КВНЗ «ЖИТОМИРСЬКИЙ ІНСТИТУТ МЕДСЕСТРИНСТВА»

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

Український науково-практичний журнал

MASTER OF NURSING

Ukranian scientific and practical journal

2 (14) 2015

ЖИТОМИР 2015

Засновник
КВНЗ «Житомирський
інститут медсестринства»

Реєстраційне свідоцтво
К В № 14143-3114Р від 11.04. 2008 р.

Індекс 49895

Рекомендовано
Вченою радою
Житомирського інституту
медсестринства.
Протокол від № 2 від 17.09.2015

Періодичність

2 рази на рік

Наклад 200 прим.

Науковий редактор

П.В. Яворський

Відповідальний секретар

Н.В. Шигонська

Технічний редактор

О.В. Ціунчик

Друк:
ФОП ЄВЕНОК О.О.
10014 м. Житомир,
вул. Чапаєва 2, кв 51

Замовлення №

Редакція: 10008 м. Житомир
вул. Велика Бердичівська, 46
Телефони: (0412) 43-08-91
URL: www. magistr. zhim. org. ua
E-mail: Zhitomir.nursing@gmail.com

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР В.Й. ШАТИЛО

ЗАСТУПНИК ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА В.З.СВИРИДЮК

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

І.Ю. АНДРІЄВСЬКИЙ
О. В. БОГДАН
О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ
А. ГОНСАЛЕС Д.К.
О.В. ГОРАЙ
С.В. ГОРДІЙЧУК
І.Я. ГУБЕНКО
В.С. ДІДИК
І.М. ДЬЯЧЕНКО
Р. ЕНГЛЕР
В.А. ЗАБОЛОТНОВ
Г. М. ІВАШКО
Л. КОБЕР
В.О. КОВАЛЕНКО
В. А. КОПЕТЧУК
М. КОПЕЦКИ
В.М. КОСЕНКО
І.М. КРУКОВСЬКА
М. МАРЧ
І.Р. МАХНОВСЬКА
Е. МОЛКА
Р. МРОЧКОВСЬКА
Т. К. НАБУХОТНИЙ
В. П. ПАВЛЮК
С. Д. ПОПЛАВСЬКА
П.С. РУСАК
Я.А. РУТОВСКИ
Р. О. САБАДИШИН
Г. О. СЛАБКИЙ
Т. В. СОРОКМАН
Я. СТАНЧІАК
О. М. ТОРБАС
Т. І. ЧЕРНИШЕНКО
О. В. ШВИДКИЙ
М. Б. ШЕГЕДИН
Н.В. ШИГОНСЬКА
П. В. ЯВОРСЬКИЙ

Відповідальність за добір та викладення фактів у статтях несуть автори, а за зміст рекламних матеріалів - рекламодавці.

Усі права стосовно опублікованих статей залишені за видавцем. Передрук можливий за згоди редакції та з посиланням на джерело.

©Житомирський інститут медсестринства, 2015

НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ В МЕДСЕСТРИНСТВІ

Свиридюк В.В.
Лінгвістична складова наукової комунікативної компетентності медичних сестер із завершеною вищою освітою – магістрів за спеціальністю «Сестринська справа»……..5

Шарлович З.П.
Технологія формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки……22

Єрємєєва І. В.
Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі вивчення фахових дисциплін……28

Заблоцька І.М.
Порівняння хімічної складової професійних компетенцій бакалаврів лабораторної діагностики в Україні та країнах ЄС.....31

Матузаєва Н.О.
Психологічні та етико-деонтологічні аспекти підготовки медичної сестри до спілкування з пацієнтом…..34

Теплицька Н.В.
Реалізація компетентнісного підходу до навчання на уроках географії у медичному коледжі…….41

МЕДИЧНА ОСВІТА

Ковальчук Н.Г.
Самостійна робота студентів як шлях підвищення ефективності занять…….46

Місяць Н.К.
Полікультурне навчання і виховання студентів у процесі вивчення іноземної мови: досвід центру полоністики ……52

Мішайлова В.О.
Аспекти виховання студентів при вивченні латинської мови……..59

Огороднічук С. В.
Активізація творчих здібностей студентів на заняттях фізики при формуванні компетентностей саморозвитку і самоосвіти……..63

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Білоус В.Й.
Деонтологічні аспекти клінічної офтальмології ……..……..69

