діяльністю ми розуміємо процес досягнення необхідних результатів відповідно до поставлених цілей (у межах професійних обов'язків) шляхом застосування засобів, специфічних для даного виду робіт. У Галузевих стандартах вищої освіти України сфера професійної діяльності фахівців, зокрема МСС, нині визначається узагальненим об'єктом діяльності, переліком первинних посад та виробничих функцій і типових задач діяльності фахівців [7]. Нині поняття “компетентність” трактують як: 1. високий рівень кваліфікації й професіоналізму, необхідний для виконання професійних завдань чи робочих функцій [9]; здатність і вміння особистості мобілізуватися в певній ситуації, реалізувати свої здібності й потреби [10, с. 25]; 2. реальна здатність здійснювати професійну діяльність [5,7]; 3. сукупність новоутворень, знань, система цінностей і відносин, які спонукають до створення ціннісно-сміслових, поведінкових, мотиваційних, емоційно-вольових, когнітивних результатів особистісної діяльності суб'єкта [10]; 4. інтегральна характеристика, що містить окремі компетенції [10]; 5. загальна здатність, що базується на знаннях, досвіді, цінностях, здібностях, здобутих завдяки навчанню [10]; 5. сукупність знань і умінь, необхідних для ефективної професійної діяльності: вміння аналізувати, передбачати наслідки професійної діяльності, використовувати інформацію [9 с 10]; 6. результат набуття компетенцій [10, с. 12]. Розроблена шведськими й американськими (В. Чапанат, Г. Вайлер, Я. Лефстед) вченими концепція “інтегрованого розвитку компетентності спеціаліста”, на думку В. О. Калініна, пов'язується з інтеграцією

інтелектуальних, моральних, соціальних, естетичних, політичних аспектів знань та умінь. [10,9,7]. Професійна компетентність у контексті зазначеної концепції включає знання й уміння в різних сферах життєдіяльності людини, які необхідні для формування умінь і навичок здійснення діяльності творчого рівня [9, 10 с 12]. Різноманітним аспектам формування професійної компетентності (як різновиду компетентності) присвячені праці вітчизняних та зарубіжних авторів, та ін. У них були виділені вікові та індивідуальні особливості розвитку, визначена психологічна сутність професійного самовизначення та керівництво власними інтересами, мотивами, потребами у виборі своєї майбутньої професії. Професійна компетентність містить такі компоненти: компетентність діяльності; спілкування та саморозвиток особистості фахівця; професійна творчість, що містить спрямованість на системний пошук засобів і прийомів вирішення проблем професійної діяльності; системне, модельне мислення як необхідна умова організації та здійснення управлінської праці при вирішенні складних нестандартних завдань; конкретно-предметні знання, що є підґрунтям формування компетентності; праксеологічна, рефлексивна та інформаційна озброєність при вирішенні різних проблем професійної діяльності [10].

Література:

1. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.
2. Вороненко Ю.В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
3. Горбатенко І. Ю, Івашина Г.О. Основи наукових досліджень. Підручник. - Херсон, 2001. 244
4. Застосування інформаційних технологій у медичній статистиці / М.В. Голубчиков, О.С. Коваленко, Є.М. Кривенко, В.Г. Осташко; відп. ред. Г.О. Слабкий // Матеріали IV з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я, 23–25 жовтня 2008 р., м. Житомир. – Київ–Житомир, 2008. – Т. 1.
5. Колпаков В.М. Маркетинг персоналу. – К.: МАУП, 2006. – 408 с.

6. Копетчук В.А. Професійна спрямованість навчання предметів природничоматематичного циклу в медичному коледжі: Монографія. – Житомир: «Полісся», 2010. – 172 с.
7. Кузьмінський А.І. Педагогіка вищої школи. Навчальний посібник. 2-ге видання. – К.: Знання, 2011. – 486 с.
8. Лапотников В.А., Михеева Т.А., Чуваков Г.И. Процессный подход к управлению качеством сестринской помощи // Головна медична сестра. – 2010. – №6, – С. 28.
9. Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики» № 690 від 23.09.2009 р.;
10. Про Концепцію організації підготовки магістрів у Україні: Наказ МОН № 99 від 10 лютого 2010 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http: // osvita.ua/legislation/Vishya_osvita/6670](http://osvita.ua/legislation/Vishya_osvita/6670).

СОГУЙКО Ю.Р., канд.мед.наук.
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична
Академія ім. Андрея Крупинського»,
ЮРИСТОВСЬКА Н.Я., канд.держ.упр.
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична
академія ім. Андрея Крупинського»,
НЕДІЛЬКО Р.В., канд.держ.упр.
(док. філософії),
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична
академія ім. Андрея Крупинського»

АКАДЕМІЧНА ДОБРОЧЕСНІСТЬ – ВЕКТОР СУЧАСНОЇ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

Розвиток сучасної вищої освіти, зокрема в галузі охорони здоров'я, вимагає нових поглядів на забезпечення якості освітнього процесу. Все частіше піднімається питання забезпечення академічної доброчесності у вищій школі.

Дослідженням та вивченням питання доброчесності займаються такі вітчизняні науковці: Артюхов А., Безус Р., Кращенко Ю., Федорович І., Семків Т., Зуєва Л., Глущенко С. та інші.

Академічна доброчесність – це сукупність етичних принципів та визначених законом правил, якими мають керуватися учасники освітнього процесу під час навчання, викладання та провадження наукової (творчої) діяльності з метою забезпечення довіри до результатів навчання та/або наукових (творчих) досягнень[1, 2].

У Законі України «Про освіту», Розділ V Забезпечення якості освіти, ст.42 Академічна доброчесність зазначено вимоги щодо забезпечення академічної доброчесності у вищій школі та про наслідки за не виконання даної статті Закону України. А саме [1] :

Дотримання академічної доброчесності педагогічними, науково-педагогічними та науковими працівниками передбачає:

- посилення на джерела інформації у разі використання ідей, тверджень, відомостей;
- дотримання норм законодавства про авторське право;
- надання достовірної інформації про результати досліджень та власну педагогічну (науково-педагогічну, творчу) діяльність;

- контроль за дотриманням академічної доброчесності здобувачами освіти.

Дотримання академічної доброчесності здобувачами освіти передбачає:

- самостійне виконання навчальних завдань, завдань поточного та підсумкового контролю результатів навчання (для осіб з особливим освітніми потребами ця вимога застосовується з урахуванням їх індивідуальних потреб і можливостей);

- посилення на джерела інформації у разі використання ідей, тверджень, відомостей;

- дотримання норм законодавства про авторське право;

- надання достовірної інформації про результати власної навчальної (наукової, творчої) діяльності.

Також варто звернути увагу на те, що молоді представники наукового середовища, молоді вчені мають бути авангардом впровадження етичних ідеалів та моральних стандартів в українському освітньому та науковому просторі. Адже саме на молодих учених покладається надія щодо утвердження і поширення високих етичних і моральних ідеалів та належних стандартів академічної доброчесності і у процесі здійснення наукової діяльності, і у процесі навчання й виховання майбутніх поколінь та сьогоденних молодих людей як справжніх гідних громадян своєї держави [3].

Англійські філософи Джеремі Бентам та Джордж Мур вважали, що доброчесність – це протилежність корисливості, це обов’язок, а німецький філософ Густав Радбрух «називав доброчесність позитивною моральною властивістю, високою моральністю конкретної людини» [4].

На нашу думку, академічна доброчесність є більш ширшим поняттям і стосується не лише забезпечення якості освіти, а й зокрема, вона прямо впливає на те, яких громадян виховує система вищої освіти в нашій державі, які цінності закладаються під час навчання в університетах, академіях, інститутах та коледжах нашої країни. Медична освіта, зокрема медсестринська є скерована на лікування та допомогу людям, то слід акцентувати увагу ще й на виховання таких цінностей, як: милосердя, моральність, професійна етика та деонтологія, духовність, доброзичливість.

З метою імплементації академічної доброчесності, у Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського, застосовуються різні методи

та форми, а саме: лекції, семінари, вебінари, круглі столи, майстер – класи з академічного письма.

Львівська медична академія імені Андрея Крупинського входить у трійку заклади вищої освіти для медичних сестер України залучених до Україно-швейцарського проекту “Розвиток медичної освіти” у рамках реформування вищої медичної освіти. 7-9 жовтня 2019 року в Буковинському державному медичному університеті відбулася перша Осіння школа з медичної освіти, організована Україно-швейцарським проектом “Розвиток медичної освіти” за підтримки Міністерства охорони здоров’я України і Швейцарського бюро співробітництва та розвитку. Перша Осіння школа з медичної освіти подала багато цікавих зустрічей, лекцій, майстер – класів. Наша делегація перейняла цікаві ідеї та корисні знання щодо провадження освітнього процесу. Під час роботи у малих групах відбувались дискусії стосовно контролю якості викладання, правильного студенто-орієнтованого навчання, стратегії розвитку університетів, академій, інститутів та питань доброчесності в охороні здоров’я.

Спікер Нінке де Йонг, професорка кафедри освітнього розвитку та досліджень Маастрихтського університету, Нідерланди у своїй доповіді вказала на необхідність навчання студентів як професіоналів, що думають незалежно, є адаптивними, постійно вдосконалюються та мають широкі погляди на здоров’я й охорону здоров’я.

Аспекти академічної доброчесності в освіті прокоментував спікер Вім Гроот, професор доказової освіти Маастрихтського університету, Нідерланди, зауваживши, що доброчесність – це прихильність чесності та особистої відповідальності за свої дії.

Девід Шмідт, доктор, доцент з бізнес-етики та директор Центру прикладної етики університету Ферфілд, США зазначив, що академічна доброчесність визначає симбіоз медичної освіти та культури.

Отриманим досвідом та знаннями після навчання в Осінній школі з медичної освіти, організованою Україно-швейцарським проектом “Розвиток медичної освіти” за підтримки Міністерства охорони здоров’я України і Швейцарського бюро співробітництва та розвитку, наша делегація організувала та провела семінар для науково – педагогічного колективу нашого ВНЗ, а кафедра внутрішньої медицини та управління охороною здоров’я провела методичний семінар «Прагнемо поділитись!» для науково – педагогічних працівників закладів вищої освіти Львівщини.

Відтак, можна впевнено стверджувати, що виховання академічної доброчесності серед науково – педагогічних працівників та здобувачів вищої освіти, є вкрай важливим питанням. Формування академічної доброчесності – це питання світового масштабу, оскільки дослідники даної теми докладають багато зусиль щодо вивчення, впровадження та якісного використання в освітянському просторі. Академічна доброчесність має бути скерована на поєднання у собі етичних норм та моральних правил поведінки людини як в освітньо-науковому середовищі так і при виконанні професійних обов’язків.

Література:

1. Закон України «Про освіту» від 05.09.2017 // Відомості Верховної Ради України. – 2017. – № 38-39 . ст. 380. Режим доступу <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>

2. Академічна чесність як основа сталого розвитку університету / Міжнарод. благод. Фонд “Міжнарод. фонд. дослідж. освіт. політики”; за заг. ред. Т.В.Фінікова, А.Є.Артюхова – К.; Таксон, 2016. – 234 с. – Режим доступу:

<https://drive.google.com/file/d/0ByePGdGpHh6Wa1NoR3g4S1FaWVE/view>

3. Академічна доброчесність: проблеми дотримання та пріоритети поширення серед молодих вчених : кол. моногр. / за заг. ред. Н.Г. Сорокіної, А.Є. Артюхова, І.О. Дегтярьової. – Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2017. – 169 с.

4. Комплекс моральних обов’язків. URL: http://zib.com.ua/ua/125930-scho_rozumiti_pid_profesiynoyu_etikoyu_ta_dobrochesnistyu_v_.html

ТЕРЕЩУК С.І.,
*канд. фармацевт. наук, доцент,
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім.
Андрея Крутинського»*

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ МЕДИЧНОГО ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ТОВАРОЗНАВСТВА ПРИ ПІДГОТОВЦІ КВАЛІФІКОВАНИХ БАКАЛАВРІВ МЕДСЕСТРИНСТВА

На сьогодні, як ніколи, суттєво підвищена потреба суспільства в наданні кваліфікованої медичної допомоги. Медичні сестри є важливою ланкою у сфері охорони здоров'я, без якої неможливе формування, підтримання, збереження і відновлення здоров'я громадян України. Сучасна модель підготовки медичних працівників передбачає, що медична сестра – це фахівець з професійною освітою, який поділяє філософію сестринської справи. Має право на виконання відповідної професійної діяльності та творчо здійснює медсестринський процес [1, с.31]. Одним із ключових чинників підвищення якості підготовки медичних кадрів, готових до самостійної практичної діяльності, є використання інноваційних методів викладання в педагогічній діяльності [2, с.34].

Особливості медсестринської освіти в Україні були предметом наукових праць Н. Лісної-Міських [3], І. Махновської [4], К.Пікон [5], С. Ястремської [6] та інших науковців. У працях відзначається успішний розвиток у підготовці медичних сестер, особливо в умовах ступеневої освіти. Але не вирішеним залишається напрямок підвищення фахової компетентності майбутніх спеціалістів та мотивації до навчання студентів.

З 2018/2019 навчального року введено в дію стандарт вищої освіти за спеціальністю 223 «Медсестринство» для бакалаврського рівня освіти [7]. У затвердженому документі чітко прописані вимоги до об'єктів та цілей навчання бакалавра медсестринства, а саме: організація та управління роботою медсестринських структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, виконання всіх видів медсестринської діяльності та медсестринських втручань. Для цього студентам необхідно засвоїти теоретичні знання з питань охорони здоров'я населення; профілактики, діагностики та лікування захворювань людини на індивідуальному, родинному та популяційному рівнях. Бакалавр з медсестринства повинен володіти наступними методами, методиками та технологіями – анамнестичними, клінічними, лабораторними

та інструментальними методами провадження діагностичного процесу, визначення провідних симптомів та синдромів, визначення медсестринського діагнозу; організація догляду та опіки за пацієнтами; технології діагностики, лікування та профілактики, управління та організації роботи в галузі охорони здоров'я. Фахівець повинен вміти застосовувати та використовувати інструменти та обладнання з маніпуляційної техніки; найпоширеніші сучасні діагностичні, лікувальні та інші пристрої, предмети та прилади для проведення фахової діяльності. Згідно з Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників охорони здоров'я бакалаври з медсестринства на посадах головної та старшої медичних сестер повинні вміти організувати, координувати та нести відповідальність за діяльність медсестринських структурних підрозділів [8]. Тому в закладах вищої медсестринської освіти треба забезпечити впровадження у навчальний процес сучасних педагогічних та наукових інновацій відповідно до світових стандартів, а саме: інтерактивних технологій навчання, дистанційного навчання, комп'ютерного моніторингу самостійної роботи студентів, електронних комплексів навчання та контролю знань, індивідуалізованого навчання на базі адаптивних систем дистанційного навчання та контролю знань.

Дисципліна «Медичне та фармацевтичне товарознавство» (МФТ) викладається бакалаврам з медсестринства на заключному семестрі навчання в обсязі 90 год., з них аудиторні заняття 40 год., а решта самостійна робота. МФТ – це дисципліна, яка вивчає споживчі властивості медичних виробів (МВ) та лікарських засобів (ЛЗ), їх класифікацію, стандартизацію та сертифікацію; чинники, що обумовлюють їх якість, контроль та оцінку; умови збереження їх на шляху від виробника до пацієнта [9]. Вперше в світі товарознавство ЛЗ рослинного та тваринного походження почали викладати в 1549 р. у Падуанському університеті (Італія), де й було відкрито першу кафедру [10]. Доступні підручники з МФТ передбачені для навчання, в першу чергу, студентів за спеціальністю «Фармація, промислова фармація», де основний акцент зосереджено на фармацевтичному товарознавстві, на товаропровідній системі виробник – оптова фірма – аптека – відвідувач аптеки. Для медичних сестер, на нашу думку, при викладанні МФТ, попри товарознавчий аналіз ЛЗ та МВ, необхідно звернути увагу на їх обов'язки у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) із забезпечення належної якості надання лікарської допомоги пацієнтам, а саме:

- організації роботи відділення з дотримання вимог санітарно-епідеміологічного режиму;
- правильного використання медичного інструментарію, приладів та апаратів;
- якісній роботі з медичними відходами;
- забезпечення надійного обліку наркотичних та психотропних ЛЗ;
- вміння працювати з сучасною апаратурою.

Враховуючи все вищенаведене, в календарних планах лекцій, практичних занять і самостійної роботи внесені відповідні теми, напр.: якість, стандартизація та сертифікація ЛЗ і МВ; порядок підготовки МВ до використання в ЗОЗ; товарознавчий аналіз приладів для вимірювання температури та необхідні заходи безпеки при ліквідації наслідків розбиття ртутних термометрів; товарознавчий аналіз ринку небулайзерів та ін.

Для кращого сприйняття матеріалу кожна лекція супроводжувалася мультимедійною презентацією (всі лекції були прочитані до карантину). Для практичних занять студентам було запропоновано електронний варіант робочого зошита для виконання завдань з відповідними таблицями, з переліком контрольних питань та списком літератури. На кожному занятті студенти працювали з оригіналами нормативних документів (закони, постанови, технічні регламенти, ДСТУ, накази), взірцями ЛЗ та МВ. У режимі on-line працювали з ресурсами МОЗ України (Компендіум, реєстрами ЛЗ і МВ). Кожне заняття закінчувалося контрольним тестуванням рівня засвоєних знань згідно опрацьованих блоків тестових завдань з одною правильною відповіддю. Виконані самостійні роботи студенти презентували як доповіді вкінці заняття.

З початком карантину навчання продовжувалося в дистанційному режимі на створеному нами курсі «бакалавр медсестринства» на платформі classroom.google.com. Хоча всі студенти зареєструвалися своєчасно, в подальшому почали виникати проблеми в доступності до мережі інтернет у близько 30% студентів. Спілкування з ними продовжувалося з допомогою Viber та виконанні завдань не у робочому зошиті, а від руки у звичайних зошитах. На курсі «бакалавр медсестринства» студенти мали доступ до мультимедійних презентацій лекцій, нормативної бази, робочого зошиту, тестових завдань. Виконані самостійні роботи оцінювалися тільки викладачем, без доповіді перед колегами, що зменшувало ефект відповідальності виконавця. У частини студентів виникали проблеми із своєчасністю в термін подати виконані завдання, але тут високий ступінь

кореляції з їх відвідуваністю лекцій у до карантинний період. Для виключення копіювання виконання завдань в подальшому необхідно створювати індивідуальні завдання для кожного студента.

Для модульного контролю нами було опрацьовано 20 варіантів (за кількістю студентів) із 30 однакових тестових завдань на взірець ліцензійного іспиту КРОК, який був проведений одночасно для всіх. Максимальні відсотки правильних відповідей становили 93 (один студент) та 90 (чотири студенти). Порівняльний аналіз результатів оцінювання наведений у табл.1.

Таблиця 1

Результати оцінювання студентів І МС22 з медичного та фармацевтичного товарознавства

Підгрупи	Відвідуваність лекцій %	Середня оцінка за заняття x 20, САП	Модульний контроль, %
1	46,4	73	63
2	85,4	90	81
3	37,5	82	60

Інформація для аналізу: лекції прочитані до карантину; у першій підгрупі два заняття проведені on-line, у другій підгрупі - одне заняття, у третій підгрупі - всі заняття.

Як видно з даних таблиці, результати модульного контролю прямолінійно корелюють з відвідуваністю лекцій; у другій підгрупі, завдяки дисциплінованості студентів, всі показники вищі. Показник САП у третій підгрупі зумовлений, напевно, відсутністю можливості поставити студентам додаткові питання при зарахуванні виконаних завдань (всі заняття on-line). Насторожують досить низькі результати модульного контролю, можливо причиною є підбір тестів, які базувалися, в більшій мірі на матеріалах самостійної роботи, а не дублювали тестові завдання з практичних занять.

Висновки. Медичне та фармацевтичне товарознавство є важливою дисципліною у підготовці бакалаврів медсестринства та необхідною для їх роботи в системі охорони здоров'я України. Для покращення рівня засвоєння теоретичних знань та засвоєння практичних навичок необхідно удосконалювати формат навчальних матеріалів на основі індивідуалізації завдань. Доцільно використовувати досвід on-line навчання у поєднанні з викладанням в аудиторіях та самостійною, творчою роботою студентів.

Література:

1. Варава О. Педагогічні умови формування професійної мобільності майбутніх бакалаврів сестринської справи у фаховій підготовці /Олена Варава // Педагогічні науки: теорія, історія,інноваційні технології. – 10 (84) – С.32-40.
2. Кузик З. В. Оцінка ефективності підготовки студентів випускних курсів з медсестринства в сімейній медицині / З. В Кузик, Н. І. Прунчак, Н. В. Кошелева // Медсестринство. – 2019. – № 2. – С. 34-36.
3. Лісна-Міськів Н. Є. Загальна характеристика формування професійної компетентності майбутніх фахівців сестринської справи / Н. Є. Лісна-Міськів // Педагогічний дискурс. Сер. : Педагогічні науки. – 2016. – Вип. LXXII. – С. 122–126.
4. Махновська І. Р. Професійна підготовка магістрів сестринської справи в умовах ступеневої освіти : дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.04 “Теорія та методика професійної освіти” / І. Р. Махновська. – Житомир,2015.– 312с.
5. Пікон К. Особливості підготовки майбутніх фахівців сестринської справи в умовах ступеневої освіти в Україні / К. Пікон // Збірник наукових праць національної академії державної прикордонної служби України Серія: Педагогічні науки.- 2017. – №3(10). – С.241-249.
6. Ястремська С. О. Ретроспективний аналіз наукових передумов становлення світової та вітчизняної систем медсестринської освіти / С. О. Ястремська // Молодий вчений. – 2017. – № 4 (44). – С. 510–514.
7. Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 223 «Медсестринство» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти. Наказ МОН України від 05.12.2018 р. № 1344 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/223-medsestrinstvo-bakalavr.pdf>.
8. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 "Охорона здоров'я". Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117 із змінами та доповненнями [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ5907>
9. Медичне і фармацевтичне товарознавство: Товари аптечного асортименту: навч.посіб. [для вищ.навч.закл.] / Б.П.Громовик, Н.Б.Ярко, І.Я.Городецька, О.М.Корнієнко, Н.Л.Ханик. – За ред. проф. Б.П.Громовика. – Вінниця: Нова Книга, 2011. – 496 с.
10. Равлів Ю. А.Вивчення навчальної дисципліни «Медичне та фармацевтичне товарознавство» магістрами дистанційної форми навчання / Ю. А. Равлів, В. Р. Мах, Я. В. Соловей // Медсестринство. – 2019. – № 4. – С.19-21.

