

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

# **МЕДСЕСТРИНСТВО**

**УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ**

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

# **NURSING**

**UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL**

**1/2006**

# МЕДСЕСТРИНСТВО

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

**Головний редактор**  
**Чернишенко Т.І.**  
**Заступник головного редактора**  
**Ковальчук Л.Я.**  
**Заступник головного редактора**  
**Ліщенко Н.О.**

Галіяш Н.Б.  
Господарський І.Я.  
Локай Б.А.  
Марценюк В.П.  
Мисула І.Р.  
Мілевська Л.С. – відповідальний секретар  
Олійник О.В.  
Островська Л.О.  
Пасечко Н.В.  
Ревчук Н.В.  
Сливка Ю.І.  
Усинська О.С. – відповідальний редактор

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

Губенко І.Я. (Черкаси)  
Жиліна Г.Є. (Київ)  
Івашко Г.М. (Київ)  
Красножон Л.М. (Київ)  
Мамикіна Л.С. (АР Крим)  
Пірогова В.І. (Львів)  
Сабадишин Р.О. (Рівне)  
Угарьова З.С. (Донецьк)  
Шатило В.Й. (Житомир)  
Шегедин М.Б. (Львів)

Свідоцтво про державну реєстрацію  
КВ № П751-62Р від 15.09.06 р.

**АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:**  
**Журнал “Медсестринство”**  
**ТДМУ імені І.Я. Горбачевського**  
**Майдан Волі, 1**  
**м. Тернопіль, 46001**  
**УКРАЇНА**

**Тел.: (0352) 43-49-56**  
**Факс: (0352) 52-80-09**  
**<http://www.tdmu.edu.te.ua>**

© Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського  
© Науково-практичний журнал “Медсестринство”

Редагування і коректура Мельник Л.В.  
Технічний редактор Демчишин С.Т.  
Комп'ютерна верстка Гуменюк Р.О.  
Художник Кушик П.С.

Підписано до друку 21.09.2006 Формат 6084/8.  
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.  
Ум.др. арк. 7,21. Обл.-вид.арк. 6,28.  
Наклад 300. Зам. № 185.

Оригінал-макет підготовлено  
у відділі комп'ютерної верстки  
Тернопільського державного медичного  
університету імені І.Я. Горбачевського  
Надруковано в друкарні  
Тернопільського державного медичного  
університету імені І.Я. Горбачевського  
46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

## ЗМІСТ

## CONTENTS

- Т.І. Чернишенко, Н.О. Ліщенко*  
Перспективи міжнародної співпраці в медсестринській освіті України **10**
- Л.Я. Ковальчук*  
Застосування Європейських стандартів і рекомендацій щодо внутрішнього забезпечення якості медсестринської освіти Тернопільському державному медичному університеті **13**
- Білл Колеман*  
Щодо концепції спільної освітньої програми між організацією “Nurses International” та українськими медсестринськими освітніми закладами **17**
- В.П. Марценюк*  
Web-портал медичного університету: підхід на основі мережевих навчальних систем **20**
- І.Р. Мисула, К.О. Пашко*  
Нові підходи до підготовки медичних сестер у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського **23**
- І.Я. Господарський*  
Проблеми навчання іноземних студентів у вищому медичному навчальному закладі **25**
- М.Б. Шегедін, Н.Л. Окс*  
Навчальному процесу – нові форми організації. Досвід застосування традиційних і активних форм навчання у Львівському державному медичному коледжі імені Андрея Крупинського **31**
- О.С. Усинська*  
Особливості практичного навчання медсестер у США **35**
- Л.С. Мілевська-Вовчук*  
Місце предмета “Мистецтво спілкування у медсестринстві” у навчальних програмах медсестринських шкіл США **38**
- T.I. Chernyshenko, N.O. Lishchenko*  
Prospectives on international cooperation in ukrainian nursing education **10**
- L.Ya. Kovalchuk*  
Application of european standards and recommendations concerning inner providing of nursing education quality at ternopil state medical university **13**
- B. Coleman*  
About the conception of nursing educational program between the organization “Nurses International, LCC” and ukrainian educational establishments **17**
- V.P. Martsenyuk*  
Web-portal of Medical University: approach based on academic network systems **20**
- I.R. Mysula, K.O. Pashko*  
The new approaches in organizing of the educational process in housing education **23**
- I.Ya. Hospodarskyu*  
The problems of foreign students teaching in the medical universities **25**
- M.B. Shehedyn, N.L. Oks*  
Educational process – new forms of organization. Experience of application of routine and active forms of training at Lviv State Medical College named after Andrey Krupynsky **31**
- O.S. Usynska*  
The peculiarities of nursing students’ practical training in the USA **35**
- L.S. Milevska-Vovchuk*  
The place of subject “Nursing communication skills” in syllabus of nursing schools in USA **38**

- |   |           |   |
|---|-----------|---|
| <i>Б.А. Локай</i><br>Стан та проблеми медсестринської освіти  | <b>42</b> | <i>B.A. Lokay</i><br>Condition and problems of nursing education  |
| <i>Ю.І. Сливка</i><br>Медсестринський діагноз у системі професійної освіти медсестер в США  | <b>45</b> | <i>Yu.I. Slyvka</i><br>Nursing diagnosis in the system of professional education in USA   |
| <i>А.А. Лепявко</i><br>Філософія сестринської справи у медсестринських школах США   | <b>49</b> | <i>A.A. Lepyavko</i><br>Philosophy of the nursing education in the American nursing schools   |
| <i>А.І. Прокопчук</i><br>Важливість вдосконалення англійської мови викладачами, що плануються до участі в українсько-американському проекті | <b>52</b> | <i>A.I. Prokopchuk</i><br>Importance of improvement english by faculty members who are planned to be participants of ukrainian-american project |
| <i>Н.В. Ревчук</i><br>Роль медсестринських теорій у підготовці сучасної медичної сестри у США   | <b>55</b> | <i>N.V. Revchuk</i><br>Nursing theories importance for modern nurse training in USA   |
| <i>О.В. Олійник</i><br>Причини браку медичних сестер у різних країнах світу   | <b>59</b> | <i>O.V. Oliynyk</i><br>The reasons of nurses' shortage in different countries of the world  |

**ШАНОВНІ КОЛЕГИ!**

Питання удосконалення медсестринської освіти та її інтеграції у світовий освітній простір є однією з актуальних проблем сьогодення. Саме тому створення всеукраїнського журналу "Медсестринство", що висвітлюватиме питання медсестринської освіти і практики, є одним із важливих кроків на шляху до її вирішення.

Зміна наших поглядів на медсестринську освіту як на окремих розділ вищої медичної освіти, розуміння медсестринства як зовсім окремої, проте не менш важливої спеціальності, сприятиме зростанню престижності наших медичних училищ, коледжів та університетів не лише в Україні, але й в світі.

Нині МОЗ України запроваджує нові стандарти освіти медиків. Вони базуються на новітніх педагогічних технологіях, відповідають міжнародним вимогам, сприяють поліпшенню якості та доступності медичної освіти. Україна перша серед країн СНД запровадила стандартизовані методи оцінки якості освіти та діагностики мінімального рівня професійної компетентності майбутніх лікарів та медичних сестер, що є загальноприйнятими у світовій практиці.

Продовжується плідна співпраця Міністерства охорони здоров'я України з Грюнвальдським госпітально-освітнім об'єднанням (штат Південна Кароліна, США) із започаткування великого українсько-американського освітнього проекту підготовки в Інституті медсестринства Тернопільського державного медичного університету медичних сестер для Сполучених Штатів Америки з числа громадян США.

Часопис, який започатковує Тернопільський державний медичний університет, повинен забезпечити інформаційну підтримку цього процесу та сприяти популяризації досягнень вищої медичної школи України.

Ми вважаємо, що журнал "Медсестринство" буде корисним як для практичних медсестер, так і для викладачів вищих медичних навчальних закладів, що готують медичних сестер, і стане Вашим справжнім помічником у роботі.

З повагою, *Ваш*  
Міністр  
охорони здоров'я України

*Ющенко*

Ю. ПОЛЯЧЕНКО





**Шановні колеги,  
дорогі друзі!**

*Ви тримаєте в руках перший номер нашого нового журналу – “Медсестринство”. Створення його стало логічним продовженням важливої роботи, яку про-*

*водить наш університет у галузі міжнародного співробітництва у медсестринській освіті. Ми щиро бажаємо поділитись із вами нашими поглядами на майбутнє медсестринства, нашими досягненнями, зокрема, у співпраці з медсестринськими школами США, і запропонувати разом створювати нову систему медсестринської освіти світового рівня.*

*Віримо, що наш журнал зацікавить не лише працівників освіти, а також і практичних медсестер – ми плануємо створити рубрики з нетрадиційної медицини, медсестринського діагнозу, особливостей роботи медсестри з тими чи іншими пацієнтами тощо.*

*Запрошуємо до співпраці усіх медсестер та викладачів закладів медичної освіти, що готують медсестер – ми завжди будемо раді опублікувати ваші статті.*

*Ми сподіваємось, що наш досвід та здобутки стануть вам у пригоді і допоможуть зробити українську медсестринську освіту однією з найпрестижніших у світі, а українську медсестру – професіоналом поза конкуренцією.*

**З повагою  
та надією  
на співпрацю,  
ректор ТДМУ  
імені І.Я. Горбачевського  
чл.-кор. АМН України,  
д-р. мед. наук, професор**

**Л.Я. Ковальчук**



*It is an honor and a pleasure to be invited to say a few words in the premier issue of “Nursing” and to congratulate all of the faculty, staff and administration at the International School of Nursing and across Ukraine for the vision you are putting into place.*

*Speaking as president of Nurses International, we will be sending many, many American students to study in Ukraine for their nursing degrees. This*

*decision has resulted from many years of study and cooperation between NI and Ukrainian officials and a great need in the USA for more nurses than we can produce.*

*We are at the beginning of a great program that will benefit both Ukraine and the United States in a number of ways and for decades to come. I am convinced that Ukrainian schools can and will produce nurses of the highest quality for the American healthcare systems. I am also convinced that the American people will be forever grateful and indebted to those of you in Ukraine that have and will work so hard to make this happen.*

*I am looking forward to working with more and more of the academic and government officials of Ukraine to make this great international healthcare program a reality.*

**Good luck and God Bless us all.  
Bill Coleman, President  
Nurses International**

*Маю за велику честь сказати кілька слів у першому номері нового науково-практичного журналу “Медсестринство” а також привітати викладацький склад, працівників та адміністрацію першої Міжнародної Школи Медсестринства .*

*Як президент організації “Nurses International”, маю приємну місію повідомити про намір нашої організації надсилати американських студентів до України для здобуття медсестринської освіти. Ця можливість з’явилася в результаті багатьох років співпраці між “Nurses International” та українськими представниками і допоможе вирішити нестачу медичних сестер у США.*

*Ми стоїмо біля витоків грандіозної програми зі співпраці між Україною та США. Я впевнений, що українські навчальні заклади можуть та будуть забезпечувати високий рівень освіти медичних сестер для роботи у американській системі охорони здоров’я. Я також впевнений, що американці оцінять та будуть дуже вдячні усім тим, хто сьогодні плідно працює та робить все для здійснення цієї програми.*

*Я з нетерпінням чекаю на активну співпрацю з багатьма науковцями та урядовцями України, щоб зробити цей безпрецедентний міжнародний проект в галузі охорони здоров’я реальністю.*

**Удачі і нехай Господь благословить усіх нас.  
Білл Колеман,  
Президент організації “Nurses International”**



**Шановні колеги!**

*Ви отримали перший номер науково-практичного журналу "Медсестринство", який орієнтований перш за все на практикуючих медичних сестер, організаторів*

*медсестринської допомоги в Україні, викладачів навчальних закладів, що готують медичних сестер та студентів медичних коледжів, інститутів медсестринства та медичних училищ.*

*Безумовно, запорукою успіху медсестринської практики, як і навчального процесу чи організації та менеджменту у медсестринстві, є можливість отримання найновішої інформації, обміну досвідом та новин міжнародної освіти у медсестринстві.*

*Приємним є те, що сьогодні ми маємо можливість долучитися до міжнародної співпраці у медсестринстві з країнами Північної Америки та Європи. Новий журнал стане запорукою обміну досвідом між учасниками міжнародних програм у медсестринській освіті.*

*Питання подальшого вдосконалення підготовки молодших спеціалістів та бакалаврів медсестринства є безумовно надзвичайно актуальними і важливими, а магістратура з медсестринства є нашим пріоритетом у сьогоднішньому реформуванні медсестринської освіти. Саме тому ми щиро запрошуємо до співпраці усіх, хто долучився до створення та роботи цієї програми.*

*Зростання значимості професії медичної сестри, відкриття нових обріїв у професійному вдосконаленні та міжнародних обмінів стане вирішальним спрямуванням публікацій журналу.*

*Ми чекаємо цікавих статей, повідомлень та запитів до дискусій від усіх, кому не байдужа доля українського медсестринства!*

*Редакційній раді журналу, усім, хто стоїть біля ідеї створення такого видання, щиро бажаю на снаги, творчості та професійного злету у майбутній видавничій роботі! У добру путь, "Медсестринство"!*

**З повагою,  
головний редактор,  
головний спеціаліст відділу освіти  
та науки Департаменту кадрової  
політики, освіти  
і науки  
МОЗ України**

**Т.І. Чернишенко**



**Шановні колеги!**

*Хочу висловити своє захоплення стосовно появи нового видання "Медсестринство". Сьогодні Ви гортаєте перший номер журналу, у якому ми помістили останню інформацію щодо можливостей міжнародної співпраці у медсестринстві. Про цей напрямок розповідає у своєму матеріалі наш американський партнер, президент організації «Nurses International, LLC», пан Білл Колеман. Сподіваємося, що Вам стане до вподоби стаття ректора ТДМУ Леоніда Якимовича Ковальчука стосовно Європейських стандартів вищої освіти, а також матеріал стосовно перспектив та необхідних напрямків вдосконалення роботи навчальних закладів, що готують медичних сестер у міжнародному просторі, підготовлений разом із головним редактором журналу, головним спеціалістом відділу освіти та науки Департаменту кадрової політики, освіти і науки МОЗ України Тетяною Іванівною Чернишенко.*

*Про досвід застосування традиційних та активних форм навчання у медсестринській освіті розповідає у цьому номері директор Львівського державного медичного коледжу імені Андрея Крупинського Марія Броніславівна Шегедін. Викладачі ж Тернопільського державного медичного університету, більшість з яких цього року побували на стажуванні в медсестринській школі США, поділять свій досвідом та враженнями про поїздку.*

*Загалом, усе, що ми намагаємося зробити, спрямовано на підняття престижу професії медичної сестри в Україні. Ми хочемо, щоби наші медичні сестри були горді зі своєї професії, щоби вони мали доступ та можливість отримувати найновішу інформацію, удосконалювати свої практичні вміння, стажуючись у найкращих клініках США та Європи.*

*Дуже сподіваюся, що новий журнал знайде своє місце не лише на полицях бібліотек, серед необхідної та першочергової інформації, але й у душах та серцях наших читачів.*

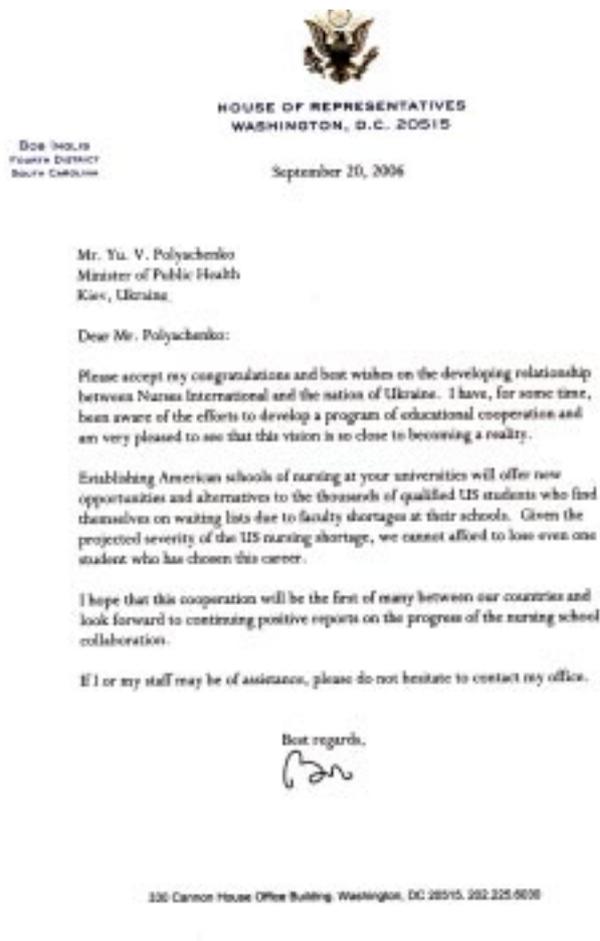
*Ми щиро запрошуємо до співпраці усіх, кому не байдужа доля українського медсестринства та престиж нашої держави!*

**З повагою та надією  
на співпрацю,  
заступник  
головного редактора,  
директор ННІ  
медсестринства ТДМУ**

**Н.О. Ліщенко**



**М-р Боб Інґліс** – конгресмен Палати представників Конгресу США від штату Південна Кароліна. Він очолює підкомітет по дослідженнях з юридичних питань в освіті США. Містеру Інґлісу 46 років, родом із штату Південна Кароліна, одружений, має п'ятеро дітей від 20 до 9 років.



Палата Представників  
Вашингтон, 20515  
Боб Інґліс  
Четвертий Округ  
Південна Кароліна

20 вересня, 2006 року

Містеру Ю.В. Поляченко  
Міністру охорони здоров'я  
України

Вельмишановний містере Поляченко,

Прийміть мої вітання та найкращі побажання з приводу розвитку співпраці між компанією "Nurses International" ("Міжнародні Медсестри") та Україною. Впродовж певного часу я цікавлюся розвитком програми співпраці у системі освіти і мені дуже приємно, що ця співпраця уже така близька до реалізації.

Створення філій американських шкіл медсестринства при Ваших університетах відкриє нові можливості та альтернативи для тисяч американських студентів, котрі відповідають усім якісним вимогам для продовження свого навчання, проте не можуть його здійснити через наявність черги для продовження навчання, спричиненої нестачею викладачів у наших медсестринських школах. Враховуючи серйозність перспектив нестачі медичних сестер у США, нам прикро втрачати навіть одного студента, хто уже розпочав навчання медсестринству та обрав свою майбутню професію.

Я сподіваюся, що цей напрям співпраці між нашими країнами буде одним із багатьох. Я з нетерпінням буду очікувати на нову інформацію про прогрес співпраці у медсестринській освіті.

Якщо я або ж будь-хто з моїх працівників можуть Вам допомогти, не вагайтеся зв'язатися з моїм офісом.

**З найкращими побажаннями,**

**Боб Інґліс,**  
Конгресмен Палати Представників  
Конгресу США  
Від 4-го округу  
Штату Південна Кароліна

**М-р Марк Сенфорд** — губернатор штату Південна Кароліна з 2002 року. Своїми пріоритетними завданнями Марк Сенфорд вважає піднесення статусу свого штату, запровадження та посилення фінансової відповідальності керівництва штату, та покращання рівня життя населення штату. За плечима м-ра Сенфорда три терміни роботи конгресменом палати представників у конгресі США. Губернатор Марк Сенфорд зустрічався з українською делегацією з Тернопільського державного медичного університету та ректором ТДМУ Л.Я. Ковальчуком під час візиту делегації до штату Південної Кароліни. Під час зустрічі він висловив своє одобрення та підтримку співпраці, що розвивається між Україною та США.



Mark Sanford  
GOVERNOR

Post Office Box 12297  
COLUMBIA, SOUTH CAROLINA 29211

September 11, 2006

The Honorable Yuriy Polyachenko  
Minister of Public Health in Ukraine  
Kiev, Ukraine

Dear Mr. Polyachenko,

I wanted to take a moment to thank you and your administration for your interest and assistance in helping address the nursing challenges we are experiencing in this country. Your cooperation with Nurses International and some of our universities and hospitals in creating the infrastructure in Ukraine needed to train American students to be nurses in America is gaining a lot of attention in this country and particularly in South Carolina.

I would also like to take this opportunity to send you and all the healthcare professionals in Ukraine, and especially those who are attending the national healthcare symposium in Ternopil on September 25-26, greetings from the people of South Carolina and our best wishes for continued success.

In addition, I understand that Mr. Bill Coleman of Nurses International and Dr. John Stockwell of the University of South Carolina-Upstate will announce at your symposium their intent to hold a similar national meeting in our state in 2007. We hope that you and the healthcare officials and educators of Ukraine who wish to participate in developing closer relations and cooperation in healthcare will be able to attend.

In the meantime, I wish you all the best for a successful event in Ternopil. Take care.

Sincerely,

Mark Sanford

MS/sjn:lb

Марк Сенфорд  
Губернатор штату Південна Кароліна, США

11 вересня, 2006 року

Високоповажному пану Юрію Поляченко  
Міністру охорони здоров'я України  
Київ, Україна

Вельмишановний містере Поляченко,

Хочу при нагоді висловити свою подяку Вам та Вашій адміністративній структурі за цікавість та сприяння у вирішенні існуючої проблемної ситуації у медсестринстві нашої країни. Ваша співпраця з компанією "Nurses International" та деякими Вашими університетами та шпиталями зі створення інфраструктури в Україні щодо підготовки медичних сестер для Сполучених Штатів з американських студентів стала відомою у нашій країні та, зокрема, у штаті Південна Кароліна.

Я хотів би також використати цю можливість, щоби надіслати Вам, усім професіоналам охорони здоров'я в Україні та особливо тим, хто присутній на міжнародному симпозиумі у місті Тернополі 26-27 вересня, привітання від штату Південна Кароліна, а також найкращі побажання щодо примноження ваших успіхів.

На додаток хочу сказати, що, на скільки мені відомо, містер Білл Колеман (компанія "Nurses International") та доктор Джон Стоквелл з університету Південної Кароліни Апстейт оголосять на Вашому симпозиумі про свій намір провести таку ж зустріч в нашому штаті в 2007 році. Ми сподіваємося, що Ви та інші офіційні представники охорони здоров'я та освіти України, які зацікавлені у розвитку тісніших контактів та співпраці в охороні здоров'я, зможуть відвідати наш симпозиум.

Сьогодні ж я щиро бажаю Вам всього найкращого на час цієї успішної події у Тернополі.

**З усією щирістю,**

**Марк Сенфорд**

УДК: 614.253.5(07.07).009.11(477.84+757)

## ПЕРСПЕКТИВИ МІЖНАРОДНОЇ СПІВПРАЦІ В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ОСВІТІ УКРАЇНИ

Т.І. Чернишенко, Н.О. Ліщенко

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

У статті проаналізовано основні напрямки міжнародної співпраці у медсестринській освіті. На прикладі Інституту медсестринства Тернопільського державного медичного університету показано особливості організації та перспективи долучення українських навчальних закладів з медсестринства до міжнародного українсько-американського освітнього проекту.

## PROSPECTIVES ON INTERNATIONAL COOPERATION IN UKRAINIAN NURSING EDUCATION

T.I. Chernyshenko, N.O. Lishchenko

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

The article evaluates main directions of international cooperation in nursing education. On the example of Nursing Institute of Ternopil State Medical University named after I. Ya. Horbachevsky are shown the features of organization and prospectives of involvement of Ukrainian nursing educational establishments into international Ukrainian-American educational project.

**Вступ.** Поява та поширення новітніх інформаційних технологій в системі освіти поступово приводить до глобалізації сучасних освітніх закладів світу. Саме тому започаткування та зміцнення міжнародної співпраці сьогодні є вкрай важливим для формування єдиного освітнього простору у медсестринській освіті.

Міжнародна співпраця у медсестринстві успішно здійснюється ось уже більше 10 років, коли, починаючи з 1995-1998 рр., було започатковано обмін досвідом та стажування освітян у Канаді, США та Швеції. Отриманий досвід та проведена робота з аналізу уже існуючих на той час закордонних аналогів освітніх програм з медсестринства, дозволили на той час розпочати роботу з реформування медсестринської освіти в Україні [1]. Проте і сьогодні напрямок співпраці з організаціями охорони здоров'я та освіти інших

країн залишається серед пріоритетних у роботі медсестринських навчальних закладів України.