Ганджа Т.С.
Етика і деонтологія в роботі медичної сестри хірургічного відділення……..77

Graf L., Śleziona M., Wawr K., Stołecka B., Ptaszek G., Mroczkowska R., Serzysko B.
Rozwój i formy opieki paliatywnej w Polsce……..…….83

Дзензелюк Д.О., Момот О.П., Поплавська Л.В.
Стан здоров'я студентів Житомирського національного агроекологічного університету…….….90

Жовнерчук В.Р., Голумбевська М.В.
Лікарська таємниця в медсестринській діяльності……96

Свиридюк В.З.
Визначальні складові якості медичної допомоги та перспективні підходи до її удосконалення ……..…104

CONTENT

SCIENTIFIC RESEARCHES IN NURSING

Sviridyuk V.V.
Linguistic constituent of scientific communicative competence of nurses with the completed higher education – Master's Degree in Nursing…….……5

Sharlovich Z.P.
Technology of forming professional and pedagogical competences in the process of preparation family medicine nurses…….……..22

Eremeeva I.V.
Forming nurses' professional competence while studying professional disciplines…….…....28

Zablotska I.M.
Comparison of the chemical component of the professional competencies of bachelors of laboratory diagnostics in Ukraine and the countries of the European Union……..……...31

Matuzayeva N.O.
Psychological and ethical-deontological aspects of training nurse to communicate with the patient…….…….……34

Teplytska N.V.
Implementation of competence approach on geography lessons in the medical college……..41

MEDICAL EDUCATION

Kovalchuk N.G.
Students' independent work as a way of increasing the efficiency of classes…….....46

Mesyats N.K.
Polycultural education and students upbringing in the process of foreign languages teaching: Polish Studies Centre experience……..…..…52

Myshajlova V.O.
Aspects of education of students during the study of Latin…….....59

Ohorodnichuk S.V.
Activization of creative abilities of students on physics lessons while forming the competences of self-development and self-education……..…..63

SOCIAL HEALTH

Bilous V.I.
Deontological aspects of clinical ophthalmology……..….……..69

Handzha T.S.
Ethics and medical ethics in the work of the nurse of surgical department ……...…77

Graf L., Śleziona M., Wawro K., Stołecka B., Ptaszek G., Mroczkowska R., Serzysko B.
Development and forms of palliative care in Poland…….83
.
Dzenzeliuk DO., Poplavska L.V. Momot O.P.
State of health of students of Zhytomyr National Agroecological University…….90

Zhovnerchuk V. R., Holumbevska M. V.
Medical confidentiality in nursing activities.....*96*

Sviridyuk V.Z.
Determining making qualities of medicare and perspective approaches to its improvement …….....104.

УДК 378+81.13+614.253.52

ЛІНГВІСТИЧНА СКЛАДОВА НАУКОВОЇ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ІЗ ЗАВЕРШЕНОЮ ВИЩОЮ ОСВІТОЮ – МАГІСТРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «СЕСТРИНСЬКА СПРАВА»

Свиридюк В.В.
КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»

Резюме. *Поява в Україні магістрів за спеціальністю «Сестринська справа», обумовила необхідність наукового обгрунтування процесу формування в них наукової комунікативної компетентності.*

Із більш, ніж 500 педагогічних теорій і парадигм, найбільш поширеною і продуктивною на сьогодні є парадигма компетентісно-орієнтованої освіти - competence based education. Проведений автором аналіз першоджерел дозволив автору вибудувати наступну класифікацію комунікативної компетентності. Комунікативна компетентність поділяється на такі різновиди:

I Побутова або загально-людська комунікативна компетентність.

II Професійна комунікативна компетентність.

III. Інформаційна комунікативна компетентність

IV. Наукова комунікативна компетентність.

Обгрунтовано тезу, згідно з якою лінгвістична складова наукової комунікативної компетентності поряд з наукометричною, свідчить на користь існування особливого феномену сучасної науки – наукової комунікативної компетентності, як уміння не лише проводити наукові дослідження, але й презентувати їх результати широкому загалу науковців.

Висновки та перспективи подальших розробок у цьому напрямку полягають у поглибленому вивченні особливостей наукової комунікативної компетентності магістрів медсестринства, зокрема таких її складових як інформаційно-комп'ютерна та наукометрична.