ФІТЬО Н.Р., асистент

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична

академія ім. Андрея Крупинського»

ІСТОРИЧНИЙ ОГЛЯД СТАНОВЛЕННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ НА ТЕРЕНАХ ГАЛИЧИНИ

Медицина насправді є найблагородніше з усіх мистецтв.

Гіппократ (460 – 377 до н.е.), давньогрецький лікар

Визначення медсестринства як професійної діяльності складається з його розуміння як мистецтва догляду за хворими та усвідомлення необхідності спеціальної фахової підготовки. Наука догляду за хворими бере початок з учення Гіппократа (460–377 рр. до н. е.), якого вважають батьком догляду за хворими, оскільки саме він зробив першу спробу розмежувати теоретичну і практичну діяльність сестри медичної [1].

Актуальність даної теми викликана процесами реформування медицини, зокрема медсестринства. Сьогодення відокремлює медсестринство, як самостійний напрямок у галузі медицини. Оскільки, упродовж віків медичні сестри були символом милосердя, та їх називають сестрами милосердя [2], потрібно приділити значну увагу вивченню історичних аспектів у розвитку медсестринства, врахувавши традиції, що склалися в процесі формування системи охорони здоров'я населення в цілому, та власне специфіку самої медичної освіти.

Питання історичного розвитку та становлення медичної освіти в Україні досліджували багато вчених, зокрема: Т. Бурачинський, С. Верхратський, Л. Гонсьоровський, Б. Криштопа, Я. Лукашевич, М. Музика, В. Шумовський, І. Огієнко, Є. Озаркевич, М. Панчишин, О. Рузанова, С. Стажинський, І. Шапіро, М. Шегедин, Л. Фінкель.

Метою дослідження є аналіз історичного становлення медсестринської освіти на теренах західноукраїнських земель.

Медсестринство в Україні має давню історію становлення та розвитку. Крім цього, слід зауважити, що в кожній частині країни воно має свої особливості. Ця тема на сьогодні є доволі актуальною. Оскільки для того, щоб медсестринство розвивалось ефективно і для того, щоб ліквідувати всі проблемні питання, необхідно вивчити його історію розвитку та географічні аспекти [3].

Виникнення медсестринства (сестринської справи) в Україні, як і у всій Європі, нерозривно пов'язане з прийняттям та становленням християнства, створенням монастирів, при яких були лічебниці, подорожні доми, які поєднували функції готелю, лікарні та амбулаторії для мандрівників, що направлялися до святих місць та потребували медичної допомоги.

Згідно з поглядами багатьох дослідників, у другій половині XVIII ст., забезпечення медичним обслуговуванням населення західноукраїнських територій було незадовільним.

Наприкінці XVIII століття українські землі входили до складу двох імперій: Російської та Австро-Угорської. Але кордон між Росією та Австрією був не лише географічно-політичним поняттям. Він означав приналежність населення по обидва його боки до двох різних, а іноді – цілком протилежних суспільно-політичних та культурно-освітніх систем. Враховуючи історичну ситуацію, яка склалася, розвиток медицини в цих регіонах України мав свої особливості.

Так, Західна Україна (тодішні Львівська, Станіславська та Тернопільська губернії, інакше – Галичина, та частина Волині, інакше – Лодомирія) за часів панування Австро-Угорщини та панської Польщі мала винятково важкі соціально-економічні умови. З точки зору економіки весь цей край практично служив аграрним додатком промислових центрів Австро-Угорщини та Польщі. Більшість населення краю була неграмотною або малограмотною. До соціального та економічного гноблення додавалось і національне. Результатом незадовільного стану населення західноукраїнських земель була висока захворюваність гострими та хронічними інфекційними хворобами та висока смертність. Навіть за офіційними статистичними даними, смертність на 1000 населення складала на початку XX століття від 22,5 до 23,9. Висипний та черевний тифи, дизентерія, туберкульоз, трахома, венеричні хвороби носили масовий характер [4]. Таким чином, на Західній Україні в другій половині XVIII століття зафіксована перша спроба створення медсестринства. У квітні 1870 року створено Крайову раду здоров'я, основними функціями якої було надання медичної допомоги хворим. Саме в цей час у Львові відкриваються курси акушерської справи, які заснувала поміщиця Яблонська. Це були перші медичні курси на Заході України, на які приймали жінок з терміном навчання 3 роки [3]. На повивальні (акушерські) курси, які організувала поміщиця Яблонська, зазвичай приймали сільських неграмотних жінок, які мали навики повивальниць або хотіли здобути такі навики. До цього часу

на теренах Західної України не було створеного ні єдиного навчального медичного закладу. За часів Австро-Угорщини (1771–1918) ні в Галичині, ні на Закарпатті не було збудовано жодної лікарні у селі. Лікарні будували лише в повітових містах, і то не в усіх: з 46 повітових міст лікарні були тільки в 27. Стаціонарна медична допомога була платна, недоступна для більшості селян, і тому значна кількість ліжок у лікарнях не використовувалась [5]. Тож можна припустити, що надання медичної – санітарної допомоги та освітянських закладів медицини просто не існувало, існував значний дефіцит кваліфікованих медиків.

Загальновідомим фактом є те, що австрійська реформа охорони здоров'я (1770) торкнулася і західноукраїнських земель. Імператриця Австрії Марія Терезія з метою поліпшення медичної опіки над населенням, розвитку медичної освіти і науки у королівстві Галичина та Лодомирія декретом від 22 грудня 1772 р. призначила доктора медицини Андрея Крупинського крайовим протомедиком Галичини. Йому було доручено створити на західноукраїнських землях систему медичної служби і медичної освіти. Урочисте відкриття Львівського акушерського колегіуму відбулося 1 жовтня 1773 р. Цей день ознаменував зародження середньої медичної освіти на західноукраїнських землях. Навчання в колегіумі було безкоштовним. Більше того, слухачі перебували на повному утриманні землевласників, які скерували їх на навчання. З губернаторського фонду вони одержували по одному гульдену на тиждень. Слухачами колегіуму могли стати фізично здорові, морально стійкі особи обох статей віком від 21 до 30 років. Звичайно, підбирали інтелектуально розвинених, які відзначалися милосердям та любов'ю до акушерської справи.

З цього історичного періоду розпочато підготовку кадрів з різних галузей медицини.

Як стверджують дослідники цієї історичної епохи, то у цей період історії становлення медсестринства на західноукраїнських землях відбувся значний прорив та прогрес в організації освітніх медичних послуг. Збільшилася кількість навчальних закладів; урізноманітнилися їх типи (медичний колегіум, акушерські школи, фельдшерські школи, медичний факультет); підвищився рівень вимог до вступників (зараховували лише письменних); поєднувалася теоретична і практична підготовка, а в Галичині, зокрема у Львові, більшу частину наукових медичних курсів здійснювали відомі на той час вчені-лікарі, професори, що природно сприяло підвищенню освітнього рівня випускників.

Хронологія розвитку медичної освіти на західноукраїнських землях

Рік	Створення освітніх медичних послуг	Термін навчання	Спеціальності
1784	Організація Львівської медико-хірургічної школи	2 роки	акушерка, аптекар, хірург
1833-1875 р.	Організація Львівської медико-хірургічної школи	3 роки	акушерка, аптекар, хірург
1875 р.	Імператорська школа акушерок	Від 3 місяців до 8 місяців	акушерка
1895 р.	Школа медичних сестер при лікарнях	Від 2 місяців до 7 місяців	медична сестра

Отже, вивчення історичних аспектів становлення медсестринської освіти, потребує ретельного дослідження, з метою з'ясування фактів для можливої модернізації та трансформації у сучасний медсестринській освітній простір. Оскільки вивчений історичний досвід засвідчує, що для підготовки медичного персоналу, зокрема сестер медичних, надавалась перевага практичним заняттям біля ліжка пацієнта.

Література:

1. Шатило В. Й., Бутирський А. Г., Горай О. В. та ін. Проблеми і перспективи розвитку медсестринства у світі і в Україні (історичний аспект та сучасність). Магістр медсестринства. 2011. №2 (6). – С. 5–19.
2. Поплавська С. Д. Формування готовності студентів медичних коледжів до комунікативної взаємодії у професійній діяльності: дис. кандидата пед. наук : 13.00.04. Житомир, 2009. – 177 с.
3. Історичні та географічні аспекти розвитку медсестринства в Україні / Р.В. Неділько // Інвестиції: практика та досвід. – 2016. – № 16. – С. 100-103. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd_2016_16_23.
4. Шегедин М.Б. Історія медицини і медсестринства / М.Б. Шегедин, Н.О. Мудрик. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 328 с.
5. Голяченко О. Історія медицини: посіб. / О. Голяченко, Я. Ганіткевич. – 2-ге вид., доповн. – Тернопіль : ТДМУ, 2016. – 326 с.

ФУРДИКОНЬ І.В., студентка II-го курсу
спеціальності «Сестринська справа»
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична
академія ім. Андрея Крупинського
Науковий керівник:
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., канд.держ.упр.
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична
академія ім. Андрея Крупинського

ПРОФЕСІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ. РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ

Медична сестра відіграє важливу роль в медицині, житті кожної людини та суспільстві. Сьогодні, у важкі для України часи, коли країна перебуває у стані війни та пандемії, медсестри є невід'ємною частиною медичної галузі. Професія медичної сестри зазнає значної трансформації, це не просто людина, яка виконує лікарські призначення, а фахівець з вищою освітою та широким спектром обов'язків, адже без медичної сестри немає майбутнього.

«Сестринська справа – це складова частина системи охорони здоров'я, яка направлена на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих умовах навколишнього середовища. Сестринська справа включає діяльність зі зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, надання психосоціальної допомоги особам, які мають фізичні та (або) психічні захворювання, а також непрацездатним всіх вікових груп» [1].

Тема професійної діяльності та реформування даної галузі набуває актуальності, адже розвиток медицини в Україні та Європі є на зовсім різних рівнях, зокрема це стосується навченості, компетентності, обов'язків середнього медичного персоналу та їх заробітної плати.

Європейське бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я визначає такі функції медсестри, як: здійснення сестринського догляду та керівництво ним, здійснення заходів профілактики захворювань; лікування, реабілітація (відновлення) чи підтримка пацієнтів, сім'ї; навчання пацієнтів збереження та відновлення здоров'я; ефективне виконання ролі члена медико-санітарної бригади; розвиток сестринської практики через наукові дослідження.

В Україні ж ці функції ігноруються. У нашій державі медичний працівник з медсестринською освітою не відповідає вимогам міжнародної

конкурентоспроможності. Медична сестра не приймає самостійних рішень, а лише виконує вказівки та призначення лікарів [2].

У багатьох європейських країнах медичні сестри складають основу первинної ланки охорони здоров'я. Так, у шведській системі охорони здоров'я медичні сестри відіграють все більшу роль, надаючи висококваліфіковану допомогу пацієнтам з хронічними і складними станами (цукровий діабет, бронхіальна астма, серцева недостатність, психічні захворювання); їм також надано обмежене право призначення лікарських засобів [3, с. 22].

У шведських медичних центрах пацієнта спочатку оглядає медсестра, яка потім може скерувати пацієнта до лікаря загальної практики або в лікарню. У Фінляндії 80% пацієнтів попередньо консультуються у медсестер, а потім, у разі необхідності, скеровуються до лікарів, і тільки 20% пацієнтів поступають безпосередньо до лікарів. У Скандинавських країнах у містах і на селі в центрах здоров'я також провідну роль відіграють сестри медичні. У Нідерландах рішення про надання допомоги пацієнтам лікарями під позаробочий час приймає медсестра на основі встановлених критеріїв. У своїй діяльності медичні сестри спираються на клінічні протоколи і мають право в межах цих протоколів змінювати режим медикаментозної терапії [4; 5].

Заробітна плата в Україні та європейських країнах суттєво відрізняється. Так, в Україні медична сестра в середньому отримує 4573 грн., фіксує статистика Держслужби зайнятості, і це найнижча зарплата в професії серед країн Європи. В приватних клініках заробітні плати вищі, в середньому 8000-12000 грн [6].

Нижче наведено таблицю, з вказанням заробітної плати медичних сестер у деяких країнах Європи, проте варто зазначити, що отримуючи таку оплату, вимоги до середнього медичного персоналу за кордоном є значно вищими ніж в Україні.

	Європейські країни	Заробітна плата в місяць
1	Німеччина	2500€
2	Польща	700€
3	Великобританія	1800€
4	Фінляндія	2550€
5	Швеція	1000€
6	Франція	2000€
7	Норвегія	4200€
8	Італія	1900€

Джерело: складено автором з використанням джерела [7]

Отже, з усього вищесказаного можна зробити висновок, що професія медичної сестри в Україні та світі суттєво відрізняється і за престижністю є значно меншою ніж в Європі. Одним з найважливіших критерій є мізерна заробітна плата, що спричинило масову трудову еміграцію.

Низька заробітна плата, відсутність належних умов праці, професійна незахищеність, все це є основними факторами зниження ролі медичної сестри, які повинні вирішуватися на державному рівні.

Література:

1. Безкоровайна У. Ю. Порівняльний аналіз ролі медичної сестри в Україні та у світі / У. Ю. Безкоровайна // Інвестиції: практика та досвід. – 2016. – № 15. – С. 88–91.
2. Неділько Р. В. Оцінка вітчизняної системи державного управління освітою медичної сестри та подальшим працевлаштуванням / Р. В. Неділько // Інвестиції: практика та досвід. – 2016. – № 7. – С. 133–136.
3. Buchan J. and Calman L. Skillmix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. — Paris: OECD, 2005. 63 p.
4. Stromberg A., Martensson J., Fridlund B. Nurse-led heart failure clinics in Sweden/Eur J Heart Fail. — 2001. — 3. — P. 139—144.
5. Karlberg, I. et al. Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries. — Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. — 181 p.
6. Медсестри в Україні отримують найнижчу зарплату в Європі – Режим доступу: <https://ukraine.segodnya.ua/ua/ukraine/medsestry-v-ukraine-poluchayut-samuyu-nizkuyu-zarplatu-v-evrope-ekspert-1375728.html>
7. Зарплати медсестер в Європі – Режим доступу : <https://iaminternationalnurse.com/zarplaty-medsester-v-evrope>

Секція II.
**ПРАКТИЧНЕ
МЕДСЕСТРИНСТВО СУЧАСНОСТІ**

АНДРУШКЕВИЧ І.В.

магістр медсестринства

КНП «2 МП м. Львова»

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ФАЗ ЕМОЦІЙНОГО/ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ В СЕСТЕР МЕДИЧНИХ

Сучасні зміни українського суспільства визначають потреби у підвищенні вимог до особистісного і професійного розвитку фахівців у медичній галузі у тому числі сестер медичних. Сьогодні медичний персонал у роботі з пацієнтами повинен володіти не лише складними технічними маніпуляціями і навичками, але протистояти фізичному та емоційному навантаженню. Недостатньо соціальна захищеність, низька заробітна плата, цілодобовий режим праці у стресогенних і несприятливих умовах із тяжко хворими людьми, високий рівень відповідальності та емоційне напруження може привести до професійного/емоційного вигорання медичних сестер.

Професійне вигорання – це синдром, який розвивається на фоні хронічного стресу і призводить до загального виснаження організму людини. Термін «синдром емоційного вигорання» (СЕВ) (burnout – згорання, вигоряння) вперше був введений в 1974 р. американським психіатром Х. Дж. Фрейденбергером. Він вивчав характеристики психологічного стану здорових людей, які перебувають у постійному спілкуванні з клієнтами або пацієнтами в емоційно напруженій атмосфері при наданні професійної допомоги. Предметом дослідження психіатричного напрямку були симптоми вигорання та сутність психічного здоров'я особистості [2].

Серед особистісних особливостей, що сприяють «вигоранню», Г. Дж. Фрейденбергер виділяв емпатію, гуманність, м'якість, захоплення, інтровертованість, фанатичність. Є дані, що у жінок емоційне виснаження настає швидше, ніж у чоловіків, хоча це підтверджується не у всіх дослідженнях [5].

Уперше на проблему професійного стресу працівників у сфері медицини звернули увагу американські спеціалісти, які помітили, що, незважаючи на спеціальну підготовку і підбір персоналу, керівництво медичних установ нерідко стикалося з фактами незадовільної роботи співробітників, передусім із скаргами хворих на їх неувагу, байдужість і навіть грубість. Проведені дослідження привели до виявлення своєрідного професійного стресу – «стресу спілкування», який у поєднанні з іншими професійними стресами, призводить до виникнення так званого феномена «емоційного вигорання» [1].

У 1977 р. на щорічній конференції Американської психологічної асоціації термін «синдром емоційного вигорання» увійшов до наукового лексикону. З'явилося багато публікацій і досліджень стосовно проблеми емоційного вигорання серед медичних працівників. Для повсякденної діяльності медичних працівників характерним є високий рівень стресу, який вони відчують доволі часто. Актуальність проблеми емоційного вигорання видно з наукових публікацій і досліджень, які значно зросли за останнє десятиріччя.

У 1981 р. К. Маслач та С. Є. Джексон, обмежили можливість психічного вигорання представниками комунікативних професій. Відповідно до їх підходу синдром емоційного вигорання являє собою тривимірний конструкт, що включає послідовний розвиток трьох основних психопатологічних компонентів: емоційне виснаження, деперсоналізацію (тенденцію розвивати негативне ставлення до клієнтів) і редукацію особистих досягнень (проявляється або в тенденції до негативного оцінювання себе в професійному плані, або в приниженні гідності, обмеженні своїх можливостей, обов'язків по відношенню до інших, зняття з себе відповідальності і перекладання її на інших) [6].

Українські науковці Т. Драга, О. Малюк, І. Криницька розглянули та проаналізували основні аспекти, що впливають на формування синдрому «емоційного вигорання» медичних сестер. Аналізуючи робочий день спеціалістів цього профілю, автори підкреслюють необхідність емоційного контакту, співпереживання пацієнтам, інколи останні вимагають цього. Невелика кількість пацієнтів, особливо в перші дні в госпіталі, позитивно сприймають персонал, більшість проявляють негативні емоції, які є «заразними» для медичних сестер, вони відчують біль пацієнтів, тривогу, емоційне та фізичне напруження. [3]

Слід зазначити, що розвиток емоційного вигорання індивідуальний і визначається відмінностями в емоційно-мотиваційній сфері, а також умовами в яких протікає професійна діяльність людини. Структура синдрому професійного вигорання, за В. Бойком, являє собою послідовність трьох фаз: -

- напруга, що включає симптоми: переживання психотравмуючих обставин, незадоволеність собою, почуття «загнаності у клітку», тривогу і депресію.

- резистенція, що включає симптоми: неадекватне вибіркове емоційне реагування, емоційно-моральну дезорієнтацію, розширення сфери економії емоцій, редукацію професійних обов'язків.

- виснаження, що включає симптоми: емоційний дефіцит, емоційна відстороненість, особистісна відстороненість (деперсоналізація), психосоматичні та психовегетативні порушення [4, с. 81].

Згідно результатів дослідження магістерської роботи, для визначення рівня професійного вигорання сестер медичних, групу дослідження склали 80 осіб закладів охорони здоров'я з такими рівнями надання медичної допомоги: первинний рівень (46 медичних сестер), вторинний рівень (26 медичних сестер), третинний рівень медичної допомоги (4 медичні сестри), екстрена медична допомога (4 медичні сестри). Вік обстежених становив 20-60р. Опитування медичних сестер проводилось індивідуально за допомогою опитувальника Google форми. Результати дослідження особливостей емоційного вигорання сестер медичних (за методикою В.В.Бойка) подано у таблиці 1.

Таблиця 1

Показники емоційного/професійного вигорання у сестер медичних

Фази емоційного вигорання	Симптом вигорання	Не сформований n(%)	На стадії формування n(%)	Сформований n(%)
Фаза «Напруження»	Переживання психотравмуючих обставин	27(33%)	36(45%)	17(21%)
	Незадоволеність собою	51(63%)	21(26%)	8(10%)
	« Загнаність у кут»	57(53%)	31(38%)	12(15%)
	Тривога і депресія	37(46%)	25(31%)	18(23%)
Фаза «Резистенція»	Неадекватне вибіркоче емоційне реагування	18(22%)	21(26%)	41(51%)
	Емоційно-моральна дезорієнтація	30(37%)	28(35%)	22(28%)
	Розширення сфери економії емоцій	40(50%)	21(26%)	19(23%)
	Редукція професійних обов'язків	24(30%)	22(28%)	34(42%)
Фаза «Виснаження»	Емоційний дефіцит	32(40%)	31(38%)	17(21%)
	Емоційне відчуження	29(36%)	34(42%)	17(21%)
	Особистісне відчуження	49(61%)	19(23%)	12(15%)
	Психосоматичні та психовегетативні порушення	51(63%)	20(25%)	9(11%)

Найвищим показником фази «Напруження» є симптом «тривога і депресія», який сформований у 18 (23%) медсестер. Симптом «тривога і депресія» є домінуючим у фазі «Напруження», який проявляється розвитком тривожності у професійній діяльності, підвищення нервовості, депресивні настрої, нудьга, знижується емоційний тонус, виникає почуття пригніченості, відчуття, що, «щось не так, як треба». Причиною формування цього симптому може бути розчарування у собі або обраній професії. Симптом «тривога й депресія» – найвищий щабель у формуванні тривожного напруження в процесі розвитку емоційного «вигорання».

При формуванні фази «Резистенція» домінуючим симптомом є «неадекватне вибіркове емоційне реагування» (51%), який сформувався у 41 медсестри, у стадії формування (26%) у 21 медсестри. Сформованість симптому «неадекватне вибіркове емоційне реагування» вказує на те, що у медичних сестер може проявлятися неконтрольована зміна настрою на професійні стосунки; проявляється нестача емоцій, песимізм, цинізм і черствість у роботі і особистому житті.