**Основна частина.** Співпраця з навчальними закладами та закладами охорони здоров'я США на сьогодні є найрозвиненішою та плідною для медсестринської освіти України. Серед численних напрямків співпраці можна відзначити наступні.

Ознайомлення з особливостями навчальних програм різних освітніх рівнів – дипломованої медичної сестри, медичної сестри-бакалавра, медичної сестри-магістра та медичної сестри – доктора сестринських наук або доктора філософії.

Навчальні програми вивчалися під час стажування українських викладачів у навчальних закладах США. Перш за все, слід вказати, що у США навчальний заклад має доволі необмежені права щодо можливостей розробки навчальних програм, щоправда з дотриманням певних загальних вимог [2]. Так, скажімо, за результатами порівняльного аналізу кількох програм бакалаврату з мед-

© Т.І. Чернишенко, Н.О. Ліщенко, 2006

сестринства було помічено, що назви предметів варіювали від університету до університету. Наприклад, предмет "Порушення здоров'я І" у іншому закладі мав назву "Медсестринство І", проте опис дисципліни фактично включає одні й ті ж розділи. Предмети у медсестринських навчальних закладах США, особливо це стосується предметів професійного медсестринства, засвоюються за ступеневою системою. Студент має змогу розпочати засвоєння певного предмета лише після виконання вимог щодо засвоєння попереднього. Тривалість викладання певного предмета варіює від трьох до дев'яти тижнів. Це залежить від особливостей тижневого навантаження, структури предмета (співвідношення лекцій до аудиторних годин та самостійної роботи). Зазвичай кількість аудиторних годин розраховується з розрахунку на один тиждень, що також відповідає кількості кредитів на семестр. Скажімо, предмет "Навички спілкування у медсестринстві" має 4,5 кредита. Це означає, що студент повинен займатися 4,5 години в аудиторіях (лекції та практичні заняття) впродовж цілого семестру. Якщо ж розклад складений таким чином, що предмет засвоюється впродовж 9 тижнів, що складе 1/2 семестру, то це означає, що студент фактично матиме навантаження 9 годин аудиторного навчання на тиждень. Кількість самостійної роботи для студентів є різною залежно від освітнього рівня, що здобуває студент. Дипломна школа (магістратура, докторантура) має "свої" розрахунки. Звичайно академічна робота у цій школі вважається складнішою, порівняно з додипломною освітою, тому кожен кредит у цій школі прирівнюється до однієї години лекції (практичного заняття чи семінару) плюс 5 годин самостійної роботи студента. Таким чином, якщо студент магістратури зареєстрований на трьох модулях (курсах), кожен з яких має по 4 кредити (звичайно модулі дипломної школи мають більшу кількість кредитів порівняно з додипломною школою), то це означає, що він має тижневе навантаження у 72 години ( $3 \times 4 = 12$  лекційних чи практичних годин з викладачем плюс  $5 \times 12 = 60$  годин самостійної роботи на семестр) [3].

Загалом, навчальні програми кожного медсестринського навчального закладу США розробляються, вдосконалюються та затверджуються спеціальною медсестринською акредитаційною агенцією штату. Окрім цього, медсестринські навчальні заклади є автономними щодо корекції та вдосконалення своєї програми.

Робота у межах спільної українсько-американської освітньої програми в медсестринській освіті. Досить перспективний напрямок роботи, який зможе забезпечити українські навчальні заклади значною кількістю іноземних студентів, а саме – американських. Тернопільський державний медичний університет уже більше 5 років налагоджує співпрацю з навчальними закладами США та з організацією "Міжнародні медсестри", президентом якої є містер Білл Колеман. У результаті цієї співпраці було здійснено кілька взаємних візитів керівників цих організацій та викладачів університету.

У 1999 році ТДМА імені І.Я. Горбачевського відвідав президент компанії "Міжнародні медсестри", член ради директорів Грінвільської госпітальної системи, радник мера міста Грінвіля (штат Південна Кароліна), радник губернатора цього ж штату і директор Східноєвропейського департаменту торговельної палати Південної Кароліни містер Білл Колеман. Доречно сказати, що уже на той час більшість закладів охорони здоров'я почали відчувати нестачу у забезпеченні медичними сестрами. Серед причин, що призвели до цього, є старіння населення, зростання загальної кількості населення, неспроможність медсестринських шкіл США підготувати належну кількість медичних сестер. Білл Колеман під час чергового візиту до України звернув увагу на достатню кількість медичних коледжів в Україні з добре підготовленим викладацьким складом. Саме тому й виникла пропозиція щодо співпраці з ВНЗ України у медсестринській освіті. ТДМУ, на думку містера Колемана, мав достатню кількість висококваліфікованого викладацького персоналу, котрий, окрім усього, добре володіє англійською мовою. Така думка була сформована за результатами численних візитів до ТДМУ як пана Біла Колемана особисто, так і викладачів медсестринства США, котрі мали змогу поспілкуватися з викладачами українських медичних навчальних закладів, які готують медичних сестер, медсестрами лікувальних установ. У лютому 2006 року група з шести викладачів Інституту медсестринства ТДМУ стажувалися впродовж одного місяця в медсестринській школі університету Південної Кароліни Апстейт. На червневій конференції з "Актуальних питань медсестринства" було розглянуто та проаналізовано результати такого стажування, приємним стало також те, що викладачами було випущено книгу, де детально проаналізовано плідні результати поїздки.

Сьогодні перспектива міжнародної співпраці у цьому напрямку набула чіткої окресленої форми, а саме.

1. Українські медичні навчальні заклади, які готують медичних сестер можуть залучатися до міжнародної співпраці з підготовки американських студентів. Це дасть змогу засвоїти нові американські навчальні програми та апробувати їх у навчальному процесі американських студентів. Згідно існуючих домовленостей та перемовин, до 50 українських ВНЗ планують взяти участь у міжнародному проекті.

2. Участь українських ВНЗ у програмі чітко залежатиме від рівня підготовки навчальної бази закладів та готовності викладацького складу. Володіння англійською мовою є першочерговою та найважливішою умовою для учасників проекту. Приємно вказати, що ТДМУ може слугувати зразком з якості підготовки своїх кадрів до такого проекту. 100 % викладацького складу ННІ медсестринства цього закладу бездоганно володіють англійською мовою. Більше того, 4 викладачі стажувалися та отримали відповідні документи (дипломи та сертифікати) у США.

3. Однією з обов'язкових компонентів участі у програмі буде освоєння нових навчальних програм за американським зразком. Такі програми уже підготовлені у ТДМУ та найближчим часом будуть розглянуті в МОЗ України та рекомендовані до впровадження їх у межах експериментальної міжнародної програми.

4. Покращання матеріальної бази ВНЗ у плані інформатизації, залучення та використання останніх новітніх технологій у педагогічній процес. Це надасть можливість не лише відчувати себе на одному інформаційному рівні, але й використовувати засоби дистанційної освіти у навчальному процесі.

5. Для ефективної та якісної роботи міжнародної програми доцільним є створення єдиної для українських ВНЗ комісії з якості навчального процесу. Комісія працюватиме під керівництвом МОЗ України з залученням ВНЗ, що мають досвід у міжнародній співпраці та роботі іноземних освітніх

закладів та активно працюють над розробкою нових підходів щодо функціонування міжнародних освітніх програм в Україні. Лише після отримання спеціального дозволу від комісії з якості та готовності до роботи у міжнародному проекті заклад матиме право долучитися до останнього.

6. З метою уніфікації експериментальних навчальних програм для українсько-американського проекту, зокрема, необхідно затвердити базовий навчальний заклад з розробки навчальних програм та матеріалів та підготовці викладацького складу інших навчальних закладів до викладання іноземним студентам. Для останнього необхідно у майбутньому створити очно-заочний цикл вдосконалення або ж навчання на бакалавраті з медсестринства для викладачів медсестринських навчальних закладів.

7. Введення магістратури з медсестринства є одним із пріоритетних та нагальних питань сьогодні. Викладачі, які будуть викладати американським студентам, повинні володіти званням щонайменше магістра медсестринства, а у майбутньому доктора медсестринських наук. Тому ВНЗ України повинні інтенсивно попрацювати, щоби підготувати викладацький склад, котрий не лише досконало володіє англійською мовою, але й має звання магістра або доктора медсестринства. МОЗ України, у свою чергу, сприятиме якнайшвидшому запровадженню як магістратури, так і докторантури з медсестринства.

8. Обов'язковим, на думку МОЗ України та учасників міжнародного проекту, є постійне та своєчасне висвітлення усіх аспектів роботи в програмі у друкованих виданнях. Новий професійний журнал "Медсестринство" саме створений для цієї мети.

**Висновок.** Особливістю медсестринства України на сьогодні є перспектива інтеграції до світового освітнього простору та залучення до міжнародної співпраці з підготовки іноземних медичних сестер для інших країн. Враховуючи зростаючу потребу у медсестрах у США та європейських країнах, визріла необхідність долучитися до міжнародних освітніх проектів з підготовки іноземних студентів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Чернишенко Т.І. Міжнародне співробітництво у медсестринській справі // Медсестринство в Україні. – 2000. – №1. – С. 2-8.

2. Марценюк В.П., Ліщенко Н.О., Прокопчук А.І. та ін. Медсестринська освіта в Університеті Південної Кароліни Апстейт. – Тернопіль: ТДМУ, 2006.

3. Ліщенко Н.О., Усинська О.С., Шманько О.В. та ін. Дворічна медсестринська освіта в США (за узгальненим досвідом штату Каліфорнія). – Тернопіль: ТДМУ, 2006.

УДК 614.253.52(73)

## ЗАСТОСУВАННЯ ЄВРОПЕЙСЬКИХ СТАНДАРТІВ І РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО ВНУТРІШНЬОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

Л.Я. Ковальчук

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

---

У статті детально висвітлено європейські стандарти з забезпечення якості вищої освіти. Проаналізовано кроки, зроблені Тернопільським державним медичним університетом імені І.Я. Горбачевського, зокрема в галузі медсестринської освіти, для відповідності цим стандартам. Описано нові підходи університету до організації навчального процесу, оцінювання знань студентів та кваліфікації викладачів.

---

## APPLICATION OF EUROPEAN STANDARDS AND RECOMMENDATIONS CONCERNING INNER PROVIDING OF NURSING EDUCATION QUALITY AT TERNOPIIL STATE MEDICAL UNIVERSITY

L.Ya. Kovalchuk

*Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky*

---

The article reviews in detail European standards of providing higher education quality. It analyses the steps to be made by Ternopil Medical University, partly in branch of nursing education, for compliance with these standards. New approaches of the university to the organization of education process, appraising of students' knowledge and teachers' skills are described.

---

**Вступ.** Медсестринська освіта в Україні за останні 15 років пройшла значний шлях реформування. Однак потреби часу, пов'язані з входженням України в Болонський процес, потребують продовження цих реформ. У Берлінському комюніке від 19 вересня 2003 р. міністри країн-учасниць Болонського процесу доручили Європейській мережі із забезпечення якості вищої освіти (з листопада 2004 р. ця організація змінила назву на Європейську асоціацію із забезпечення якості вищої освіти) розробити узгоджені стандарти, процедури і рекомендації із забезпечення якості, а також вивчити можливості створення надійної системи незалежних взаємних перевірок для агенцій і установ із забезпечення якості або надання акредитації і звітувати через групу підтримки Болонського процесу

перед міністрами у 2005 р. про здійснену роботу [1]. Саме такий звіт був підготовлений і адресований європейським міністрам освіти. Що стосується внутрішнього забезпечення якості освіти, у звіті було подано 7 основних стандартів забезпечення якості. Саме цими стандартами користувався колектив Тернопільського державного медичного університету, розробляючи стратегію розвитку медсестринської освіти.

**Основна частина.** Перша рекомендація стосується політики навчального закладу щодо процедури забезпечення якості. З огляду на це, навчальні заклади повинні вести політику і пов'язані із нею процедури, які б забезпечували якість і стандарт різних спеціальних програм і дипломів. Вони також мають відкрито заявити про свої наміри створити відповідну атмосферу і практику, які б визнавали важливість якості та її забезпе-

чення. Задля досягнення такої мети навчальні заклади мають розробити і втілювати стратегію постійного підвищення якості. Стратегія, політика і процедури повинні мати офіційний статус, бути доступними для широкого загалу, а також повинні передбачати участь студентів та інших зацікавлених сторін у процесі забезпечення якості.

Виходячи з цього, в університеті була розроблена стратегія, схема розвитку медсестринської освіти. Ця схема ввійшла в концепцію розвитку університету. Програма була поділена на модулі з можливістю їх оцінки у кредитах. Паралельно вводяться лінії практичних навичок. Проводиться необхідна підготовка викладацького складу. Значна увага приділяється інформаційному забезпеченню студентів і викладачів з використанням INTRANETу і INTERNETу, змінюється і впроваджується методика викладання, в основі якої лежить практично-орієнтоване навчання вже з перших курсів. Розробляються схеми тестування знань студентів як щоденного, так і посеместрового.

Для вивчення досвіду інших навчальних закладів у два американських і чотири європейських університети були направлені на стажування викладачі. Таке стажування пройшли близько 40 викладачів з різних кафедр. Стажування проводилось у Віденському медичному університеті (Австрія), Карловому університеті (Прага, Чехія), в Братиславі в Словацькому медичному університеті, в Шльонській медичній академії (Польща), а також в університеті штату Південна Кароліна, Каліфорнійському медичному університеті (США) [2-7]. Набутий досвід дозволив розробити і вдосконалити нові програми і підходи до медсестринської освіти, наблизивши їх до європейських та американських стандартів.

Наступна рекомендація Європейської асоціації із забезпечення якості вищої освіти стосується затвердження моніторингу періодичного перегляду програм та дипломів. Передбачається, що навчальні заклади повинні скласти механізм перегляду та моніторингу усіх навчальних програм та дипломів. Такий механізм в Україні існує. Це є затвердження програм у Міністерстві освіти і науки і Міністерстві охорони здоров'я, причому університети і коледжі мають можливість змінювати ці програми в межах 15 %. Однак, на нашу думку, цього явно не достатньо, і університети, коледжі і училища повинні мати право у ширшому плані вносити свої зміни до програм. Ці питання підлягають подальшій дискусії і вдосконаленню.

Третя рекомендація стосується оцінки знань студентів. Оцінювання знань студентів передбачає послідовне використання оприлюднених критеріїв, правил і процедур. Ці критерії повинні бути доведені до студентів. У Тернопільському державному медичному університеті розробляється система незалежного тестування студентів, яке буде проводитись після кожного семестру. Передбачається, що це буде один тестовий іспит, що буде проводитись спеціальним центром незалежного тестування. У тестуванні не будуть приймати участь кафедри, отже, буде здійснюватися як оцінка знань студентів, так і практична оцінка кафедр, наскільки ефективно кафедри проводили навчання студентів протягом року. Передбачається, що за розробленими тестами в кінці семестру студенти будуть давати відповіді на паперових носіях, які в центрі тестування будуть розшифровуватись за допомогою сканерів та комп'ютерів. Саме такий підхід до тестування студентів, на нашу думку, унеможливує суб'єктивний підхід до оцінки знань.

Для цього наказом ректора створено дві робочих групи, одна із яких складається із викладачів і зможе забезпечувати валідність і коректність тестових питань. Друга – це група технічної підтримки, або група технічного забезпечення програми. Готується матеріальна база для виконання цього завдання.

Важливе значення в звіті надається забезпеченню якості викладацького складу. Навчальні заклади повинні мати в своєму розпорядженні певні процедури і критерії, які б засвідчували, що викладачі, які працюють з студентами, мають відповідну кваліфікацію і високий фаховий рівень для здійснення своїх службових обов'язків. Особи, що здійснюють зовнішню перевірку навчального закладу, мають про них знати і вказати в кінцевому звіті про перевірку.

Проблема якості викладацького складу існує в кожному навчальному закладі. На жаль, сьогодні не існує чітких критеріїв оцінки якості викладання окремими викладачами. При оцінці кваліфікації викладацького складу питання, як правило, обмежується наявністю звань та ступенів викладачів або їх категорій. В європейських та американських навчальних закладах для цієї мети використовують анонімне анкетування студентів, які дають оцінку викладачам, виходячи із методики викладання навчального процесу і ефективності навчання у кожного викладача. На нашу думку, цей метод може стати основою для оцінки діяль-

ності викладача. Ми бачимо в цьому нагальну потребу. У процесі дискусії серед викладачів Інституту медсестринства нашого університету попередньо було визначено три основних напрямки такого тестування. Перший – це анкетування студентів після останнього заняття, яке проводив той чи інший викладач на кафедрі. Студентам роздають анкети, в яких пропонується відповісти і дати оцінку за п'ятибальною системою на ряд запитань, які стосуються якості роботи конкретного викладача. Після такого анонімного анкетування староста групи збирає анкети, заклеює їх у конверт і особисто відносить у центр незалежного тестування університету для опрацювання. Після проведення семестрового тестового іспиту пропонується проводити два анонімних анкетування. Перше стосується оцінки за п'ятибальною схемою всіх кафедр, на яких студенти навчалися в цьому семестрі. В другій анкеті студентам пропонується дати відповідь, а вірніше, вписати прізвище викладача, який, на їхню думку, краще читав лекції, і прізвище викладача, який краще проводив практичні заняття в цьому семестрі. Ці анкети також для опрацювання направляються в центр незалежного тестування.

Центр незалежного тестування опрацює інформацію впродовж року. У кінці навчального року підводять підсумки за рейтинговою схемою. На думку авторів європейських стандартів освіти, навчальні заклади мають надавати слабким викладачам можливість удосконалити свої професійні вміння до прийняттого рівня, але, поряд з тим, мати механізм усунення з посад тих викладачів, які продовжують демонструвати свою професійну неспроможність. Результати рейтингової оцінки студентами якості викладання окремими викладачами враховуються при продовженні контракту цим викладачам.

Важливе значення має підготовка викладацького складу для медсестринства з медсестер-бакалаврів шляхом впровадження магістратури, а надалі наукових ступенів із спеціальності "Медична сестра". Для вирішення цього питання в Тернопільському державному медичному університеті за дозволом МОЗ України вперше проводиться перепідготовка викладацького складу за програмою бакалаврату з медсестринства. Участь в програмі приймають близько 75 викладачів та лікарів.

Наступна рекомендація стосується навчальних ресурсів та підтримки студентів. Навчальні заклади

повинні гарантувати, що наявні ресурси, які забезпечують навчальний процес, є достатніми і відповідають змісту тих програм, які пропонує заклад. Це одна із найважчих проблем, яку потрібно вирішувати навчальним закладам, оскільки стосується матеріального забезпечення, а отже, і фінансових вкладів для забезпечення навчального процесу.

Забезпечення навчального процесу необхідними ресурсами стосується як обладнання необхідних приміщень, аудиторій, лекційних залів, так і їх забезпечення фантомами, комп'ютерною технікою, необхідною діагностичною і лікувальною апаратурою. Для забезпечення навчального процесу з медсестринства реконструйовано приміщення під навчально-науковий інститут медсестринства, при цьому враховувався досвід європейських і американських ВНЗ. Аудиторії обладнані мультимедійною технікою, відеосистемами, створено фантомний зал, змодельовано палату інтенсивної терапії з сестринським постом, змодельована схема необхідної документації, яку при цьому повинна вести медична сестра. Локальна комп'ютерна мережа комп'ютерного залу, який включає понад 40 комп'ютерів, забезпечена програмою, розробленою відділом інформаційних технологій нашого університету. Комп'ютерний зал підключений до системи INTERNETу і INTRANETу. В локальній комп'ютерній мережі студенти мають можливість користуватись сторінкою університетського сайту "На допомогу студенту", яка включає в себе 15 пунктів, в тому числі пункти, які дають можливість доступу до програм, методичних розробок, розкладу занять, графіку чергувань викладачів з забезпечення самостійної роботи в позааудиторний час, а також доступу до електронної бібліотеки університету, електронного каталогу університетської бібліотеки, доступу до відеофільмів, навчальних програм, контролюючих відеопрограм. Студенти можуть скористатись програмою "Навчальна таблиця", а також програмою МЕДЛАЙН, яка дає можливість доступу до світових наукових джерел літератури, здійснюється програма з надання кожному викладачу і студенту університету електронної адреси і особистої сторінки в складі порталу університету. Це відкриває можливості для спілкування між студентами і викладачами через систему INTRANET і використання можливостей дистанційної освіти. Це питання потребує подальшого забезпечення як теоретичних, так і клінічних кафедр фантомними залами, тренажерними залами, комп'ютерною технікою, діагностичною та лікувальною апаратурою та обладнаннями.

Проблема включає також забезпечення студентів навчальними підручниками. У видавництві "Укрмедкнига" розробляється новий підхід з наближенням українських підручників з медсестринства до сучасних стандартів європейського та американського підручника.

Наступна рекомендація європейських стандартів забезпечення якості навчального процесу стосується інформаційних систем. Навчальні заклади повинні гарантувати, що вони збирають, аналізують і використовують відповідну інформацію для ефективного управління своїми навчальними програмами та їхньою діяльністю. Це завдання в Тернопільському державному медичному університеті покладено на відділ інформаційного забезпечення, який працює разом з центром незалежного тестування. Саме цей відділ збирає і обробляє інформацію, яка стосується знань студентів, їх потреб, наближення стандартів освіти до європейських, а також інформацію про кваліфікацію викладацького складу та її вдосконалення.

Остання із цих рекомендацій стосується публічності інформації щодо навчального процесу. Навчальні заклади повинні регулярно публікувати найсвіжішу неупереджену і ефективну інформацію як кількісну, так і якісну, навчальні програми і

кваліфікації, які вони пропонують. Це завдання в нашому університеті реалізується через університетську газету "Медична академія", журнал "Медична освіта" і сайт нашого університету. На сайті передбачені сторінки студентських форумів, а також сторінки дискусій з окремих питань.

Отже, питання вдосконалення медсестринської освіти в Тернопільському державному медичному університеті, як і в Україні в цілому, має важливе значення. Європейські стандарти якості освіти визначають основні стратегічні напрямки, не деталізуючи їх. Це питання є важливим, оскільки дозволяє вищим навчальним закладам зберегти свої програми, методику викладання, свою самобутність. Водночас вони дозволяють наблизити рівень освіти, а в нашому випадку – медсестринства, до єдиних прийнятих в Європі стандартів, зробити мобільними студентів в Європейському освітньому просторі з отриманням випускниками конвертованого диплому.

#### **Висновки.**

1. Впровадження європейських стандартів якості вищої освіти сприятиме покращанню навчального процесу як в університетах, так і коледжах і училищах медичного профілю.

2. В українських вищих медичних навчальних закладах склались необхідні передумови для впровадження європейських стандартів якості освіти.

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Стандарти і рекомендації щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти. – Ленвіт, 2006. – 35 с.

2. Медсестринська освіта в Університеті Південної Кароліни Апстейт (США) / За ред. Л.Я. Ковальчука. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 398 с.

3. Досвід Віденського медичного університету в реформуванні системи освіти. Перспективи співпраці / За ред. Л.Я. Ковальчука. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 290 с.

4. Дворічна медсестринська освіта в США (за узагальненим досвідом штату Каліфорнія). – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 264 с.

5. Фіра Л.С., Острівка О.І., Сидоренко О.Л., Лихацький П.Г. Чехія: погляд на систему освіти. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 100 с.

6. Андрейчин С.М. Качор В.О. Медична освіта в Словацькій Республіці. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 248 с.

7. Грищук Л.А., Городецький В.Є. Медична освіта в Польщі. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 124 с.