Ключові слова: *наукометрія, магістр медсестринства, наукова комунікативна компетентність.*

У зв'язку з появою в Україні магістрів за спеціальністю «Сестринська справа», важливого значення набуває наукове обгрунтування процесу формування в них наукової комунікативної компетентності.

Аналіз останніх досліджень і публікацій, у яких започаткованор розв'язання даної проблеми, дозволяє стверджувати, що розвиток комунікативності як науки визначається сформованістю власного категорійно-поняттєвого апарату, без якого ніяка наука не має права претендувати на самостійний статус. Чітко визначена, аргументована, внутрішньо несуперечлива система понять дозволяє проводити теоретичні й прикладні дослідження в педагогіці, у тому числі пов'язані з розробкою й реалізацією інновацій у вищих медичних навчальних закладах. Разом з тим аналіз наукових праць, свідчить про наявність низки протиріч у формуванні терміносистеми наукової комунікативної компетентності. Це, насамперед, відсутність системності та

неоднозначності у визначенні понятійного поля термінів: комунікативність, комунікативний, компетенція, компетентність, компетентний, що призводить до смислової неточності в інтерпретації певних фактів і явищ реальної дійсності. Чітко не визначена, а тому не встановлена ієрархія основних понять відповідно до їх змістового значення, не визначені взаємозв'язки між окремими поняттями не дозволяють встановити цілісність системи понять. Запозичення термінів з інших наукових галузей відбувається без урахування специфіки предмету педагогіка, що приводить до неточної смислової інтерпретації її нових понять [3, 6].

Мета дослідження полягає у теоретичному аналізі існуючих та нових перспективних підходів до формування наукової комунікативної компетентності медичних сестер із завершеною вищою медсестринською освітою – магістрів медсестринства. .

Методи дослідження: контент-аналіз наукових джерел та методи системного аналізу, логічного узагальнення.

Результати та їх обговорення. Згідно з основними принципами методології наукової діяльності кожна наукова теорія формується з огляду на одну або декілька ідей, фундаментальних понять та припущень. Прагнучи до логічної стрункості та внутрішньої несуперечливості теорії, дослідник виходить з того, що в її основі має бути якомога менше вихідних понять. За недотримання цієї умови досить важко сформувати цілісну теорію, а сукупність ідей, понять і припущень, якщо їх занадто багато, не в змозі перетворитись в єдину і несуперечливу теоретичну систему [3, 4, 6].

Фундаментальний науковий принцип економії понять дістав назву «бритви Оккама». Entia non sunt multiplicanda sine necessitate. Дослівний переклад з латини – «Сутності не слід множити без необхідності», або іншими словами: не потрібно придумувати складні пояснення там, де все просто і зрозуміло. Згідно з цим принципом, який у 14-му столітті сформулював монах-францисканець Вільям Оккам, із двох теорій, що пояснюють одне й теж явище, правильною є та, що простіша. Простіші пояснення природних чи соціальних явищ з більшою ймовірністю можуть виявитись правильними, ніж складні [4].

Український філософ і поет Григорій Сковорода виклав цей принцип так: «Слава тобі, Господи, що ти все необхідне зробив простим, а все складне непотрібним».

Суть метафори, що міститься у назві «бритва», полягає у відсіченні надлишкових понять і зведенні теоретичної моделі до можливого мінімального числа припущень.

Виходячи з цих позицій при побудові терміносистеми наукової комунікативної компетентності необхідно дотримуватися певних вимог:

- її структуру мають складати основні фундаментальні поняття, кількість яких має бути максимально обмежена і разом з тим достатня для побудови теоретичної моделі, яка обґрунтовує проблемне поле комунікативності як науки;
- до її складу мають входити найбільш витлумачені терміни, трактування яких однозначне, не тавтологічне й не суперечить одне одному;
- між поняттями необхідно встановити взаємозв'язки, які забезпечують цілісність моделі, та вибудувати їх чітку ієрархію і субординацію відповідно до значущості та теоретичного наповнення сутності.