Симптом «редукція професійних обов'язків » (42%) сформований у 34 респондентів. Цей симптом проявляється у прагненні якомога менше часу витратити на виконання професійних обов'язків. Працівник шукає шляхи полегшити роботу, формулюючи різні причини для пояснень собі й іншим: відчуття, що все марно, зневіра, зниження ентузіазму стосовно роботи, байдужість до результатів, невиконання важливих пріоритетних завдань й «застрягання» на дрібних деталях, витрата багато часу на відпочинок, суттєве збільшення випалених за день цигарок, вживання алкоголю та наркотиків. Найменш вираженим став симптом «розширення економії емоцій»(50%), він не сформувався у 40 медсестер, симптом «емоційно-моральна дезорієнтація» (37%) не сформований у 30 медичних сестер.

Сформованість симптому «неадекватне вибіркове емоційне реагування» вказує на те, що медичної сестри може проявлятися неконтрольована зміна настрою на професійні стосунки і черствістю у роботі і особистому житті.

Підсумовуючи показники фази «Виснаження», як однією зі стадій професійного вигорання отримали однакові показники сформованості симптомів: «емоційний дефіцит» (21%) та «емоційне відчуження» (21%), які сформувались у 17 медсестер. У стадії формування симптом «емоційний дефіцит»(38%) у 31 медсестри, симптом «емоційне відчуження»(42%) формується у 34 медиків. Найменш вираженим став симптом

«психосоматичні та психовегетативні порушення» (63%), він не склався у 51 медсестри, симптом «особистісне відчуження»(49%) не сформувався у 49 респондентів.

Підраховувавши суму показників симптомів для кожної із трьох фаз формування вигорання отримали такі результати (Рис.1.): фаза «Напруження» сформована (9%) у 7 медсестер, в стадії формування (48%) у 39 медсестер, не сформована (43%) у 34 медсестер. Особливостями цієї фази є погіршення настрою, роздратованість, нудьга.

Фаза «Резистенція» сформована (25%) у 20 медичних сестер, у стадії формування (42%) у 33 респондентів, не сформована (34%) у 27 медсестер. Сформованість фази «Резистенція» характеризує медичних сестер надмірним емоційним виснаженням, що провокує виникнення та розвиток захисних реакцій, які роблять людину емоційно закритою, відстороненою, байдужою. Фаза «Резистенція» пов'язує багато поведінкових симптомів: малорухливий спосіб життя, імпульсивна емоційна поведінка, шкідливі звички це, як захист та опір від неприємних вражень і труднощів з якими медична сестра зустрічається у своїй роботі.

Фаза «Виснаження» сформована (11%) у 9 респондентів, у стадії формування (26%) у 21 медсестри і не сформована (62%) у 50 медиків. На цій фазі виникає відчуття безнадійності, безперспективності, відбувається порушення пам'яті, підвищується рівень тривожності.

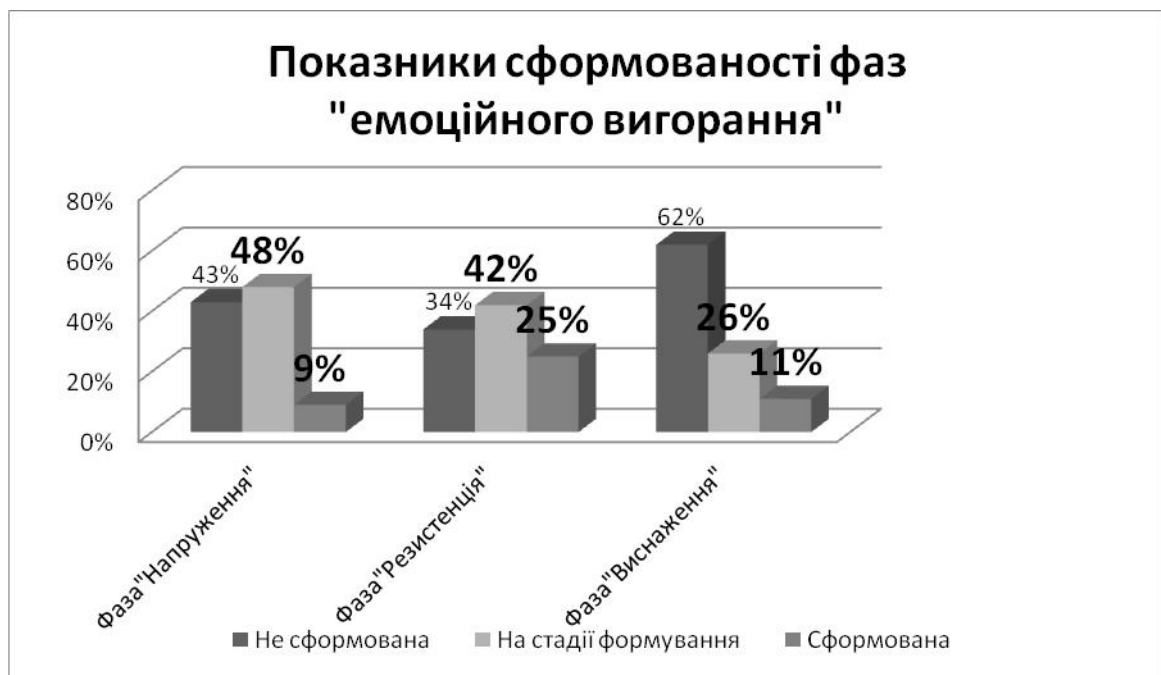


Рис.1. Показники сформованості фаз «емоційного вигорання».

Отримані результати показали особливості формування фаз і низку симптомів на, які повинні звертати увагу самі медичні сестри так і керівництво медичних закладів, щоб вчасно попередити емоційне/професійне вигорання. Збереження здоров'я не лише пацієнтів, але й свого повинно стати частиною професійної культури медичних сестер і певною мірою показником її професійної компетентності. Емоційне вигорання краще попередити ніж лікувати. Основними напрямками профілактики професійного вигорання можуть бути: інформування, емоційна підтримка і підвищення значущості професії медичної сестри з боку керівників закладів охорони здоров'я і пацієнтів. Інформування персоналу про причини і ознаки вигорання, побудова балансу між витраченими зусиллями й одержуваною винагородою. Перспективами нашого дослідження є формування психокорекційних занять для профілактики синдрому «емоційного вигорання» та розроблення програми психологічної підтримки для медичних сестер, а саме:

- ✓ проведення інформаційно-просвітницької роботи в медичному середовищі з питань профілактики стресів та підтримки психологічного здоров'я,
- ✓ організація тренінгів і семінарів для лікарів і медсестер разом, з акцентом на взаємини в колективі і відношенням до пацієнтів,
- ✓ проведення занять по тайм-менеджменту, стресостійкості, релаксації,
- ✓ організація індивідуальних консультацій кваліфікованими психологами.

Доцільність і практичність програми полягає у виявленні причин емоційного вигорання, зняття симптомів вигорання і запобігання емоційної напруги в колективі і по відношенню до пацієнтів. Сприяти розвитку позитивного ставлення до професійної діяльності та власних досягнень. Профілактика стресів та підтримки психологічного здоров'я.

Література:

1. Барабанова М. В. Изучение психологического содержания синдрома «эмоционального сгорания» / М. В. Барабанова // Вестник МГУ. – Сер. 14: Психология. – 1995. – №1. С. 54–58
2. Бойко В.В. Синдром эмоционального выгорания: диагностика и профилактика // В.В. Бойко. СПб: Питер, 2008. С. 336.
3. Драга Т., Мялюк О., Криницька І. Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. Медсестринство. 2017. № 3. С. 51–55.
4. Знанецька О. М. Психологічні особливості розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників / О. М. Знанецька / Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Педагогіка і психологія». – 2015. – Вип. 19. – С. 80–87
5. Goldstein R. Z. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications / R. Z. Goldstein and N. D. Volkow // Nature Reviews Neuroscience. – 2011. – 12, 652–69.
6. Maslach C. Job burnout / C. Maslach, W.B. Schaufeli, M.P. Leiter // Annu. Rev. Psychol. – 2011, V.52. – p.397 – 422.

БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., канд. держ. упр.
(док. філософії),
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського»,
БОВК М., студентка II-го курсу
спеціальність 223 Медсестринство
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського»

СУЧАСНИЙ СТАН МЕДСЕСТРИНСТВА В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Сестри/брати медичні є важливою ланкою у сфері охорони здоров'я, без якої неможливе формування, підтримання, збереження і відновлення здоров'я громадян України. Сучасна модель підготовки медсестринського персоналу передбачає, що сестра/брат медичні – це фахівець з професійною освітою, який поділяє філософію сестринської справи. Має право на виконання відповідної професійної діяльності та творчо здійснює медсестринський процес. Як відомо, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), розглядає сестринський персонал як реальний потенціал для задоволення зростаючих потреб населення в доступній медичній допомозі. Саме тому значна увага Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України сьогодні приділяється удосконаленню середньої ланки медичних працівників, при цьому особливий акцент ставиться на покращення роботи сестер/братів медичних. Медичні сестри – це найбільший загін фахівців охорони здоров'я будь-якої країни. У Європі працює більше 5 млн медсестер, з них близько 330 тис. – в Україні [1]. Міжнародна практика показує, що межа між професіями лікаря і сестри/брата медичних зміщується у напрямку надання більших повноважень медсестрам. Суттєво більші строки і, відповідно, вартість підготовки лікарів підвищують вартість медичної послуги. Тому, якщо сестри/брати можуть самостійно надавати послуги там, де це можливо, такі послуги стають дешевшими та доступнішими для пацієнтів[6].

При цьому доцільно розділяти різні рівні повноважень медсестер.

У спільному звіті ВООЗ та Комітету ВООЗ із сестринської практики зазначено, що різні країни мають до 15-ти або більше категорій сестринських посад із різним рівнем підготовки.

На думку МОЗ, окрім покращення умов праці середнього медичного персоналу необхідно звернути увагу на більш якісний та сучасний рівень освіти сестер/братів медичних, розширення спектра повноважень. Саме сестра/брат медичні найбільше часу проводять з пацієнтами і саме від них дуже часто залежить процес одужання. Ширший спектр повноважень (як це відбувається на Заході) заощаджує лікарю дуже багато часу та дає можливість допомагати більшій кількості пацієнтів. Тому необхідно запровадити сучасні міжнародні стандарти та вчити наших сестер/братів медичних сучасним практикам та інноваційним технологіям діагностики, які зараз застосовуються у медицині.

Наразі у нас діють стереотипні застарілі підходи до ролі сестер/братів медичних у системі охорони здоров'я. Вони потребують змін. Тому разом з медичною спільнотою МОЗ обговорює створення нової моделі фахівця з медсестринства.

Етичною основою професійної діяльності сестри/брата медичних є гуманність і милосердя. Приймаючи і розділяючи загальнолюдські й загальномедичні етичні цінності, професійний корпус медичних сестер декларує унікальність своєї професії та особливий характер етичних взаємин з колегами і пацієнтами. Найважливішими завданнями професійної діяльності медичної сестри є: комплексний всебічний догляд за пацієнтами і полегшення їхніх страждань; збереження здоров'я і реабілітація; сприяння зміцненню здоров'я та профілактика захворювань [2].

В Україні традиційна аксіома того, що медсестра є лише «інструментом», «машиною для виконання наказів» давно змінилась, але медичні сестри все ще залишаються на підлеглих позиціях [4]. На сучасному етапі реформування охорони здоров'я, відбувається переосмислення та перегляд всієї системи медсестринства і її формування у самостійну ланку.

Можна сьогодні ставити запитання. Якими якостями повинні володіти сучасні сестра/брат медичні? Сестра/брат медичні нової формації мають забезпечувати висококваліфікований догляд за пацієнтами на сучасному рівні, володіти основними методами реанімації, екстреної медичної допомоги, досконало знати і застосовувати локальні протоколи, стандарти виконання основних сестринських маніпуляцій і процедур, методи управління і менеджменту, а також приймати самостійні рішення. Необхідно також враховувати, що сфера професійної компетентності медсестер поступово розширюється і включає в себе все більше

маніпуляцій, які раніше виконувалися лікарями. Фахівці зі спеціальності «Сестринська справа», освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр», зможуть виконувати професійні обов'язки самостійно, із встановленням медсестринського діагнозу, у випадках легкого нездужання – призначати лікування (у межах, передбачених стандартами надання медичної допомоги) [5]. Впровадження новітніх медичних технологій своєю чергою вимагає від сестер/братів медичних постійного вдосконалення теоретичних та практичних навичок.

Сьогодні, в Україні, сестра/брат медичні опікується 20-50 пацієнтами, їхніх колега в Європі – 5. Тож необхідно переглянути нормативи штатів медсестринських кадрів (у бік збільшення), зменшити кількість пацієнтів, яким надає допомогу медсестра. І дуже важливо, щоб у процесі оптимізації лікарняного ліжкового фонду не скорочували посад акушерок, медичних сестер, фельдшерів і молодших медсестер: вони і без того максимально «урізані». Більше того, штати медичних сестер у стаціонарах потрібно збільшити й запровадити двоступеневу опіку над пацієнтами, яку б проводили медсестри I рівня підготовки та сестри-бакалаври (обов'язки між ними необхідно розподілити) [3].

На державному рівні має бути врегульовано правову і матеріальну підтримку молодших спеціалістів з медичною освітою, створено відповідні умови праці й систему адекватної її оплати, визначено статус освітньо-кваліфікаційних рівнів бакалавра та магістра. Догляд за пацієнтом (у тому вигляді, як це передбачають стандарти) у наших стаціонарах втрачений. Ним займаються молодші медсестри, які не мають медичної освіти, або й родичі пацієнта. Натомість догляд та опіка мають велике значення в лікуванні та одужанні хворого.

Тож для повноцінного реформування медсестринства в Україні необхідно розробити відповідну нормативну документацію, створити нову нормативно-правову базу післядипломної освіти (потрібні нові підходи як до навчання на курсах удосконалення та спеціалізації молодших спеціалістів з медичною освітою, так і до їх атестації та безперервного професійного розвитку).

Отже, є всі підстави зробити такий висновок, що для усунення дисбалансу розподілу функціональних обов'язків між лікарем та сестрою/братом медичним слід переглянути й затвердити нові нормативи навантаження на них, які би були приведені до міжнародних стандартів. Аби пришвидшити вирішення цих питань, необхідно посилити вплив

медсестринських асоціацій (об'єднань), які водночас мають подбати про престиж професії, гідну оплату праці, соціальну захищеність та можливість професійного розвитку середнього медичного персоналу. Обов'язково необхідно розробити рекомендації щодо встановлення диференційного навантаження на сестринський персонал, методики оплати роботи сестер/братів медичних залежно від якості й обсягу сестринських маніпуляцій та втручань.

Література:

1. Васильєва Н. А. Організація роботи медперсоналу під час епідемії грипу та профілактичні заходи / Н. А. Васильєва, Л. М.Зубкович // Медсестринство. – 2010. – № 4. – С. 22–24.
2. Журнал: Довідник головної медсестри № 8 серпень 2017 року, URL: <https://emedsestra.mcfr.ua/581938>
3. Кузмінська І. В. Медсестринство як впливова самостійна ланка медицини / /Медсестринство. – 2009. – № 2. – С. 28-30.
4. Fagin Leonard & Garelick A ntony «Особливе» ставлення / / Медична сестра. – 2008. – № 5. – С. 3–5.
5. Губенко І. Я. Проблеми колегіальності та партнерства в діяльності сімейних медичних сестер / І. Я. Губенко, Л. П. Бразалій, О . Т. Шевченко / / Медсестринство. – 2009. – № 1. – С. 7–10 .
6. Катерина Балабанова, Центр розвитку медсестринства Міністерства охорони здоров'я України, спеціально для УП.Життя URL: <https://life.pravda.com.ua/columns/2020/05/25/241107/>

БЯЛИЙ А.О.

*магістр державного управління
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського»*

ПРИВАТНА ЧИ ДЕРЖАВНА МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ: ЯКОЮ БУТИ

За умовами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) людина має право на медичну допомогу, незалежно від можливостей оплачувати за послуги лікарів і ліки. В промислово розвинених і багатих державах існують дві основні форми надання медичної допомоги населенню: державна та приватна (страхова), а в деяких країнах ще і змішана державно-приватна. Якою має бути медицина в Україні найближчими роками? Наведені нами цифрові дані свідчать про стан здоров'я різних націй і країн. [1]

Класичним прикладом приватної (страхової) медицини може бути медицина США - однієї з найбагатших країн світу з ринковою економікою. У 2019 році на медичне обслуговування середньостатистичного американця було затрачено 7500 доларів. На охорону здоров'я населення США 2019 року було виділено 22,3 % внутрішнього національного валового продукту.

У порівнянні з США, Німеччина, Франція, Канада виділили для цього тільки 14–17,7 % внутрішнього національного валового продукту. Слід враховувати те, що середньостатистичні затрати на одного мешканця покривають реальність нерівномірного отримання медичної допомоги різними прошарками населення. ». [3]

При страховій медицині в США якісну та високоспеціалізовану медичну допомогу отримує тільки той, хто має страховий поліс.

Як приклад державної (бюджетної) медицини візьмемо Кубу, де щороку на середньостатистичного кубинця витрачають лише 186 доларів. Середня тривалість життя на цьому острові така сама, як в США – 77 років.

Принцип медицини кубинців – загальні необхідні та невідкладні медичні послуги мають бути доступними для всіх категорій населення.

До речі, на Кубі найбільша кількість лікарів на одного пацієнта і необхідна спеціалізована медична допомога доступна для всіх остров'ян.

Як приклад змішаної державно - приватної медицини наведемо Швейцарію. В середньому у країні на профілактику та лікування одного

швейцарця на рік витрачають 4300 доларів. Середня тривалість життя в Швейцарії майже 80 років. ». [4]

Американці витрачають величезні кошти на оплату послуг медичних працівників і продукцію фармацевтичних фірм за високими тарифами. Наведемо кілька з них: аналіз сечі коштує 200 доларів, ЕКГ – 891 доларів, рентгенографія грудної клітки – 972 долари.

В Канаді, де державна медицина, такі дослідження відповідно коштують 8, 13 і 30 доларів. Безумовно, якість надання медичних послуг і особливо апаратної діагностики в США найбільш висока в світі, але без страхового полісу хворому її не надають, хіба що як виняток.

Не все гаразд з наданням медичної допомоги в країнах з державною медициною, де мають місце суттєві недоліки. Бюрократизм вражає національну систему охорони здоров'я, робить її менш ефективною.

В деяких країнах утворюються величезні черги до вузьких спеціалістів, до того ж пацієнт не може собі вибрати лікаря. В умовах державної медицини в Англії щорічно до 800 тисяч хворих місяцями чекають у черзі на обстеження та госпіталізацію. ». [2]

У деяких країнах з обмеженими фінансовими ресурсами існує принцип надання медичної допомоги: "низький дохід – висока якість життя".

Так, у Китаї та Шрі-Ланці достатньо ефективно медичне обслуговування всіх прошарків населення. Медицина орієнтована на більшість людей, а не тільки багатих. Як результат такої політики – середня тривалість життя в цих країнах складає відповідно 72,2 і 72,6 років.

Кілька слів щодо оплати праці медичних працівників. У країнах із страховою медициною вони достатньо високі і немає проблеми з дефіцитом лікарів та медсестер. При бюджетній медицині з низькою заробітною платою навіть у деяких розвинених країнах з ринковою економікою (Канада, Англія, Німеччина, Польща) є нестача кваліфікованих медичних працівників. Особливо відчутний дефіцит спеціалістів у сільській місцевості. Ось чому в більшості країн Європи спостерігається міграція лікарів з однієї країни в іншу в пошуках більш високої оплати праці. ». [3]

В Україні домінуючою залишається державна медицина з обмеженими фінансовими ресурсами, яка доступна для всіх. Паралельно з державною медициною, набирає темпи розвитку приватна медицина, яка доступна для заможних пацієнтів. В умовах економічної та соціальної нестабільності приватна медицина потребує контролю державних органів управління медициною.

Основними конкурентними перевагами приватних медичних установ України є: більш високий рівень і комплексний підхід в обслуговуванні клієнтів, орієнтація на потреби клієнта, сучасна технічна база, можливість постійного підвищення кваліфікації персоналу. На сьогодні лікування в приватних медичних установах можуть собі дозволити близько 20% населення України. В умовах недостатності бюджетних ресурсів (у порівнянні: 2018 рік на медицину з бюджету виділено 38, 076 млрд. гривень, а у 2019 рік – 44,027 млрд. гривень), низької якості обслуговування державної медицини, ринок приватної медицини має потенціал для росту.

Необхідно відзначити, що державна медицина в Україні займає близько 80%–85% усього обсягу медичних послуг, при цьому ця галузь характеризується низькими обсягами державного фінансування, а також високим рівнем зношеності основних фондів. Низька конкурентоспроможність державного медичного сектора, дефіцит коштів на модернізацію й створення нових медичних установ, сприяє розвитку в Україні сегмента приватних медичних послуг. ». [4]

За оцінками експертів, щорічний обсяг ринку приватних медичних послуг України становить від 1,0 до 1,3 млрд. дол. США, при цьому для українського ринку характерна висока частка тіньового ринку (до 50%).

На сьогодні одними з найбільш розвинутих сегментів приватної медицини є також онкологічні й кардіологічні центри, що пов'язано з широким поширенням цих захворювань в Україні. Також необхідно окремо виділити порівняно нові напрямки розвитку ринку приватної медицини, такі як:

- лабораторна діагностика: даний сегмент ринку показав значний ріст, причиною чого є збільшення попиту з боку населення на діагностику, проведену на високотехнологічному й сучасному обладнанні, яке мають в основному приватні клініки.

- медичний туризм: в Україні даний сегмент тільки починає формуватися. Медичний туризм включає організацію поїздок для одержання лікувальних, профілактичних, реабілітаційних послуг, як у межах країни, так і за кордоном. Даний сегмент ринку найбільш розвинений у країнах Азії та Європи. При цьому одним із стримуючих факторів розвитку медичного туризму є необхідність здійснення значних капіталовкладень.