## ЩОДО КОНЦЕПЦІЇ СПІЛЬНОЇ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ МІЖ ОРГАНІЗАЦІЄЮ “NURSES INTERNATIONAL” ТА УКРАЇНСЬКИМИ МЕДСЕСТРИНСЬКИМИ ОСВІТНИМИ ЗАКЛАДАМИ

Білл Колеман

*“Nurses international, LCC”, штат Південна Кароліна, США*

---

У статті подається основна концепція міжнародної українсько-американської освітньої програми у медсестринстві. Концепція пропонується до обговорення у колі українських та американських освітян. Програма є результатом тривалої багаторічної співпраці між українськими та американськими освітніми закладами.

---

## ABOUT THE CONCEPTION OF NURSING EDUCATIONAL PROGRAM BETWEEN THE ORGANIZATION “NURSES INTERNATIONAL, LCC” AND UKRAINIAN EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS

B. Coleman

*“Nurses international, LCC”, South Carolina, USA*

---

The article covers the main ideas of international UA/NI educational program in nursing. This program is a result of cooperation between Ukrainian and American educational establishments. The conception is proposed for discussion inside Ukrainian and American educators.

---

**Вступ.** Тернопільський державний медичний університет ось уже більше п'яти років співпрацює з організацією “Nurses International, LCC” з питання функціонування нової освітньої програми з медсестринства з підготовки американських студентів в українських навчальних закладах, що готують медичних сестер. Як результат цієї співпраці, на сьогодні вироблено так звану концепцію нової програми, яка і висвітлюється у даній статті.

**Основна частина.** Програму вважають спільною програмою між організацією “Nurses International” (NI) та тими школами, що відібрані для участі. Передбачають, що ця програма буде міжурядовою, тому що уряди як США, так і України планують розширення проекту із залученням до співпраці не лише закладів медичної освіти, але й системи охорони здоров'я двох країн [1].

Організація “NI” запрошуватиме студентів у США для участі у програмі “Навчання за кордоном”. Усі ймовірні абітурієнти будуть поінформовані, що ця програма є програмою “NI” за кордоном. Цей аспект є дуже важливим, оскільки організація “NI” не є агенцією, яка рекрутує студентів для іноземної школи.

Студентів США вважатимуть студентами “Nurses International”. Зі сторони “NI” в Україні працюватиме американський декан медсестринських шкіл (1 особа), який буде координувати академічні моменти американських навчальних програм, які викладають в Україні.

Одночасно усіх студентів США вважатимуть студентами українських медичних коледжів та інститутів медсестринства за умови, що українські освітні медичні заклади підпишуть контракт з “NI”, згідно з яким вони будуть зобов'язані надавати освітні послуги студентам “NI”. На сьогодні є два

навчальних заклади, які готові розпочати програму з осіннього семестру 2006/2007 року.

"NI" відповідатиме за надання навчальних грантів та направлення студентів до різних навчальних медичних закладів України. "NI" бере на себе обов'язок проведення перевірки кожної особи з числа студентів на предмет кримінального минулого, вживання наркотиків, наявності необхідної академічної підготовки (попереднє засвоєння низки предметів домедсестринської підготовки). "NI" також зобов'язується адмініструвати фінансову підтримку, формування угод між студентами та шпиталями США, інші аспекти у межах можливої участі американської сторони.

"NI" планує утримувати свій персонал та виконувати свою діяльність, що складатиметься з двох компонентів.

Академічний компонент включатиме роботу декана медсестринських програм та його персоналу. Роль декана полягатиме в дотриманні уніфікованих навчальних програм, забезпеченні ефективної підготовки до ліцензійного іспиту NCLEX, навчання освітніх методик у медсестринстві та підготовку спеціалістів для вкладання клінічної частини медсестринських дисциплін.

Декан з американської сторони забезпечуватиме українських викладачів найкращими методиками викладання американським студентам особливостей американської системи охорони здоров'я.

Декан з американської сторони відповідатиме за підготовку існуючих та майбутніх українських викладачів.

Декан з американської сторони забезпечуватиме роботу з підготовки необхідних матеріалів для акредитації українських медсестринських шкіл згідно з американським освітнім законодавством. (Деякі зміни в американському законодавстві уже обговорюють в американському сенаті).

Другим компонентом є робота не пов'язана зі студентами чи навчальними програмами. Ця робота включатиме розвиток співпраці в інших галузях охорони здоров'я, роботу із забезпечення культурних заходів та відпочинку для американських студентів, формуванню співпраці у галузі політики, законодавства та співпраці з громадськими структурами.

"NI" повинна контролювати навчальні програми з медсестринства, що викладатимуть в Україні. Це означає, що нам необхідно внести незначні

зміни до зразка програми, яка була запропонована ТДМУ.

Основна частина існуючої програми буде збережена, ми пропонуємо лише збагачення її матеріалом та підсилення функції медичної сестри як окремої професійної одиниці, а не як "помічника лікаря".

Ми пропонуємо також забезпечити високий рівень формування навичок критичного мислення та відповідальності перед пацієнтом, що є нормами в Україні. Навчальні програми повинні включати розділи з американської етики, обов'язків, медичного страхування, особливостей, існуючих у США, програм з надання медичної допомоги незможним громадянам та людям похилого віку.

Необхідним також є включення до навчальних програм тематик з формування бази даних медичних закладів США, аспектів медичного законодавства США, що є важливим для засвоєння американськими студентами.

Враховуючи те, що ліцензійний іспит на звання медичної сестри NCLEX включає значну кількість запитань з психологічних аспектів роботи з пацієнтом та його сім'єю, є необхідність поглибити виклад саме цих аспектів українськими викладачами.

Загалом нова освітня програма має розглядатися як така, що передбачає формування контрактів між організацією "NI" та українськими медсестринськими школами, які забезпечуватимуть освітніми послугами студентів "NI".

Студентам необхідно засвоїти достатню кількість навчального матеріалу, аби скласти американський ліцензійний іспит NCLEX та еквівалент українського ліцензійного іспиту. Програма має забезпечити 85% (прохідний) серед студентів за першою спробою складання відповідного іспиту.

Наші спостереження вказують на кращу готовність законодавців, адміністрації шпиталів та особисто студентів до участі у програмі, якщо програма повідомлятиме, що студенти навчатимуться в "Американській медсестринській школі", яка розташована в Україні з українськими викладачами-професіоналами, що тісно співпрацюють з американськими академічними професіоналами. Необхідно аби саме так сприймалася наша співпраця.

Нам необхідно внести вищевикладену концепцію в угоду, яка набула б законної чинності як в Україні, так і в США та була б підписана керівни-

ками кожної української медсестринської школи, що претендує на участь у програмі. У перспективі нам необхідно буде розробити схожі угоди для обох міністерств України та США та підписати їх. Проте це можна зробити дещо пізніше.

Усі аспекти концепції неодноразово були обговорені під час офіційних зустрічей між професором Л.Я. Ковальчуком (ректором ТДМУ), представниками МОЗ України та американською стороною.

Програма створена для поступового наповнення (до 10 000 студентів) українського освіт-

нього ринку. Кількість медсестринських шкіл в Україні – учасників програми може сягати до 50 освітніх закладів і навіть більше.

Спроможність "NI" накопичити необхідний стартовий капітал та отримати підтримку американського конгресу значною мірою залежатиме від того, чи ми відхилятимемося від запропонованої концепції програми.

**Висновок.** Концепція нової освітньої програми має слугувати базою до створення у майбутньому угоди між українськими навчальними закладами та організацією "Nurses International".

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Марценюк В.П., Ліщенко Н.О., Прокопчук А.І. та ін. Медсестринська освіта в Університеті Південної Кароліни Апстейт. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2006.

УДК 61:004.651(075.8)

## WEB-ПОРТАЛ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ: ПІДХІД НА ОСНОВІ МЕРЕЖЕВИХ НАВЧАЛЬНИХ СИСТЕМ

**В.П. Марценюк**

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

У статті представлено інформаційну модель Web-порталу медичного університету. Показано реалізацію даної моделі при створенні мереженої навчальної системи Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.

## WEB-PORTAL OF MEDICAL UNIVERSITY: APPROACH BASED ON ACADEMIC NETWORK SYSTEMS

**V.P. Martsenyuk**

*Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky*

The article presents informational model of the Web-portal of the Medical University. There is shown the implementation of the given model at the developing of academic network system of Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky.

**Вступ.** Задача надійного зберігання та доступного представлення великих обсягів навчально-методичної інформації вже давно є однією з найбільш важливих проблем в роботі ВМ(Ф)НЗ України. У структурі навчального процесу кожного медичного університету існує ряд вузлів, де стікаються потоки навчальної інформації, які слід зберігати та обробляти. Так, задачі зберігання та оперативного представлення складноструктурованої інформації виникають, наприклад:

- при веденні навчально-методичної документації, яка зберігається на кафедрах та методичному кабінеті;
- в університетській бібліотеці, що містить інформацію як на паперових, так і електронних носіях;
- при розробці розкладів занять навчальним відділом.

Тривалий час вважалося, що подібні задачі складно автоматизувати. Як носій інформації використовувався папір. Суттєве полегшення в процесі створення навчально-методичних матеріалів надав комп'ютер, який почав активно використовуватися

у ВМ(Ф)НЗ України із середини 90-х років. На сьогодні комп'ютер широко використовується при підготовці навчальної інформації та подальшому її зберіганні. Та слід також звернути увагу на ще одну важливу проблему. Це – представлення навчальної медичної інформації. Для того, щоб робочі програми з дисциплін, методичні розробки та навчальні посібники та підручники активніше використовувалися, слід налаштувати до них ефективний та оперативний доступ. Така технічна можливість з'явилася із активним впровадженням із середини 90-х років мережі Інтернет [1-2].

На сьогодні усі ВМ(Ф)НЗ України представлені власними Web-сторінками. Як правило, Web-сторінки медичних університетів України виконують лише рекламно-інформуючу функцію. І, на жаль, все ще недооцінюються можливості, які надає Інтернет та університетська комп'ютерна мережа при вирішенні питань організації навчального процесу [1-2].

Метою даної статті є представити інформаційну модель Web-порталу ВМ(Ф)НЗ України та показати шляхи її реалізації в конкретних умовах Тернопільського державного медичного університету.

© В.П. Марценюк, 2006

**Основна частина.** При розробці Web-порталу Тернопільського державного медичного університету було використано досвід університету Південної Кароліни Upstate (США), де використовується одна із систем дистанційного навчання – розробка фірми BlackBoard System, Inc (США) [1-2]. Це мережева навчальна система BlackBoard Academic Suite, впроваджена вже в університетах 60 країн світу і в університеті Південної Кароліни зокрема. Така система дозволяє кожному студенту або викладачу переглядати методичні матеріали, взаємодіяти з освітянами, оцінювати навчальний рівень джерел інформації та мати до них доступ в будь-який момент. Вона існує на багатьох рівнях всередині навчальних підрозділів і поза ними, включаючи комп'ютерні мережі навчальних аудиторій, кафедр, факультетів та інститутів, а також електронні бібліотеки і електронні навчальні ресурси (комп'ютерні симулятори та манекени). Таким чином, досягається висока взаємодія між викладачами, студентами та широким колом осіб в медіа-центрах, бібліотеках, інших навчальних закладах, науково-дослідних лабораторіях, лікувальних закладах і будь-яких інших місцях, де збирається навчально-наукова інформація, створюються знання та зберігаються навчальні ресурси.

Потужність Інтернету усуває колишні часові та просторові обмеження щодо отримання інформації. Завдяки такій високотехнологічній системі навчальний процес пішов далеко за межі традиційних занять та виставлення оцінок.

Як виглядає робота пересічного користувача або студента у такій складній навчальній системі? Програма працює на зразок відомих поштових серверів (на зразок Yahoo) і робота студента або викладача нагадує роботу із власною електронною поштовою скринькою. Єдиною технічною відмінністю є створення папки (на зразок Inbox), в якій зберігаються методичні матеріали, присвячені різним навчальним дисциплінам, і можливість тут же вести інтерактивне спілкування (чат) з викладачами згідно з розкладом, пересилати комп'ютерне відео та презентації.

Тернопільський державний медичний університет отримав представлення в Інтернеті одним з перших (починаючи з 1997 року). Починаючи з 2001 року, почалася реалізація університетського проекту з представлення в Інтернеті навчально-методичних матеріалів (для доступу поки що в локальній мережі).

На сьогодні інформаційну модель такої системи можна представити наступною схемою.



Однією з найголовніших задач з розробки мережевої навчальної системи стала саме підтримка навчального процесу. На сьогодні інформаційна модель навчального процесу має такий вигляд.



Інформаційна модель сторінки викладача має такий вигляд.



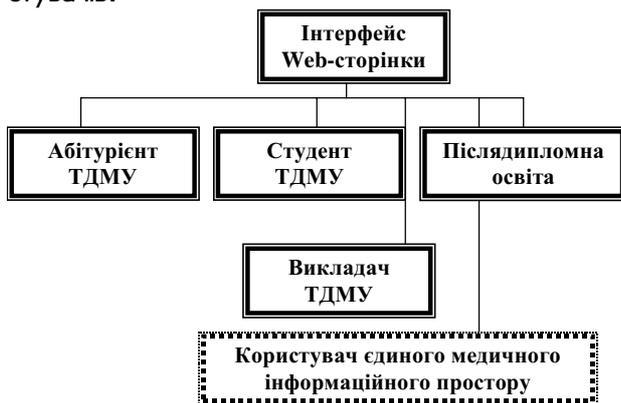
Інформаційна модель сторінки студента має такий вигляд.



В університеті тривалий час ведеться робота зі створення власної електронної бібліотеки. Така робота розпочалася у 1997 році із створення першого в Україні мультимедійного компакт-диска на медичну тематику "Лапароскопічна хірургія жовчних шляхів". На сьогодні в університеті таких дисків 53. Інформаційну модель бібліотеки електронних ресурсів університету можна представити такою схемою.



При розробці такої інформаційної системи передбачалася наступна модель інтерфейсів користувачів.



ЛІТЕРАТУРА

1. Медсестринська освіта в Університеті Південної Кароліни Апстейт (США) / За ред. Л.Я. Ковальчука. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 398 с.
2. В.П. Марценюк. Електронні інформаційні ресурси в медичній освіті університету Південної Кароліни Upstate (США) // Медична освіта. – 2006. – №1. – С. 8-10.
3. Web-сторінка медичного університету. Підходи до розробки внутрішньоуніверситетської мере-

Досвід реалізації запропонованих моделей при створенні порталу Тернопільського державного медичного університету представлено в роботах [3-5].

**Висновки.** Отже, запропонована модель Web-сторінки медичного університету орієнтується на розробку мережевої навчальної системи, головними завданнями якої є:

- оперативне і повне представлення навчально-методичної документації кафедр;
- використання Інтернет-зв'язку "викладач-студент" в навчальному процесі;
- представлення в локальній мережі університету джерел навчальної мультимедійної інформації, що використовуються при підготовці спеціаліста, а саме: електронна бібліотека підручників, навчальних посібників та монографій (близько 400 найменувань); навчальні таблиці (до 2000 найменувань); повнотекстові електронні версії 8 журналів, які виходять у видавництві "Укрмедкнига";
- створення єдиного інформаційного простору вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів на основі Інтернет-технологій з можливістю спільного користування ресурсами навчально-методичного характеру в його межах.

4. Ковальчук Л.Я. та ін. Методичні рекомендації для викладачів щодо організації навчального процесу в ТДМУ. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 25 с.
5. Ковальчук Л.Я. та ін. Методичні рекомендації для студентів щодо організації навчального процесу в ТДМУ. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 42 с.

УДК 614.253.52(47784)

**НОВІ ПІДХОДИ ДО ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У  
ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ  
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО**

**І.Р. Мисула, К.О. Пашко**

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

---

Організація навчання в ННІ медсестринства Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського базується на нових підходах до організації навчального процесу. Обновляється навчальна матеріально-технічна база та запроваджуються нові технології навчання, які істотно поліпшують підготовку медичних сестер.

---

**THE NEW APPROACHES IN ORGANIZING OF THE EDUCATIONAL  
PROCESS IN HOUSING EDUCATION**

**I.R. Mysula, K.O. Pashko**

*Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky*

---

An organizing of the educational process in the Nursing Institute of Ternopil State Medical University named after I.Horbachevsky is based on the new approaches to this issue. The new educational, material and technical basis is being formed. The new educational technologies are being implemented. Therefore, such a new approach will significantly improve the nursing education.

---

**Вступ.** Вивчення професорсько-викладацьким складом ТДМУ досвіду підготовки медичних сестер у навчальних медичних закладах Європи (Відень, Братислава, Прага) [1,2] та США (Грінвільський університет, Південна Кароліна, Філадельфія) [3] сприяло пришвидшенню запровадження нових принципів організації навчального процесу у навчально-науковому інституті медсестринства (далі ННІ медсестринства) Тернопільського медичного університету імені І.Я. Горбачевського. Системи освіти у Європі і США дещо відрізняються від українських. Тривалість навчання коливається у межах 2-4 років. Навчання має виражену практичну орієнтацію, у навчальних планах набагато меншу частину, порівняно з українськими, займають гуманітарні дисципліни.

Разом з тим є суттєві відмінності в організації роботи медичних сестер, що накладає свій відбиток на навчальний процес. У США навчання медичних

© І.Р. Мисула, К.О. Пашко, 2006

сестер здійснюють медичні сестри, магістри та доктори сестринських наук. У США і Канаді медичні сестри-бакалаври працюють практично самостійно, не тільки виконуючи призначення лікаря, а і самі приймають рішення щодо корекції лікування і здійснення багатьох лікарських маніпуляцій. Їх навіть називають "практичними лікарями". У загальній лікарні м. Відень (АКН) медичні сестри, навпаки, виконують лише найпростіші маніпуляції: дають ліки хворим, міняють постіль тощо. Навіть достатньо прості медичні маніпуляції повинні виконувати лікарі.

Ми бачимо майбутню медичну сестру не тільки як помічника лікаря, а й фахівця, який зможе у відсутність лікаря поставити медсестринський діагноз, надати невідкладну медичну допомогу та провести потрібні лікувальні заходи. Для цього медична сестра повинна мати ґрунтовну фахову підготовку.

**Основна частина.** З цього року підготовка медичних сестер у нашому ННІ медсестринства здійснюєть-

ся згідно з новим трирічним навчальним планом. Особливістю його є те, що ряд дисциплін, які раніше викладалися медичним сестрам-бакалаврам, тепер стали доступними уже на рівні підготовки медичної сестри. Це буде сприяти поглибленню і розширенню їх знань з одночасним збільшенням часу на практичну підготовку до майбутньої професії.

Вивчення підготовки медичних сестер за кордоном спонукало нас до оновлення і зміцнення навчальної матеріально-технічної бази новоствореного ННІ медсестринства, під який у нашому університеті відвели перший поверх навчального корпусу, обладнали у сучасному стилі та оснастили тренажерами, комп'ютерним залом на 40 комп'ютерів, з лекційною аудиторією та іншими навчально-методичними приміщеннями. Навчальний корпус розміщений поряд з обласною клінічною лікарнею, що дає змогу частину практичних занять проводити на її базі.

Навчання у ННІ медсестринства організовано за методом "єдиного дня", як і у всьому університеті, що дозволило, по-перше, уникнути четвертих пар, які були вкрай непродуктивними у навчальному процесі медсестер. По-друге, зникла потреба у переїздах з одного навчального корпусу в інший, що виключає запізнення студентів.

Починають майбутні медичні сестри навчальний день з виконання практичної частини винесених на дане заняття тем. У ідеалі студенти напередодні повинні на відповідній кафедрі вивчити методіку проведення практичних занять та теоретичний матеріал при консультативній допомозі чергового викладача. У клініці цю частину навчального дня студенти проводять біля хворих, виконуючи обов'язки медичної сестри та вивчаючи і засвоюючи практичні навички.

Після цього вони приступають до семінарського обговорення теоретичної частини тем заняття, під час якого викладач проводить роз'яснення складних для засвоєння теоретичних положень, можливим є також заслуховування рефератів, коротких повідомлень, обговорення повідомлень з даних тем, інформація з Інтернету тощо. Така структура проведення

навчального дня дозволяє студенту вивчити або ще раз повторити той матеріал, який буде письмово оцінений в кінці робочого дня, що виключає значною мірою суб'єктивність самої оцінки.

Метод "єдиного дня" знімає нервово-психічне напруження у студентів завдяки покладеним в його основу принципам організації навчального процесу. Викладач протягом навчального дня консультує студентів, організовує їх роботу, спрямовує їх; оцінку виставляє лише одну в кінці дня.

Засвоєння студентами теоретичних знань здійснюється у ході лекційного дня. Студенти перебувають в одній аудиторії, до них приходять лектори, які читають протягом дня 5 лекцій по 60 хв кожна. Тривалість перерв між лекціями 10 хвилин, після третьої лекції – велика перерва до 30 хвилин.

Студенти мають змогу завчасно ознайомитися з текстами лекцій, які викладачі розміщують на Web-сторінках кожної кафедри, а також є в курсах лекцій, і підготувати запитання для лектора з незрозумілих питань.

Від студента вимагається лише бажання вчитися та проявляти відповідне старання під час самостійної роботи і у ході занять, щоб стати кваліфікованим фахівцем сестринської справи.

Кращі зі студентів зможуть продовжувати навчання у бакалавраті, а згодом у магістратурі та аспірантурі зі спеціальності "сестринська справа".

#### **Висновки.**

1. Запровадження нових підходів в організації навчального процесу при підготовці медичних сестер є вимогою сьогодення.

2. Нові технології навчання сприяють наближенню українського медсестринського освітнього простору до європейського та американського і забезпечують належну якість підготовки медсестринських кадрів.

3. Вищим медичним навчальним закладам необхідно наполегливо розширювати міжнародні зв'язки з метою впровадження єдиних стандартів у підготовці медсестринських кадрів у Європі та США.

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Ковальчук Л.Я., Мисула І.Р., Пашко К.О. Про удосконалення штатно-організаційної структури та зміни в організації навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського при запровадженні КМСОНП // Мед. освіта. – 2006. – №2. – С.54-57.

2. Паласюк Г.Б. Медсестринська освіта в Австрії: з досвіду міжнародних стажувань // Мед. освіта. – 2006. – №1. – С.15-18.

3. Лепявко А.А., Ліщенко Н.О., Прокопчук А.І., Марценюк В.П., Усинська О.С., Мілевська Л.С. До питання проведення орієнтації студентів при вивченні клінічних дисциплін з медсестринства в університетських шпиталях штату Південня Кароліна, США // Мед. освіта. – 2006. – №2. – С.105-108.

УДК 378

## ПРОБЛЕМИ НАВЧАННЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ У ВИЩОМУ МЕДИЧНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ

І.Я. Господарський

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

У статті обговорені питання і проблеми, пов'язані з навчанням іноземних студентів у вищих медичних навчальних закладах України. Показано, що важливим методом реальної оцінки знань і вмінь студента є використання стандартизованих пацієнтів під час клінічних екзаменів.

## THE PROBLEMS OF FOREIGN STUDENTS TEACHING IN THE MEDICAL UNIVERSITIES

I.Ya. Hospodarskyu

*Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky*

The questions and problems of foreign students studying in higher medical schools of Ukraine have been discussed in the article. It has been shown that patients-simulated standart patients method is important evaluation of patients' knowledge and skills in clinical examinations.

**Вступ.** Протягом останніх років розвитку медичної освіти в Україні все більшої ваги починають набувати проблеми, пов'язані з навчанням іноземних студентів. Актуальність "конвертованості" медичної освіти пов'язана як з економічними, так і з міграційними, соціокультурними та іншими причинами.

Проте до цього часу немає достатньої кількості серйозних досліджень, які б дозволили зробити об'єктивну оцінку існуючих методів викладання іноземним студентам, їх навчання, оцінювання тощо. Загострюється потреба у розробці нових методів об'єктивного навчання і тестування, які б забезпечили значний прогрес у бік професійно орієнтованого клінічного оцінювання на всіх рівнях та етапах навчання і практики [1]. Фокус оцінювання в медичній освіті зміщується з простої перевірки запам'ятованих медичних наукових фактів до оцінки дій студента безпосередньо в клінічних умовах, тобто зсувом оцінювання з першого ("маю уявлення, знаю і розумію") та другого ("знаю як саме, бачив") рівнів

до третього ("демонструю на фантомі"), а інколи навіть четвертого ("виконую сам під контролем викладача") і п'ятого ("виконую самостійно") [2]. Зрозуміло, що робота з майбутніми медсестрами повинна не обмежуватися третім рівнем, а сприяти максимальному використанню четвертого і навіть п'ятого. У медичній освіті такий підхід не тільки формує комплекс активно функціонуючих алгоритмів, але й дозволяє ефективно оцінити клінічну компетентність студентів.