За оцінками фахівців, середній показник рентабельності діяльності приватної медичної клініки коливається на рівні 18–22%%, строк окупності таких проектів становить від 3 до 7 років. Слід зазначити, що при відкритті

клініки більша частина витрат доводиться на покупку (будівництво) або оренду приміщень, придбання медичного устаткування, формування кадрового складу. При цьому, ріст інвестиційної привабливості даних проектів в Україні обмежується відсутністю обов'язкового медичного страхування, а також слабким розвитком добровільного медичного страхування. Так, у США та країнах Європи приватні медичні клініки працюють в умовах, коли до 80% клієнтів обслуговується через програми медичного страхування (державні страхові фонди) або за рахунок роботодавців. ». [6]

Основними гравцями на ринку приватних медичних послуг в Україні є наступні компанії: «Eurolab» (лабораторні дослідження, діагностика), «Добробут» (багатофункціональний медичний центр), «Борис» (багатофункціональний медичний центр), «Лісод» (онкологія), «Ісіда» (гінекологічний центр), «Медиком» (багатофункціональний медичний центр), «Max-Well Biopharma» (кардіологічні центри) «Synevo Україна», «Medis», «Unilab» (медичні лабораторії), «Oxfordmedical», «AMG» (багатофункціональний медичний центр). Присутність іноземних компаній в Україні є незначною, при цьому закордонні клініки, як правило, є вузькоспеціалізованими. [3]

Згідно з дослідженнями агентства «Кредит-Рейтинг», основними проблемами, а також стримуючими факторами розвитку ринку приватної медицини в Україні є:

1) Негативний вплив на галузь фінансово-економічної кризи.

До початку економічної кризи, ринок приватної медицини України характеризувався стабільним ростом на рівні 25–30%% щорічно. Даний показник найбільш чутливий до зміни купівельної спроможності, а також величини реальних доходів населення. Багато підприємств істотно скоротили витрати на соціальні програми персоналу, що також призвело до зменшення страхових надходжень і як наслідок зменшення обсягів послуг, наданих приватними медичними клініками. Після стабілізації економічної ситуації в Україні, активізації програм кредитування підприємств комерційними банками, рейтингове агентство очікує позитивної динаміки розвитку ринку приватних медичних послуг.

2) Юридично неоформлене державне регулювання розвитку приватної медицини, а також відсутність необхідної нормативно-правової бази для функціонування й адаптації до світових стандартів надання приватних медичних послуг. Складна система акредитації й одержання дозвільної

документації для приватних медичних установ.

3) Вплив валютних ризиків на поточну діяльність приватних медичних установ.

Девальвація національної валюти в 2009 році призвела до значного росту цін на іноземне обладнання й матеріали, які займають найбільшу питому вагу в структурі витрат приватних медичних клінік.

На думку рейтингового агентства одним із інструментів, що може сприяти розвитку даного ринку, є медичне страхування. У цілому на сьогоднішній день медичне страхування в Україні характеризується низьким рівнем розвитку, що пов'язано з досить низькою страховою культурою в Україні, низькими доходами населення, а також високою вартістю медичних послуг, які безпосередньо впливають на формування вартості страхових продуктів. При цьому, добровільне медичне страхування в Україні знаходиться також на низькому рівні розвитку. Так, за підсумками I кварталу 2010 року страхові компанії України отримали від продажу страхових полісів добровільного медичного страхування 83,8 млн. грн. (6,5% від загального обсягу премій). Проте, це досить перспективний вид страхової діяльності для страхових компанії, оскільки не дивлячись на невисоку рентабельність він дозволяє істотно розширити коло клієнтів фізичних осіб і пропонувати інші страхові послуги. На сьогодні основними компаніями в Україні, які надають послуги добровільного медичного страхування, є: «Провідна», «АХА Груп», «Інго Україна».

Рейтингове агентство вважає, що у 2010 році на показники функціонування ринку приватної медицини України з однієї сторони негативно буде впливати зниження купівельної спроможності населення, нестійкість грошової валютної одиниці, недостатній доступ до позикових ресурсів, необхідних для розширення обсягів діяльності. З іншого боку, даний вид послуг буде користуватися попитом через кризовий стан державної медичної галузі, недостатність бюджетного фінансування державних програм розвитку охорони здоров'я тощо.

Для впровадження в дію усіх вищезгаданих пропозицій необхідні відповідні ресурси та умови.

Не має сумніву, що відсутністю попиту українська медицина не страждає, хворіють багато та часто. Але чи є цей попит платоспроможним? На жаль, відповідь – ні, український попит не є платоспроможним, ані держава, ані населення не мають відповідних коштів. Отже, як завжди необхідним ресурсом є капітал, який сьогодні можуть надати підприємства

через страхові компанії. ». [4]

Відповідно, якщо в Україні буде спостерігатися економічне зростання та відбудеться збільшення реальних доходів населення, то це позитивно вплине і на медичну галузь.

Наступною необхідною компонентою є присутність на медичному ринку фахівців з економічних та фінансових питань. З переходом до ринкової економіки, елементи ринку (на жаль не сам ринок) з'являються в усіх сферах, в тому числі і в медицині. Якщо "медиками" Україна є відносно забезпечена, то, окрім декількох страхових компаній, професіональним фінансовим плануванням медицина не забезпечена. Тобто необхідною є підготовка відповідних кадрів.

Важливим моментом є і відповідна правова база. На сучасному етапі необхідною є її детальна розробка для вільного функціонування приватної медицини. Ефективне законодавство може зменшити величину тіньового медичного ринку, й збільшити кількість податкових надходжень до бюджету. Надання більшої кількості прав приватним лікарям дозволить збільшити спектр приватних послуг та прискорить розвиток приватної медицини. [5]

Література:

1. Баєва О.В., Чебан В.І. Економіка та підприємництво в охороні здоров'я. Навч. посібник. –Видавництво БДМУ, 2013.
2. Державна політика та економіка охорони здоров'я. Практикум / М. Білінська, В.Григорович, Л. Жаліло та ін.; За заг. ред. І. Розпутенка, і І. Солоненка.-К.:К.І.С., 2002.
3. Литвак А.И. Справочник по медицинскому страхованию. – К., 2003.
4. Ляхоцький В.П., Євсєєв В.І., Сергієнко В.І. Страхова медицина в Україні: історія та сучасність. – К.: Пульсари. – 2003.
5. Радиш Я.Ф. Медичне страхування: Навч.посіб. – Вид-во НАДУ, 2005.
6. Яворська, Т.В. Страхові послуги : навч. посіб. / Т. В. Яворська. – К. : Знання, 2008.

НЕДІЛЬКО Р.В., канд.держ.упр
(док. філософії)
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична
академія ім. Андрея Крупинського»,
БІЛОБРИВКА В.Ю., викладач
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична
академія ім. Андрея Крупинського»

АНАЛІЗ СПЕЦІАЛЬНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ СЕСТРИ/ БРАТА МЕДИЧНИХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Реформування Української медицини та медсестринської галузі зокрема, перехід на триступеневе медичне обслуговування населення, ставить нові вимоги щодо підготовки кадрового складу в контексті надання первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах сімейної медицини – первинної ланки. Сучасне ставлення та вимоги сьогодення щодо медсестринства зазнають трансформації у підготовці кадрів з медсестринства, вимагають підвищення якості освіти і опанування новими компетентностями сестри/брата медичних.

В умовах соціально-політичних перетворень, відповідно до запитів суспільства висувуються нові вимоги до професіоналізму фахівців. Держава повинна забезпечити підготовку кваліфікованих кадрів, здатних до конкурентоспроможних на ринку праці. Особливо це стосується підготовки майбутніх фахівців сестринської справи. Загалом, медик – одна з найгуманніших професій на землі, але серед медиків найлюдяніша, найпочесніша та подеколи найважча професія – медичної сестри [1].

У Законі України “Про вищу освіту”, Концепції розвитку галузі охорони здоров’я йдеться про те, що у теорії та методиці медичної освіти постає проблема поєднання традиційних методів навчання з інноваційними педагогічними технологіями, спрямованими, зокрема, на формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини на засадах особистісної орієнтації навчання, що передбачає індивідуальний стиль професійної діяльності майбутніх фахівців визначеного профілю.

Досягнення професіоналізму через професійну компетентність досліджували І.Д. Бех, О.А. Дубасенюк, І.А. Зязюн, А.К. Маркова, І.В. Родигіна. Формування компетентності як системи сформованих компетенцій стали предметом дослідження Е.Ф. Зеєра, С.Г. Пільової,

М.В. Рудіної. Компетентісний підхід як інтегральне об'єднання професійної, соціальної, комунікативної компетентностей висвітлювали Н.М. Бібік, О.В. Овчарук, О.І. Пометун, О.Я. Савченко. Професійній компетентності як результату сформованих знань, умінь, навичок, професійно важливих особистісних якостей присвятили наукові праці Є.М. Павлютенкова, С.Г. Пільова, Р.В. Чубук та ін. Проблемні питання медсестринської освіти та практики, шляхи впровадження етико-деонтологічних принципів медичних спеціалістів у практику проаналізували та науково обґрунтували перспективні напрями їх реформування в Україні М.В. Банчук, Ю.Г. Віленський, О.А. Грандо, І.Я. Губенко, В.В. Лойко, І.А. Радзієвська, Ю.В. Поляченко, Т.І. Чернишенко, В.Й. Шатило, М.Б. Шегедин [2].

Швидкі темпи розвитку медсестринської галузі змінюють роль сестри/брата медичних розширюючи коло їх повноваження та відповідальність, а практична діяльність передбачає автономність в оцінці стану здоров'я пацієнта та прийнятті самостійних рішень при виконанні незалежних медсестринських втручань.

Вищі медичні навчальні заклади готують випускників як соціальних особистостей, здатних вирішувати певні проблеми і завдання діяльності за умови оволодіння системою умінь та компетенцій. Медична сестра повинна володіти соціально-особистими, загальнонауковими, інструментальними, загально-професійними та спеціалізовано-професійними компетенціями. Саме вони забезпечать вирішення проблем і завдань соціальної діяльності, інструментальних і загальнонаукових завдань та умінь [2].

Необхідно зазначити, що у галузевому стандарті медсестринської освіти та діяльності, зазначені наступні компетентності, якими має оволодіти здобувач вищої освіти: інтегральна, загальні компетентності та спеціальні (фахові, предметні) компетентності [3]. Інтегральна компетентність передбачає оволодіння знаннями та навиками щодо здатність розв'язувати складні спеціалізовані задачі та практичні проблеми у сфері медсестринства або у процесі навчання, що передбачає застосування певних теорій та методів відповідної науки і характеризується комплексністю та невизначеністю умов. Загальні компетентності включають такі складові як: етико-деонтологічна, соціально – перцептивна, комунікативна, кооперативна, проблемно-орієнтована, транскультурна, а також елементи особистісних компетенцій яка дає змогу оволодіти – лідерством, цінностями, емпатійністю, відповідальністю, самостійністю,

гнучкістю, мотивацією. Фахова компетенція включає такі складники: діагностично-маніпуляційна, інтеграційна (поєднання теорії та практики), клінічно-критична, психологічна, педагогічна, управлінська, економічна, правова.

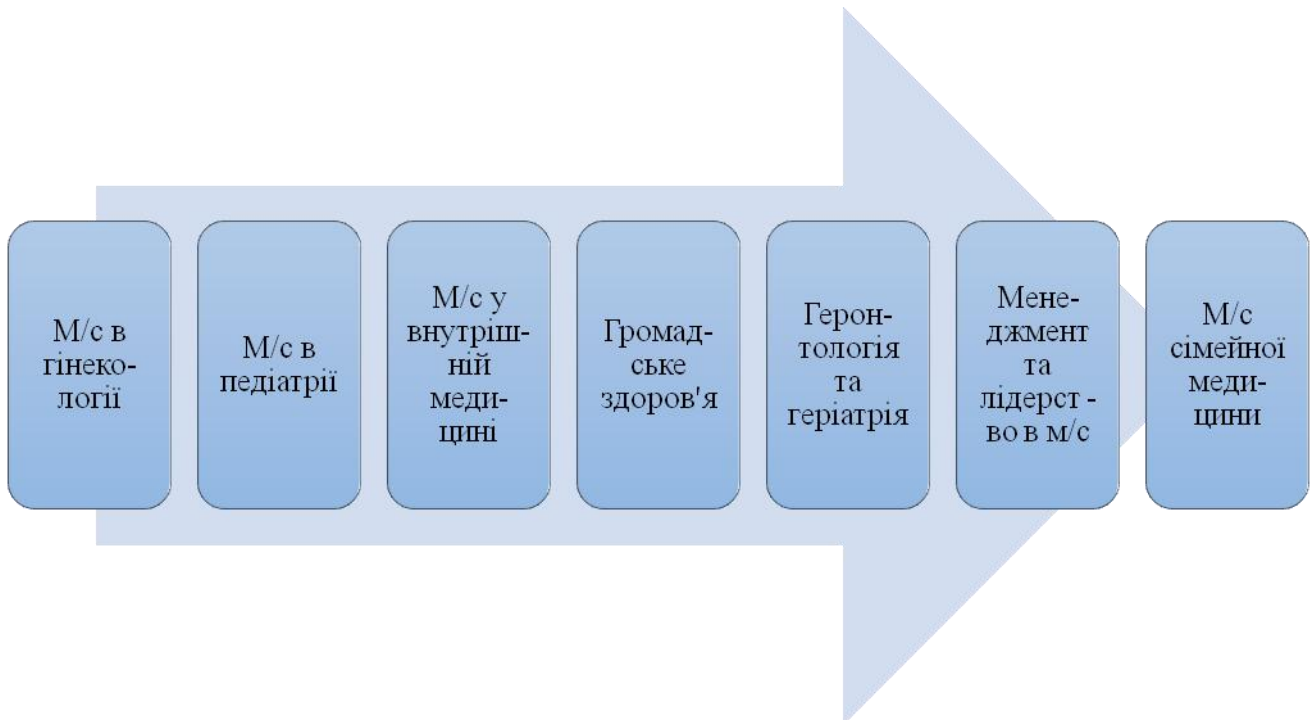
Володіння ключовими компетенціями сприяє розвитку професійної мобільності сестри/брата медичних, оскільки вона може виконувати функції не лише медичного спрямування, але й доглядача, вчителя, консультанта, бути лідером громади, керівником ресурсів, координатором, дослідником, соціальним маркетологом.

У стандарті вищої освіти першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 223 «Медсестринство» чітко сформульовано та прописано спеціальні (фахові, предметні) компетентності (СК) якими мають оволодіти здобувачі для професійної діяльності у первинній ланці - сестра/брат медичні сімейною медицини. Вони полягають у таких компетентностях: СК 08 – профілактична діяльність медичної сестри, направлена на збереження і зміцнення здоров'я, попередження захворювань й інформування та навчання пацієнта та членів його родини; СК 09 – здатність здійснювати організацію, впровадження та контроль медсестринського процесу в паліативній та госпісній допомозі; СК 10 – здатність до організації надання медичної допомоги за принципом сімейної медицини; СК 11 – здатність проводити медичну та соціальну реабілітацію з метою відновлення здоров'я населення [3].

Необхідно зазначити, що сестра/брат медичні працюючи у первинній ланці охорони здоров'я мають володіти знаннями з багатьох галузей медицини, оскільки сімейну лікувальну практику необхідно розглядати, як таку, яка забезпечує тривалу опіку за здоров'ям громадянина і всіх членів його сім'ї незалежно від характеру хвороби, стану органів і систем організму у всі періоди життя людини. Відповідно до цього, нами виокремлено основні (базові) дисципліни, якими обов'язково мають володіти здобувачі вищої освіти.

Дисципліні, що формують компетентності сестри/брата сімейної медицини

Рис.1.



Основними характеристиками сестри/брата медичних у Європейських країнах на первинній ланці в сучасній моделі медсестринства є [4]:

- бути незалежною і мати інноваційний підхід, бути здатною використовувати більш високий рівень прийняття професійних рішень у все більш складній системі медичної допомоги;
- безпечно й ефективно застосовувати принципи доказової медицини, керувати наявними ресурсами та мати широкоглядність при наданні допомоги. І допомога не зводиться лише до медичної допомоги;
- бути членами, а часто і керівниками мультидисциплінарних команд, в яких колеги мають освіту такого самого або нижчого рівня;
- бути лідером у зміцненні, підтримці трансформацій і розвитку клінічних послуг.

Такий підхід до ширшої відповідальності сестер/братів медичних спрямована на покращення допомоги, зменшення витрат, на досягнення більш ефективного розподілу людських ресурсів навколо потреб пацієнтів. Сестри/брати медичні є ключовими гравцями в зміцненні здоров'я, обізнаності й необхідності змін в поведінці. Більше того, вклад сестер/братів медичних в надання послуг визнаний як найбільш економічно ефективний та заощадливий [4].

Резюмуючи даний матеріал, можемо надати наступні рекомендації, щодо покращення оволодіння спеціальними (фаховими) компетентностями під час проведення практичних занять з клінічних дисциплін на яких потрібно звертати увагу на такі ключові моменти:

1. Підготовка амбулаторного прийому сімейному лікарю і допомога при прийомі пацієнтів, а також особливості патронажу в домашніх умовах.

2. Вимірювання пацієнтам артеріального тиску, проведення антропометрії, термометрії та інших обстежень, медичних маніпуляцій – виконання залежних та незалежних втручань.

3. Заповнення статистичних талонів, карт екстреного повідомлення, бланків направлень на лікувально-діагностичні обстеження, посильних листів на МСЕК, санаторно-курортних карт, виписок із індивідуальних карт амбулаторного хворого, контрольних карт диспансерного спостереження та інших форм медичної документації.

4. Навчання пацієнтів способу і порядку підготовки до лабораторних, інструментальних і апаратних обстежень.

5. Проведення збору матеріалу для біохімічних і бактеріологічних обстежень.

6. Виконання лікарських призначень і медичних маніпуляцій пацієнтам в поліклініці (амбулаторії) і в домашніх умовах відповідно до вимог кваліфікаційної характеристики сімейної сестри/брата медичних.

7. Надання екстреної медичної долікарської допомоги при невідкладних станах і травмах, що загрожують життю пацієнта чи потерпілого.

8. Проведення дополового патронажу вагітних жінок.

9. Особливості відвідування разом з сімейним лікарем чи самостійно новонароджених в перші три дні після виписки з полового будинку.

10. Особливості спостереження за здоровими і хворими дітьми.

11. Графік щеплень. Способи введення вакцин.

12. Особливості проведення профілактичної і санітарно-освітньої роботи серед населення з питань розвитку і виховання здорової дитини, пропаганди здорового способу життя.

13. Особливості профілактичної роботи із своєчасного виявлення туберкульозу, онкологічних та інших захворювань.

14. Реалізації протиепідемічних заходів.

15. Ведення обліку роботи за встановленою формою.
16. Підготовка даних для складання статистичних звітів.

Задля більш ширшого та глибшого набуття фахових компетенцій, у продовж навчання та у практичній діяльності сестрам/братам медичним також можна рекомендувати приймати участь у наукових конференціях, вебінарах, симпозіумах, проведені соціальних проєктів, вивчати передовий досвід організації роботи сімейних сестер/братів медичних Європейських країн.

Подальше дослідження цього аспекту полягає у розробці та впровадженні в освітній процес інноваційних методів спеціальної (фахової) підготовки майбутніх фахівців задля покращення набуття ними спеціальних компетентностей, що дасть змогу випускникам бути конкурентоспроможними на ринку праці.

Література:

1. Поплавська С. Д. Формування готовності студентів медичних коледжів до комунікативної взаємодії у професійній діяльності: дис. ... кандидата пед. наук : 13.00.04. Житомир, 2009. – 177 с.
2. Антонова О.Є., Шарлович З.П. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини як складова їх професійної компетентності // Проблеми освіти: Наук-метод. зб. / Інститут інноваційних технологій і змісту освіти МОН України. – Київ, 2015. – Вип. 85. – С. 9-14.
3. Стандарт вищої освіти першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 223 «Медсестринство» Затверджено та введено в дію наказом Міністерства освіти і науки України від 05.12.2018 № 1344.
4. Україно-швейцарський проєкт "Розвиток медичної освіти"
URL: <https://cutt.ly/1smvpNG>

НЕДІЛЬКО Р.В., канд.держ.упр
(док. філософії)
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична
академія ім. Андрея Крупинського»,
КУЗЬМЕНКО О.В., викладач
ВНКЗ ЛОР «Львівська медична
академія ім. Андрея Крупинського»

АНАЛІЗ КАРТИ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ ГОСПІТАЛЮ КОНІ-АЙЛЕНД, БРУКЛІН, НЬЮ-ЙОРК, США

Глобалізація та інтеграція сучасного суспільства, визнання світовою спільнотою проблеми фізичного, морального і соціального здоров'я як головного показника соціально-економічної зрілості, культури й успішності держави, соціальний запит на якість медичних послуг зумовлюють особливі вимоги до професійної діяльності медичного персоналу. Медична сестра повинна досконало володіти клінічним мисленням, фундаментальними і спеціальними знаннями й уміннями щодо комплексного догляду за пацієнтами, надання медичної допомоги, активного здійснення профілактичної діяльності у сфері охорони здоров'я відповідно до національних і світових професійних стандартів, норм професійної моралі та етики, що відповідає принципу гуманності [1]. На сьогодні в нашій країні постійно проводиться робота щодо забезпечення високої якості сестринського догляду. Змінюються вимоги і ставлення суспільства до сестринської практики, системи професійної сестринської освіти, вдосконалюються сучасні сестринські технології. Так, в Європі та інших країнах медсестра сприймається не тільки як «права рука» лікаря, а й як абсолютно автономний медичний працівник, який в змозі та в праві самостійно приймати рішення стосовно діагностування, лікування, а також відновлення працездатності та реабілітації хворого [2].

Проблема написання та ведення карти медсестринського обстеження є цілком на часі, оскільки сестра/брат медичні у своїй практичній діяльності використовують п'ять етапів медсестринського процесу, який є добре продуманим, системним, обґрунтованим і націленим на досягнення мети плану, який необхідно реалізувати відповідно до потреб пацієнта, а потім зробити його оцінку. Без оформлення юридичного документу не має можливості у повній мірі забезпечити практичне виконання усіх етапів медсестринського процесу та ефективно його оцінити.

Дана проблематика є вкрай важливою оскільки у світлі реформи насамперед має змінитися роль сестри/брата медичних у лікувальному процесі, має зрости значимість та авторитет. Адже лівова частка медпрацівників в усьому світі – це саме представники медсестринської професії. І саме вони є головним провідником між пацієнтом та лікарем, саме вони проводять з пацієнтами найбільше часу і краще розуміють потреби пацієнтів. Сьогодні роль сестри/брата медичних в Україні залишається другорядною. Реформа має змінити ситуацію шляхом надання цим фахівцям ширших повноважень та більшої відповідальності. Це також неможливо зробити без змін у системі освіти та підготовці кадрів для медичної галузі [3].