**Основна частина.** Серед основних проблем, з якими стикаються іноземні студенти, найважливішим є мовний бар'єр. Ситуація ускладнюється ще й фактом неофіційного домінування російської мови у багатьох медичних навчальних закладах центральної і східної України. Тому для належного засвоєння матеріалу іноземцям часто доводиться вивчати не одну, а навіть дві достатньо важкі для опанування слов'янські мови. При цьому жодна з цих мов не матиме ніякого практичного застосування після отримання диплома, оскільки жодна з них не буває робочою на серйозних міжнародних форумах, не відповідає серйозним інформаційним ресурсам Internet чи іншим пошуково-

бібліотечним базам даних. Після втрати Росією статусу наддержави російська мова остаточної втратила шанси на те, щоб стати однією з мов міжнародного спілкування. Не можна забувати і про те, що складна і об'ємна медична термінологія є, по суті, ще однією іноземною мовою. Вивчені протягом 6-7 років навчання декілька тисяч медичних термінів слов'янською мовою теж залишаються "мертвим багажем" у подальшій практиці студента-араба чи індуса.

Враховуючи наведені аргументи, альтернативним методом підготовки є проведення навчання іноземною мовою. Оптимальним вибором на сьогодні залишається англійська мова:

- переважна більшість іноземних студентів тією чи іншою мірою вже володіє цією мовою, що принаймні на 1 рік скорочує тривалість навчання;
- англійська мова підвищує "конвертованість освіти", відкриваючи для заможніших студентів можливість стажування чи спеціалізації у країнах Західної Європи, Канади, США;
- переважна більшість інформаційних ресурсів Internet та інших пошуково-бібліотечних баз даних англомовні;
- робочою мовою переважної більшості міжнародних конгресів залишається англійська. А згідно з сучасними рекомендаціями, фахівцям практичної охорони здоров'я необхідно не менше 1 разу на рік, а науковим працівникам – не менше 2-3 разів брати участь у міжнародних конгресах для підтримки належного фахового рівня [3];

– викладання іноземною мовою відкриває нові економічні резерви для вітчизняних медичних ВНЗ і збільшує їх конкурентоздатність на міжнародних ринках вищої освіти.

Єдиним винятком залишаються араби з країн МАГРИБу (Туніс, Мароко, Алжир тощо), для яких більш привабливим варіантом часто є французька мова.

Проблеми, які з'являються при викладанні іноземною мовою:

- підготовка достатньої кількості англомовних фахівців з кожного предмета. Ця проблема достатньо легко долається за рахунок внутрішніх ресурсів ВНЗ і з часом забезпечує досить серйозні переваги (активація міжнародного співробітництва, обміну, участі у грант-проектах, збільшення відсотка викладачів, які активно користуються англомовними інформаційними ресурсами);

– підготовка англомовних навчальних матеріалів і документації. За наявності англомовних фахівців, це питання вирішується в достатньо короткій термін;

– інформаційно-рекламна робота для належної поінформованості потенційних закордонних абітурієнтів про можливості такої форми навчання;

– вирішення проблеми клінічної підготовки (у першу чергу – контакт "студент-пацієнт").

Можливі декілька шляхів вирішення цього питання:

- викладання англійською мовою лише базових фундаментальних дисциплін з поступовим опануванням української протягом перших 2-3 років навчання. Цей варіант практично зводить нанівець основні переваги англомовного навчання, за винятком скорочення тривалості навчального процесу. Без сумніву, його необхідно залишити як альтернативний лише для тих студентів, які обериуть такий спосіб продовження студіювання;
- можливість спілкування через викладача як посередника і перекладача. Такий варіант допустимий на 3-5 курсах (2-3-й рівні засвоєння матеріалу).

Використання тільки одного із сучасних прогресивних методів підвищення клінічної компетентності – методу стандартизованих пацієнтів – згадувалося на цій конференції в доповідях представників щонайменше з 15 країн. Метод оцінки за допомогою стандартизованих пацієнтів входить до випускних, ліцензійних та сертифікаційних програм, а також використовується з метою поточного контролю, клінічної підготовки та самооцінки студентів.

Іспит з оцінки клінічної компетентності студентів є однією з форм практично орієнтованого оцінювання. Він передбачає вимірювання широкого спектра взаємопов'язаних, але різних навичок та вмінь студента, необхідних для взаємодії лікаря з хворими, зокрема збір анамнезу, проведення фізикального обстеження пацієнта, спілкування з хворими тощо. Деякі медичні освітяни додають до переліку вмінь та навичок, які можуть перевірятись у формі іспиту з оцінки клінічної компетентності, також уміння інтерпретувати лабораторну та іншу діагностичну інформацію, принципи діагностики [3] й ведення хворих [4]. Крім того, в іноземних медичних випускників можна оцінити володіння іноземною мовою для спілкування з хворими [5].

У широкому розумінні оцінку клінічної компетентності можна проводити в будь-яких клінічних умовах (стандартизованих і нестандартизованих) з використанням будь-яких пацієнтів (реальних, стандартизованих пацієнтів або симуляторів) та за допомогою лікарів-викладачів у ролі екзаменаторів. Тобто, поширені в Україні традиційні іспити з оцінки практичних навичок "біля ліжка хворого" також є однією з форм оцінки клінічної компетентності. Але сучасні наукові дослідження продемонстрували незадовільну об'єктивність, валідність та надійність звичайного методу оцінки практичних навичок. Саме тому світовою тенденцією є відмова від нього, і сьогодні під фразою "оцінка клінічної компетентності" часто розуміють стандартизований клінічний іспит.

Яким чином стандартизований іспит з оцінки клінічної компетентності забезпечує кращу об'єктивність, валідність та надійність, ніж традиційний іспит "біля ліжка хворого"?

У процесі встановлення клінічної оцінки беруть участь три суб'єкти: студент, хворий та екзаменатор, і від кожного з них та їхньої взаємодії залежить результат. Метою створення стандартизованого клінічного іспиту є бажання максимально уніфікувати хворого та екзаменатора з тим, щоб єдиним фактором, який визначатиме результат іспиту, були знання, вміння, навички та особисті якості студента – тобто його клінічна компетентність.

Стандартизація хворого може проводитись через використання симуляторів або шляхом підготовки стандартизованих пацієнтів.

Стандартизація екзаменаторів може проводитись шляхом структурування процедури оцінювання за допомогою контрольних таблиць (checklists), рейтингових шкал, використання декількох екзаменаторів та проведення загального контролю об'єктивності та точності оцінки за допомогою різних методів візуалізації роботи студента.

Стандартизація пацієнта проводиться, по-перше, з метою уніфікації клінічних ситуацій, по-друге, ліквідації розбіжностей в оцінюванні складності захворювань, якості та ступеня прояву фізикальних даних, поведінки хворих, спроможності представляти свій анамнез тощо. Стандартизовані пацієнти (СП) – це "люди з наявним або відсутнім захворюванням, яких навчили демонструвати клінічний випадок в постійній, однаковій манері". Ці люди можуть демонструвати власні проблеми (реальні хворі) або проблеми інших (симульо-

вані хворі) [7]. Стандартизовані пацієнти використовуються з метою контролю та навчання студентів, а також для оцінки роботи лікаря в реальних умовах. Під час клінічного іспиту стандартизовані пацієнти можуть виконувати декілька функцій. Головним їхнім завданням є забезпечити демонстрування проблеми без змін та варіацій для кожного студента протягом усього часу контакту зі студентами. Крім того, стандартизований пацієнт може виконувати функцію "записувача" (особи, яка фіксує виконання студентом деяких дій без оцінки якості їх виконання) або "оцінювача" (особи, яка не тільки фіксує деякі дії студента, а й оцінює їх за наданими шкалами).

Більшість стандартизованих пацієнтів вимагають ретельного тренінгу, щоб забезпечити достатній рівень точності та надійності під час презентації "своїх" проблеми. Симульовані пацієнти повинні забезпечити ще й достатню достовірність симуляції з тим, щоб досвідчений клініцист не міг відрізнити симульованого пацієнта від справжнього хворого [8]. Ступінь тренінгу стандартизованих пацієнтів залежить від складності симульованої клінічної ситуації, активності або пасивності пацієнта за сценарієм, необхідності імітувати фізикальні дані, необхідності виконувати функції "оцінювача" та "записувача", ступеня стандартизації тощо. Існує невелика категорія справжніх хворих, які можуть функціонувати як стандартизовані пацієнти без додаткового тренінгу. Це хворі з реальними фізикальними даними та симптомами (серцевий шум, збільшення печінки, деформація опорно-рухового апарату, вагітність тощо). Але таких хворих можна використовувати лише для вузько сфокусованої оцінки наявних фізикальних даних. Крім того, як правило, існують обмеження щодо кількості хворих, часу можливого контакту зі студентами, розбіжності в поведінці, комунікабельності тощо. В інших випадках для організації стандартизованого іспиту проводять тренінг.

Уперше метод симульованих пацієнтів був застосований у 1964 р. Барроузом та Абрамсоном [9] з метою вивчення практичних навичок. Із часом симульованих та стандартизованих пацієнтів почали використовувати в оцінюванні (Барроуз – 1968 [10], Ламонт – 1972 [11], Харден – 1985 [12], Стіллман – 1986 [13]), і саме такий підхід надзвичайно поширився у світі. Наприклад, уже в 1993 році зі 125 медичних шкіл США 39 (за іншими даними – 55 шкіл) вимагали від студентів обов'язкового складання такого іспиту для отримання дип-

лома [14]. З 1999 р. його складання є обов'язковим для отримання ліцензії на практикування в Канаді. У Великій Британії метод OSCE використовують майже всі медичні школи, і навіть у певній модифікації під іншою назвою – OSPRE – цей іспит використовує поліція. Аналогічні тенденції спостерігаються в інших країнах. У 1992 р. щонайменше в доповідях з 15 країн згадується використання стандартизованих пацієнтів, у 1994 р., створена Лондонська ініціатива з підтримки Проектів по стандартизованих пацієнтах, 1997 р., впроваджено національні іспити зі стандартизованими пацієнтами для оцінювання медичних студентів та випускників в Іспанії, з 1998-1999 рр. іспит є обов'язковим для отримання ліцензії в Сполучених Штатах. З початку нового тисячоліття метод використовують у Канаді, Австралії, Новій Зеландії, Німеччині, Ірландії, Великій Британії, Тайваню, Швеції, Нідерландах та багатьох інших країнах.

Існує багато варіацій в організації іспитів із клінічної компетентності за допомогою стандартизованих пацієнтів, наприклад, поєднання в одному іспиті симульованих та реальних хворих (що може підвищити достовірність усього іспиту) і навіть симуляторів, іспит може складатись з різної кількості (7 - 40) станцій (станція – це місце роботи екзаменованого з конкретним стандартизованим пацієнтом), тривалість станції може коливатись від 4 до 25 хвилин, використовуються різні форми контролю (контрольні таблиці (checklists), рейтингові шкали (rating scales), відеозапис. Але в основі іспитів лежить одна типова структура:

- попереднє інформування студента щодо стандартизованого пацієнта;
- робота студента з хворим на станції;
- письмова робота студента (наприклад, заповнити коротку історію хвороби або відповідати на запитання, пов'язані з обстеженням хворого). Якщо стандартизований пацієнт виконує функцію "оцінювача" або "записувача", то він заповнює контрольні таблиці та рейтингові шкали в той час, коли студент працює над своєю письмовою роботою.

Одна з форм організації контролю із залученням стандартизованих пацієнтів була апробована в Україні. У 1994-1995 навчальному році в Національному медичному університеті в межах міжнародного проекту ECFMG (Освітня комісія іноземних медичних випускників, США) проводився експериментальний іспит "Оцінка клінічних навичок". Іспит за такою ж схемою

проводили в шести країнах світу – США, Ізраїль, Іспанія, Росія, Україна та Бразилія [15].

Іспит складався з 10 інтегрованих клінічних станцій, за кожною з них – післястанційний період. Перед входом у кімнату зі стандартизованим пацієнтом студент отримує коротку інформацію щодо хворого (стать хворого, вік, головна скарга, необхідний анамнез та фізикальні дані, які студент не може отримати від хворого, наприклад, ректальне обстеження, показники життєво важливих функцій – артеріальний тиск, пульс, частота дихання, температура) та завдання для студента.

Станції роташовуються в окремих кімнатах. Під час іспиту студент працює з хворим наодинці, але в умовах експерименту присутність спостерігачів не була заборонена. Кожна станція триває 15 хвилин, під час яких студент має отримати сфокусовану мінімально достатню інформацію щодо проблем хворого, провести відповідне обстеження хворого, отримати у хворого необхідні дані для встановлення діагнозу та подальших дій, дати хворому якусь інформацію щодо діагнозу, подальшої тактики та обстеження. Метою кожної станції є оцінювання вміння збирати інформацію, оцінювання комунікативних навичок студента. Основний інструмент оцінювання – контрольні таблиці та оцінювальні шкали, що заповнюються стандартизованим пацієнтом. Кожна інтегрована клінічна станція супроводжується післястанційним періодом, який триває 7 хвилин. У цей період стандартизований пацієнт (СП) заповнює контрольну таблицю, де відображено, яку інформацію студент зібрав від СП, які дії студент виконав під час фізикального обстеження, а також чи дав студент якісь поради хворому в контексті його захворювання. Для кожної клінічної ситуації розроблена своя контрольна таблиця. Додатково СП заповнює анкету з оцінки комунікативних навичок за п'ятибальною шкалою Лікерта (1 – дуже слабо, 5 – відмінно). Анкета містить п'ять запитань щодо вміння збирати інформацію, навичок спілкування, взаєморозуміння, особистих манер та загальну оцінку. Анкета є однаковою для всіх станцій.

Одночасно протягом цих 7 хвилин студент заповнює міні-історію хвороби, яка структурована за чотирма розділами: суб'єктивні дані, об'єктивні дані (позитивні та негативні), попередній діагноз, рекомендований попередній план обстеження. Головною метою цього етапу іспиту є оцінка навичок студента документувати та інтерпретувати клінічну інформацію. Основним інструментом оцінювання

є перевірка письмової роботи лікарем за допомогою ключових слів та контрольної таблиці, які є індивідуальними для кожної клінічної ситуації.

Додатково до клінічної частини іспиту проводився тестовий іспит (100 тестових завдань типу А), який мав на меті оцінку теоретичних знань з діагностики, ведення хворих та вміння інтерпретувати лабораторну інформацію.

Використання СП має багато переваг над використанням справжніх хворих та штучних симуляторів. Зокрема, це:

- можливість забезпечити уніфіковане, точне та надійне подання та демонстрацію багатьох медичних проблем для великої кількості студентів протягом певного періоду часу та в різних місцях;
- можливість уніфікувати поведінку хворих під час іспиту;
- можливість контролювати складність клінічного тесту та підбирати відповідний рівень складності для відповідного освітнього рівня студентів;
- відсутність ризику завдати шкоду реальному хворому діями студента;
- можливість тривалого контакту зі студентами.
- можливість оцінки роботи студента в складних етичних умовах (наприклад, із хворим на рак чи його родичами або з психічнохворим);
- можливість використати стандартизованого пацієнта як "оцінювача" та "записувача" (дослідження показали високу точність та надійність такої роботи СП [16], [17], [18]);
- наявність стандартизованих пацієнтів певного профілю в будь-який момент часу;
- більша достовірність порівняно зі штучними або комп'ютерними симуляторами;
- високе задоволення студентів від складання клінічного іспиту у такій формі.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Hart I.R. Trends in Clinical Assessment // Approaches to the assessment of clinical competence. – 1992. – P. 17.
2. Miller G.E. "The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance" // Academic Medicine. – 65:9. – September Supplement. – 1990.
3. Swartz M.H., Friedman M., Gambert S., Anderson-Kline S., Regan M.B. and Stimmel B. Assessment of Clinical Competence Utilizing Standardized Patients: What are we Really Measuring? // Approaches to the assessment of clinical competence. – 1992. – С.261.
4. Suinick A.I. The global value of standards in medical knowledge and competence // Changing medical education. – 1993. —С. 27.

Коллінз та Харден [19] також вказують на користь для суспільства завдяки співпраці між населенням та медичною школою.

Звичайно існують певні обмеження під час організації іспиту з оцінки клінічної компетентності за допомогою СП, наприклад, обмеження щодо демонстрації аномальних фізикальних даних, можлива менша достовірність СП порівняно з реальними хворими, вартість тренінгу та роботи стандартизованих пацієнтів вища за іспит з реальними хворими, необхідні значні витрати часу на пошук, тренінг СП, на організацію і проведення стандартизованого іспиту та необхідна наявність зацікавленої команди викладачів-ентузіастів.

Метод стандартизованих пацієнтів є ефективним та якісним методом оцінювання клінічної компетентності. Він має кращі психометричні властивості, ніж традиційні засоби оцінювання студентів біля ліжка хворого. Світове поширення цього методу з метою навчання та оцінювання підтверджує, що його переваги більші, ніж недоліки та обмеження, а також свідчать про прийнятність його апробації в Україні. Цілком природно і те, що дискусія про впровадження стандартизованих пацієнтів викликає посилення на переваги реальних хворих.

#### Висновки.

1. Одним з методів виявлення реальних клінічних знань і вмінь студента є оцінка компетентності за допомогою стандартизованих пацієнтів.
2. Перевагами цього методу є безпечність, оскільки не залучають хворих людей, відсутність мовного бар'єра (стандартизований пацієнт може вільно володіти англійською чи французькою мовами), відсутність юридичних колізій (ми прямуємо до світових стандартів роботи з хворими, які передбачають захист прав пацієнтів та чимало інших юридичних формальностей).

5. Sutnick A.L., Stillman P.L., Norcini J.J., Friedman M., Regan M.B., Williams R.G., Kachur E.K., Haggerty M.A., Wilson M.P. ECFMG Assessment of Clinical competence of graduates of foreign medical schools // JAMA. – 1993. – № 270(9).
6. Collins J.P., Harden R.M. The use of real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations // Medical Teacher. – 1999. – № 20, – С. 508-521
7. RCSA / "Consensus statement of the Researchers in Clinical Skills Assessment (RCSA) on the use of standardized patients to evaluate clinical skills" // Academic Medicine. – 2004. – № 6. – С. 475-477.
8. Norman G.R., Tugwell P., Feightner J.W. A comparison of residents' performance on real and simulated

patients // Journal of Medical. Education. - 1982. - №57.- P.705-715.

9. Barrows H.S., Abrahamson S. The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology // Journal of Medical Education.- 1994. -№ 39.- P. 805-809.

10. Barrows H.S. Simulated patient in medical teaching // Canadian Medical Association Journal. -1968. -№ 98.- P. 676-676.

11. Lamorst CT., Hennen BK.E The use of simulated patients in certification examinations in family medicine // Journal of Medical Education 1972 №47. - P. 789-795.

12. Harden R.M., Stevenson Mm Downie W.W., Wilson G.M. Assessment of clinical competence using objective structured examination // British Medical Journal. - 2005.- №1. - P. 447-451.

13. Stillman P.L., Sabers D.L., Redfield DL Teh use of paraprofessionals to teach interviewing skills // Pediatrics.- 1976.- №57.- P. 769-774.

14. Anderson M.B., Stillman P.L., Wang Youde Growing use of standardized patients in teaching and

evaluation in medical education //Teaching and Learning in Medicine. - 1994.- 6(1). - P. 15-21.

15. ZivA., Ben-David M.F., SutnickA.L, GaryN.E. Lessons learned from six years of international administrations of the ECFMG's SP-based clinical skills assessment // Academic medicine. - 1998. - № 73(1). - P. 84-91.

16. Stillman P.L., Swanson D.B., Smees S. Assessing clinical skills of residents with standardized patients // Annals of internal medicine. - 1986. - № 105. - P. 762-771.

17. VuN.V, Marcy M.M., Colliver JA., VerhulstS.J, Travis T.A., Barrows U.S. Standardised (simulated) patients' accuracy in recording clinical performance check-list items // Medical Education. - 2002. - № 16. - P. 99-104.

18. Boulet J.R., Ben-David M.F., Ziv A., Burdick W.P., Curtis M., Peitzman S., Gary N. Using standardized patients to assess the interpersonal skills of physicians // Academic Medicine. - 1998.- №73(10).- P. S94-S96.

19. Collins J.P., Harden R.M. The use of real patients-simulated patients and simulators in clinical examinations // Medical Teacher. - 1999. - №20. - P. 508-521.

УДК 614.253.52.:317

**НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСУ – НОВІ ФОРМИ ОРГАНІЗАЦІЇ.  
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ТРАДИЦІЙНИХ І АКТИВНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ  
У ЛЬВІВСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ  
ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО**

*М.Б. Шегедин, Н.Л. Окс*

*Львівський державний медичний коледж імені Андрея Крупинського*

---

У статті подано досвід застосування традиційних і активних форм навчання у Львівському державному медичному коледжі імені Андрея Крупинського.

---

**EDUCATIONAL PROCESS – NEW FORMS OF ORGANIZATION.  
EXPERIENCE OF APPLICATION OF ROUTINE AND ACTIVE FORMS  
OF TRAINING AT LVIV STATE MEDICAL COLLEGE  
NAMED AFTER ANDREY KRUPYNSKY**

*M.B. Shehedyn, N.L. Oks*

*Lviv State Medical College named after Andrey Krupynsky*

---

The experience of application of routine and active forms of training at Lviv State Medical College named after Andrey Krupynsky is reviewed in the article.

---

**Вступ.** Сучасна медсестринська справа потребує змін змісту, структури і принципів освіти. Традиційні підходи до організації навчальної діяльності в сучасних умовах виявляються недостатньо ефективними [1]. Необхідно розвивати принципово нові педагогічні технології, які підвищать якість підготовки фахівців і обсяги освітньої діяльності вищого медичного навчального закладу. Такі пошуки оптимальних шляхів реформування медсестринської освіти проводяться педагогічним колективом Львівського державного медичного коледжу імені Андрея Крупинського.

**Основна частина.** Медсестринська освіта у коледжі передбачає:

- неперервність в освіті;
- багатоступеневість, що включає логічну наступність освіти;

- гнучкість освітніх програм з врахуванням потреб практичної охорони здоров'я.

Підвищення ефективності вищої школи неможливе без змін парадигм організації навчального процесу. Зокрема, на зміну традиційній моделі, що базується на пріоритеті простого засвоєння та відтворення інформації, має прийти нова модель, головною метою якої є всебічний розвиток особистості [5]. Тому основне наше завдання сьогодні виховувати студентів з активною позицією, самостійністю, постійним самоконтролем і самокорекцією. І досягнути цього нам допоможе впровадження інноваційних методів у навчальний процес.

Що таке інноваційні методи? Інноваційні (новітні) методи – це активні і інтенсивні технології навчання, які характеризуються інтенсивною подачею навчального матеріалу, діалогічністю, про-

© М.Б. Шегедин, Н.Л. Окс, 2006

блемністю [7]. Але центральною фігурою у навчальному процесі залишається студент. І тому навчання має відповідати професійним цінностям та інтелектуальним здібностям студента, а це значить, що основою сучасного навчального процесу є використання особистісно-орієнтовних технологій навчання, які передбачають:

- наявність мотивації навчання (основне джерело мотивації – потреби професії і інтереси студента);
- індивідуальний підхід.

У ЛДМК імені А. Крупинського на відділенні "Сестринська справа" освітньо-кваліфікаційного рівня – бакалавр використовуються різноманітні новітні педагогічні технології і методи навчання:

- ситуаційне;
- проблемне;
- варіативне;
- ігрові технології;
- дискусії;
- вертикальна інтеграція;
- модульні технології;
- принципи дидактики (принципи наочності);
- принципи імітаційних технологій тощо.

Дуже активно на відділенні "Сестринська справа" II рівня підготовки застосовується проблемне навчання – це така організація процесу навчання, в основі якої лежить утворення в навчальному процесі проблемних ситуацій, виділення і вирішення студентами типових проблем.

Під проблемною ситуацією розуміють усвідомлені студентами інтелектуальні ускладнення в поясненні певних явищ або процесів, розв'язання яких потребує проведення пошуків (самостійних або під керівництвом викладача). Тут важливо підкреслити, що суть інтелектуальних зусиль полягає не в тому, що студент, наприклад, забув алгоритм обстеження пацієнта при певній патології і намагається його пригадати, а в тому, що ситуація породжує потребу студента відкрити, засвоїти нові знання про дисципліну, навчитись, вирішуючи проблему, логічно мислити [1]. Даний метод більше використовується викладачами циклу професійної підготовки, адже на практиці медпрацівнику часто доводиться самостійно шукати вихід із ситуації, що склалася.

Існують різні методи проблемного навчання.

#### 1. Проблемний виклад знань.

Викладач тільки описує процес, явище з тим, щоб суть студенти знайшли самі, самостійно зробили висновки. Також використовується методика спонукання до самостійного сприйняття фактів з по-

дальшим узагальненням інформації і обґрунтуванням вибору її важливості: студентам повідомляють тему лекції, вони готуються, опрацьовуючи тематичний матеріал, а сама лекція проходить вже у формі діалогу, що дає студентам можливість нотувати найважливіші на їх погляд моменти, або найскладніші для кожного з них етапи теми.

#### 2. Евристичний або частково-пошуковий.

Метод полягає в самостійному знаходженні знань, відкритті нової інформації. Студентам описується ситуація, але низка даних є відсутньою; їх студенти повинні знайти самі або запитати у викладача. За характером цих запитань можна скласти уяву про ступінь підготовки та розуміння студентів.

#### 3. Дослідницький метод (самостійна діяльність).

Під час вивчення дисципліни студенти створюють комплекси опрацьованих тематичних робіт, займаються дослідницько-пошуковою роботою. Доведено, що традиційні методи навчання, які базуються на відтворенні конкретних теоретичних знань, розвивають в основному змістовний компонент навчання. Основна мета науково-дослідницької роботи – розвиток у студентів творчого мислення. Елементи наукового пошуку реалізуються у виконанні індивідуальних робіт, підготовці інформації, доповіді тощо.

За даними Київського національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, де проводився подібний експеримент, визначена статистично достовірна відмінність у ступені задоволення навчанням, яка свідчить, що використання у вищій медичній школі способів проблемного навчання дає можливість створити ефект емоційного підкріплення, підвищує мотивацію пізнання [3].

При викладанні навчальних дисциплін викладачі відділення "Сестринська справа" бакалаврського рівня будують процес навчання на принципах дидактики, в тому числі застосування принципів наочності. У методичному відношенні демонстрації роблять будь-яке явище більш сприйнятливим і зрозумілим для студентів, ніж при словесному його описанні і сприяють більш легкому засвоєнню та запам'ятовуванню фактів. Добре поставлена демонстрація підвищує зацікавленість студента, позитивно діючи не тільки на їх розумову, але й емоційну діяльність, на їх уяву [2].

#### 1. Демонстрація самих явищ.

Даний метод навчання широко використовується при вивченні клінічних дисциплін, зокрема надзвичайно важлива демонстрація пацієнтів. Демонстрація проведена за всіма правилами з наступним

детальним розбором дає набагато більший ефект, ніж багатогодинне сидіння за підручником. Якщо перебіг захворювання типовий, демонстрація проводиться за традиційною методикою (з детальним обстеженням пацієнта, встановленням медсестринського та клінічного діагнозів, плануванням медсестринських втручань), що формує у студентів стійкий стереотип дій. Для активізації мислення в більш складних випадках пропонується зробити демонстрацію проблемною. Наприклад, поставити студентам запитання, неоднозначні відповіді на які можуть бути отримані під час демонстрації або при повторних оглядах пацієнта.

2. Демонстрація наочних посібників (моделей, плакатів, прозірок, кодограм, кіно- та відеоматеріалів, дисків CD-R) тощо.

У навчальний процес все ширше впроваджується поєднане використання різних видів навчальної інформації на основі засобів мультимедіа, аудіо- та відеотехніки [4]. У коледжі існує інформаційна база, яка постійно розширюється і оновлюється. Є банк мультимедійних майстер-класів, що складається з показових занять, які дали досвідчені викладачі коледжу, використовуючи мультимедійний проектор. Також у коледжі є відео-тека, яка пропонує широкий вибір відеофільмів з різних дисциплін. 80 відсотків викладачів при проведенні занять використовують як вид наочності кодограми, 40 – слайди, 50 – диски CD-R.

Все більше піддається сумніву концепція лекційно-семінарського заняття, як така, що не вписується в інтенсивні темпи підготовки фахівця і не здатна забезпечити високий рівень якості знань. Тому викладачі відділення "Сестринська справа" II рівня підготовки переходять, а деякі вже перейшли від розповідних до діяльних форм навчання. У таких викладачів застосовуються навчальні програми у вигляді набору варіативних модулів і моделей. Наприклад, планування типу занять: 1 заняття – діалог; 2 заняття – дослідницька робота; 3 заняття – пояснення; 4 заняття – ігрові технології.

У ЛДМК ім. А. Крупинського застосовуються принципи імітаційних та інтегративних технологій навчання:

- особистої взаємодії (викладач – студент);
- принцип проблемності (проблема – обговорення);
- єдності розвитку кожного студента і групи;
- самонавчання на основі рефлексів (залежно від індивідуальних особливостей студент отримує роль "лідер", "опонент", "слухач").

Дані технології широко використовуються викладачами гуманітарних дисциплін. Наприклад, "Засідання експертної групи" (спільне обговорення групою 4-5 студентів висунутої проблеми).

Одним з доцільних методів навчання є навчання невеликою групою, де більш слабких студентів компанують навколо більш сильних. Адже добре відомий принцип (peer effect) – ефект співнавчання: студент навчається успішніше, коли успішніше навчаються інші члени групи.

Також застосовуються технології ситуаційного навчання (Кейс-метод). Це коли одна проблема розглядається з різних точок зору. Студенти отримують можливість повторити матеріал дисциплін (міжпредметна інтеграція) і створити уяву про дану проблему в "багатомірному просторі" (інтегровані лекції, практичні заняття).

У контексті якості та ефективності навчання важливою є так звана вертикальна інтеграція, адже якісна практична підготовка в цьому випадку забезпечується узгодженими програмами, досконаліми умовами практичної діяльності і можливістю "побути" в реальних умовах практичної охорони здоров'я: викладачі коледжу співпрацюють з різними організаціями, лікувально-практичними установами [6]. Взагалі викладач, який активно займається науковою роботою або паралельно займається практичною діяльністю, найцінніший для студента.

Більшість викладачів відділення "Сестринська справа" бакалаврського рівня вже опанували і широко використовують ігрові технології навчання:

- рольові ігри (є завдання і розподіл ролей);
- ділові ігри (модель реальних процесів і дій);
- організаційно-діяльнісна гра (є проблема – всі разом дають аналіз за умови індивідуальних позицій);
- пізнавально-дидактичні ігри (конференції; тренінги; дискусії: 1) з викладачем в ролі ведучого; 2) зі студентом в ролі ведучого; 3) без ведучого (самостійно організована);
- аналіз ділових документів.

У навчанні використовується метод портфоліо. Суть методу полягає в тому, що викладач виконує роль фасілітатора (тобто помічника). Студенти самі аналізують проблему, а викладач допомагає в розвитку самооцінки студентів.

Враховуючи специфіку вивчення іноземної мови, викладачі на відділенні "Сестринська справа" II рівня підготовки належну увагу звертають на реалізацію комунікативного підходу, метою якого є оволодіння іноземною мовою як засобом спілкування. Метод сугестопедії використовується, коли у не-

вимушеній атмосфері студенти засвоюють величезну кількість лінгвістичного матеріалу. Також використовується метод мозкової атаки (brain storm).

Застосування викладачами альтернативних методів при викладанні гуманітарних, природно-наукових та клінічних дисциплін характеризується динамікою переходу за рівнями "Піраміди Джорджа Міллера":

- I – "знаю";
- II – "знаю як";
- III – "демонструю";
- IV – "роблю".

Викладачі домагаються від студентів опанування IV рівня піраміди.

Студенти на заняттях з дисципліни "Медична інформатика" вивчають різні технології використання комп'ютерної техніки (підготовка презентацій, таблиць, графіків, ілюстрацій тощо).

Характерно, що сьогодні загалом зросла доступність "книжкових знань", однак реальна ціна інформації, що міститься в традиційних підручниках, вже не достатня для професійної компетентності в європейському розумінні. Тому виникла потреба у створенні і виданні сучасної медсестринської літератури [3]. Викладачі є авторами і співавторами підручників, на-

вчальних посібників, методичних рекомендацій, зокрема таких: "Медсестринство при інфекційних хворобах" (Шегедин М.Б., Кравців В.В., Барчук, 2000р.); "Медсестринство в терапії" (Шегедин М.Б., Шуляр І.А., Подносова Л.М., Дацко Л.П., Шавала О.Т., 2006 р.); "Фармакотерапія та медсестринський процес" (Грицко О.М., Лесик-Лісна О.А., 2005 р.); "Іноземна мова" (Смолікевич Н.Р., 2006 р.).

Але ми ставимо завдання створити і випустити навчальну літературу як на паперових, так і електронних носіях, зокрема створення електронних навчально-дидактичних комплексів, інтерактивних посібників тощо.

Як засіб закріплення знань, перевірки засвоєння навчального матеріалу та контролю знань, використовується модульно-рейтингова та кредитно-модульна системи організації навчального процесу.

**Висновок.** Запровадження зазначених методів навчання з використанням сучасних педагогічних технологій, а також досягнення партнерських, довірливих стосунків між студентами і викладачами, дало результати – високий професійний рівень випускників ЛДМК імені А. Крупинського та їх визнання в практичній охороні здоров'я.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Андреева О.В. Традиционное и активное обучение в преподавании клинических дисциплин // Медицинская сестра. – 2000. – №4. – С. 37-38.
2. Аяпов К., Токбергенова Г., Аяпова Г. Сестринское образование в Казахстане. Проблемы и пути их решения // Сестринское дело. – 2006. – №1. – С. 30-31.
3. Волосовець О.П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі // Медична освіта. – 2005. – №2. – С. 12-16.
4. Куклева И.И., Куклев В.А. Внедрение информационных технологий в медицинское образова-

ние // Медицинская сестра. – 2000. – №3. – С. 41.

5. Ніколасенко Н. Матеріали доповіді міністра освіти і науки на підсумковій колегії Міністерства освіти України. 23 лютого 2006 р. м. Київ.

6. Сіліна Т.М. Форми та методи вдосконалення підготовки студентів у медичному університеті // Медична освіта. – 2002. – №4. – С. 15-16.

7. Ситников Ю. Г. Опыт применения новых информационных технологий в последипломном обучении медицинских работников // Медицинская сестра. – 2000. – №4. – С. 36-37.

УДК: 614.253.52173

## ОСОБЛИВОСТІ ПРАКТИЧНОГО НАВЧАННЯ МЕДСЕСТЕР У США

О.С. Усинська

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
ННІ медсестринства*

---

В статті висвітлено особливості організації та проведення практичних занять в медсестринських школах США на основі досвіду стажування в медсестринській школі імені Мері Блек університету Південної Кароліни.

---

THE PECULIARITIES OF NURSING STUDENTS' PRACTICAL TRAINING  
IN THE USA

O.S. Usynska

*Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky  
Scientific Education Institute of Nursing*

---

The new possibilities of nursing practice organization for nursing students are discussed in the article. The article is based on the experience of Mary Black Nursing School (South Carolina, USA).

---

**Вступ.** Необхідність інтеграції української вищої освіти у європейський освітній простір вимагає суттєвого підвищення рівня як теоретичної, так і практичної підготовки наших випускників. І якщо рівень теоретичної підготовки як в медичних, так і в медсестринських закладах освіти є достатньо високим, то практичній частині часто приділяють недостатньо уваги, хоча для медсестри вона має, можливо, навіть більше значення, аніж теоретична. Ми вивчали дане питання під час перебування на стажуванні у США, і власне ці спостереження стали основою для даної статті.

**Основна частина.** У системі медсестринської освіти США питанням освоєння необхідних практичних навичок приділяється величезне значення. Вже з 3-го року навчання значна частина занять відбувається у клініках, де студенти є повноправними учасниками лікувального процесу, і не лише не заважають персоналу і не дратують його (як деколи трапляється у наших лікарнях), а, навпаки, суттєво полегшують його роботу.

Що ж зумовлює таку різницю і таке становище студентів? На мій погляд, це насамперед інші

підходи до навчання зі сторони як викладачів, так і студентів. Цьому сприяє і програма навчання. До початку роботи у клініці студенти повинні освоїти цілий ряд практичних навичок – ніхто не вчиться робити ту чи іншу маніпуляцію на хворих, для цього є маса інших можливостей.

По-перше, це чудово оформлені підручники суто з практичними навичками, які, на наш погляд, містять усю необхідну інформацію. Це детальний опис і фотографії усього обладнання, з яким доведеться працювати медсестрі, потім – практичні навички, описані у вигляді алгоритмів, причому кожен крок проілюстрований або рисунком, або, частіше – фотографією [1,3]. Опис маніпуляцій надзвичайно детальний і зрозумілий, і вчитись їх виконувати за підручником не просто легко, а цікаво і приємно. Кращому запам'ятовуванню техніки виконання допомагає і теоретичне обґрунтування необхідності кожного кроку під час виконання практичної навички.

Окрім підручників, студенти можуть скористатися відеофільмами або навчальними компакт-дисками, де ці ж навички показані у ви-

конанні досвідчених медсестер, і також з поясненнями.

Перед тим, як потрапити у клініку, усі маніпуляції відпрацьовуються на заняттях. Для цього використовуються як манекени, так і найпростіші допоміжні засоби – так, на заняття, де вивчалась техніка внутрішньом'язових ін'єкцій, кожен студент повинен був принести апельсин (що було вказано і в методичних вказівках!), який надалі ставав першою "мішенню" для ін'єкцій.

Цікаво, що кожен студент повинен придбати сумку з усіма необхідним для освоєння практичних навичок засобами – це і різноманітні шприци, катетери, перев'язувальний матеріал, клізми і т.д. Ця сумка зберігається у лабораторії і видається на час практичного заняття, дозволяючи усім студентам працювати з максимальною ефективністю.

Особливої уваги заслуговують манекени, що використовуються як наступна фаза освоєння практичних навичок. Поряд із знайомими нам звичайними манекенами для відпрацювання методики внутрішньовенних ін'єкцій, клізм, штучного дихання тощо, все більшу роль відіграють манекени нового покоління – так звані "симулятори". Ці манекени містять величезну кількість електронних датчиків і підключені до спеціального комп'ютера, програмне устаткування якого дозволяє зімітувати будь-яку клінічну ситуацію, а потім оцінити дії студента – чи були вони правильними та достатньо ефективними. Заняття з симуляторами проводять у спеціальній ізольованій кімнаті, інструктор спостерігає за студентами через скло з односторонньою видимістю і через мікрофон може спілкуватись з ними, імітуючи реакцію пацієнта.

Перед початком роботи у лікарні студенти повинні обов'язково здати тест з клінічних розрахунків. Це також особливість американської медсестринської системи освіти, оскільки в українській програмі такого розділу і, тим більше, тесту, немає, хоча і наші медсестри для практичної роботи повинні уміти швидко і правильно розрахувати необхідну дозу ліків. У США це ускладнюється використанням кількох систем вимірювання – метричної, аптекарської і загальноновживаної, тому американські студенти вчать ще й перетворювати одиниці однієї системи в іншу. Проте їм надаються для цього усі можливості – варто сказати хоча б те, що підручник з клінічних розрахунків починається з пояснень правил простих арифметичних дій та дій із дробами. Тест вважається зданим за умови не менше 90 % пра-

вильних відповідей, і, як вже згадувалось, є передумовою для допуску до роботи у клініці.

Отже, на шляху до реальних пацієнтів американські студенти мають величезну кількість можливостей освоїти практичні навички і прийти в лікарню впевненими у власних силах.

Як і в наших навчальних закладах, до усіх клінічних предметів входять ті чи інші практичні навички, які повинен освоїти студент, але, крім того, існує цілий ряд так званих "практичних дисциплін", які практично не містять теоретичного матеріалу, а призначені лише для освоєння практичної роботи медсестри. Власне, переважно під час вивчення цих дисциплін студенти і працюють у госпіталах. Ці предмети – не просто перелік практичних навичок чи медсестринських маніпуляцій, їх мета – навчити студента працювати з хворим, проводити його обстеження, встановлювати діагноз, створювати план догляду і оцінювати ефективність лікування, одночасно документуючи кожен свою дію. І все це студенти мають змогу робити самостійно, принаймні зі сторони контроль чи то викладача, чи то медичного персоналу непомітний. Проте і відповідальність американських студентів набагато вища. Так, вказівки до практичних занять у предметі "Інтегрований медсестринський практикум" передбачають, що ввечері напередодні заняття студент повинен прийти у клініку, обстежити курованого ним хворого і скласти план догляду, щоб зранку наступного дня, ще до початку занять, обговорити на ранковій конференції з викладачем свої висновки і дії. Як і штатні медсестри, студенти можуть коригувати лікування хворих, щоправда, вибираючи препарати лише зі списку, складеного лікарем. В усьому іншому їх робота дуже нагадувала нам роботу українських лікарів – це і огляд та фізикальне обстеження хворого, і запис динаміки його стану, й навчання хворого та його сім'ї.

Цікавим є і підхід до оцінювання. Так, оцінка за заняття з предмета "Інтегрований медсестринський практикум" включає 60 % оцінки за клінічну роботу, 20 % – за створення плану догляду (фактично це план лікування хворого) і 20 % – за навчання пацієнтів [2]. До речі, навчанню пацієнта та його сім'ї приділяється дуже велика увага – вважається, що пацієнт повинен отримати у лікарні всю необхідну інформацію, яка дозволить йому надалі максимально комфортно співіснувати зі своєю хворобою. Дуже корисно це і для студентів – адже, щоб пояснити пацієнту усе про його захворювання, необхідно спочатку добре

знати це самому, тобто наявний додатковий стимул до навчання.

**Висновки.** Ефективному освоєнню практичних навичок студентами в американських медсестринських школах сприяють наступні фактори.

1. Детальне опрацювання практичних навичок на доклінічному етапі.

2. Широке використання різноманітних засобів навчання: підручників, компакт-дисків, манекенів, симуляторів.

3. Необхідність складання найважливіших навичок і тесту з клінічних розрахунків як допуск до клінічної роботи.

4. Виділення спеціальних практичних курсів.

5. Значні можливості для роботи з пацієнтами як повна імітація роботи реальної медсестри – студенти почувають себе потрібними у клініці.

6. Цілісний підхід до оцінювання роботи студента з пацієнтом – врахування не лише практичної частини, але й складання плану догляду і навчання пацієнта.

Вважаю, що багато з перерахованих моментів слід впроваджувати в закладах медсестринської освіти в Україні, оскільки це суттєво підвищить рівень фахівців, що випускаються ними.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Basic nursing: essentials for practice / P.A. Potter, A.G. Perry – 1<sup>st</sup> ed., 2002. – 1002 p.

2. Integrated nursing practicum (N 325P)// Instructions for students.

3. Perry A. Potter, P. Clinical Nursing Skills and Techniques. – St. Louis, MO: Mosby, 2002.

УДК: 614.253.52(73)

## МІСЦЕ ПРЕДМЕТА “МИСТЕЦТВО СПІЛКУВАННЯ У МЕДСЕСТРИНСТВІ” У НАВЧАЛЬНИХ ПРОГРАМАХ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ШКІЛ США

Л.С. Мілевська-Вовчук

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
ННІ медсестринства*

У статті йдеться про значення, місце та роль предмета “Мистецтво спілкування у медсестринстві” у навчальних програмах медсестринських шкіл США, подається короткий зміст та особливості методики викладання даного предмета, основні завдання студента та критерії оцінювання.

## THE PLACE OF SUBJECT “NURSING COMMUNICATION SKILLS” IN SYLLABUS OF NURSING SCHOOLS IN USA

L.S. Milevska-Vovchuk

*Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky  
Scientific Educational Institute of Nursing*

The article contains information on the importance, place and role of subject “Nursing communication skills” in syllabus of the USA nursing schools. One can find brief contents and the main peculiarities of teaching methods of the subject. There is also the information about students’ objectives and criteria of evaluation.

**Вступ.** Дар слова заслужено вважають одним з найбільших талантів, якими може володіти особистість. Саме завдяки йому отримуємо можливість виділитися та проявитись, і ще раз довести всім відому істину: “Ми – не безліч стандартних “я”, ми – це безліч всесвітів різних”. Безперечно кожен з нас зацікавлений в тому, щоб вміти правильно та гарно говорити, адже таким чином легше встановити та підтримувати добрі стосунки з людьми у різних колективах та соціальних групах [2]. Особливе значення вміння спілкуватися відіграє при певних професіях, зокрема фаху медичної сестри. Знаємо, що мірилом задоволення людини є реалізація нею своїх здібностей у суспільстві, її визнання з боку близьких та становище у світі. А для цього просто необхідно навчитися правильно спілкуватися з пацієнтами та колегами, гарно говорити та досконало володіти

технікою мовлення, знати головні психологічні засади стосунків між людьми, та щонайголовніше – мати, що сказати. Саме тому таке величезне значення надається предмету “Мистецтво спілкування у медсестринстві” у навчальних програмах медсестринських шкіл США.

У даній статті ми поставили за мету поділитися з вами досвідом викладання предмета “Мистецтво спілкування” у медсестринських школах США на основі досвіду стажування групи викладачів нашого університету та за матеріалами базових навчальних посібників США.

**Основна частина.** Даний предмет стоїть першим у переліку і вивчається протягом дев’яти тижнів. Кожного тижня студенти відвідують по п’ять годин лекцій та дванадцять годин практичних занять. До основних завдань предмета відносять: з’ясувати найпоширеніші бар’єри у спілкуванні, набути вміння встановлювати контакт з іншими, привернути увагу співрозмовника, завоювати та

© Л.С. Мілевська-Вовчук, 2006

прихилити його до себе, оволодіти основними навиками вербального та невербального мовлення у культурно розмаїтому суспільстві за різних умов та обставин [1].

Зміст курсу включає ряд теоретичних аспектів, як-от поняття медсестринства, роль медсестри у контексті історії та сьогодення, система охорони здоров'я, медсестринський процес, збір анамнезу та фізикальна оцінка пацієнта, проблеми лежачих хворих, психосоціальні аспекти роботи з пацієнтами, етичні та юридичні аспекти медсестринства, вербальне і невербальне спілкування з хворим, вміння вислухати, адекватно відреагувати на репліки, проблема моральних цінностей, сприймання, упереджень, стереотипів та культурних бар'єрів у мультинаціональному суспільстві.

Протягом вивчення даного предмета студентів заохочують читати художньо-публіцистичну літературу філософсько-психологічного спрямування, як-от "Bed number 10" Сью Байер з наступним обговоренням та аналізом головних характеристик, подій та обставин, а також науково-публіцистичних статей на відповідну тематику [1].

Кожен студент зобов'язаний виконати власне дослідження – життєпис особи похилого віку з правильно зібраними анамнестичними даними фізичного та психічного стану здоров'я під час різних вікових етапів. Таким чином, студент розвиває свої здібності та навички спілкування з пацієнтом, вчиться розпитувати та з'ясувати необхідну інформацію для надання адекватної медичної допомоги у кожному конкретному випадку.

Щотижня протягом даного циклу студент повинен скласти план догляду за своїм хворим, що включає не лише медикаментозну та фізіотерапевтичну програму допомоги, але й психосоціальну активність та адаптацію пацієнта до навколишніх умов.