Робота медичної сестри, виконання всіх етапів медсестринського процесу передбачають реєстрацію її дій в медичному документі, який отримав назву *карта медсестринського обстеження* чи *сестринської історії хвороби*. У багатьох країнах світу вона юридично затверджена, як і лікарська історія хвороби. У нашій країні в зв'язку з реформою охорони здоров'я і сестринської справи ведеться робота зі створення та законодавчого утвердження статусу сестринської історії хвороби (карти медсестринського обстеження) як самостійного медичного документа [4].

Метою нашого дослідження постало питання вивчення та аналізу карт медсестринського обстеження у країнах Європи та США.

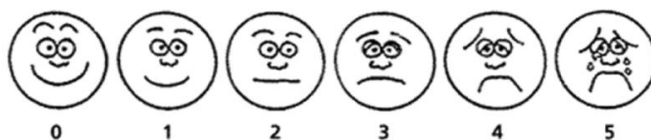
Зібраний і проаналізований фактичний матеріал дозволяє проілюструвати певні спостереження про медичну карту історію хвороби Коні-Айленд Госпіталь, Нью-Йорк, Бруклін. До даних картки належать загальні відомості: номер індивідуальної картки, прізвище, ім'я та по-батькові пацієнта, дата огляду, адреса та телефон, стать, вік та клінічний діагноз пацієнта. Інші дані картки поділені на 28 розділів-опитувальників. Опитувальники складаються із чітких, лаконічних запитань на які даються конкретні відповіді пацієнтом чи його оточенням. Заповнення даного опитувальника медичним персоналом не вимагає багато часу, оскільки вони є структурованими, послідовними, логічними. Медична карта історії хвороби даного госпіталю поділена на три великі блоки, які мають свої відповідні кольори бланків, а саме:

- жовтий – база даних сестри/брата медичних;
- білий – лікарська база даних;
- пурпуровий (ліловий) – план догляду всіма спеціалістами.

Медична карта історії хвороби госпіталю Коні-Айленд є єдиним уніфікованим медичним документом для відділень, які функціонують в даній клінічній установі: відділення внутрішньої медицини, хірургічне відділення, відділення гінекології та педіатрії, амбулаторія.

Як уже вказувалося, що жовтий колір аркушів медичного документу – це є база даних сестри/брата медичних, то нас зацікавило дослідження та аналіз даного фрагменту цього документа. *Матеріали здійсненого обстеження дозволяють конкретизувати, що власне сестра/брат медичні госпіталю Коні-Айленд розпочинають роботу з пацієнтом, який поступає до їхньої клініки, проводять опитування, збір скарг, анамнезів, виставляють медсестринські діагнози та проводять записи у розділі карти історії хвороби, де їм відведено перші сторінки медичного документу. Слід зазначити, що багато уваги при опитуванні пацієнта приділяється проблемі виникнення та інтенсивності болю. Сестри/брати медичні американського госпіталю для вирішення проблем болю користуються шкалою Вонга-Бейкера, яка дає можливість швидко зорієнтуватись у інтенсивності больових відчуттів у пацієнта та якісно усунути причину. Шкала Вонга-Бейкера внесена у медичну документацію, що дає змогу медичному персоналу легко та швидко зробити відповідну позначку щодо оцінки больового відчуття пацієнта.*

Шкала Вонга-Бейкера Рис.1.



Цифрова шкала болю Рис.2.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Оскільки, Америка – це країна у якій проживає населення з різними релігійними, соціальними, етнічними, та кулінарними особливостями, то у розділі ведення медичної документації сестри/брати медичного, окрім медичних проблем пацієнта, відводиться значна увага на задоволення потреб пацієнта виходячи з його національних особливостей.

Вивчивши та проаналізувавши медичний документ госпіталю Коні-Айленд, можемо припуститись думки, що роль сестри/брата медичних є важливим елементом у лікувальному процесі, де сестра/брат медичний

виступають повноцінними партнерами з лікарями та всі медичні працівники чітко виконують свої функціональні обов'язки. Лікар долучається до процесу лікування, вже маючи всю необхідну первинну інформацію, оскільки саме сестра/брат медичні є головними помічниками/партнерами лікаря і беруть на себе процес первинного прийому пацієнта: збирають інформацію про пацієнта та його скарги, вимірюють пульс, тиск, температуру тіла, проводити інші медичні види діяльності та маніпуляції, які входять до їхніх компетентностей, Це зекономить час лікаря і дасть змогу медичній практиці («лікар – сестра/брат медичні») прийняти більшу кількість пацієнтів. Дана форма медичного документу є вкрай важлива при наданні медичних послуг і є послідовною та лаконічною, дає змогу правильно оцінити стан пацієнта, надати адекватну та швидку медичну допомогу оскільки кожний медичний працівник виконує свої функції.

Процес реформування охорони здоров'я України передбачає вдосконалити тандем «лікар – сестра/брат медичні». Згідно реформи Освітні програми для сестер/братів медичних планують адаптувати під сучасні вимоги та рівень розвитку сучасної медичної науки. Сестра/брат медичні, які вільно володіють сучасними медичними практиками та мають гарні комунікативні навички, можуть взяти на себе більше повноважень та відповідальності. Це вивільнить час лікаря для більш ефективної та якісної роботи з пацієнтом [3].

З огляду на вище сказане, кафедрою внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського запроваджено захист медсестринських історій хвороби (карт медсестринського обстеження) для здобувачів вищої освіти бакалаврського рівня в кінці другого року навчання. Викладачами дисципліни Медсестринство у внутрішній медицині були внесені корективи до робочої навчальної програми та внесено зміни щодо впровадження захисту медсестринської історії хвороби (карт медсестринського обстеження) замість підсумкового модульного контролю. Курація тематичного пацієнта в межах компетентності сестри медичної бакалавра, одночасно з навчанням та захистом медсестринських історій хвороби (карт медсестринського обстеження), сприяє виявленню вмінь самостійної роботи з пацієнтом, розвитку навичок практичної роботи, комунікації, здатності до аналізу отриманих даних і одночасно сприяє виявленню ступеня підготовленості кожного студента з основних розділів дисципліни Медсестринства у

внутрішній медицині, що надає цим заняттям характер підсумкових. У процесі курації пацієнта студенти закріплюють вивчені раніше етапи медсестринського процесу, підготовку пацієнтів до методи дослідження, практично знайомляться з сучасними спеціальними інструментальними, рентгенологічними, лабораторними та іншими дослідженнями, осмислюють значення систематичного викладу отриманих даних, набувають навичок оформлення медсестринських історій хвороби (карт медсестринського обстеження). Самостійна робота над всіма розділами навчальної медсестринської історії хвороби (карти медсестринського обстеження), особливо над постановкою медсестринських діагнозів, планування медсестринських втручань, виконання лікарських призначень сприяє формуванню клінічного мислення майбутніх сестер/братів медичних. Для навчальної курації пацієнтів та захисту медсестринської історії хвороби (карти медсестринського обстеження), викладачами кафедри розроблено карти медсестринського обстеження з урахуванням всіх етапів медсестринського процесу, виконання плану догляду, опіки та медичних маніпуляцій відповідно до компетентностей сестри/брата медичних бакалаврського рівня освіти.

Сестринська історія хвороби повинна стати офіційним протоколом професійної діяльності медичної сестри, що дозволить [4]:

- контролювати виконання плану медсестринської допомоги;
- проводити ґрунтовний аналіз роботи медичної сестри, сестринської служби відділення та лікувально-профілактичного закладу;
- визначити відповідальність за якість медичної допомоги всіх учасників лікувально-діагностичного процесу: лікаря, медичної сестри, пацієнта, сім'ї, суспільства;
- підвищити гарантії людини, його сім'ї щодо якості, ефективності та безпеки медичної допомоги;
- оцінити рівень професіоналізму медичної сестри;
- захистити медичну сестру при виникненні необґрунтованих претензій до її роботи, знань, умінь і навичок; дати правову оцінку в разі порушень;
- порівнювати подібні клінічні випадки сестринської практики, узагальнювати отримані дані, проводити аналітичну та статистичну обробку інформації;
- виробляти наукові дослідження в області клінічного медсестринства.

Отже, підбиваючи підсумки нашого дослідження можна рекомендувати наступне:

1. Впровадити навчальні захисти медсестринської історії хвороби (карт медсестринського обстеження) у вищих навчальних закладах.
2. При розробленні медсестринської історії хвороби (карти медсестринського обстеження), взяти до уваги передовий досвід закордонних клінік чи госпіталів.
3. На законодавчому рівні затвердити медсестринську історію хвороби (карту медсестринського обстеження), як самостійного медичного документа чи внести, як елемент лікарської історії хвороби.

Література:

1. Баршай Т. И. Образ идеальной медицинской сестры у выпускников медучилища и медсестер [Электронный ресурс] / Т. И. Баршай. – URL: http://media.miu.by/files/store/items/uses/xvii/mim_uses_xvii_34QQ4.pdf.
2. Безкоровайна У. Ю. Порівняльний аналіз ролі медичної сестри в Україні та у світі / У. Ю. Безкоровайна // Інвестиції: практика та досвід. – 2016. – № 15. – С. 88–91.
3. Медична реформа в дії. Чого чекати медсестрам? URL: <https://cutt.ly/baJSMmv>
4. Сестринська історія хвороби URL: <https://cutt.ly/PaMWnVU>

СТАДНИЦЬКА І.Р.,

магістр медсестринства,

заступник директора з медсестринства

КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»,

СТАДНИЦЬКА О.Б.

студентка V курсу

ЛНУ ім. І.Франка

ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ З РІЗНИМИ ТИПАМИ СПРИЙМАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СПРАВЕДЛИВОСТІ

Справедливість є одним із ключових регуляторів взаємин між людьми. Дане поняття втілює в собі визначальні цінності цивілізованого суспільства. В умовах сучасного глобалізованого, взаємозалежного світу, вона постає головною ідеєю у розв'язанні основних соціально-психологічних, політичних, правових, морально-етичних культурологічних проблем.

Справедливість – це загальне співвідношення цінностей, благ і конкретний розподіл їх між індивідами, належний порядок людського співжиття, який відповідає уявленням про сутність людини і її невід'ємні права [4, с.60].

Безпосередньо організаційну справедливість можна назвати новим конструктом у психологічній науці. Організаційна справедливість - один з ключових параметрів, за якими співробітники оцінюють процеси, що відбуваються в організації. Прийом на роботу, атестація, підвищення, розподіл відпусток і звільнення - це лише деякі рішення, при сприйнятті яких люди звертаються до цим критерієм [5]. Важливість обговорення організаційної справедливості пов'язана з розширенням системи організацій, зростанні приватного бізнесу та підприємництва, що все більш і більш вплітається у повсякденне життя людини. Дотримання організаційної справедливості має кілька головних функцій, зокрема вона необхідна для захисту трудових прав та інтересів працівників, для захисту їх морального і фізичного здоров'я. [Цит. за 8].

Метою дослідження було визначити відмінності в особистісних характеристиках медичних працівників з різними типами сприймання організаційної справедливості.

У дослідженні взяло участь 42 медичні працівники (сестри медичні)

віком від 19 до 60 років, які працюють у декількох лікарнях м.Львів.¹

Комплекс методів для проведення дослідження:

- опитувальник «Чутливість до справедливості» за адаптацією А. А. Адамянова, С. К. Нартова-Бочавера та М. Шмітта; [1]
- опитувальник «Організаційної справедливості» адаптації С.С.Баранської; [2]
- опитувальник «Професійне вигорання для фахівців соціономічних професій» Н. Е. Водоп'янової, Е. С. Старченкової, А. Д. Наслідова; [3]
- методика оцінювання психологічного клімату в колективі за Л. Н. Лутошкіним; [7]
- Шкала «Схильність до морального відсторонення» С. Мур (адаптація Карковської Р.); [5]
- короткий п'ятифакторний опитувальник особистості (TIPI-RU) (адаптація Сергєєвої А.С, Кирилова Б.А., Джумагулова А.Ф.) [6]

Спочатку доцільно проаналізувати загальні показники сприймання організаційної справедливості медичними працівниками. Загальний показник справедливості становить 76.29 балів, що трактується авторкою методики як низький. Можна зробити висновок про те, що організаційні заходи і рішення, оцінка різних аспектів і результатів роботи сприймаються медичними працівниками як несправедливі, упереджені. Крім цього, вважають, що винагорода за виконану роботу не є тотожною до зусиль, які були потрачені, відповідно, критерії оцінки їхньої роботи також не враховують реальних досягнень працівника.

Варто доповнити результати отримані за методикою «Організаційна справедливість» даними анкетування, які уточнюють як часто відчуває несправедливість респондент, кого саме стосується несправедливе ставлення і хто є ініціатором несправедливого ставлення.

Як бачимо на Рис.1.1. найчастіше працівники лікарні відчувають несправедливість на роботі стосовно сфери професійної діяльності. Такий результат можна пояснити тим, що через недофінансування медичний персонал має низький рівень заробітної платні, відповідно, не отримує достатньої винагороди за свою професійну успішність, що узгоджується із вище згаданими результатами.

¹ Однією з умов участі в дослідженні працівників була умова збереження анонімності, як досліджуваних, так і назви організацій.

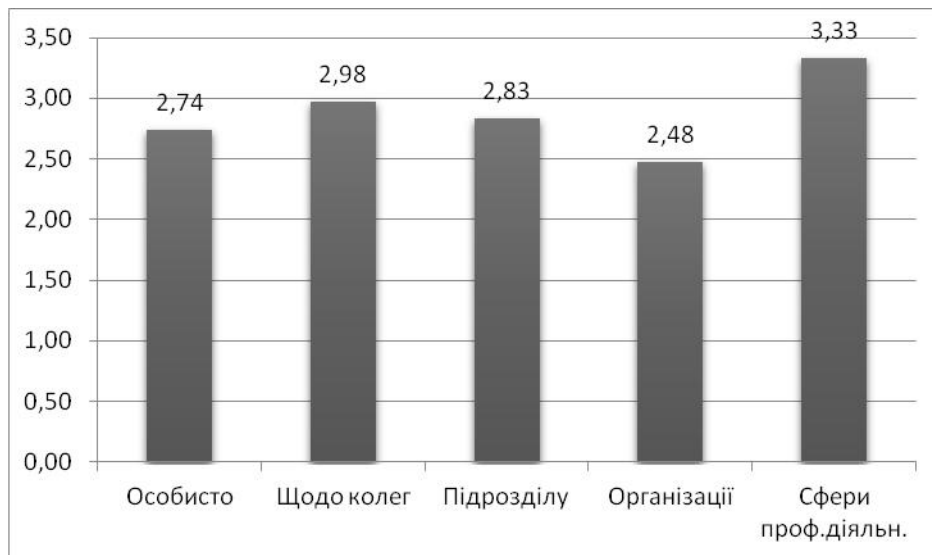


Рис.1.1. Результати відповідей на питання «Як часто на роботі Ви відчуваєте несправедливість, яка стосується...».

Крім цього, знову ж таки, через недостатнє фінансування працівники медичної сфери не мають гідних умов праці, тобто нема достатнього забезпечення необхідними розхідними матеріалами і медикаментозними засобами. Варто зазначити те, що через цей фактор медичні працівники часто відчувають тиск і скарги з боку пацієнтів, які не завжди усвідомлюють причини відсутності того чи іншого препарату.

Для визначення взаємозв'язків між особливостями сприймання організаційної справедливості з іншими показниками був проведений кореляційний аналіз даних (Рис.1.2).



Рис. 1.2. Кореляційна плеяда між загальним показником справедливості та показниками за шкалами особистісних особливостей працівників.

За результатами проведеного кореляційного аналізу емпіричних даних у загальній групі досліджуваних працівників (за критерієм Пірсона при $p < 0,05$) виявлено прямі кореляції між показниками за шкалою загального показника організаційної справедливості та показниками шкали процедурна справедливість ($r=0.51$), справедливість взаємодії ($r=0.76$), товариськість ($r=0.46$), психологічний клімат ($r=0.30$) та екстравертованість ($r=0.33$).

Крім цього результати свідчать про обернену кореляцію між загальним показником кореляції та частотою вияву несправедливості з боку безпосереднього керівника ($r=0.41$), редукцією професійних досягнень ($r=0.53$), вигідним порівнянням ($r=-0.43$), розсіюванням відповідальності ($r=-0.43$) та емоційним вигоранням ($r=0.40$) (Рис.1.2).

Варто зазначити, що загальний показник справедливості пов'язаний із психологічним кліматом. Тобто чим вищий рівень справедливості в організації, тим вищий рівень психологічного клімату і навпаки, чим вищий рівень психологічного клімату, тим вищий рівень організаційної взаємодії.

Звідси можна зробити висновок про те, що сприймання організаційної справедливості пов'язане з особливостями психологічного клімату в колективі.

Також виявлено, що в залежності від показника справедливості, залежить і товариськість та екстравертованість. Тобто на відчуття організаційної справедливості впливає чи колектив є товариським та екстравертованим. Цей результат узгоджується із вищезгаданими твердженнями, оскільки психологічний клімат відображає емоційний настрій колективу, відображає стосунки, що склались між його членами і, відповідно, корелює із товариськістю.

Також було виявлено, що чим вища редукція професійних досягнень, тобто якщо у працівника виникає почуття некомпетентності в своїй професійній сфері, тим вище почуття несправедливості в організації. Тобто якщо у підлеглого виникає відчуття необ'єктивного оцінювання керівником його роботи, то з часом даний підлеглий буде відчувати свою некомпетентність, що логічно вплине на якість виконання його роботи. Таке припущення базується на результатах дослідження. Оскільки є обернена кореляція між загальним показником справедливості та розсіюванням відповідальності. Це, можна пояснити тим, що відчуваючи нездатність якісно виконувати свою роботу, працівник прагне перекласти відповідальність на когось іншого, або ж це пов'язано із тим, що підлеглий відчуваючи тиск з боку керівництва, не має достатньо ресурсів, щоб сконцентрувати свою увагу на виконанні певного завдання.

До того ж, можливо, це призведе до емоційного вигорання, оскільки наявний обернений зв'язок між ним та організаційною справедливістю. Довго перебуваючи у стані напруги через тиск колег/керівництва або ж інших явищ, людина емоційно виснажується і не може виконувати роботу на гідному рівні.

За результатами кластерного аналізу до першого кластеру увійшли 26 осіб (62% від загальної кількості досліджуваних), до другого – 16 особи (38% від усієї групи досліджуваних). Відмінності в середніх значеннях за шкалами опитувальника «Організаційної справедливості» адаптації С.С.Баранської запропоновано на Рис. 1.3.

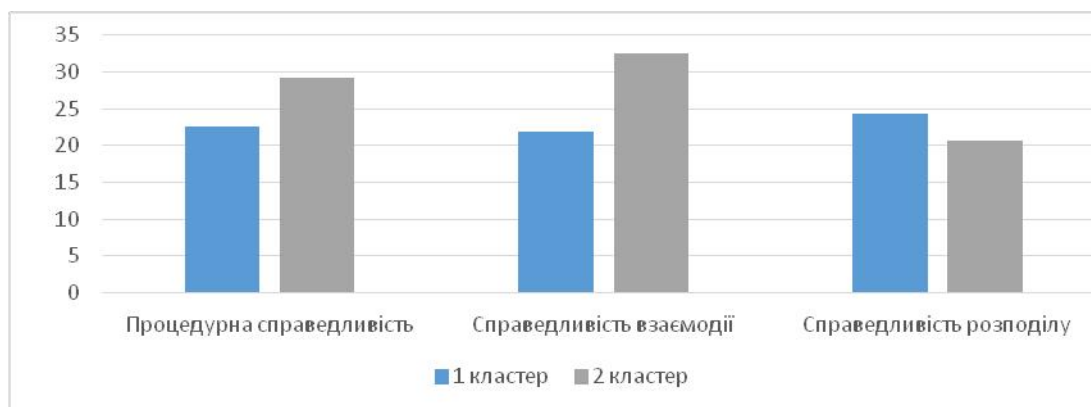


Рис.1.3. Графік середніх значень за кластерами за шкалами опитувальника «Організаційної справедливості»

Отже, показники середніх значень кластера 1 (ПС=22,62; СР=24,25; СВ=21,87) значно нижчі від показників кластера 2 (ПС=29,25; СР=20,59; СВ=32,44). Відповідно до отриманих результатів, ми можемо назвати перший кластер як кластер «несправедливості організації», а другий кластер - кластер «справедливості організації».

При порівнянні кластерів за віком статистично достовірних відмінностей між кластерами виявлено не було. Також в обох кластерах середній термін роботи в організації становить 18 років.

Як бачимо, на рис.1.4. статистичні відмінності були виявлені по шкалі «Редукція професійних досягнень», що свідчить про те, що особи, які вважають, що організація по відношенню до них є несправедливою є більш схильні до зниження професійної мотивації, можливо зниження впевненості в професійній компетентності та ефективності особистих зусиль.

Нами не було виявлено статистично достовірних відмінностей в показниках чутливості до справедливості. Відмінності в показниках

морального відчуження не є однозначними: особи, які вважають, що організація по відношенню до них є справедливою, в меншій мірі схильні до використання механізму вигідного порівняння, проте, частіше користуються механізмом приписування вини. Крім цього, не було виявлено прямого емоційного вигорання, а лише більшу частоту виявлення компоненту редукції професійних досягнень.