Не секрет, що під час навчання найбільшу увагу студенти приділяють саме тим предметам, які, на їхню думку, найважливіші у майбутній спеціальності і досконале знання яких допоможе швидше досягти успіху у обраній професії та стрімко рухатись вгору по службовій драбині. І студенти, часто не усвідомлюючи усю важливість та необхідність елементарних навичок спілкування у медсестринстві, приділяють даному предмету необґрунтовано недостатньо та незаслужено мало уваги.

Саме тому було доведено, що найефективніше даний предмет буде засвоєно за умови, коли

студент потрапляє у такі обставини, що стимулюють, мотивують та просто змушують його не лише вивчити та засвоїти основні навички спілкування, але й ефективно використовувати їх на практиці.

До основних завдань, що ставляться перед студентом у ході засвоєння даного предмета відносять: з'ясування ролі, мети та цілі спілкування у практиці медичної сестри, визначення головних компонентів та критеріїв ефективного спілкування, значення адекватної зворотної реакції та коректної реакції на репліки співрозмовника, виділення чинників, що прямо та опосередковано впливають на процес спілкування медичної сестри, пацієнта та його родичів, вплив культурних відмінностей в умовах мультинаціонального суспільства.

Таким чином, студент пізнає, що для ефективного спілкування медичної сестри і хворого необхідними є наступні чинники:

- відсутність мовного бар'єра між співрозмовниками;
- правильне розшифрування невербальних символів;
- відсутність упереджень, дискримінації та необ'єктивного негативізму у ставленні один до одного;
- вміння чітко, ясно і лаконічно висловити власні думки та проявити свою позицію;
- говорити в межах тематики, що цікава, потрібна і необхідна для хворого;
- вміння вислухати і виділити найголовніше з почутого;
- заохочення пацієнта до реакції на ваші репліки і зауваження;
- виправдана наполегливість у ході бесіди;
- вміння завоювати довіру та увагу пацієнта.

Досить важливим під час вивчення даного предмета є навчити студента віддиференціювати соціальне та професійне спілкування. У першому випадку маємо на увазі вміння підтримувати розмову з метою задоволення чи в колі друзів. Часто така бесіда є спонтанною, без чіткого плану подальших дій і приносить обом співрозмовникам задоволення або користь. Вона невизначена у тривалості, часто базується на фактах подій та новин, що не підтверджені та недостовірні. Тоді, як під професійним спілкуванням розуміємо бесіду між медичною сестрою та хворим. Така розмова переслідує певну мету, а саме – допомогти пацієнту у його боротьбі з хворобою, сприяти покращенню стану його психічно-

го та фізичного здоров'я, має чітко визначену тривалість, місце, час та умови її проведення. Як правило, вона сконцентрована на фізичних та психоемоційних потребах хворого, вимагає відповідального ставлення та терпіння з боку одного із співрозмовників (медичної сестри). Бесіда ґрунтується на достовірних, підтверджених та обґрунтованих даних.

Для якомога ефективнішого проведення професійного спілкування слід дотримуватися певних вимог – бесіда повинна проводитися у тихому місці, зручному та комфортному і для хворого, і для медичної сестри. Остання повинна пам'ятати, що епіцентром розмови є саме пацієнт, його потреби і проблеми, їй слід також бути дуже уважною до поведінки та невербальних сигналів, що посилає хворий, бути в міру наполегливою, чіткою, лаконічною у висловлюваннях, оптимістично – реалістично настроєною і не давати пацієнту псевдо надії.

У ході спілкування з хворим студентам медсестринської школи США радять чітко дотримуватися прийнятої структури. Насамперед перед початком розмови дуже важливим є зібрати усю можливу інформацію для з'ясування необхідної картини про ситуацію, що склалася. Слід забезпечити комфорт, приватність та конфіденційність хворому, представитися самому та чітко пояснити свою роль у даній ситуації. Говорити бажано виключивши усі терміни, які могли б бути незрозумілі для хворого. А для себе медична сестра повинна з'ясувати час, який планується використати для даної розмови та яку саме інформацію необхідно з'ясувати у хворого. Починати можна із соціальної бесіди для створення невимушеної та довірливої обстановки.

Для медичної сестри важливим є досконале володіння вмінням вислухати, пояснити незрозумілі аспекти, обрати найвідповіднішу за даних умов техніку спілкування, скерувати пацієнта у чітке русло окресленої тематики, якщо він відволікається, разом з тим заохочувати спонтанність у розмові, пропонувати підтримку та окреслити мету і план подальших дій.

На завершення бесіди з пацієнтом медична сестра повинна логічно і послідовно викласти усю отриману інформацію, дати зрозуміти пацієнту, що його почули, вислухали і зрозуміли. Не слід забувати і про дотримання усіх обіцянок, даних хворому у ході бесіди.

Важливим аспектом під час засвоєння предмета "Мистецтво спілкування у медсестринстві" є на-

вчити студента не лише вміти з'ясувати інформацію, але й правильно, грамотно, чітко, ясно і послідовно задокументувати її. З цією метою в ході навчального процесу здійснюється запис розмови студента і хворого, практично дослівно, а потім разом з невербальними сигналами аналізується викладачем-інструктором. Це допомагає з'ясувати справлене враження вербальної та невербальної поведінки студента на хворого, стимулювати та заохочувати студента до застосування різноманітних і найефективніших технік та методик спілкування з метою отримання кращих результатів, дає можливість бути максимально об'єктивним при оцінюванні студента.

**Висновки.** Високо оцінюється вміння вихованця медсестринської школи США у ході співбесіди з хворим чітко визначити власну роль, задавати і спрямовувати напрямок розмови, бути достатньо відкритим, вміти логічно і хронологічно послідовно розставити усі деталі, заохочувати пацієнта до вільного і невимушеного спілкування, дотримуватися певного та чітко визначеного темпу бесіди, вміння підсумувати усю зібрану інформацію.

У той час, як помилкою вважається дати пацієнту необґрунтовану надію, зайві поради, присікати можливість хоч трохи відхилитися від заданої теми, звинувачення хворого, упереджене ставлення, перебивання співрозмовника, різка зміна тематики розмови у невідповідному місці бесіди, використання термінології, що незрозуміла для хворого, "виховування" та насадження моральних засад хворому у ході професійного спілкування.

Предмет "Мистецтво спілкування у медсестринстві" включає також ознайомлення з технікою невербального спілкування та вмінням читати мову жестів, поведінки, поглядів і манер хворого, що часто є важливим, а іноді і єдиним джерелом необхідної інформації.

Студенти медсестринської школи США в ході засвоєння даного предмета повинні навчитися спілкуватися з різноманітними категоріями хворих – за віком, статтю, соціальним становищем, національністю, фахом тощо. З цією метою слід розвивати і вдосконалювати логічне та критичне мислення студента, що також забезпечується в ході навчального процесу даного предмета, адже професійна медична сестра повинна вміти висловлюватися чітко, ясно, точно, адекватно, мудро та логічно, опе-

рувати доведеними і обґрунтованими фактами.

Викладачі даного предмета медсестринської школи США не забувають про всім відому істину – “Скажи мені, хто твій друг, і я скажу, хто ти” і радять студентам брати приклад з А. Лінкольна і потоваришувати з корифеями літератури, проводити вечори, як це часто робив і він, у това-

ристві Шекспіра та інших класиків – великих поетів і майстрів прози. Таким чином, вважають вони, можна відшліфувати та вдосконалити своє вміння спілкуватися, а завдяки йому вповні реалізувати свої здібності, виділитися, проявити себе, отримати визнання з боку оточуючих, здобути становище у суспільстві, отримати задоволення та насолоджуватися щастям.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Nursing 101. Nursing theory and communication. Syllabus. Ohlone college. Fall 2005 and spring 2006.

2. Іржі Томан. Мистецтво говорити. – Київ: Видавництво політичної літератури України, 1986. – 221 с.

УДК: 614.253.52

## СТАН ТА ПРОБЛЕМИ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

Б.А. Локай

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*


---

У статті проаналізовано освітню програму медсестер-бакалаврів та зроблено висновок про необхідність її реформування.

---

## CONDITION AND PROBLEMS OF NURSING EDUCATION

B.A. Lokay

*Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky*


---

The educational program for nurses-baccalaureates has been analysed in the article. The conclusion concerning the necessity of its reforming has been made.

---

**Вступ.** За останні роки все більше країн вступають до Європейського Союзу або стають країнами-кандидатами на вступ. Україна не є виключенням у цьому процесі і, можливо, через не дуже довгий проміжок часу приєднається до Європейської спільноти як повноправний член. Але, щоб досягнути цієї мети, нам ще потрібно дуже багато зробити. Це стосується і законодавства, і економіки, і освіти. Останнє для працівників сфери освіти є найактуальнішим на даний момент.

Вже декілька років всі європейські країни поступово переходять до викладання згідно з вимогами Болонської конвенції. Для багатьох країн це є процес перебудови роками відпрацьованих принципів і методів навчання студентів і перехід до нової, далеко не завжди з першого разу зрозумілої, системи. Для того, щоби повністю відповідати вимогам до вступу в ЄС, Україна також повинна проводити відповідну реформу освіти [1-6].

**Основна частина.** Викладання у всіх коледжах та вищих навчальних закладах у нас завжди велося за стрічковою системою, тобто предмет не поділявся на модулі, кредитна система була зародкова, для кожного курсу були чітко визначені предмети, що мали вивчатися. Студент не

мав можливості самостійно формувати свій навчальний план. Вивчення предметів починалося з часу, визначеного міністерським навчальним планом, йшло безперервно, протягом всього цього часу студент працював під контролем викладача, проводився поточний контроль знань у вигляді опитувань на кожному занятті та періодичних підсумкових занять, завершувався такий цикл іспитом або диференційованим заліком. Зараз потрібно повністю відкинути старе і переходити до принципів навчання, задекларованих Болонською конвенцією. Для тих країн, яким не був властивий такий спосіб викладання, це є досить важким і болючим кроком, тому що необхідно повністю змінити психологію та методологію навчального процесу, переглянути та переробити всі навчальні плани, програми, привести у відповідність до вимог матеріальне забезпечення занять.

Ці зміни стосуються освіти в цілому. Не є виключенням і медсестринська освіта. На даний момент в Україні існує два рівні медсестринської освіти: молодший спеціаліст (I рівень акредитації) та бакалавр медицини (II рівень акредитації). Як і в усіх інших галузях, освіта медсестер – молодших спеціалістів та медсестер – бакалаврів ведеться за стрічковою системою. Надалі я буду говорити тільки про медсестринську освіту або, іншими словами, за підго-

---

© Б.А. Локай, 2006

товку спеціалістів за фахом "Сестринська справа". Освіта бакалавра за фахом "Сестринська справа" триває 2 роки при денній формі і 3 роки при вечірній формі навчання, надається тільки на базі вже здобутої попередньо освіти з таких спеціальностей, як медична сестра (5.110102 "Сестринська справа"), фельдшер (5.110101 "Лікувальна справа") та акушер (5.110107 "Акушерська справа"). Тобто підготовка бакалаврів медицини за фахом "Сестринська справа" в даний час ведеться за принципом 2+2. Загальний термін навчання бакалавра медицини складає 4 роки при денній формі навчання.

З 1 вересня 2006 р. введено в дію нові навчальні плани зі спеціальності 5,110102 "Сестринська справа", які базуються на засадах кредитно-модульної системи. Збільшено термін підготовки медичних сестер з 2 до 3 років на базі повної середньої освіти. Підготовку медичних сестер – бакалаврів планується скоротити до 1 року. Одночасно буде розпочато подальшу підготовку медсестер-бакалаврів до рівня магістрів медицини з фаху "Сестринська справа", чого в Україні раніше не було. Тому перед нами вже зараз стоїть питання про розробку навчальних планів згідно з новими вимогами до освіти.

Аналізуючи навчальні плани підготовки медичних сестер-бакалаврів можна відмітити, що вони значно переобтяжені предметами гуманітарного циклу. Тоді, як за вимогами Болонської конвенції, гуманітарний цикл має складати не більше 9-10% від загальної кількості годин, в існуючих планах він становить більше третини, причому більшість з предметів, які включені до цього циклу, студенти вивчали ще у школі. Також відмічається невідповідність між предметами фундаментальної та фахової підготовки в Україні і тими, що приведені в переліку предметів Болонської конвенції. Дуже велика кількість годин відводиться на лекції, практичні та семінарські заняття, тоді як згідно з новими вимогами необхідно більше годин виділяти на самостійну роботу студентів. В існуючих навчальних планах самостійна робота студентів складає, в кращому випадку, третину від кількості годин на предмет. Якщо переглянути робочий навчальний план підготовки медичної сестри-бакалавра, розроблений на основі орієнтовного навчального плану, який використовується для підготовки медичних сестер у ННІ медсестринства Тернопільського державного медичного університету, то побачимо, що основним методом навчання студентів є робота під постійним контролем викладачів їх знань та засвоєння мате-

ріалу. Практично це веде до того, що студент не набуває навичок самостійної роботи, не вчиться думати й аналізувати. Вирішення більшості питань він перекладає на викладачів, що негативно відображається на його професійній діяльності після закінчення навчального закладу. Крім того, у багатьох медичних коледжах, які не мають тісного зв'язку з лікувальними закладами міст, де вони розташовані, або лікувальні заклади не можуть прийняти всіх студентів для набуття ними практичних навичок, викладання ведеться в аудиторіях, в кращому випадку на фантомах, а в гіршому – виключно теоретично.

Тому медичний коледж при ТДМУ має ряд переваг. Викладання всіх клінічних дисциплін ведеться безпосередньо в клініках – базах вищих навчальних закладів, студенти мають змогу відпрацювати навички спілкування з хворими, зібрати анамнез, встановити сестринський діагноз, розробити рекомендації з догляду за хворими не теоретично, а стосовно до конкретного пацієнта. Це також дає можливість ще до початку професійної діяльності набути певного клінічного медсестринського досвіду. Медсестри-бакалаври можуть досконало вивчити роботу старшої медсестри відділення або головної медсестри лікарні, певною мірою допомагати їм, що також веде до набуття досвіду в галузі, для якої їх готують. У цикл навчання як медсестер, так і медсестер-бакалаврів входить практичне навчання. Для цього в робочих навчальних планах виділені години, існують програми виробничої та переддипломної практики, які розроблені на основі освітньо-кваліфікаційних характеристик. Це також дає можливість студентам набути практичних навичок, необхідних для виконання своїх професійних обов'язків. Цьому додатково сприятиме введена в ТДМУ з 1 вересня 2006 р. система єдиного дня, згідно якої студент від 9 до 15 год працює на одній і тій самій кафедрі. Завдяки цьому студенти можуть набагато більше часу приділяти власне клінічній практиці та більш ґрунтовному засвоєнню матеріалу.

Після успішного завершення навчання медсестри отримують диплом державного зразка і мають право працювати в лікарнях. На жаль, досі не зовсім раціонально використовуються знання та навички медсестер-бакалаврів в лікувальних закладах.

**Висновки.** 1. В Україні необхідно якомога швидше приводити медичну освіту взагалі і медсестринську освіту зокрема відповідно до ви-

мог сьогодення. Це дасть змогу використати досвід навчання різних країн, покращити рівень підготовки фахівців шляхом переміщення їх між різними навчальними закладами, дасть можливість студенту після закінчення навчання бути конкурентноспроможним на світовому ринку праці.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Шегедин М.Б. Медсестринство в Україні // Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 279 с.
2. Hall D.S. Nursing-Starting points for reasoning // The Danish Nurses' Organization. – 1990. – 46 р.
3. Кривошеєв Г.Г., Мучинская С.П. Состояние и перспективы подготовки специалистов со средним медицинским образованием в СССР // Фельдшер и акушерка. – 1991. – № 6. – С. 5-9.
4. Перфильева Г.М. Сестринское дело в России: Автореф... дис... д-ра мед. наук. – М., 1995. – 46 с.
5. Salvage J. Национальный план действий по развитию сестринского дела или осуществление желанной перспективы // WHO ICP|HRH 301|v|Rev. 1. – Копенгаген, 1993. – 0087А. – 63 р.
6. Державний класифікатор України. Класифікатор професій. ДК 003-95 // Держстандарт України. – Київ. – 1995. – С. 10.

УДК: 614.253.5:37(73)

## МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ДІАГНОЗ У СИСТЕМІ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ МЕДСЕСТЕР У США

Ю.І. Сливка

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*


---

У статті подається визначення, розкривається зміст поняття "медсестринський діагноз" в системі медичної освіти в США.

---

## NURSING DIAGNOSIS IN THE SYSTEM OF PROFESSIONAL EDUCATION IN USA

Yu.I. Slyvka

*Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky*


---

The article is dedicated to the evaluation and explanation of term "nursing diagnosis" in medical educational system in the USA.

---

**Вступ.** Принциповим моментом медсестринської освіти в США є формування професійного мислення і алгоритму прийняття рішення майбутнім спеціалістом. Кардинальним поняттям професійного мислення є поняття "медсестринський діагноз", навколо якого ґрунтується алгоритм виконання професійних обов'язків. В Україні більш відоме поняття "медичний діагноз".

**Основна частина.** *Медичний діагноз* (medical diagnosis) – це ідентифікація патології, що базується на клінічних симптомах, анамнезі, результатах медичних тестів і процедур.

Встановлення медичного діагнозу і призначення лікування є виключно завданням лікаря. Так, класичними лікарськими діагнозами є "інфаркт міокарда", "цукровий діабет", "ревматоїдний артрит". Кожен з них в лікаря асоціюється з необхідними діагностичними і лікувальними процедурами.

*Медсестринський діагноз* (nursing diagnosis) – є клінічною оцінкою індивідуальної, сімейної чи суспільної відповіді на наявну чи ймовірну загрозу для здоров'я пацієнта або зміни життєдіяльності (NANDA International 2003).

Цей діагноз описує відповідь пацієнта на зміну стану здоров'я в аспекті, що медсестра може оцінити і відповідно надати допомогу. Наприклад, такий діагноз може звучати як "порушення цілісності шкірних покривів". Незалежно від причини виникнення цього стану (це може бути наслідок травми, післяопераційна рана, пролежень та ін.), діагноз орієнтує медсестру на комплекс заходів, які необхідні аби не допустити інфікування, забезпечити умови для загоєння, зменшити дискомфорт і біль.

*Історія становлення медсестринського діагнозу.* Розвиток медсестринства і медсестринської освіти в США завжди базується на пацієнт-орієнтованому принципі (client-centered problems), що вимагав від персоналу коротко і точно сформулювати проблему пацієнта, що орієнтує медсестру на комплекс стандартних заходів для надання допомоги. Вперше це поняття з'явилося в літературі в 1950 р. і викликало багато дискусій. В 1973 році відбулася перша національна конференція, присвячена класифікації медсестринських діагнозів і стандартизації допомоги, щодо сформульованого діагнозу. Тоді ж принципи медсестринського діагнозу були введені в Стандарти Клінічної Медсестринської Практики (Standards of

Clinical Nursing Practice). В 1982 році утворилася професійна асоціація Північно-Американської Медсестринської Діагностики (North American Nursing Diagnosis Association- NANDA), що запровадила класифікацію медсестринських діагнозів. У 2003 на її основі утворилася організація NANDA International, що забезпечує уніфікацію термінології і таксономії, а також медсестринських втручань і їх наслідків у міжнародному масштабі. Отже, становлення медсестринського діагнозу ще не завершено, але вже зараз це поняття відіграє провідну роль в роботі середнього медсестринського персоналу.

Медсестринський діагноз (МД) складається з трьох частин, що відповідно відображають проблему, етіологію і провідні симптоми пацієнта. Принципи формулювання МД викладені в спеціальній довідниковій літературі.

Розглянемо це на такому прикладі.

Медсестра патрунує літнього пацієнта, що має хронічне обструктивне захворювання легень. Основними скаргами є задишка при незначному фізичному навантаженні, що супроводжується серцебиттям, постійна втома.

На думку медсестри, діагнозом буде "обмеження фізичної активності" (проблема пацієнта), які обумовлена "дисбалансом між потребою і споживанням кисню" (етіологія) і супроводжується "слабкістю, задишкою, серцебиттям" (основні симптоми). Отже, основними завданням медсестри, відповідно до діагнозу, в даному випадку є забезпечення основних потреб пацієнта (як медичних, так і соціальних) з врахуванням обмежень його фізичної активності.

В основі встановлення медсестринського діагнозу лежить діагностичний процес, що включає в себе: збирання і оцінку інформації (даних про пацієнта), перевірку отриманої інформації, аналіз та інтерпретацію даних, встановлення потреб пацієнта, і власне встановлення медсестринського діагнозу. Діагностичний процес є динамічним і вимагає від медсестри постійного оновлення інформації про пацієнта, переоцінки даних і можливої зміни медсестринського діагнозу, що є основою формування медсестринського плану лікування. Збирання інформації включає в себе як безпосереднє отримання інформації від пацієнта, так і спілкування з родиною, друзями, використання інших різноманітних джерел інформації про пацієнта. Отримана інформація сортується за значущістю для лікувального процесу і формується у відповідні кластери. Так, прикладом

такого сортування можуть бути дані підсумку збору інформації про пацієнта, що госпіталізований з приводу новоутворення кишечника, що наводиться в базовому підручнику з медсестринства.

Фізичні дані і дані розвитку пацієнта: кров в калі протягом 3 тижнів, втрата ваги до 10 кг, гемоглобін 110 г/л, дані біопсії під час проведення колоноскопії (рак кишечника), сімейна історія раку шлунка та інфаркту міокарда. Інтелектуальні сфера: комунікабельний, цікавиться власною хворобою, збирає відповідну інформацію, легко сприймає нову інформацію. Емоційна сфера: роздратований, пригнічений після повідомлення результатів біопсії, з нетерпінням і певним страхом чекає на операцію. Соціальна сфера: активно контактує з сусідами, має дружину і 2 синів. Духовна сфера: віруючий, регулярно відвідує методистську церкву, щоденно молиться і читає Біблію. Аналіз даних пацієнта вказує на основну проблему: "порушення роботи кишечника", що зумовлено наявністю пухлини. З цих даних випливають основні завдання для медсестри: підготувати пацієнта до операції, забезпечити необхідною інформацією про хворобу і допомогти її інтерпретувати, заспокоїти хворого (можливо із залученням священика відповідної церкви, родини і друзів).

Варто особливо підкреслити, що завданням медсестри є соціальна і психологічна реабілітація пацієнта. Визначення потреб хворого в спілкуванні, ліквідація соціальної ізоляції, залучення до роботи з хворим відповідних державних, соціальних і громадських інститутів є важливим завданням медсестри.

Коли вся отримана інформація розподілена по певних групах-кластерах, що визначають потреби пацієнта, медсестра готова сформулювати діагноз. Слід зазначити, що отримана медсестрою інформація може відобразитися в діагнозах трьох видів: 1) актуальний медсестринський діагноз (actual nursing diagnosis) – описує реакцію пацієнта на існуючу проблему з урахуванням його індивідуальних, сімейних і суспільних особливостей. Приклад: "діарея"; 2) діагноз, що відображає ризики для пацієнта в зв'язку з хворобою (risk nursing diagnosis). Приклад: "ризик розвитку інфекції" 3) діагноз, що відображає загрозу для індивідуального, сімейного чи соціального добробуту (actual nursing diagnosis) Приклад: "самотність", "нездатність керувати транспортним засобом".

Як правило, медсестри мають справу з пацієнтами з множинними діагнозами і різними симп-

томами. Таке різноманіття зумовлює індивідуалізацію кожного хворого і створює певний образ в пам'яті медсестри, що дозволяє його запам'ятати (nurse mind mapping).

Приклади формулювання медсестринських діагнозів, згідно NANDA International, наведені в таблиці. Як видно з наведених прикладів, тут враховано як медичні, так і соціальні, психологічні, сімейні, культурні ознаки пацієнта, вказано основні загрози для його здоров'я.

Знайомство з поняттям медсестринського діагнозу, як його розуміють в системі медичної освіти і практичної роботи лікувальних закладів США, нашоухує на пошук еквівалентів у роботі медсестер в Україні. І тут на думку

спадає своєрідний набір усталених виразів, якими наші медсестри характеризують хворих з точки зору виконання своїх професійних обов'язків (хворий неспокійний, пацієнт не здатний до самообслуговування та ін.). Перечитаючи перелік термінів, що використовують американські медсестри, зустрічаєш багато знайомих виразів, що використовуються і в Україні. Є звичайно формулювання, що потребують пояснень і відображають суспільні, соціальні чи культурні особливості роботи в США. Разом з тим аналіз такого важливого аспекту роботи медсестри, як формулювання "медсестринського діагнозу" дозволяє прийти до наступного висновку.

**Таблиця. Приклади формулювання діагнозів медсестрами згідно з NANDA International.**

|   |  |
|---|--|
| Порушений газообмін                               | Незбалансоване харчування: більше ніж потреба пацієнта |
| Затримка росту і розвитку                         | Незбалансоване харчування: менше ніж потреби пацієнта  |
| Ризик диспропорційного росту                      | Ризик незбалансованого харчування                      |
| Неефективність заходів щодо підтримання здоров'я  | Порушення цілісності слизових оболонок                 |
| Безнадія  | Гострий біль   |
| Гіпертермія                                       | Хронічний біль   |
| Гіпотермія  | Ризик отруєння   |
| Порушення самоідентифікації                       | Посттравматичний синдром                               |
| Функціональна затримка сечі                       | Ризик посттравматичного синдрому                       |
| Рефлекторна затримка сечі                         | Безсилля   |
| Стресорна затримка сечі                           | Ризик безсилля   |
| Раптова затримка сечі                             | Травма після згвалтування                              |
| Ризик раптової затримки сечі                      | Стрес від зміни місця перебування                      |
| Порушення поведінки дитини                        | Незадоволеність життям                                 |
| Ризик порушення поведінки дитини                  | Нездатність вдягнутися                                 |
| Неефективність харчування дитини                  | Нездатність до самообслуговування                      |
| Ризик інфекції                                    | Нездатність самостійно ходити (їсти)                   |
| Ризик пошкодження                                 | Пацієнт спить  |
| Ризик периопераційного пошкодження                | Порушення соціальної адаптації                         |
| Ризик самотності                                  | Душевний дистрес                                       |
| Самотність  | Ризик раптової смерті                                  |
| Порушення пам'яті                                 | Неефективна терморегуляція                             |
| Порушення мобільності в ліжку                     | Затримка відновлення після операції                    |
| Порушення фізичної мобільності                    | Неефективність лікування                               |
| Порушення мобільності на візку                    | Порушення ковтання                                     |
| Нудота  | Порушення цілісності тканин                            |
| Блювання  | Порушення ходи   |
| Пацієнт незгідний співпрацювати з мед. персоналом | Підвищені сподівання                                   |

**Висновок.** У сучасному світі медична допомога (як лікарська, так і сестринська) уніфікується. Відповідно у вимог системи освіти будь-якої країни є теж її уніфікація та інтеграція. Відповідну функцію в організації роботи медсестри в США має "медсестринсь-

кий діагноз", що відповідно відображається в системі медичної США. Фактично елемент "медсестринського діагнозу" присутній і в роботі українських медсестер, хоча не має такого значення як в США і не є предметом вивчення в медичній школі.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Ackley B.J., Ladwig G.B. Nursing Diagnosis Handbook: A guide to planning care (6<sup>th</sup> ed.) St. Louis, MI: Elsevier Mosby. – 2004. – P.1099.

2. Potter P.A., Perry A.G. Fundamentals of nursing (6<sup>th</sup> ed) St. Louis, MI: Elsevier Mosby. – 2005. – P. 1727.

УДК: 614.253.52(73)

## ФІЛОСОФІЯ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ У МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ШКОЛАХ США

А.А. Лепявко

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

---

Стаття описує ряд особливостей підходів до навчання студентів у медсестринських школах США.

---

PHILOSOPHY OF THE NURSING EDUCATION  
IN THE AMERICAN NURSING SCHOOLS

A.A. Lepyavko

*Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky*

---

The article describes a number of educational approaches common at the American nursing schools.

---

**Вступ.** Зважаючи на стрімкий розвиток медичних технологій та збільшення вимог до знань та вмій середнього медичного персоналу, протягом останнього часу в медсестринських школах США значну увагу приділяють комплексній підготовці студентів до майбутньої професійної діяльності.

Відомо, що в США, на відміну від багатьох інших країн, перед випускниками шкіл медсестринства відкриваються надзвичайно різноманітні альтернативи продовження кар'єри, в тому числі є можливість ведення самостійного прийому пацієнтів, ведення приватної практики. Окрім того, типовим для клінік США є те, що основне навантаження при роботі з пацієнтами несе середній медичний персонал, адже лікарі через дуже високу собівартість власного робочого часу приділяють хворим набагато менше часу, ніж, скажімо, їхні колеги з країн Європи. З огляду на це, підготовка медичних сестер у США має ряд особливостей, завдяки яким середній медичний персонал, котрий приходить на роботу в клініку, може працювати на високому професійному рівні [1,2].

**Основна частина.** Комплексна оцінка знань випускника медсестринської школи США, як відомо, проводиться на підставі балів, отриманих під

час ліцензійного іспиту NCLEX. Для успішної здачі даного іспиту і, більше того, для подальшої вдалої практичної діяльності студентів медсестринства орієнтують на чітке розуміння прав та обов'язків – своїх власних, а також пацієнта, лікаря та решти колег по роботі [2].

Особливе місце відводиться опануванню правильного підходу до діяльності медсестри, зокрема розумінню таких понять, як першочерговість, передача повноважень (делегування), надання призначень [3].

Багаторічний досвід практичної медсестринської діяльності в США доводить, що найуспішнішим є такий підхід до роботи з пацієнтом, коли враховуються бажані для нього та його сім'ї наслідки лікування. Без розуміння потреб і прагнень пацієнта медична сестра не може належним чином оперувати поняттями першочерговості, делегування, надавання призначень.

Одночасно більшість гострих клінічних випадків є складними, адже хворих часто госпіталізують із супутніми захворюваннями, а медичний персонал, який працює з ними, має різний рівень знань і навичок. При цьому від медсестри вимагається вміння мислити критично та проводити комплексну оцінку клінічної ситуації, вміти давати виважену і чітку відповідь, уникати двозначності у

висловлюваннях. Правильне розуміння вказаних понять допомагає медичним працівникам працювати на високому професійному рівні [4].

Під першочерговістю слід розуміти вміння медсестри відрізнити проблему, яка потребує термінового, негайного вирішення, від такої, розв'язання якої можна відкласти на потім. При цьому у конкретному клінічному випадку треба розуміти, яку саме допомогу пацієнт очікує від медсестри, вмінти прогнозувати хід клінічної ситуації та можливі ускладнення, спланувати тактику ведення хворого та визначити роль кожного з членів медичної команди при наданні допомоги пацієнту.

При міркуванні над відповідним питанням слід керуватися наступними положеннями.

1. Чи виникне загроза життю хворого, якщо я не виконаю цю маніпуляцію негайно? Чи не постраждає інший пацієнт, якщо я її робитиму зараз, чи можна відкласти це на потім?

2. Чи є дана маніпуляція безпечною для пацієнта?

3. Чи дійсно ця маніпуляція або дія є необхідною при проведенні медичної, медсестринської допомоги?

Також виділяють три рівні першочерговості при наданні допомоги пацієнтам.

1. Контроль за прохідністю дихальних шляхів, наявністю дихання і серцебиття, присутністю вітальних знаків.

2. Зміни розумової діяльності та психіки, гострий біль, гострі порушення роботи сечовидільної системи, зміни показників в лабораторних тестах, врахування можливих ризиків і ускладнень.

3. Попередження можливих віддалених змін у стані здоров'я пацієнта.

Делегуванням називають передачу медсестрою повноважень компетентній особі, яка має виконати конкретну медсестринську дію в конкретній ситуації. Здебільшого такою особою є інша медсестра, яка працює в тому ж відділі у тій же чи наступній зміні.

Давати призначення чи вказівки медсестри в США можуть своїм помічникам-асистентам. Дані представники молодшого медичного персоналу зобов'язані здати іспит і отримати сертифікат помічника медичної сестри.

Передаючи повноваження чи даючи вказівки, медсестра повинна правильно оцінювати рівень професійної підготовки, а також знань і вмінь людини, з якою вона працює. Особливо це стосується помічників медичних сестер. Одночас

медична сестра повинна проводити нагляд і контролювати процес виконання відповідних дій її помічником [5].

Звичайно, під час своєї роботи медсестра має враховувати індивідуальні особливості пацієнта і конкретну клінічну ситуацію. Передавати повноваження та робити вказівки їй допускається лише в межах своєї компетенції.

При даванні призначень медичній сестрі треба враховувати наступне.

1. Яка динаміка стану хворого, чи є його стан стабільним?

2. Наскільки технічно складною є дана вказівка?

3. Які заходи щодо попередження інфікування треба провести?

4. Чи потрібно при догляді за хворим задіювати якусь спеціальну техніку? Якщо так, то хто вміє з нею працювати?

5. Наскільки ретельний контроль потрібно буде проводити за роботою помічника?

6. Чи зможуть роботу цього помічника контролювати інші медичні сестри?

7. Яким чином можна буде забезпечити тривалий догляд?

8. Чи є якісь особливі причини для передачі повноважень при роботі з пацієнтом, чи є у нього якісь особисті вподобання?

Таким чином, правильно сформульована вказівка має робитися особі, яка уповноважена її виконати. Це має відбуватися при належних обставинах і контролюватися належним чином. Особливо ретельним має бути контроль з боку досвідчених медичних сестер на роботу їхніх молодих колег у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії [4].

Медичним сестрам треба знати, чи достатньо є повноважень у представника молодшого медичного персоналу для виконання певної дії чи маніпуляції. Адже серед допоміжного медичного персоналу в США є близько 100 різноманітних фахівців з різною спеціалізацією. Тому медсестрам необхідно досконало знати обов'язки і можливості всіх своїх співробітників [5].

Важлива роль відводиться у навчанні американських студентів і опануванню вміння правильно спілкуватися з колегами по роботі. Хоча частина медсестер і вважає, що "кожен знає свою роботу", все ж багато з них витрачає значну частину часу на давання вказівок колегам, якщо це необхідно. При цьому вимагається чітке фор-

мулювання висловлювань та уникнення двозначності. Іноді рекомендується навіть перепитати співпрацівника, щоб перевірити правильність його розуміння поставленої задачі.

Також важливою є лаконічність і конкретність мовлення. При вивченні принципу роботи біохімічного аналізатора, наприклад, не ставляться запитання до студентів щодо особливостей транспорту калію чи глюкози через клітинні мембрани. Слід чітко відокремлювати першорядні речі для вивчення на даний момент від інших, які можна вивчити пізніше, щоб не перевантажувати інших надлишком інформації.

Акцентується увага і на точності висловлювань, що дозволяє уникнути непорозуміння, і на субординації при спілкуванні з колегами по роботі і пацієнтами відповідно до правил внутрішньолікарняного розпорядку та вимог, затверджених у відповідному навчальному закладі чи клініці.

Повнота і закінченість сформульованих думок також є необхідними, адже при цьому колегам по роботі не доведеться здогадуватися про ню-

анси почутої думки. Кожен член медичної команди повинен щоразу мати чіткий план навчання чи роботи протягом відповідного дня, бути готовим дати конкретну відповідь на поставлене до нього запитання.

Вище було наведено ряд положень, які використовуються при навчанні студентів медсестринських дисциплін у навчальних закладах більшості штатів США. Проте потрібно зазначити, що визначення питань першочерговості, делегування, надання призначень медичними сестрами часто є відмінними у різних штатах цієї країни. Більше того, такі відмінності можуть існувати навіть у різних навчальних закладах чи клініках одного й того самого штату.

**Висновки.** 1. В умовах наближення української медсестринської освіти до західних стандартів варто враховувати досвід американських колег. 2. Запозичення ряду позитивних досягнень американських медсестринських шкіл не вимагає значних капіталовкладень, натомість це може сприяти розвитку та вдосконаленню вітчизняної медсестринської освіти.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Zerwekh J., Claborn J. Nursing today: Transitions and trends. (4<sup>th</sup> ed). Chapter 10 by Hansten and Jackson. St. Louis: Elsevier, 2003.
2. Silvestri L. Saunders comprehensive review for the NCLEX RN examination. (3<sup>rd</sup> ed). St. Louis: Saunders, 2004.
3. Linda A. LaCharity, Candice K. Kumagai, Barbara Bartz. Prioritization, delegation and assignment. – 2006. – P. 3-12.
4. Alfaro-Lefevre R. Critical thinking and clinical judgment: A practical approach. (3<sup>rd</sup> ed). St. Louis: Saunders, 2004.
5. Hansten R. Delegation and supervision of assistive personnel: Making teamwork work! – 2004 <http://www.MyFreeCE.com>

УДК: 378

## ВАЖЛИВІСТЬ ВДОСКОНАЛЕННЯ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ ВИКЛАДАЧАМИ, ЩО ПЛАНУЮТЬСЯ ДО УЧАСТІ В УКРАЇНСЬКО-АМЕРИКАНСЬКОМУ ПРОЕКТІ

А.І. Прокопчук

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

---

В статті обговорюється новий підхід до вивчення викладачами університету англійської мови.

---

## IMPORTANCE OF IMPROVEMENT ENGLISH BY FACULTY MEMBERS WHO ARE PLANNED TO BE PARTICIPANTS OF UKRAINIAN-AMERICAN PROJECT

A.I. Prokopchuk

*Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky*

---

A new approach for learning English by faculty members of the university has been discussed in the article.

---

**Вступ.** В умовах інтеграції до європейського та американського освітнього простору серед першочергових завдань постає завдання постійного вдосконалення викладачами знання англійської мови. Зокрема, це є однією із вимог участі освітніх навчальних закладів у низці міжнародних проектів за зразком українсько-американського освітнього проекту у медсестринстві.

**Основна частина.** Вдосконалення знань з іноземних мов на сьогоднішньому етапі формування співпраці з різними навчальними закладами має стати одним із пріоритетних завдань вищої медичної школи. Залучення іноземних громадян до навчання в українських навчальних закладах є значно привабливішим, якщо їм пропонується англійськомовне навчання і професорсько-викладацький склад ВНЗ володіє англійською мовою на рівні, який є достатнім для викладання. Сьогодні можна сказати, що головним критерієм для англійськомовних студентів у процесі вибору ВНЗ в Україні є рівень володіння його викладачами англійською мовою.

Формування взаємної праці з вищими освітніми закладами англійськомовних країн передбачає

постійне спілкування та обмін знаннями та досвідом, що буде значно полегшено, якщо обидві сторони матимуть можливість спілкуватися англійською мовою. На сьогоднішній день англійська мова є найвживанішою у міжнародному спілкуванні представників вищих навчальних закладів світу.

Крім того, володіння інформацією сьогодні є вирішальним чинником у успішному виживанні в умовах формування єдиного освітнього європейського простору. Інтернет з його численними інформаційними можливостями стає великою "бібліотекою", з величезною кількістю англійськомовних джерел.

Тому участь у міжнародних проектах на зразок майбутнього українсько-американського проекту з медсестринства неможлива без достатньо досконалого володіння викладачами англійською мовою.

Якою ж повинна бути вузівська політика щодо відбору та підготовки викладацького складу з відповідними знаннями англійської мови?

У Тернопільському державному медичному університеті ось уже десять років здійснюється викладання іноземним студентам англійською мовою. На теперішній час в університеті навчається

---

© А.І. Прокопчук, 2006

ся біля 500 іноземних студентів з більше ніж 28 країн світу. У закладі сьогодні є більше 100 викладачів, які володіють однією іноземною мовою на тому чи іншому рівні.

Підготовка викладацького складу університету здійснюється на постійній основі. В університеті працює спеціальна комісія з визначення рівня володіння іноземною мовою. Комісію очолює перший проректор університету, до її складу входять викладачі кафедри іноземних мов та викладачі, що навчалися в університетах англійської мови країн. За результатами тестування, що включає граматичні тести та усну співбесіду, претенденти отримують сертифікат про рівень володіння мовою. Сертифікат має трирічний термін дії, по закінченні якого викладач повинен перекласти тестування. За бажанням, викладач може вирішити перекласти тестування через деякий час після інтенсивного самовдосконалення. Таким мінімальним проміжком часу має бути півроку за умови відвідування курсів.

Рівнів володіння мовою є три: перший, що вважається найвищим, другий та третій. Окрім цього, за результатами тестування викладачам надаються рекомендації з побажаннями, які саме розділи знань з англійської мови потребують подальшого вдосконалення. Зазвичай усім викладачам рекомендується відвідування курсів англійської мови, що викладаються на кафедрі іноземних мов університету. Усі викладачі, що мають бажання вдосконалювати знання з іноземної мови, навчаються на спеціальних курсах з вдосконалення англійської мови. Курси включають оволодіння знаннями з граматики англійської мови, вдосконалення розмовної мови, ораторських навиків, умінь ділового листування тощо.

Рушієм до самовдосконалення, особливо в сьогоденні умовах, є фінансовий стимул. Коштами спеціального фонду, за рішенням університетської вченої ради, було вирішено щомісячно преміювати викладачів, котрі викладають англійською мовою залежно від рівня володіння англійською мовою та кількості відповідно вичитаних англійською мовою годин. Досвід показує, що коли таке преміювання було незначним і однаковим для всіх рівнів, то воно не виступало особливим стимулом для професорсько-викладацького складу.

Іншою необхідною умовою для підвищення рівня володіння англійською мовою для викладачів є зменшення педагогічного навантаження. Надмірна зайнятість викладачів, з їх слів, є головним, що перешкоджає не тільки провести занят-

тя на належному рівні, а й процесу самопідготовки з англійської мови. Це питання потребує нагального вирішення у міністерствах освіти і охорони здоров'я, особливо зважаючи на кількість англійських студентів.

Однією з передумов участі викладачів у спільному українсько-американському проекті з медсестринства є, безумовно, володіння англійською мовою. Коли професійно-викладацькі якості наших викладачів в основному задовольняють американську сторону, то рівень володіння англійською мовою є питанням номер один. Процес акредитації українських викладачів, що плануватимуться до участі у спільному українсько-американському проекті, на певному етапі включатимуть складання типового іспиту на рівень володіння англійською мовою TOEFL (Test of English as Foreign Language). Тому, на нашу думку, безперервне вдосконалення англійської мови є чи не найважливішою умовою залучення викладачів до участі у проекті.

Важливим компонентом роботи над вдосконаленням англійської мови серед викладачів, що будуть залучені до проекту, на нашу думку, є організація стажувань викладачів в медсестринських освітніх закладах США. Таке стажування є особливо корисним для викладачів, які не мають досвіду спілкування в англійській країні. Лише один місяць, проведений в англійській середовищі, є корисним для викладача, який прагне підвищити свій рівень володіння мовою.

Час від часу в університеті проводяться короткі курси англійської мови, які читаються викладачами з англійських країн. Останні такі місячні курси проводились двома викладачами з Англії. Із ними мали можливість спілкуватись всі викладачі, задіяні в українсько-американському проекті.

Придбання та робота з іноземними підручниками і компакт-дисками повинна стати пріоритетним напрямком у підготовці викладачів. В університеті є всі підручники, що використовуються для викладання медсестринства у кількох університетах і коледжах США. Всі викладачі, що готуються до проекту, можуть користуватись цими підручниками для самопідготовки.

**Висновки.** 1. Найважливішою передумовою якісного викладання англійською мовою студентам і участі викладачів медичного університету у міжнародних проектах є володіння ними на достатньому рівні англійською мовою.

2. В Тернопільському державному медичному університеті є можливості для викладачів, що

викладають англомовним студентам, постійно удосконалювати знання з англійської мови.

3. Матеріальним стимулом для таких викладачів є суттєві доплати до заробітної плати залежно від рівня володіння англійською мовою.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Марценюк В.П., Ліщенко Н.О., Прокопчук А.І. та ін. Медсестринська освіта в Університеті Південної Кароліни Апстейт. – Тернопіль: ТДМУ, 2006.

4. Іншим стимулом для самовдосконалення з англійської мови може бути зменшення педагогічного навантаження і поступове його приведення до рівня, що встановлений в університетах розвинутих країн.

2. Ліщенко Н.О., Усинська О.С., Шманько О.В. та ін. Дворічна медсестринська освіта в США (за узагальненим досвідом штату Каліфорнія). – Тернопіль: ТДМУ, 2006.

УДК: 614.253.52(73)

## РОЛЬ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ТЕОРІЙ У ПІДГОТОВЦІ СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У США

Н.В. Ревчук

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

Вдосконалення та необхідність пошуку нових шляхів розвитку сестринської справи привів до появи великої кількості медсестринських теорій. Особливо яскраво цей процес відображається у США.

Проживання в одній країні людей різних національностей, вірувань та культур зумовило появу багатьох, в подальшому всесвітньо відомих, теоретиків медсестринства. Які, наслідуючи, доповнюючи та заперечуючи один одного, забезпечують прогрес сестринської науки.

## NURSING THEORIES IMPORTANCE FOR MODERN NURSE TRAINING IN USA

N.V. Revchuk

*Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky*

Appearing of a large number of nursing theories was provoked by improving and necessity to find new ways of nursing development. This process is well shown in the USA. National, religious and cultural diversity caused the appearing of different world-known nursing theorists. They make nursing progress using imitation, protest, and supplement.

**Вступ.** Відомий теоретик медсестринства у США Вірджінія Хендерсон якось сказала: "Медична сестра робить для інших те, що б вони робили самі, якби мали можливість, бажання та знання. Але, насамперед, медична сестра повинна допомогти пацієнтові здобути незалежність у своїх діях якомога скоріше". Що ж таке медсестринська теорія і яке місце вона відіграє, зокрема, у підготовці сучасної медичної сестри США?

**Основна частина.** Теорію можна охарактеризувати як "внутрішню послідовну групу близьких стверджень (концепцій, визначень, суджень), які дають систематичне уявлення про певний феномен, важливий для описання, пояснення, прогнозування та контролю". Ці теорії використовуються для опису, розвитку, поширення та навчання в медсестринських навчальних закладах. Вони впроваджують схеми роботи медичних сестер для систематизування їхніх дій: що запитати,

як оглянути, на що звернути увагу та про що насамперед слід думати. Теорії забезпечують розвиток нових знань та підтверджують ряд існуючих. Вони використовуються для встановлення подібностей серед числа різних випадків у даному дослідженні, спрямовують медсестринський пошук та дії, прогнозують результати практичної діяльності, реакцію пацієнта. Допомагають описати, пояснити, спрогнозувати та призначити [1].

На основі теорій формуються відповідні моделі сестринського догляду – реалізація концепції сестринської справи, тобто, зразок, згідно якого ми поведимося; те, що допомагає уявити, на чому акцентувати увагу медсестри, якими повинні бути сестринські втручання.

Ще не так давно використання медсестринських моделей критично сприймалося, прогнозуючи провал впровадження холістичного догляду, утримуючи медичних сестер від мислення "поза дозволеними межами". Ця дилема вирішилася з допомогою багатьох госпіталів, які мали

та використовували "усні" плани догляду пацієнтів без індивідуального підходу, після чого погіршувалася стан здоров'я людей. Наприклад, однаковий підхід принесе різні результати при догляді пацієнтів після апендектомії: одного – похилого віку, з обтяженим анамнезом та рядом супутніх захворювань та іншого – молодого фізично здорового чоловіка без шкідливих звичок. Стало зрозумілим, що професійний обов'язок медичного працівника – підбирати індивідуальний план догляду для кожного окремо взятого пацієнта.

Умовно можна виділити наступні види теорій.

1. Описові теорії ідентифікують властивості та складові компоненти дисципліни.

2. Пояснюючі теорії вказують, як складові та їх властивості взаємопов'язані, та розглядають функціонування дисципліни.

3. Теорії прогнозування передбачають взаємозв'язки між складовими феномена та умовами його появи.

4. Теорії призначень звертають увагу на медсестринське лікування та наслідки втручань.