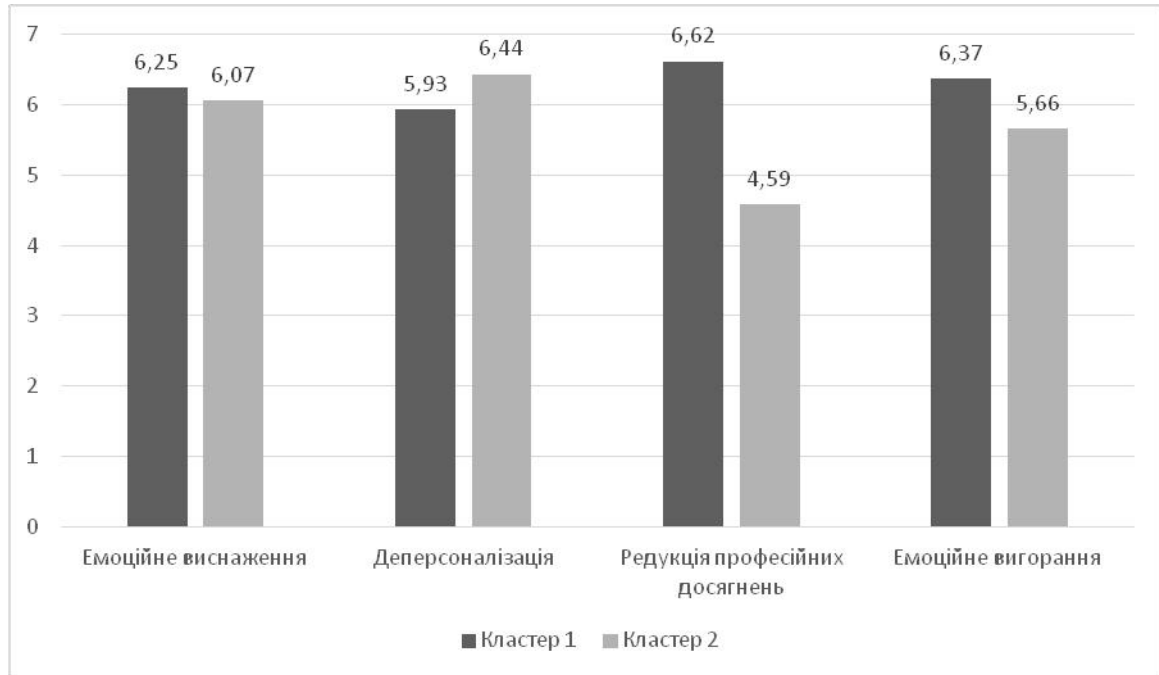


Рис. 1.4. Графік середніх значень за шкалами опитувальника «Професійне вигорання»

Висновки

Завдяки дослідженню було підтверджено гіпотезу про зв'язок сприйняття організаційної справедливості з особливостями психологічного клімату серед працівників.

Крім цього виявлено, що медичні працівники матимуть загальний низький рівень організаційної справедливості.

У результаті дослідження не було виявлено статистично достовірних відмінностей в показниках чутливості до справедливості. Особи, які вважають, що організація по відношенню до них є справедливою, в меншій мірі схильні до використання механізму вигідного порівняння, проте, частіше користуються механізмом приписування вини. Крім цього, не було виявлено прямого емоційного вигорання, а лише більшу частоту виявлення компоненту редукції професійних досягнень.

Література:

1. Адамян А.А. Опросник "Чувствительность к справедливости": валидизация на русскоязычной выборке / Адамян А.А., Нартова-Бочавер С.К., Шмитт М. // Психологический журнал. – 2018. – № 4. – С. 105–116 : табл. - Библиогр.: – с. 112113.
2. Баранская С. С. Опросник "Организационная справедливость" (русскоязычная адаптация)//Вестник Санкт-Петербургского университета. - 2011. – Сер. 12. - №3. – С.145–153.
3. Водопьянова Н.Е. Стандартизированный опросник «Профессиональное выгорание» для специалистов социомических профессий / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова, А.Д. Наследов // Вестник СПбГУ. – 2013. – Сер. 12. – Вып. 4. – С. 17–27.
4. Гулевич О. А. Справедливость в организации: условия и последствия / О. А. Гелевич. // Организационная психология – Москва: 2012, №1 (2) – 58–70с.
5. Карковська Р. І. Шкала схильності до морального відсторонення як психодіагностичний схильності інструмент розвитку етичності організації / Р. І. Карковська. // PSYCHOLOGICAL JOURNAL. – 2020. – №2. – 104–119 с.
6. Кліманська М. Б. Українська адаптація короткого п'ятифакторного опитувальника особистості TIPI (TIPI-UKR) / М. Б. Кліманська, І. І. Галецька // PSYCHOLOGICAL JOURNAL. – 2019. – 57-74 с.
7. Лутошкин А.Н. Психологический климат первичного производственного коллектива : методические рекомендации для мастеров и подмастеров по изучению и формированию психологического климата первичного производственного коллектива / А.Н. Лутошкин. – Кострома : Костромской Государственный педагогический институт им. Н.А. Некрасова, 1978. – 26 с.
8. Gamliel E., Peer E. Positive versus negative framing affects justice judgments // Social Justice Research – 2006, №19 (7) - 307–322 p.

*ТЕЛЕНЬКО І.С., головна медична сестра
КНП «ЦПМСД» Бібрської міської ради,
магістр медсестринства*

ВПЛИВ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ ТА ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА ПРОФЕСІЙНУ ДІЯЛЬНІСТЬ СЕСТЕР МЕДИЧНИХ ЗОЗ

В даний час медичні працівники, а особливо медичні сестри переживають ряд змін в системі охорони здоров'я, пов'язаних з реформуванням даної галузі.

Реформування первинного рівня медичної допомоги за даними МОЗ України, вже завершено, та в реальності, ще не до кінця. Багато невизначеностей існує і на первинному рівні.

На медичних працівників лягло багато нових завдань, освоєння технологій, робота з МІС (медичними інформаційними системами), ознайомлення з новими протоколами лікування захворювань.

Зміни, які відбуваються в медичних закладах, створюють додаткове психологічне навантаження на медичний персонал, оскільки вимагають якіснішої роботи у значно коротші терміни при економічно обмеженому забезпеченні закладів охорони здоров'я.

Доля вторинної ланки невизначена і до сьогодні. Більшість медичних працівників мають ненормований робочий день, понаднормову роботу, пов'язану з суміщенням посад або додаткового професійного навантаження (підвищення кваліфікації, освоєння нових методів діагностики та лікування).

Низька оплата праці медичних сестер в умовах розвитку ринкової економіки змушує працювати, часто нехтуючи, передбаченим на відпочинок для відновлення фізичного та емоційного балансу організму часом. Величезна відповідальність за кінцевий результат своєї діяльності - життя пацієнта, призводить до перенапруження окремих органів і систем, виникнення захворювань. Сюди додається напруженість праці, перевантаження, пов'язані з чергуваннями. Все це формує стан стресу. Проте, умови фінансування галузі явно не відповідають вимогам і умовам праці медичних працівників – основній ланці в системі надання медичної допомоги і медичних послуг [1].

Ще одним випробуванням для сестер медичних та й всього медичного персоналу стала пандемія COVID-19. Ми змогли вкотре переконатись, що система охорони здоров'я не була готовою до такого масштабу захворювання.

Медичні працівники перебувають на передовій лінії реагування на спалах COVID-19 і піддаються ризикам, які становлять небезпеку їх здоров'ю та загрожують зараженням. Небезпеки включають вплив збудника, тривалий робочий час, психологічні страждання, втому, професійне вигорання, стигматизацію, фізичне та психологічне насильство. Цей документ висвітлює права та обов'язки медичних працівників, включаючи конкретні заходи, необхідні для охорони праці та здоров'я.[2].

Міністр охорони здоров'я України Максим Степанов розповів, скільки в Україні хворих на COVID-19 медиків

Від початку пандемії в Україні коронавірус виявили у 10 964 медичних працівників, натомість понад 7,7 тисячі з них одужали. Від загальної кількості інфікованих в країні медики становлять 9,7%.

МОЗ давно не повідомляв про кількість летальних випадків внаслідок COVID-19 серед працівників медичної сфери. Відтак, точної інформації щодо того, скільки медиків померли від коронавірусу, наразі немає. Втім достеменно відомо, що їх щонайменше 60 [3].

Нами було проведено опитування для магістерської роботи у 116 медичних працівників, з них 81 сестра медична та 35 лікарів. Використовувалась авторська анкета, щодо реформи медичної галузі та опитувальник «Емоційний стан і чинники стресу медичних працівників під час епідемії COVID-19».

Медичною реформою схвалюють 53,4% (62 медичних працівники, 21 лікар та 42- сестри медичних) респондентів. Так як дослідження було проведено на різних рівнях надання медичної допомоги, то ми бачимо, що лише 70% опитаних з первинного рівня схвалюють проведення даної реформи, тому можемо зробити висновок, що багато проблем залишається і на первинній ланці надання медичної допомоги Рис 1.



Рис1. Відношення до реформи охорони здоров'я

Наступним було запитання анкети «чи задоволені умовами праці у своєму закладі охорони здоров'я»? За результатами опитувань 40 респондентів (11 лікарів, 29 сестер медичних, 35%) задоволені умовами

Рис.2.

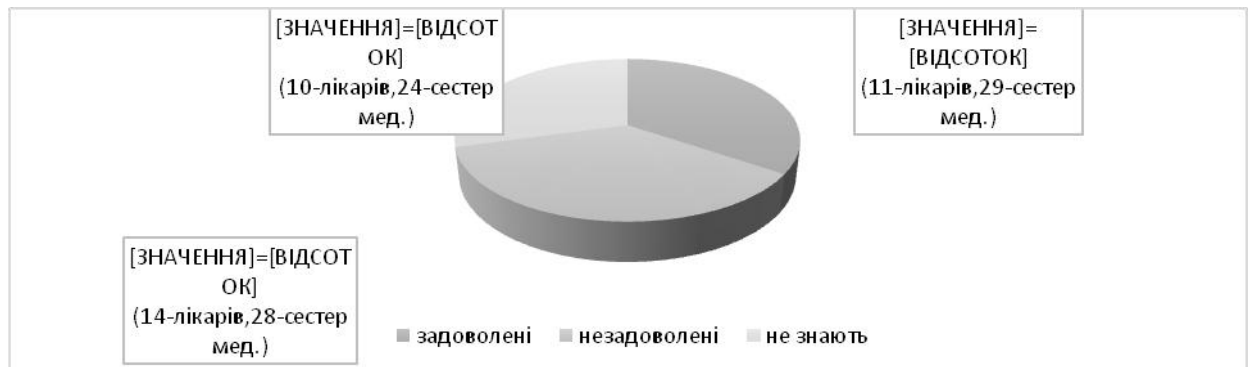


Рис.2. Задоволеність умовами праці

Аналіз по рівнях надання медичної допомоги, показав, що там, де вже реформа, в основному, впроваджена – первинний рівень медичної допомоги, задоволеність умовами праці є значно вищою (54,7% опитаних), ніж задоволеність ними на інших, ще не реформованих, І- рівнях: ІІ-й рівень – 7,7%, екстрена медична допомога 33,3%, ІІІ-й рівень – 0.

Складність у поставлених завданнях після реформи вбачають 18 працівників (28,1%) первинної ланки надання медичної допомоги, 15 осіб (38,5%) – вторинної, 3 респонденти (42,9%) – третинної ланки та 4.

Підсумовуючи результати анкетного опитування бачимо, що в умовах реформи, яка ще не завершена, а перед працівниками поставлено і нові умови, і нові вимоги щодо виконання обов'язків значна частина опитаних (38%, із них 11-лікарів та 29 сестер медичних) відчують складність поставлених завдань, 32% (10-лікарів, 24-сестри медичні) відчують складність частково, а 30% респондентів (32 медичні працівники) не бачать особливих проблем в нових умовах.

«Що Ви відчуваєте на даному етапі медичної реформи?». Варіанти відповідей були сформовані як фази психологічного реагування. 67 медичних працівників (58%) (21- лікар, 46- сестер медичних) вказали, що відчувають тривогу, пов'язану з очікуванням (підготовча фаза). Тобто, вони не знають, що з ними буде надалі, виконуючи свої професійні обов'язки відчуваються незахищеними, не мають чітких визначених меж своєї трудової діяльності, тим самим часто живуть в стресі, в очікуванні чогось невідомого.

34 респонденти (11- лікарів, 23- сестри медичних, 29%) відчували героїзм і сплеск у прийнятті рішень (активна фаза). На даному етапі працівники часто діють інстинктивно, допускаючи багато помилок, або працюють з почуттям спільного «виклику», разом з тим, не до кінця розуміючи ситуацій, які склалися.

Розчарування та виснаження (активна фаза) відчували 15 осіб (13%, з них 3 лікарі і 12- сестер медичних).

Деталізувавши отриману картину, можемо допускати, що найбільший показник виснаження є на первинному рівні надання медичної допомоги, так як реформа була проведена раніше і для працівників цього рівня було поставлено багато завдань, в тому числі і освоєння нових знань, нових технологій, збільшилось навантаження на працівників первинного рівня, особливо сімейної медицини.

Ситуація з пандемією, яка була неочікуваною, можна сказати раптовою, не могла не змінити звичний спосіб життя, особливо працівників медичної галузі, додатково спричинила тиск на психологічний стан людини.

Нашим завданням було дослідити наскільки серйозною сестри медичні, лікарі вважають загрозу поширення COVID-19. Після опитування ми отримали, що 50% (39 сестер медичних та 19 лікарів) вважають досить високим ризиком поширення вірусу, 35% (27 сестер медичних та 14 лікарів)- помірний ризик поширення і 15% вважають низький рівень поширення.

Наступним було запитання «наскільки Ваш ЗОЗ готовий надавати допомогу хворим з коронавірусом?».Лише 6% відповіли ,що повністю готовий, 26 %- значною мірою готовий,46 %- недостатньо готовий та 22 % - не готовий. Що ще раз нам показує ,що наша система охорони здоров'я не була готова до таких «викликів».

Медичні працівники щоденно отримують стреси на робочому місці,адже від них залежить людське життя та здоров'я. А вданий час ще й страх та ризик пов'язаний з COVID-19.Тому на запитання чи відчуваєте страх та тривожність 50% відповіли «так», 26% - «ні» та 24%- ще не визначились.

На момент опитування роботу готові були залишити 9 осіб, через ризик заразитись вірусом.

36% респондентів турбувало те,що оточуючі їх уникають через те, бо вони можуть мати контакти з COVID-19 у своїй професійній діяльності.

Найбільшим переживанням для опитаних було навіть не власне

інфікування вірусом, а те, що можуть заразити своїх рідних та близьких – у 84%.

«Дещо викликає стрес» у 49% респондентів де є нестача персоналу в їхньому ЗОЗ та «викликає великий стрес» у 18%. Може зробити висновок, що ЗОЗ мають «дефіцит» кадрів.

Встановлено, що складні умови життя викликають великий стрес у 26 опитаних (22,4%), у 61 опитаного (52,6%) – дещо менший, у 20-ти (17,2%) – стресу не викликають і 7 опитаних медиків (6%) не впевнені, що умови життя можуть викликати стресові реакції.

Низька заробітна плата у 52 респондентів (44,8%) викликає досить високий стрес, 48 респондентів (41,4%) відповіли, що дещо викликає стрес, у 8-ми (6,9%) – не викликає стресу взагалі і 3 особи (2,6%) в цьому не впевнені.

Зростання цін, як підсилюючий фактор, у 52 опитаних (44,8%) викликає великий стрес, у 52 опитаних (44,8%) – частково, для 7-ми (6%) це не є причиною стресу. Три респонденти (2,6%) не визначились з відповіддю.

Економічна нестабільність викликає великий стрес у 57 респондентів (49,1%), дещо менший – у 50-ти опитаних (43,1%), у 6-ти (5,2%) – зовсім не викликає, ще двоє опитаних 2 осіб (1,7%) не впевнені в цьому.

Фактор відсутності часу та коштів для організації дозвілля та відпочинку у 46 медичних працівників (39,7%) викликає великий стрес, у 54-х опитаних (46,5%) викликає невеликий стрес, 11 осіб (9,5%) – зовсім не викликає стресу і 4-и особи (3,4%) – не впевнені Рис.3.

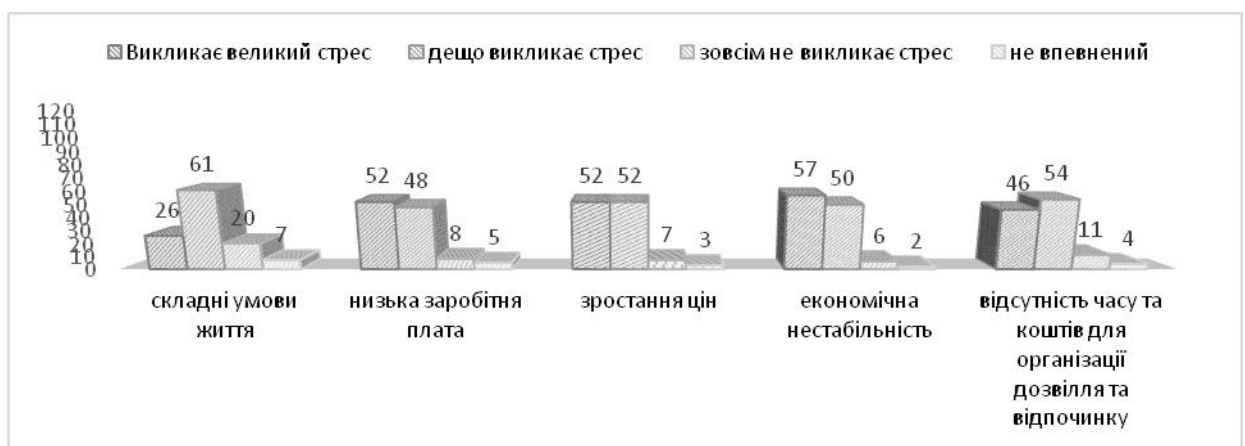


Рис.3. Соціально-економічні фактори

На психологічний клімат загалом і на робочому місці, зокрема, впливають і політичні та правові чинники. В блоці опитування «політико-

правові фактори і стрес» відповіді респондентів розподілилися наступним чином.

На питання «недостатня державна підтримка», як фактор стресу 57 опитаних медиків (49,1%) відповіли, що це викликає великий стрес, майже стільки ж (55, 47, 4%) – дещо менший, лише 3 з опитаних (2,6%) не вбачають у цьому стресогенності. 4 опитаних (3,4%) з відповіддю не змогли визначитись.

Фактор «політичної нестабільності» викликає великий стрес у 52-х опитаних медичних працівників (44,8%), дещо викликає стрес у 54 опитаних (46,5%), у 5-ти (4,3%) – зовсім не викликає стресу і 5 опитаних (4,3%) не впевнені.

Актуальна тема пандемії COVID-19 стосувалася і цього блоку опитування. Так, відсутність у влади чіткої та прозорої стратегії боротьби з COVID-19 у 52 медиків (44,8%) викликає великий стрес, у 59 опитаних (50,9%) дещо викликає стрес, лише у 2-х (1,7%) – зовсім не викликає і 3 осіб (2,6%) не визначились із відповіддю.

«Дефіцит надійних даних, щодо розповсюдження вірусу» – у 46 респондентів (39,7%) викликає великий стрес, у 60-ти (51,7%) – дещо викликає стрес, у 6-ти (5,2%) – зовсім не викликає, 4 особи (3,4%) – не впевнені Рис.4.

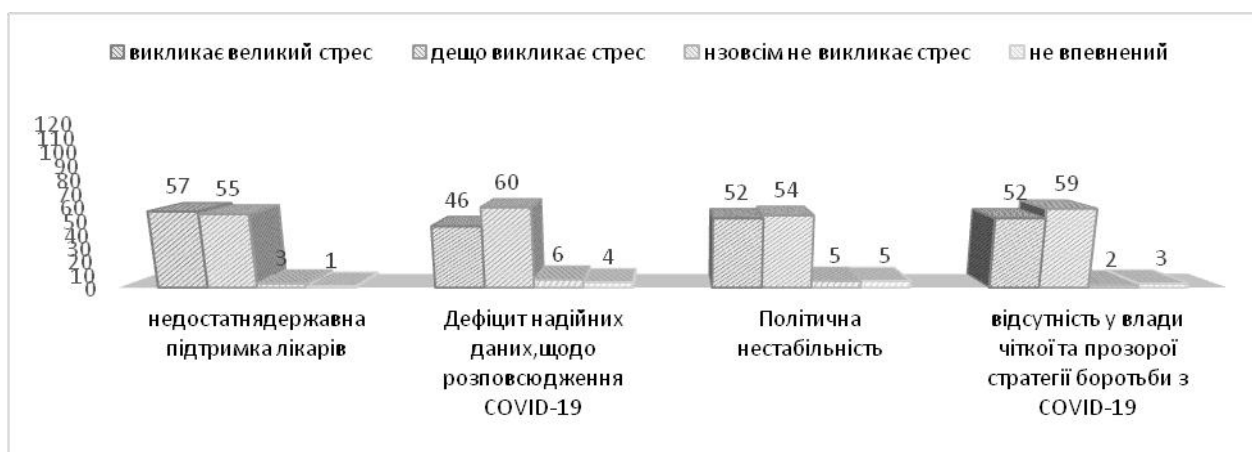


Рис.4. Політико-правові фактори

Для емоційного та фізичного благополуччя медичних працівників велике значення має атмосфера в колективі, спілкування з родичами, наявність обладнання та засобів захисту на робочих місцях.

Встановлено, що умови роботи медиків викликають необхідність удосконалення її організації, управління, методів визначення

ефективності роботи. Необхідною умовою усунення дії нервово-психічного чинника в процесі роботи є не лише знання своїх обов'язків, рівномірність навантаження, але і чітка організація робочого місця і часу на усіх етапах лікувального процесу. Це не лише поліпшить якість медичної допомоги, але й ефективність кадрового ресурсу, гідні умови нелегкої праці сестер медичних та усіх працівників охорони здоров'я.

Тому ми ще можемо допускати, медична реформа не може бути успішною без реформи системи підготовки та перепідготовки медпрацівників [4]. Система освіти є надважливою для подальшої долі медичної галузі.

Підводячи підсумок наших досліджень, можемо стверджувати, що для медиків, а особливо для сестер медичних є багато факторів стресу, з котрим вони зустрічаються щоденно, а також навантажень пов'язаних як з реформою так і з епідемією COVID-19. Тому для керівників ЗОЗ та керівників держави є над чим задуматись і попрацювати в контексті створення сприятливих та безпечних умов праці для медичних працівників, їх навчанню та професійному розвитку.

Література:

1. Національна психологічна асоціація [Електронний ресурс] : Режим доступу : <https://npa-ua.org/wp-content/uploads/2020/04/The-psychological-needs-of-healthcare-UKR-adapted.pdf>
2. Інтернет сторінка Pfizer [Електронний ресурс] : Режим доступу : <http://www.pfizermed.com.ua/public/covid-19-HCP-guidance>
3. Інтернет сторінка 24 Здоров'я [Електронний ресурс] : Режим доступу : https://health.24tv.ua/v_ukrayini_788_medikiv_zahvorili_na_koronavirus_n1327323
4. Редакція «Дзеркала тижня. Україна» [Електронний ресурс] : Режим доступу : https://dt.ua/internal/golova-nszu-oksana-movchan-u-startu-drugogo-etapu-reformi-umovi-buli-bilsh-zhorstkimi-344439_.htm

Секція III.

**НАУКОВІ ТЕНДЕНЦІЇ
В КЛІНІЧНОМУ МЕДСЕСТРИНСТВІ**

ОЛЕКСЮК-НЕХАМЕС А. Г.

кан. мед. наук

в.о. завідувача кафедрою

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична

академія ім. Андрея Крутинського»

ВЕРБОВА Т. Р., *викладач,*

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична

академія ім. Андрея Крутинського»

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ЇХ РОЛЬ ПРИ ЗМІНІ НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТІ МОЗКУ СТУДЕНТІВ У ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ.

Інноваційні технології швидко увійшли в усі галузі нашого життя. У зв'язку з цим, виникає нагальна потреба використання комп'ютерної техніки під час вивчення багатьох дисциплін у навчальному закладі. Сучасні вимоги до навчання полягають не тільки в тому, щоб студенти засвоїли систему теоретичних знань, практичних умінь та навичок, готових істин і штампів поведінки. Навчання повинно активізувати навчально-пізнавальну діяльність студентів, формування в них здатності творчо мислити, вміння зіставляти та аналізувати наукові факти, аргументовано захищати власну точку зору, критично ставитися до джерел інформації та правильно її застосувати, вчитися розуміти інших людей і співпрацювати з ними. Еволюційно, зі зростанням пластичності мозку сучасне покоління студентів сприймає інформацію швидше через візуалізацію інформації, так званий інформаційний потік. Методика візуалізації, відеоряд лекцій, дистанційне навчання – скорочує час навчання, що і є ознакою пластичності мозку і когнітивних здібностей студентів, саме тому, віртуальні платформи дистанційного навчання, це потреба часу і новітнього навчання в умовах еволюційних можливостей сучасного покоління студентів. Нейропластичність, також відома як пластичність мозку, термін, що характеризує здатність людського мозку змінюватися та адаптуватися під дією емоцій, досвіду, нового виду діяльності, здатність мозку відновлювати втрачені зв'язки внаслідок пошкодження або у відповідь на зовнішній вплив.

Перед сучасною вищою освітою поставлено завдання підготовки фахівців на рівні світових вимог. Одним із шляхів модернізації освітньої системи постає упровадження в навчальний процес закладів вищої освіти (ЗВО) інноваційних педагогічних технологій і методів. Для медичного

навчального закладу головною метою є підготовка висококваліфікованих спеціалістів для роботи у лікувально-профілактичних установах України.

Одним із шляхів модернізації освітньої системи постає упровадження в навчальний процес закладів вищої освіти (ЗВО) інноваційних педагогічних технологій і методів. Для медичного навчального закладу головною метою є підготовка висококваліфікованих спеціалістів для роботи у лікувально-профілактичних установах України. Нинішнє молоде покоління – це покоління, яке насичується інформацією із сучасних джерел: монітор комп'ютера, мобільний телефон, планшет, гаджети, тому на заняттях необхідно більше використовувати візуально поданий матеріал, що робить його доступнішим і зрозумілим для студентів. Інновації (італ. *Innovatione* – новизна, нововведення) – нові форми організації діяльності та управління, нові види технологій, які охоплюють різні сфери життєдіяльності людства [1]. Інновація педагогічного процесу означає введення нового в мету, зміст, форми і методи навчання та виховання, в організацію спільної діяльності учасників навчального процесу. Інноваційні технології, що використовують у системі вищої освіти, розглядаються як моделювання викладачем змісту, форм і методів навчального процесу відповідно до поставленої мети з використанням новизни. Застосування сучасних інформаційних технологій у навчальному процесі закладів вищої освіти потребує змін у методиці викладання всіх дисциплін. Це пов'язано з тим, що викладач перестає бути для студента єдиним джерелом здобуття знань.

У практиці навчально-виховної діяльності сучасного ЗВО використовують такі технології навчання, як: диференційоване, проблемне, контекстне навчання, ігрові технології навчання, інформаційні технології, кредитно-модульні технології, особистісно орієнтоване навчання тощо. Сучасне дидактичне навчання спрямоване на пошук технологій контекстного навчання, якому властиві орієнтація на тісний зв'язок навчання з безпосередніми життєвими потребами, інтересами і досвідом студентів [5]. Одним із видів застосування сучасних інноваційних технологій навчання в процесі професійної підготовки майбутнього спеціаліста є інформаційні засоби навчання, для успішного і цілеспрямованого використання яких викладачі закладів вищої освіти повинні знати їх дидактичні можливості та принципи функціонування. Впровадження інноваційних технологій у процес професійної підготовки майбутніх спеціалістів медичної галузі допомагає їм опанувати навчальний

матеріал в індивідуальному темпі, самостійно, використовуючи зручні засоби сприйняття інформації, що викликає у них позитивні емоції і формує позитивну мотивацію до навчання. З метою інтенсифікації професійної підготовки студентів у ЗВО за допомогою запровадження комп'ютерних презентацій, електронних словників, підручників і посібників; тестових програм, програм-підручників, програм-тренажерів, словників, енциклопедій, відеоуроків, бібліотек електронних наочних посібників та ін. створюється навчально-професійне орієнтоване інформаційне середовище, що сприяє розвитку основ кваліфікованої майстерності майбутніх спеціалістів у медичній галузі [2, 6]. Нині багато інформації можна знайти в мережі «Інтернет». Орієнтація на формування таких репродуктивних навичок, як запам'ятовування та відтворення, за традиційного навчання замінюється на розвиток умінь зіставлення, синтезу, аналізу, оцінювання ви-явлених зв'язків, планування, групової взаємодії з використанням інформаційно-комунікаційних технологій. За таких умов зміни мають торкнутися методики проведення лекційних занять та організації самостійної роботи. Інформаційно-комунікаційні технології посилюють роль методів активного пізнання та дистанційного навчання. За вимогами Болонського процесу збільшується частка самостійної роботи студентів у навчальних програмах усіх дисциплін. Інформаційно-комунікаційні та дистанційні технології навчання дають змогу забезпечити студентів електронними навчальними ресурсами для самостійного опрацювання, завданнями для самостійного виконання, реалізувати індивідуальний підхід до кожного студента тощо. Відтак, викладач повинен розуміти поняття «педагогічна технологія» та «інновація» для впровадження їх у навчальний процес. Слово «технологія» грецького походження й означає «знання про майстерність». Поняття «педагогічна технологія» останнім часом дедалі більше поширюється в науці й освіті. Його варіанти – «педагогічна технологія», «технологія навчання», «освітні технології», «технології в освіті» – широко використовують в психолого-педагогічній літературі та мають понад 300 визначень, залежно від того, як автори уявляють структурні компоненти освітнього процесу [3]. Педагогічну інновацію розглядають як особливу форму педагогічної діяльності та мислення, які спрямовані на організацію нововведень в освітньому просторі, або як процес створення, упровадження і поширення нового в світі. Інноваційний процес в освіті – це сукупність послідовних, цілеспрямованих дій, спрямованих на її оновлення, модифікацію мети, змісту, організації, форм і

методів навчання та виховання, адаптації навчального процесу до нових суспільно-історичних умов [4].

Висновки. Інноваційна освітня діяльність – це складний процес, що потребує умілого, конструктивного управління. Впровадження інноваційних педагогічних технологій суттєво змінює освітній процес, що дозволяє вирішувати проблеми розвивального, особистісно орієнтованого навчання, диференціації, гуманізації, формування індивідуальної освітньої перспективи. Разом із тим, у сучасному процесі навчання мають використовувати як традиційні, так й інноваційні методи навчання, які не менш дієві, а в деяких випадках без них просто не обійтись.

Література:

1. Буга Н. Ю. Становлення наукової та інноваційної діяльності у вищих навчальних закладах / Н. Ю. Буга // Економіст. – 2006. – No 9. – С. 60–64.
2. Галиця І. О. Інноваційні механізми активації педагогічного і наукового процесів / І. О. Галиця // Вища школа. – 2011. – No 7/8. – С. 31–37.
3. Атутов П. Р. Технологія та сучасне навчання / П. Р. Атутов // Педагогіка – 1996. – No 2. – С. 18–24.
4. Туркот Т. І. Педагогіка вищої школи : навчальний посібник / Т. І. Туркот. – К. : Кондор, 2011. – 628 с.
5. Дичківська І. М. Інноваційні педагогічні технології : навчальний посібник / І. М. Дичківська. – К. : Академвидав, 2004. – 352 с.
6. Ястремська С. О. Інноваційні методи викладання дисциплін у медсестринстві / С. О. Ястремська // Медична освіта. – 2015. – No 4. – С. 70–73

СОПНЄВА Н.Б., к.пед.н., доцент

*ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім.
Андрея Крупинського»,*

ФЕДОРИК В.М., к.філос.н., доцент.,

*ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім.
Андрея Крупинського»,*

МАТРОСОВА Ю.Р., студентка II-го курсу,

*ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія ім.
Андрея Крупинського»*

ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ОРГАНІВ: СТЕРЕОТИПИ ГРОМАДСЬКОЇ ДУМКИ ЖИТЕЛІВ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Вступ.

Поширення коронавірусу КОВІД-19 дещо відсунуло увагу громадськості до трансплантації людських органів на другий план, але законодавча активність Верховної ради [1; 2], палкі дискусії громадськості в обговоренні законодавчих актів [3], увага до проблеми засобів масової інформації, та науковців [4] свідчать про її актуальність. "З 5000 осіб, які потребують пересадки, щорічно вмирають близько 3400. Щодня у нас дев'ять смертей тих, хто не дочекався трансплантації" [5].

Багаторічні зусилля медиків, законодавців та інститутів громадянського суспільства досягли певного успіху і ряд медичних центрів України стали робити операції з трансплантації, що сприяє накопиченню досвіду, унормуванню процедур і т.п.. Але, як і очікувалося, проведення операцій загостило дефіцит донорських органів. Формування банку донорських органів, який би повною мірою забезпечував потреби центрів трансплантації, передбачає підтримку суспільства, певну культуру донорства, бо стереотипи громадської думки можуть як сприяти, так і заважати покращенню ситуації.

Об'єктом нашого дослідження є культура донорства, а предметом – стереотипи масової свідомості щодо трансплантації, які поширені у Львівській області. Мета дослідження – вивчення масштабів поширення стереотипів щодо пересадки людських органів у різних соціально-демографічних групах Львівщини. Завдання дослідження – розробка рекомендацій з корекції просвітницької роботи для подолання стереотипів, що формують негативне ставлення до донорства.

Методи дослідження. З метою збору необхідної статистичної

інформації використовувалися методи аналізу документів та спектр соціологічних методик: усне та письмове інтерв'ю (анкетування). У ході анкетування було опитано 320 осіб у відповідності до соціально-демографічного портрету області. Наявна кількість респондентів не дозволяє стверджувати про високий рівень надійності отриманих результатів дослідження, але результати дають достатньо обґрунтоване уявлення про розподіл стереотипів серед різних соціальних груп області. Частина результатів дослідження вже опубліковані [6], ця стаття продовжує дану тему і висвітлює диференціацію та масштаби поширення стереотипів.

Гіпотези.

✓ Диференціація стереотипів про трансплантацію залежить від статі, віку, освіти, релігії, місця проживання, професії та джерела інформації, якому найбільше довіряють респонденти.

✓ Готовність стати донором залежить від ступеню близькості пацієнта донорові, і обставин за яких здійснюється трансплантація.

Основна частина.

Результатом нашого дослідження було зафіксоване протиріччя між потенціальною та актуальною готовністю індивіда до донорства органів [6]. Але, щоб впливати на громадську думку, необхідно знати причину суттєвого розриву між вельми альтруїстичним бажанням і заявленою готовністю поділитися своїм органом із близькими з одного боку і прохолодним відношенням до донорства за життя, підозріло високим рівнем тих, що не визначилися – з іншого. Типова позиція респондента образно виглядає так: «Я готовий стати донором для своїх дітей, батьків і родичів! Проте не зараз, мабуть, після моєї смерті... і після смерті не хочу... боюсь і сумніваюся».

Така непослідовність свідчить про неглибокі внутрішні переконання, невідповідність артикульованої думки власній позиції. Або про її відсутність, неоформленість і незрілість. Схоже, що респондент, відповідаючи на запитання, подумки узгоджував відповідь не з власними переконаннями, а із стереотипами спільноти, до якої він належить. Загальновідомо, «стереотип починає діяти ще до того, як вмикається розум. Ніщо так не чинить опір утворенню або критиці, як стереотип, так як він накладає свій відбиток на фактичні дані в момент їхнього сприйняття» [7]. Отже, виявлення і аналіз поширених серед населення стереотипів, які стосуються відношення до трансплантації органів, може допомогти виявити причини опору, сприятиме очищенню інформації від викривлень, допоможе

«включити розум» і зробити просвітницьку діяльність ефективнішою.

Стереотипи не вимагають логічного пояснення і доказів, серед усієї сукупності стереотипів індивіда можуть бути і такі, що повторюють, або суперечать уже існуючим. Внутрішньої логіки і послідовності, як у системі наукового знання, тут не існує. Розглянемо виявлені нами стереотипи громадської думки відносно трансплантації органів (Рис. 5).

Рис. 5.

Стереотипи громадської думки щодо трансплантації органів (%).

Стереотипи	Підтримує (%)
1. Незаможний українець не зможе отримати донорський орган і зробити операцію в Україні.	69,5
2. Трансплантація органів приведе до зростання корупції.	66,4
3. Сьогодні орган можна отримати в Україні лише за хабар.	62,3
4. Це небезпечно для здоров'я донора. Донор може стати інвалідом.	53,2
5. Мої органи можуть вкрасти для лікування заможної особи.	52,3
6. Узаконення пересадки людських органів збільшує ризик зростання злочинів і насильства.	51,8
7. Наші лікарні недостатньо обладнані для таких складних операцій	51,8
8. У питанні трансплантації людських органів я не довіряю медичним працівникам.	40
9. Якщо я дам згоду віддати органи після смерті, то лікарі не лікуватимуть, а чекатимуть моєї смерті.	35
10. Якщо зі мною щось трапиться, то лікарі не лікуючи, можуть «розібрати» мене на органи.	28,6
11. Наші лікарі не вміють проводити операції з пересадки органів.	25,9
12. Бог кожному дарував певний час для життя. Донорство суперечить християнству.	19,5
13. Пересадка людських органів - це зневага до людського тіла	19,1
14. Пересадка людських органів є аморальною.	18,2
15. Моя релігія проти пересадок органів.	17,7

Аналіз змісту наведених у таблиці стереотипів наводить на думку, що вони групуються навколо певних соціальних проблем: бідність, низький рівень життя (стереотип № 1, 3), корупція (2, 3, 6), злочинність (2, 3, 5, 6, 10), недовіра до системи охорони здоров'я (4, 7, 8, 9, 10, 11), мораль (13, 14), релігія (12, 15). Отже, стереотипи масової свідомості, які стримують

вирішення питань трансплантації, сягають широкого кола соціальних проблем, і очевидно породжені цими проблемами, обслуговують їх і існуватимуть доти, доки зберігатимуть актуальність причини, що їх продукують.

Для визначення значимості соціальних проблем згрупуємо стереотипи і вирахуємо середній відсоток їх значимості для респондентів. У результаті зможемо визначити рейтинг не тільки кожного стереотипу, а й проблеми, навколо якої вони об'єднані у підсистему. Середній відсоток стереотипів, які об'єднані навколо усвідомлення бідності, складає 66%; корупції – 60,2%; злочинності – 52,3%; недовіри до системи охорони здоров'я – 47,8%; моралі – 18,7%; релігії – 18,6%.

Таким чином, з точки зору медика маємо хороші та погані висновки. Хороші – негативні стереотипи породжені не лише (і не головне!) низькою якістю роботи системи охорони здоров'я, але й інших соціальних інститутів. Погані – недовіра до роботи вітчизняної системи охорони здоров'я все ж вкрай низька, а багаторічні кампанії безуспішного подолання злочинності та корупції, як одного з її проявів, не залишають надій щодо витіснення пов'язаних із ними стереотипів за рамки поля актуальності. І з цим нам жити довго!

Крім того, напрошується ще один висновок. Серед стереотипів масової свідомості чільне місце посідають ті, що пов'язані з проблемою корупції та злочинності. Дивність полягає у тому, що протягом попередніх років операції із трансплантації органів в Україні проводились у мізерній кількості і при цьому донорами органів були близькі родичі. У такому разі, упевненість громадян у надвисокій корупції та злочинності у цій сфері є неадекватним відображенням медичної реальності, або адекватним відображенням реальності немедичної. Мається на увазі багаторічне жахання громадян олігархічними ЗМІ, які формували негативне сприйняття дійсності з цілком визначеною метою, однак, спроба «вражати» телеглядачів потоком негативу сформувала однобоке, інфантильне, негативістське світосприйняття з викривленим світоглядом, побудованим на хитких стереотипах, що заважають вирішенню життєво важливих завдань.

Розглянемо детальніше диференціацію настроїв відповідно до кожної з груп стереотипів, для виявлення «сильних» і «слабких» місць громадської думки. В майбутньому це може полегшити виробленню ефективних підходів для її корекції.

Низький рівень життя у нашому дослідженні відображений двома

стереотипами, які сумарно займають перше місце з точки зору їх значення для респондентів. У цій групі поширені фобії щодо проблем з отриманням донорського органу, частина респондентів очікує, що для цього буде потрібен хабар, так, ніби органи для трансплантації повинні бути безплатними. Указані фобії мають об'єктивне підґрунтя, оскільки низький рівень життя є важливою соціальною проблемою, яка детермінує поведінку та і духовний світ людини і на найближчу перспективу навряд чи має шанси на покращення.

Суб'єктивним моментом виступає різниця у сприйнятті даної групи стереотипів у залежності від належності до певної вікової групи. Цікаво, що особи у віці 51-65 років суттєво випереджають інші вікові когорти в оцінці гостроти даної проблеми, у той час як наступна вікова група із осіб старших 65 років має найнижчий інтерес до цієї проблеми. Відповідь на цей феномен наше дослідження не дає, можливо, ми зафіксували невизначеність, тривогу покоління передпенсійного віку, пов'язану із очікуванням погіршення рівня життя після переходу на пенсію. І водночас, спокійне відношення до дійсності пенсіонерів, які вже звикли до обмежень і змирилися із невідворотнім майбутнім.

Фобії корупції та злочинності посідають другу сходинку за значенням в усіх групах респондентів, незалежно від статевої, вікової, освітньої та інших видів диференціації. Серед стереотипів цієї групи переконання, що легалізація пересадки органів призведе до зростання корупції, злочинності та сприяє хабарництву, «викраданню» органів і «розбиранню бідних людей на органи» і таке інше. Медики у масовій свідомості виглядають співучасниками, вигодонабувачами чи організаторами злочинності на ґрунті трансплантації.

Носії подібних стереотипів дещо відрізняються за гендерними ознаками. Якщо чоловіки критичніше налаштовані проти абстрактного хабарництва, то жінки бояться конкретних злочинів: «мої органи можуть вкрати для лікування заможної особи» (58,3% жінки проти 45% – чоловіки); «якщо я дам згоду віддати органи після смерті, то лікарі не лікуватимуть, а чекатимуть моєї смерті» (відповідно 40,8% і 28%), «якщо зі мною щось трапиться, то лікарі не лікуючи, можуть «розібрати» мене на органи» (31% і 26%). Загалом, міфи цієї групи поширеніші серед жінок.

Під впливом «жіночого» погляду на життя перебуває вікова когорта у віці 51-65 років. На перший погляд тому, що у цьому віці жінки починають переважати чоловіків за кількістю, можливо – з інших причин, але на

відміну від інших вікових груп саме тут зосереджені респонденти, нажахані «крадіжками органів» для заможних осіб, «розбиранням людей на органи» та іншими міфами. Однак, у наступній віковій групі (старші 65 років) прибічників таких стереотипів суттєво менше, у той час, як жінок у цій групі ще більше, ніж у попередній, отже пояснення причини таких відхилень лежить за межами нашого дослідження.

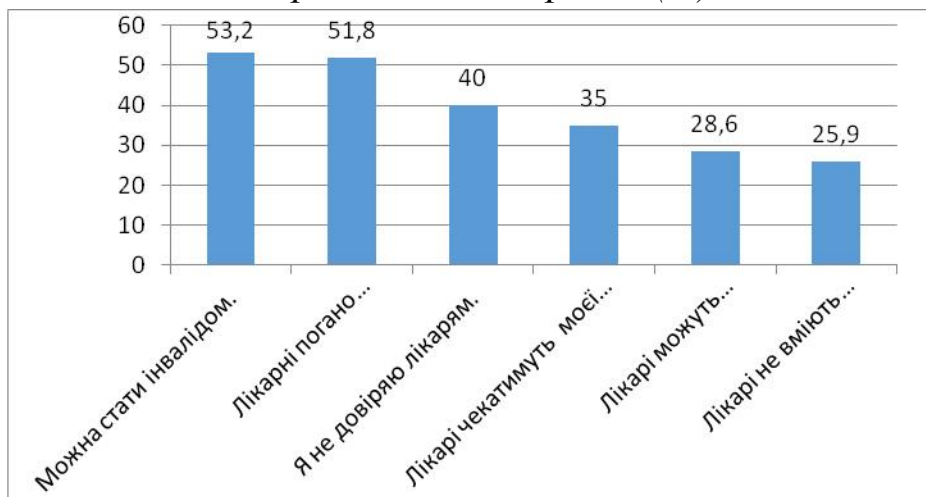
Фобії корупції та злочинності особливо поширені серед респондентів із незакінченою вищою освітою. Можна допустити, що серед них велика кількість студентів, які багато читають, знають, але їх поінформованість не опирається на досвід. Радикальність, характерна для цієї групи, особливо помітна на фоні стриманіших «сусідів» - особи із середньою та вищою освітою бачать менше корупції, «крадіжок органів», та інших злочинів. Щоправда, правил без виключень не буває, саме особи з вищою освітою чомусь більше інших бояться, що у разі згоди на трансплантацію лікарі не лікуватимуть їх, а «чекатимуть їх смерті щоб розібрати на органи у лікарнях».