Розглядають теорії 4 рівнів.

1. Метатеорії – найабстрактніші, але їх найважче перевірити.

2. Великі теорії – концептуальні схеми, які визначають перспективний простір для медсестринської діяльності. Прикладами є теорія Ленінгер "Особливості догляду представників різних етнічних груп", теорія Н'юман "Здоров'я як розвиток самосвідомості" та теорія Парс "Становлення людини".

3. Теорії середнього рівня є помірно абстрактними та мають обмежене число відмінностей. Вони зручні для тестування, є важливими для медсестринських досліджень та практики. Прикладом є теорія Хас та Мур "Про догляд дітей з больовими відчуттями", Барнард – "Взаємостосунки із дітьми", Руланд та Мур – "Турбота наприкінці життя", Ульбріх – "Вправи як самогляд", Пендер – "Пропагування здорового способу життя" та Юнгер – "Вплив стресу".

4. Практичні – поєднують теорію з практикою. Чотирма кроками розвитку цих теорій є: фактори ізоляції, взаємовідношення, власне взаємостосунки та розвиток контролю над ситуацією

Теорії також можна розділити за типами: теорії потреби, взаємостосунків, наслідків та гуманістичні [1].

Вести мову про медсестринські теорії завше важко, оскільки догляд, турботу кожна людина

сприймає та оцінює по-своєму. Спільним для них є те, що вони охоплюють охорону здоров'я пацієнта у світлі взаємодії людей, навколишнього середовища та сестринського процесу. Цікаво зазначити, що більшість теорій медсестринства виникло протягом останніх 20 років. Більшість шкіл у США заохочують студентів створювати власні теорії як частину навчального плану. Дехто може заперечити, що таке нашестя нового може зашкодити практичній діяльності та спотворити загальне уявлення. Інші доводитимуть, що ентузіазм молодих вчених все ж таки знайде істину серед суперечностей.

Спочатку роль медсестри полягала лише у виконанні призначень лікаря. Це відобразилося у біомедичній теорії, яка посідає не останнє місце і сьогодні. Вона пропагує традиційний медичний та фізичний догляд та в основному зосереджена на лікуванні лише захворювання, майже не враховуючи психологічні, соціокультуральні чи політико-економічні відмінності між особистостями. Біомедична модель значною мірою об'єднує пацієнтів із подібними захворюваннями в одну групу без розмежування за релігійними, культуральними чи етнічними особливостями. Це відрізняє цю модель від соціальної теорії охорони здоров'я, яка акцентує увагу на суспільних та особистих змінах для покращання здоров'я суспільства [1].

Першим теоретиком, який чітко визначив значення та роль медичної сестри як медичного працівника, була Флоренс Найтінгейл. Її теорія була розроблена під час Кримської війни та містила ідею використання медсестрою чинників навколишнього середовища для забезпечення добробуту пацієнта. Медсестри поступово усвідомили, що лікування ґрунтується на боротьбі із хворобою як такою, без поточної оцінки стану пацієнта та задоволення його потреб не є задовільним.

На сьогодні у США найвідомішими теоретиками сестринської справи є І. Кінг, В. Хендерсон, М. Лейнінгер, Б. Н'юмен, Д. Орем, Х. Пепло, Р. Ріццо-Парс, І. Хемптон Роб, М. Роджерс, К. Рой, Х. Еріксон та ін. Також є багато дослідників, які вдосконалюють вже існуючі теорії та висувують свої судження як нове бачення системи. Моделі широко знаходять своє використання у різних закладах та країнах, зокрема у Європі досить поширена теорія Вірджинії Хендерсон. Зазвичай, різні галузі медсестринства надають перевагу певним "улюбленим" моделям сестринської справи. Наприклад.

1. Медсестринство у психіатрії – моделі Калісти Рой та “припливу-відпливу”.

2. Медсестринство у педіатрії – модель Анни Касей.

3. Медсестринство в догляді за дорослими – концепції Ф.Найтінгейл, моделі Рупер, Логан, Тірней та Доротеї Орем.

4. Медсестринство у реабілітаційних та общинних закладах – модель Доротеї Орем.

Для прикладу розглянемо найпоширеніші з них.

I. Адаптаційна модель навколишнього середовища Флоренс Найтінгейл.

Флоренс Найтінгейл першою дала чітке визначення медсестринству. Хоча її підходи оманливо прості (що є медсестринство і чим воно не є), вплив цих теоретичних праць є глибоким і має відношення до багатьох рівнів медсестринської практики сьогодні. Дослівно можна сказати, що вона розуміла медсестринство як “керування навколишнім оточенням, харчування та зберігання енергії пацієнта”. В подальшому також говорилося, чим не є медсестринство: обмеженим, визначеним лікарськими діями. Її системний підхід до охорони здоров'я (з переважаючим значенням профілактики, чистоти повітря та води, задовільних умов проживання та догляду за новонародженими) впевнено вкоренився у всіх лікувальних та реабілітаційних закладах [2].

II. Гуманістично-холістична теорія Вірджинії Хендерсон. Вбачає значення медсестринства у “допомозі індивідууму досягнути незалежності у активній праці для підтримання свого здоров'я чи його відновлення” (Henderson, 1966, с.15). Вона поділяє медсестринські дії на 14 складових, ґрунтуючись на потребах людини. Описує роль медсестри як замісню (виконує дії пацієнта), допоміжну (допомагає людині) чи комплементарну (співпрацює). Тобто, медична сестра створює умови для набуття пацієнтом максимальної незалежності [2].

III. Теорія адаптації С. Калісти Рой. Основними концепціями є людина чи група людей як адаптативні системи; навколишнє середовище як внутрішній та зовнішній стимули; здоров'я як існування та становлення цілісності; та медсестринська справа як мистецтво та наука пропагування адаптації. В основі концепції лежить філософське та наукове припущення. Метою моделі є прицільне спрямування медсестринської практики, досліджень та освіти. “Модель змушує думати про людину та її оточення, що важливо для будь-якого закладу. Це допомагає визначити пріоритети

догляду та спрямувати медичну сестру націлювати пацієнта змінювати поведінку “виживання” на поведінку “трансформації” [3].

IV. Теорія “Унітарність людського існування” Марти Роджерс. Дає радикальне бачення реалій медсестринської діяльності, подає структуру сестринської практики, освіти та дослідницької роботи, що обіцяє заміну попередніх домінуючих моделей медичного підходу наданням медсестринського догляду. Структура забезпечує альтернативу традиційному баченню медсестринства, яку можна описати як редуційна, механістична та аналітична. Про неї сказали, що вона має “вивести медсестринство з конкретної, статистичної закритої системи світогляду і рушити до змін багатьох упереджених ідей щодо медсестринства” (Smith, 1989). Власне, коли теорія була опублікована, “то стало зрозуміло, що вона суперечить усім існуючим на той час теоріям” (Sarter, 1988a).

V. Гуманістична теорія П. Беннер, М. Н'юман та Дж. Ватсон. Модель була розроблена М. Н'юман як метод навчання студентів вступному курсу медсестринства. Метою моделі було забезпечити холістичний огляд соціологічних, психологічних, соціокультурних та розвиткових аспектів існування людини. Багатовимірні та холістичні системні перспективи цієї теорії краще демонструють значимість та надійність серед широкого різномаття клінічних та освітніх закладів по всьому світі [4].

VI. Теорія “Самодопомоги” Доротеї Орем. В її основі лежить ідея наголошення здатності людини до самодопомоги і це також стосується догляду людей з обмеженими можливостями. Недостатність самодопомоги є результатом впливу навколишнього середовища. Ця модель розглядає три системи професійної медсестринської діяльності.

1. Компенсаторна система – медсестра надає всю допомогу.

2. Частково компенсаторна модель – медсестра дозволяє виконувати частину дій самому пацієнтові.

3. Система навчання та розвитку – пацієнт несе відповідальність за власне здоров'я, з допомогою медсестри-консультанта.

Вихідною умовою моделі є індивідуальна відповідальність пацієнтів за стан їхнього здоров'я та здоров'я оточуючих. У загальному розумінні індивідуум має здатність турбуватися про себе самого та про залежних від нього людей [2].

VII. Теорія "Становлення особистості" Розмарі Ріццо Парс. Вперше була опублікована в 1989 році як "Здоров'я людини". Назва була офіційно змінена в 1992 році. Структура теорії побудована навколо трьох незмінних тем: значення, періодичність, трансцендентність. Поняття "значення" покладене в основу першого принципу теорії, який означає, що люди співпрацюють у створенні поняття реальності через самовираження у щоденних діях обраним способом життя. Поняття "періодичність" є другим принципом, означає, що у кожний момент життя людина діє та проявляє себе не як сукупність можливостей та обмежень, а виявляє їх поступово окремо один від одного. Поняття "трансцендентність" є третім принципом, який означає, що рух на випередження "теперішнього часу" є методом обрання власного унікального шляху для особистості у середовищі невизначеному та постійно змінному [2].

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Fitzpatrick J.J., Whall A. L. Conceptual models of nursing: Analysis and application (3rd ed.): Stamford, CT: Appleton & Lange. – P. 27-54.
2. Tomey A.M., Alligood M.R. Nursing theorists and their work (4th ed.) St. Louis: Mosby – P. 482-495.

VIII. Теорія Ленінгер "Особливості догляду представників різних етнічних груп". Меделін Ленінгер була піонером серед медсестер-антропологів. Її подорож до Нової Гвінеї у 1960-х роках відкрила очі на потребу медсестри розуміти культуральні та історичні особливості пацієнтів для надання адекватної допомоги [2].

**Висновок.** Отже, сестринські теорії є концептуальними. Усі вони включають оцінку індивідуальних потреб пацієнта та надання необхідного догляду. Важливою частиною кожної моделі є чіткі завдання, згідно яких здійснюється медсестринський процес для надання якнайкращої допомоги пацієнтові. Тобто, допомагають сестрі здійснювати догляд за пацієнтом плавно, без різких для нього переходів. Майже всі моделі використовуються для складання плану догляду, що охоплює надання допомоги медичною сестрою, лікарем та іншим медперсоналом.

3. Roy, C. (1970). Adaptation: A conceptual framework for nursing // Nursing Outlook. – 18(3). – P 42-45.
4. Newman M.A. Caring in the human health experience // International Journal for Human Caring. 2002 6(2). – P. 8-12.

УДК 614.253.52(73)

## ПРИЧИНИ БРАКУ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ

О.В. Олійник

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

Стаття присвячена висвітленню причин браку медичних сестер у різних країнах світу.

THE REASONS OF NURSES' SHORTAGE IN DIFFERENT COUNTRIES  
OF THE WORLD

O.V. Oliynyk

*Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky*

The article is devoted to the review of the reasons of nurses' shortage in different countries of the world.

**Вступ.** Система охорони здоров'я передбачає наявність добре підготовлених медичних працівників, що забезпечують охорону здоров'я населення, профілактику і лікування захворювань і реабілітацію хворих на високому професійному рівні, з дотриманням етичних норм і при максимальному зниженні фінансових витрат. Недостатня кількість медсестер може уповільнити здійснення програми ВООЗ "Здоров'я для всіх" в країнах, що розвиваються, і може стати серйозною проблемою систем охорони здоров'я всього світу. Таке явище призводить до недостатнього розвитку первинної медичної допомоги і систем медичного забезпечення. Це явище зустрічається не тільки в країнах, що розвиваються (Бангладеш, Індія, Пакистан, Мексика, Колумбія та ін.), але і в багатьох розвинених (Австралія, Італія та ін.) країнах [1].

**Основна частина.** Сфера діяльності професійних медсестер, що регламентується законодавчо, поступово розширяється і включає всю більшу кількість медичних процедур, що раніше виконувалися лікарями. Медсестри проходять підготовку, що дозволяє їм самостійно ставити діагноз і призначати лікування (медикаментозне або інше) в випадку легких нездужань, за необхідності ме-

дичного спостереження або без нього [2]. У 1965 р в університеті Колорадо була розроблена перша програма професійної підготовки медсестер. Згідно програми, виконання медсестрами спеціальних медичних процедур розглядалося не як підміна функцій і повноважень лікаря, а як "логічне розширення традиційної сфери діяльності медсестри, що полягає в наданні допомоги пацієнтам в відповідності із захворюванням". У 1971 р Федеральний уряд США прийняв закон про підготовку медичних сестер, що вказав на необхідність розширення функцій медичних працівників, включаючи медсестер, в наданні медичної допомоги. Згідно цього закону, медсестри (registered nurse - RN) здійснюють первинні обстеження хворих, направляють їх на лабораторні діагностичні дослідження, оцінюють результати даних досліджень, мають право повідомити провізора по телефону про те, що хворому можна видати потрібні йому ліки, можуть направляти хворих на консультацію до фахівців і здійснювати окремі лікарські функції. Медсестра може замінювати лікаря при наданні первинної медичної допомоги, проведенні певних лікувальних процедур і на щоденних лікарських обходах [3].

У деяких країнах, що розвиваються, особливо в сільських районах, на медсестрах лежить

велика частина відповідальності за постановку діагнозу і призначення лікування у разі найпоширеніших захворювань. У віддалених сільських районах їх роль в лікувальному процесі, як і в проведенні заходів, направлених на поліпшення здоров'я населення, профілактику захворювань і реабілітацію видужуваних, істотно більше, ніж у дипломованих медсестер в міських лікарнях, укомплектованих лікарським персоналом [4, 5].

Основні проблеми підготовки професійних медичних сестер в різних країнах, при всій своїй різноманітності, включають:

- неадекватний розподіл ресурсів при підготовці фахівців і, як наслідок, недолік медсестер при надлишку лікарів;

- нерівномірний географічний розподіл кадрів, яскраво виражений брак медсестер різного профілю в сільських районах ;

- недостатнє фінансування державних систем медичного забезпечення в порівнянні з приватною медичною практикою і, отже, погані умови праці середніх медичних працівників, внаслідок чого зростають витрати на охорону здоров'я і знижується доступність медичного обслуговування [6, 7].

У країнах, що розвиваються, професія медсестри вважається малопrestiжною, при престижності професії лікаря, яка обумовлює високе соціальне положення. Якщо у Фінляндії і Швеції на одного лікаря доводяться 4 медсестри, то в країнах, що розвиваються, наприклад, в Індії і Бангладеш, –1-2, що відображає поширену тенденцію: підвищена увага надається підготовці лікарів і недостатня – середнього медичного персоналу. Соціальний статус медичних працівників середньої ланки в таких країнах низький, і в суспільстві існують забобони відносно до жінок, що працюють медсестрами. Система медичного забезпечення страждає при цьому від недоліку середнього медичного персоналу для розвитку і нормальної функціонування служб первинної медичної допомоги, приречена на великі витрати, пов'язані з вторинним і третинним медичним обслуговуванням. У тих країнах, де мають місце подібні явища, вони можуть виявитися основними чинниками низького рівня розвитку медицини [8, 9].

Ступінь нерівномірності географічного розподілу ресурсів виявляється при порівнянні да-

них по окремих регіонах. Порівняльний аналіз сукупних даних показує яскраво виражені відмінності: за даними 1984 р., у країнах Південної і Північної Америки на 10 тис. населення доводилося 56 медсестер і акушерок, в країнах Південно-східної Азії – лише 3,3 [10, 11].

Комітет охорони здоров'я Кіпру одногосно вирішив відкласти на рік контроль за виконанням закону, що зобов'язує приватні клініки найняти необхідний персонал, щоб відповідати стандартам Євросоюзу. Голова комітету охорони здоров'я Кіпру Антоніс Карас повідомив, що комітет вирішив подати на розгляд парламенту Кіпру законопроект, що дає клінікам додатково 12 місяців для найму персоналу. Вся решта положень закону, як і планувалося, вступить в дію з 1 квітня. Медична асоціація і власники клінік стверджують, що їх головна проблема — недолік медсестер, що робить неможливим відповідати вимогам закону, згідно якому одне лікарняне ліжко повинні обслуговувати 1,2 медсестри. Тому комітет продовжив відстрочення закону ще на рік, щоб дати час медперсоналу закінчити школи медсестер і зайняти вакантні місця [12, 13].

Значні проблеми з браком медичних сестер відзначаються в США. Медсестри є найбільшою групою медичних працівників в цій країні. Розширення сфери їх професійної діяльності призвело до поліпшення якості медичного обслуговування. Проте галузь охорони здоров'я вже зараз страждає від їх недоліку. Це при тому, що значна кількість медичних сестер є особами пенсійного віку. Хоча з 1950 по 1995 р. в США кількість медсестер більш ніж потроїлася, з 1985 р., коли вона досягла максимальних показників, спостерігається її зменшення. Воно супроводжується також зменшенням кількості шкіл медсестер. В 2000 році в країні не вистачало 6 % медсестер (registered nurses). У 2010 році передбачається зростання цієї цифри до 12 %, в 2015– до 20 %, в 2029– до 29 % [1]. При цьому попит на медичних сестер буде перевищувати їх кількість на ринку праці приблизно на 40 %. На рис. 1 сірим кольором відмічено штати, які будуть мати значну нестачу медичних сестер в 2020 році. Білим кольором відмічені штати без такої нестачі.



**Рис. 1.** Нестача медичних сестер у Сполучених Штатах Америки у 2020 році.

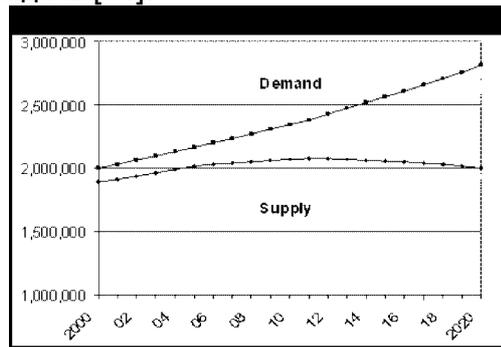
Передбачається зростання кількості штатів, з недостатньою кількістю медсестер з 30 у 2000р. до 44 в 2020 р. Причинами, які призводять до збільшення потреби у медичних сестрах у США [7].

- Прогнозоване ймовірне зростання кількості населення у 2020 р. на 18 % при переважанні та зростанні кількості осіб похилого віку.
- Стрімкий розвиток сучасних медичних технологій, який вимагатиме збільшення кількості обслуговуючого персоналу.
- Зростання кількості медичних закладів, які потребуватимуть для роботи медичних сестер.

Протягом трьох десятиліть 76 мільйонів сьогоднішніх "бемі-бумерів" замінять лише 46 мільйонів їх дітей. Вже до 2010 року країні може бракувати від 4 до 6 мільйонів пар робочих рук, що відбуватиметься на фоні зростання загальної кількості населення. Шпиталам країни будуть потрібні медсестри і сучасна техніка. А за 10 років, згідно даним Bureau of Labor Statistics, у США буде відкрито 255 тисяч нових вакансій для медсестер різних спеціальностей. Також будуть потрібні фармацевти і дослідники у області технології виробництва ліків.

Як вважає переважна кількість дослідників цієї проблеми [10], США не зможуть покрити недолік медсестер внаслідок відсутності викладачів. Це пов'язано з тим, що кваліфіковані медсестри, що мають найвищі кваліфікаційні ступені, віддають перевагу практичній роботі замість продовження освіти до рівня PhD [9]. Це обумовлено тим, що зарплата практикуючих медсестер в два-три рази вища викладаць-

кої. На думку американського Почесного товариства медсестер (Honor Society of Nursing), країні до 2012 року буде потрібно не менше 400000 медсестер. Враховуючи обставину неухильного зменшення кількості викладацьких кадрів, проблема забезпечення країни медсестрами стає вельми гострою. Вважається, що до 2020 року системі середньої і вищої освіти у світі додатково будуть потрібні 2,2 мільйона викладачів [14].



**Рис. 2.** Кількість медичних сестер, які випускаються навчальними закладами та їх потреба у США до 2020 року. (Фіолетова лінія – потреба у медичних сестрах, синя лінія – їх кількість на ринку праці).

Проблемним є те, що тільки 60% американських медсестер працюють в лікарнях. Інші практикують в різних приватних та суспільних установах. Згідно оцінки Американської національної асоціації медичних сестер, в 2000 р. з 850 тис. професійних медичних сестер тільки 530 тис. працювали в системі охорони здоров'я. Тільки 16% медсестер підвищують свою кваліфікацію, продовжуючи своє навчання по програмі бакалаврів. Ще меншою є їх кількість з освітами магістра та доктора сестринської справи. Особливо бракує анестезисток та медсестер, які працюють у відділеннях інтенсивної терапії, що, ймовірно, можна пояснити певними особливостями цих професій. В свою чергу, брак медсестер бакалаврів та магістрів обумовлює нестачу педагогічних кадрів для медичних закладів, які готують медичних сестер, оскільки тільки вони мають право на викладацьку роботу у США.

Крім того, у США між лікарями і медсестрами існував постійний конфлікт в питанні кількості і ролі медсестер. Медсестри боролися за велику незалежність і кращу академічну підготовку, тоді як Асоціація лікарів прагнула до збільшення кількості медсестер і збереження їх підлеглої ролі, а не до упровадження колек-

тивного підходу в забезпеченні медичного обслуговування.

Американська асоціація лікарень і Американська медична асоціація вимагають збільшення кількості медсестер, не дивлячись на те, що кількість лікарняних ліжок скоротилась на 40 тис. після впровадження концепції діагностич-

но-зв'язаних (або клініко-статистичних) груп DRG (Diagnostic Related Groups).

**Висновок.** Таким чином, більшість країн світу сьогодні відчувають значний брак медичних сестер. Причини цього явища різні і залежать значним чином від рівня соціально-економічного розвитку цих країн.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Berman P.A., Watkin D.R., Burger S.E. Community-based health workers: head start or false step toward Health for All? *Social Science and Medicine*. – 2003. – Vol. 25. – P. 443-459.
2. Deber R.B., Thompson G.G. [Eds]. *Restructuring Canada's Health Service System: How Do We Get There From Here*. Toronto: University of Toronto Press, 1992.
3. Handler A., Schieve L.A., Ippoliti P., Gordon A.K., Tumock B.J. Building bridges between schools of public health and public health practice // *American Journal of Public Health*. – 1994. – Vol. 84. – P. 1077-1080.
4. General Medical Council: *Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education*. – London: GMC, December 1993. – 254 p.
5. Fee I., Acheson R.M. *A History of Education in Public Health*. Oxford: Oxford Medical Publications. – 1991. – 456 p.
6. Gilson L., Walt G., Heggenhougen До, Owuor-Omondi L., Perera M., Ross D., Salazar L. National community health worker programs: how can they be strengthened // *Journal of Public Health Policy*. – 1989. – Vol. 10. – P. 518-532.
7. Feil E.G., Welch H.G., Fisher E.S. Why estimates of physician supply and requirements disagree // *Journal of the American Medical Association*. – 2003. – Vol. 269. – P. 2659-2663.
8. World Health Organization. *Reviewing and Reorienting the Basic Nursing Curriculum*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1993.
9. Legnini M.W. Developing leaders vs training administrators in the health Services // *American Journal of Public Health*. – 1994. – Vol. 84. – P. 1569-1572.
10. Kahn D., Tollman S.M. Planning professional education at schools of public health // *American Journal of Public Health*. – 1999. – Vol. 82. – P. 1653-1657.
11. Kindig D.A., Cultice J.M., Mullan F. The elusive generalist physician: can we reach a 50% goal // *Journal of the American Medical Association*. – 1993. – Vol. 270. – P. 1069-1073.
12. Kohler L. Public health renaissance and the role of schools of public health. *European Journal of Public Health*. – 2004. – Vol. 1. – P. 2-9.
13. McKee M., Clarke A., Kornitzer M., Gheysens H., Krasnik A., Brand H., Levett J., Bolumar F., Chambaud L., Herity B., Auxilia F., Castali S., Lanheer T., Lopes Dias J., Ria T. Public health medicine training in the European community: is there scope for harmonization? // *European Journal of Public Health*. – 1992. – Vol. 2. – P. 45-53.
14. Bender DE, Pitkin До. Bridging the gap: the village health worker as the cornerstone of the primary health care model. *Social Science and Medicine*. – 2004. – Vol. 24. – P. 515-528.