У районних центрах та селах більше, ніж у Львові, бояться бути "розібраними на органи". Крім того у районах переважають ті, хто вірить, що у разі згоди на донорство лікарі перестануть їх лікувати і чекатимуть на смерть. Саме тут вважають, що трансплантація органів приведе до зростання корупції. Можливо, це пов'язано із низьким рівнем довіри до медицини у жителів, які обслуговуються районними лікарнями, а міф є віддзеркаленням реальних проблем. Найбільше вірять у хабар, як засіб доступу до донорського органу у селах, що також може бути відображенням існуючої системи соціальних відносин на селі.

Недовіра до системи охорони здоров'я у нашому дослідженні виявлялася рівнем поширення кількох стереотипів, які частково перепліталися із іншими соціальними проблемами, а частково мали відношення виключно до медицини. До них відносяться упевненість респондентів, що: «донор може стати інвалідом», «лікарні погано обладнані для таких операцій», «я не довіряю лікарям», «якщо я дам згоду віддати органи після смерті, то лікарі не лікуватимуть, а чекатимуть моєї смерті», «лікарі можуть «розібрати» мене на органи», «наші лікарі не вміють проводити операції з пересадки органів» (див. рис. 6).

Рис.6.

*Недовіра до органів охорони здоров'я.
Стереотипи та їх ранги (%).*



Стереотипи цієї групи можна поділити на кілька видів. Перші два відображають об'єктивний стан речей. Дійсно, операції з трансплантації органів несуть для донора певний ризик, та і застаріле обладнання наших лікарень не критикував хіба що лінивий. Три останні стереотипи ми віднесли до категорії міфів, не виключено, що вони продукуються, підтримуються і знаходять внутрішнє обґрунтування свого існування заради підсвідомої психологічної самореабілітації, виправдання суб'єктом власної неготовності до донорства. Центральний стереотип - («у питанні трансплантації людських органів я не довіряю медичним працівникам») є інтегральним, підсумовуючим відношення до системи охорони здоров'я у реалізації проблем трансплантації.

Соціальна структура Львівської області неоднорідна і це є причиною певної диференціації поглядів:

➤ Серед чоловіків поширеніша, ніж серед жінок, недовіра до кваліфікації медиків (30% - чоловіки, проти 22,5% - жінки). У порівнянні з чоловіками, жінки більше бояться ризику отримати інвалідність.

➤ Що нижчий рівень освіти, то більший страх про небезпеку трансплантації органів для здоров'я донора. Якщо в групі осіб із середньою освітою цю небезпеку поділяють 58 відсотків респондентів, то серед осіб з вищою освітою лише 15%!

➤ Респонденти із середньою освітою недооцінюють можливості наших лікарень для трансплантації органів. Саме у цій групі найнижчий рівень довіри до медичних працівників. Саме вони найбільше бояться,

що у разі згоди на донорство після смерті їх не лікуватимуть, а чекатимуть смерті.

➤ У селах та селищах міського типу вищий рівень пересторог, щодо безпеки трансплантації для здоров'я донора. Як не дивно, саме жителі сіл, більше, ніж жителі міст схильні вважати, що наші лікарні недостатньо обладнані для таких складних операцій і що наші лікарі не вміють проводити операції з пересадки органів. Це може мати причиною гірший рівень медичного обслуговування на селі та його екстраполяцію на заклади великих міст, які мають право на трансплантацію органів.

➤ У районних центрах більше, ніж у Львові, або селах бояться бути "розібраними на органи". Крім того, у районних центрах відносно більше осіб, які вірять, що у разі згоди на донорство лікарі перестануть їх лікувати і чекатимуть на смерть. Вірогідно, це пов'язано із низьким рівнем довіри до медицини у жителів, які обслуговуються районними лікарнями.

➤ Найрадикальнішими прибічниками стереотипів даного напрямку є інтернет-спільноти та особи, які отримують інформацію не із ЗМІ чи Інтернету, а від «друзів та знайомих». Серед інтернет-співтовариств найвищий рівень недовіри до лікарів. Когорта осіб, які орієнтуються на неформальну інформацію (слухи) частіше інших, що у разі згоди на донорство лікарі їх не лікуватимуть, а чекатимуть смерті, бояться, що їх "розберуть на органи". У цьому плані, прибічники телебачення виглядають стриманішими.

Релігія та мораль, як детермінанти громадської міфотворчості щодо трансплантації органів, використовуються не часто. Здається, респонденти апелюють до них у випадках, коли раціональні аргументи вичерпані, тому коло їх прибічників складає усього 17% – 20%. Ці стереотипи сприймаються на віру і не вимагають доказів, вони є ірраціональними за своєю природою та/або уособлюють загнані у підсвідомість екзистенційні страхи індивіда. Треба відзначити, що практично усі досліджені нами стереотипи несуть на собі певний відбиток ірраціональності, яка маскує прихований страх. Але, на відміну від стереотипів даної групи, які описують суб'єктивну реальність, описані нами вище - апелюють до фактів об'єктивної реальності.

До стереотипів, пов'язаних із релігією та мораллю, нами

досліджувалися: «Бог кожному дарував певний час для життя, донорство суперечить християнству» (19,5%), «моя релігія проти пересадок органів» (17,7%), «пересадка людських органів - це зневага до людського тіла» (19,1%), «пересадка людських органів є аморальною» (18,2%). Середні арифметичні показники обох груп стереотипів співпадають, з точки зору статистики різниця між ними є несуттєвою: релігія – 18,6%, мораль – 18,7%. Схоже, що із цими стереотипами погоджувалися одні й ті ж респонденти для підсилення аргументації відмови від донорства.

Існує зв'язок між рівнем освіти і мотивація до донорства. Особи з середньою та незакінченою вищою освітою частіше підтримують думку, про «аморальність» трансплантації органів, зневагу до людського тіла. Вони ж частіше апелюють до релігійних переконань, як причини відмови від донорства (див. рис 7).

Рис.7.

*Аргументи відмови від донорства органів
у залежності від освіти респондентів (%).*

Стереотипи	Освіта		
	Середня	Н.вища	Вища
Бог кожному дарував певний час для життя. Донорство суперечить християнству.	26,7	14,6	13,5
Пересадка людських органів – це зневага до людського тіла	26,2	11,9	9,8
Пересадка людських органів є аморальною.	33,3	20,9	9,6
Моя релігія проти пересадок органів.	20,4	16,6	12

Посилання на релігію, яка «забороняє» пересадки органів, у селах зустрічається частіше (25,6%), ніж у Львові (14,7%). Інтернет - спільнота частіше інших апелює до питань релігії та моралі (30% - проти 18,2% у середньому). Враховуючи, що серед прибічників світової павутини переважає молодь, рівень релігійності якої нижчий у порівнянні з іншими віковими групами, апеляція молоді до релігії і моралі видається дещо перебільшеною, нещирою і виглядає як засіб внутрішнього виправдання.

Висновки.

Із півтора десятка таких стереотипів, найактуальніші є віддзеркаленням широкого кола соціально-економічних проблем держави (корупція, злочинність, бідність), і можуть бути подолані лише комплексними, скоординованими заходами, які включають соціальні, економічні, законодавчо-правові, та освітні процеси на рівні усієї країни. Рекламні акції якоїсь окремої державної інституції успіху не матимуть. Стереотипи об'єднані в комплекси, отже комплексними мають бути і дії.

Головне джерело інформації для громадян регіону – телебачення і ЗМІ. Власники каналів ЗМІ, намагаючись досягти максимальної глядацької аудиторії, «вражають» населення масованою негативною інформацією і тим самим формують стереотипи «негативістської» мотивації, які наносить шкоду суспільству в цілому, та спробам налагодження довірчих стосунків між трансплантологами та потенційними донорами. Налагодження конструктивної співпраці між власниками ЗМІ, владою та громадянським суспільством – важлива передумова ефективності просвітницької роботи.

Значна частина інформації поширюється через канали Інтернету та міжособистісні стосунки. Прибічники цих каналів є найрадикальнішими прихильниками ряду стереотипів, тому просвітницьку роботу треба активізувати і в соціальних мережах.

Практично кожна із соціально-демографічних груп має свої особливості, які потрібно враховувати у системній просвітницькій роботі. Існують свої особливості в поширенні негативних стереотипів у залежності від статі, віку, релігійних переконань, місця проживання. Отже, соціальна реклама має бути спрямованою на конкретну аудиторію і враховувати особливі категорії лідерів громадської думки, які у кожному регіоні можуть бути унікальними.

Література:

1. «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, що регулюють питання трансплантації анатомічних матеріалів людині» Закон України від 20.12.2019 р. № 418-IX. Голос України. 2019. 27 грудня. (№251).
2. «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» Закон України від 28.02.2019 р. № 2694-VIII. Відомості Верховної Ради.

3. Деякі питання реалізації Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині. 25 лютого 2020 р. URL: <https://moz.gov.ua/article/public-discussions/proekt-postanovi-kabinetu-ministriv-ukraini-dejaki-pitannja-realizacii-zakonu-ukraini-pro-zastosuvannja-transplantacii-anatomichnih-materialiv-ljudini>

4. Беззуб І. Реформа системи трансплантології в Україні [Електронний ресурс] / І. Беззуб // Громадська думка про правотворення. – 2018. – № 9 (153). – С. 10–23. – URL: <http://nbuviap.gov.ua/images/dumka/2018/9.pdf>

5. Богомолець Ольга . Трансплантологія в Україні відстала від світу на всю епоху. Дзеркало тижня. 2018. № 17. 12-18 травня.

6. Сопнєва Н.Б., Федорик В.М., Матросова Ю. Трансплантація органів: стереотипи жителів Львівської області. // Матеріали II регіональної студентської науково-практичної конференції (м. Львів, 21 травня 2020 р) – Львів, ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», 2020. С. 142-150.

7. Вікіпедія. Стереотип (психологія). URL: [https://uk.wikipedia.org/wiki/Стереотип_\(психологія\)](https://uk.wikipedia.org/wiki/Стереотип_(психологія))

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ СИРОВАТКИ КРОВІ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Актуальність проблеми. Нещодавнє оновлення даних Національного обстеження зі здоров'я та харчування свідчить про збільшення поширеності метаболічного синдрому у всіх вікових групах населення [5, с.1].

Метаболічний синдром (МС) є великою світовою проблемою. Кілька епідеміологічних досліджень показали, що МС збільшує ризик виникнення різних серцево-судинних захворювань (ССЗ) та діабету [1, 50-80 с].

Дані свідчать, що резистентність до інсуліну є головною основою аномалії, яка зумовлює дисліпідемію. Крім цього може виникнути загострення кожної патології, і, зокрема, гіпертригліцеридемія, коли наявна значна гіперглікемія.

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми. Спостереження про те, що ожиріння, дисліпідемія, діабет і гіпертонія виникають одночасно у багатьох людей, було вперше зроблено Крепалді в 1967 році. В кінці 1970-х років німецькі дослідники називали "метаболічним синдромом". З тих пір синдром описується під низкою виду як "синдром резистентності до інсуліну", "синдром Х", "плюриметаболічний синдром" та "метаболічний синдром". Синдром є багатокомпонентним захворюванням, спричиненим поєднанням способу життя та факторів навколишнього середовища, при цьому деякі дослідження виявляють генетичну сприйнятливність до розвитку МС [5, с. 2].

Національна програма освіти з холестерину визнала метаболічний синдром як групу порушень, що збільшують ризик у двічі як для серцево-судинних захворювань (ССЗ), так і для Цукрового діабету 2 типу. Настанови NCEP-АТР III також підкреслювали центральну роль абдомінального ожиріння у розвитку цього синдрому [2, с. 40-60].

Ескалація поширеності синдрому має важливі наслідки для здоров'я. Кожен компонент метаболічного синдрому є встановленим фактором ризику серцево-судинних захворювань, а наявність декількох компонентів становить більший ризик, ніж сума ризиків, пов'язаних з окремими.

Мета науково-пошукової роботи: Розкрити основні предиктори

порушення ліпідного обміну при метаболічному синдромі, щоб уникнути розвитку цього захворювання. Вивчити і проаналізувати пацієнтів, у яких є встановлений діагноз метаболічний синдром у КНП «5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова».

Виклад основного матеріалу: Метаболічний синдром відноситься до наявності скупчення факторів ризику, характерних для серцево-судинних захворювань. Наявність цього синдрому значно підвищує ризик розвитку цукрового діабету, серцевих захворювань, інсульту або всіх трьох [2, 30-35]

За даними Національного інституту серця, легенів і крові (NHLBI), група метаболічних факторів, що беруть участь, включає:

1. Черевне ожиріння. Це означає, що окружність талії більше 80 сантиметрів для жінок і більше 95 сантиметрів для чоловіків. Підвищена окружність талії – форма ожиріння, найбільш сильно пов'язана з метаболічним синдромом.

2. Високий кров'яний тиск вище 140/80 мм рт.ст.. Нормальний артеріальний тиск систолічний в межах 110–139 мм рт.ст, а діастолічний 70-89 мм.рт. ст. Високий кров'яний тиск сильно прив'язаний до ожиріння. Він часто зустрічається у людей з інсулінорезистентністю.

3. Підвищений рівень глюкози в крові натще (норма 3,5 до 5,5 ммоль/л).

4. Високий рівень тригліцеридів (норма 0,34 до 1,7 ммоль/л).

5. Низький рівень ЛПВЩ (норма ж.-1,15-1,68 ммоль/л, ч.- 0,9-1,45 ммоль/л).

6. Високий рівень ЛПНЩ (норма 2,25- 4,82 ммоль/л).

NHLBI рекомендує діагностувати метаболічний синдром, коли у людини є 3 і більше цих факторів [3, с 80-109].

Більшість людей, які мають метаболічний синдром, мають інсулінорезистентність. Організм змушує інсулін переміщувати глюкозу (цукор) у клітини для використання в якості енергії. Ожиріння, яке часто зустрічається у людей з метаболічним синдромом, ускладнює реакцію клітин на організм на інсулін. Якщо організм не може виробляти достатню кількість інсуліну, щоб перекрити опір, рівень цукру в крові збільшується, викликаючи діабет другого типу. Тому, метаболічний синдром може бути початком розвитку діабету 2 типу.

Дисліпідемія метаболічного синдрому характеризується підвищеним рівнем в плазмі загального холестеролу (ХС), триацилгліцеролів (ТГ), низький вміст ліпопротеїдів високої щільності ЛПВЩ та збільшена

кількість ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) [4, с 65-95].

Було здійснено аналіз амбулаторних карт з лабораторними показниками пацієнтів, у яких є встановлений діагноз метаболічний синдром у КНП «5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова». Група досліджуваних складала 20 пацієнтів віком 40-65 років у яких був встановлений діагноз метаболічний синдром .

Встановлено, що вміст глюкози в плазмі крові хворих на МС перевищував показники норми на 86%.

Вміст загального холестеролу (ХС) в плазмі крові хворих на МС перевищував показники норми на 20%, вміст триацилгліцеролів перевищував контроль на 37%.

Вміст ЛПНЩ в плазмі крові хворих на МС перевищує показники норми на 56%.

У досліджуваних пацієнтів виявлено ускладнення, а саме 34 % діагностовано артеріальну гіпертензію, 48% діагностовано ЦД 2 типу, 16% діагностовано ІХС. Лише у 2% пацієнтів не виявлено ніяких ускладнень.

Отже, із досліджуваних пацієнтів із МС у 98 % наявні ускладнення: артеріальна гіпертензія, ЦД 2 типу, ІХС. 2 % пацієнтів не виявлено ніяких ускладнень, проте вірогідність їх виникнення не виключена.

Дане дослідження показує значні відмінності у ліпідному профілі пацієнтів з МС.

Висновок: Отже, метаболічний синдром характеризується змінним співіснуванням гіперінсулінемії, ожирінням, дисліпідемією та гіпертензією. Патогенез синдрому має неоднозначне походження, але ожиріння та малорухливий спосіб життя в поєднанні з дієтою та все ще значною мірою невідомі генетичні фактори чітко взаємодіють із синдромом. Дисліпідемія, відмітна ознака метаболічного синдрому, а саме вміст загального холестеролу (ХС), триацилгліцеролів (ТГ), низький вміст ліпопротеїдів високої щільності ЛПВЩ та збільшена кількість ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) ідентифікують наявність ліпідного дисбалансу при МС.

Це медична проблема, яка збільшує ризик виникнення хронічних захворювань, втрати працездатності та врешті-решт до смерті, якщо не лікуватися правильно та в потрібний час.

Література:

1. Власенко М. В., Семенюк І.В., Слободянюк Г. Г. Цукровий діабет і ожиріння – епідемія ХХІ століття: сучасний підхід до проблеми// Український терапевтичний журнал 2011. №2.
2. Орлик О. С. Діабет і серце. Сучасні погляди на проблему//Діабет. Ожиріння. Метаболічний синдром. 2018. №3.
3. ООО «Фарма Старт». Предиабет: не ждять, а действовать!// Діабет. Ожиріння. Метаболічний синдром. 2018. № 5.
4. Саєнко Я. А. Скринінг цукрового діабету 2 типу. Предиабет, як лікувати?// Діабет. Ожиріння. Метаболічний синдром.2019. №1.
5. Henry N. Ginsberg , Yuan-Li Zhang // Metabolic Syndrome: Focus on Dyslipidemia. First published: 06 September 2012.

ЗМІСТ

Секція І. Актуальні проблеми в освітньому просторі медсестринства	3
ОКСАНА АКИМОВА.	4
МЕДСЕСТРИНСТВО В ДИТЯЧИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ, СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПРОБЛЕМИ В ГАЛУЗІ	
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., НЕДІЛЬКО Р.В.	13
СИЛАБУС – ІНСТРУМЕНТ ЄВРОІНТЕГРАЦІЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ	
БЕРЕЗОВСЬКА І. Б., МЕНІВ Н. П., ФЕДОРОВИЧ У. М.,	19
ПРОВІДНІ ТЕНДЕНЦІЇ В РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ	
НАТАЛЯ ВОЛОДКА	24
ФОРМУВАННЯ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ	
ГВОЗДЕЦЬКА Г.С.	31
ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ КВАЛІФІКАЙНОЇ АТЕСТАЦІЇ «МЕДСЕСТРИНСТВО» У 2020 РОЦІ У ІФНМУ	
КОСТЕРЕВА Н.В., РУДАКОВА Н.Є.	34
ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗАХИСТУ (МАСОК) У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ: ВІД ТЕОРІЇ ДО ПРАКТИКИ	
КОСТІВ З.П.	42
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ УКРАЇНИ, КРАЇН ЄВРОПИ ТА СПОЛУЧЕНИХ ШТАТІВ АМЕРИКИ	
КУХТІЙ М., НЕДІЛЬКО Р.В.	47
МЕДИКО - ПЕДАГОГІЧНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАГІСТРА МЕДСЕСТРИНСТВА	
ЛИЩУК Р. М.	51
НАВИЧКИ КОПІНГ СТРАТЕГІЙ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ, ЯК КОМПОНЕТИ КОМПЛЕКСНОГО ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ	
НЕДІЛЬКО Р.В., ЖУБРИД М.Т.	59
ДУАЛЬНА СИСТЕМА ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ СЕСТЕР МЕДИЧНИХ: ЗАКОРДОННИЙ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД	
ПАНКЕВИЧ МАРІЯ	64
УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗОВАНОГО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ, СПЕЦІАЛЬНОСТІ «СЕСТРИНСЬКА СПРАВА», ПРИ ВИВЧЕННІ МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	
ПИЛИПІВ А. В., ОЛЕКСЮК-НЕХАМЕС А. Г.	71
ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ МАГІСТЕРСЬКОЇ СПРАВИ	78
СОГУЙКО Ю.Р., ЮРИСТОВСЬКА Н.Я., НЕДІЛЬКО Р.В.	

АКАДЕМІЧНА ДОБРОЧЕСНІСТЬ – ВЕКТОР СУЧАСНОЇ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ	82
ТЕРЕЩУК С.І. ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ МЕДИЧНОГО ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ТОВАРОЗНАВСТВА ПРИ ПІДГОТОВЦІ КВАЛІФІКОВАНИХ БАКАЛАВРІВ МЕДСЕСТРИНСТВА	87
ФІТЬО Н.Р. ІСТОРИЧНИЙ ОГЛЯД СТАНОВЛЕННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ НА ТЕРЕНАХ ГАЛИЧИНИ	91
ФУРДИКОНЬ І.В., БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю. ПРОФЕСІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ. РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ	94
Секція II. Практичне медсестринство сучасності	95
АНДРУШКЕВИЧ І.В. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ФАЗ ЕМОЦІЙНОГО/ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ В СЕСТЕР МЕДИЧНИХ	102
БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., ВОВК М. СУЧАСНИЙ СТАН МЕДСЕСТРИНСТВА В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	106
БЯЛИЙ А.О. ПРИВАТНА ЧИ ДЕРЖАВНА МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ: ЯКОЮ БУТИ	112
НЕДІЛЬКО Р.В., БІЛОБРИВКА В.Ю., АНАЛІЗ СПЕЦІАЛЬНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	118
НЕДІЛЬКО Р.В., КУЗЬМЕНКО О.В., АНАЛІЗ КАРТИ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ ГОСПІТАЛЮ КОНІ-АЙЛЕНД, БРУКЛІН, НЬЮ-ЙОРК, США	124
СТАДНИЦЬКА І.Р., СТАДНИЦЬКА О.Б. ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ З РІЗНИМИ ТИПАМИ СПРІЙМАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СПРАВЕДЛИВОСТІ	132
ТЕЛЕНЬКО І.С. ВПЛИВ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ ТА ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА ПРОФЕСІЙНУ ДІЯЛЬНІСТЬ СЕСТЕР МЕДИЧНИХ ЗОЗ	138
Секція III. Наукові тенденції в клінічному медсестринстві	139
ОЛЕКСЮК-НЕХАМЕС А. Г., ВЕРБОВА Т. Р. ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ЇХ РОЛЬ ПРИ ЗМІНІ НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТІ МОЗКУ СТУДЕНТІВ У ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ	143
СОПНЄВА Н.Б., ФЕДОРИК В.М., МАТРОСОВА Ю.Р.,	

ЩУРКО М. М.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ СИРОВАТКИ КРОВІ ПРИ
МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

МАТЕРІАЛИ

**І РЕГІОНАЛЬНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ (ЗАОЧНА ФОРМА)**

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

30 вересня 2020 року

У форматі «РОКУ МЕДСЕСТРИНСТВА В УКРАЇНІ 2020»

Підготовлено до друку

Оргкомітетом І регіональної Науково-практичної конференції

Відповідальна за друк: Неділько Р.В.