Наша цивілізація знаходиться на зламі свого історичного шляху, що веде людство до якісно нового космопланетарного стану та виявляє стан системної кризи всіх сфер суспільного життя, у тому числі освітньої сфери. Про це свідчать декларації десятків освітніх парадигм, таких як: формувальна, гуманістична, особистісно центрована, суб'єкт-суб'єктна, суб'єктно-діяльнісна, контекстна, духовно-орієнтована, вільна, активізаційна, педагогічна, андрагогічна, науково-технократична, інструментально-

технологічна, гуманітарна, езотерична, авторитарна, маніпулятивна, знаннєво центрична (унітарна, епістемологічна), культурознавча (культуротворча), етноцентрична, підтримуюча, традиційно-формувальна. традиційно-розвивальна, раціоналістична, духовна, світська, людидиномірна, освітологічна, світомірна, акмеологічна, компетентнісна, медіапедагогічна, медіальна, когнітивна, поліфонічна, дитиноцентрична, інклюзивна (розширення участі всіх категорій дітей, зокрема і з вадами психофізіологічного розвитку, в освітньому просторі), критично-креативна (трансформаційна), креативно-педагогічна, постмодерністська постнекласична), безперервно-дистанційна, парадигма відкритої освіти (так званий «комунізм в освіті», коли дистанційні ресурси є відкритими), інноваційна, гармонізаційна, ноосферно-екологічна, парадигма навчальної казки, цивілізаційно-антропологічна, проективно-естетична, рефлексивна, гуманістично-рефлексивна, дослідницька, активістська, проблемоцентристська, критично-мисленнєва, співробітницька, діалогічна, імпровізаційна, життєтворча, синергетична та акмесинергетична, антропософська, тоталлогічна, сугестопедична, парадигма фундаменталізації та інтеграції знань, парадигма телектуалізації інноваційної освіти, комунікативна парадигма (парадигма взаємонавчання) тощо [3].

Із великого розмаїттям нових підходів, теорій та педагогічних парадигм, яких у фундаментальній двохтомній монографії Г.К.Селевко «Енциклопедія педагогічних технологій» (2006 р.) налічується більше 500, найбільш поширеною і продуктивною на сьогодні є парадигма компетентісно-орієнтованої освіти - competence based education (CBE). Термін запропонував американський лінгвіст Н.Хомський у 60-х роках минулого століття [3, 5, 7].. .

Міжнародна комісія Ради Європи у 2005 році визначила 5 ключових компетентностей, які необхідно формувати у фахівця певної галузі:

1. Соціальна компетентність – здатність особистості брати на себе відповідальність у спільному прийнятті рішень, нівелювати соціальні, професійні, сімейні і побутові конфлікти ненасильницьким шляхом, проявляти активну життєву позицію, брати участь у демократизації суспільства;

2. Полікультурна компетентність – розуміння культурологічних відмінностей, уважне, толерантне ставлення один до одного, здатність жити у злагоді з іншими культурами, мовами і релігіями;

3. Комунікативна компетентність – володіння усним і письмовим мовленням, мистецтвом спілкування, що важливо у професійному і громадському житті;

4. Інформаційна компетентність – володіння інформаційними, компютерними технологіями, здатність критично оцінювати і виважено ставитись до інформації;

5. Самоосвітня компетентність – здатність особистості постійно вдосконалюватись, неперервна робота в професійному становленні, а також в особистому і громадському житті.

В анлійській мові терміни «competency» і «competence» використовуються як синоніми. У вітчизняній та російській педагогіці єдине поняття CBE (competence based education) було розчленоване на «компетенцію» і «компетентність» [5, 7, 9].

Компетенція (лат. competentia від competo) – взаємно прагнути, відповідати (у значенні - перебувати у відповідності одне до одного), підходити (у значенні – підходити за змістом, бути тим, що потрібно).

Компетентність (від лат. competens) – належний, відповідний.

Після більш, ніж півстолітньої наукової дискусії, впродовж якої було запропоновано більше сотні протирічних визначень, нарешті почав формуватися консенсус, згідно з яким: компетенція – це знання; а компетентність - вміння ними користуватись на практиці, тобто володіння компетенцією; компетентний – такий, що володіє компетентенцією.

Свідоцтвом дискусійного характеру понять компетенції і компетентності є розмаїття визначень (більше сотні), що подаються у тлумачних словниках і довідниках.:

У законі України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. законодавчо затверджено наступне визначення компетентності: «Компетентність – динамічна комбінація знань, вмінь і практичних навичок, способів мислення, професійних, світоглядних і громадянських якостей, морально-етичних цінностей, яка визначає здатність особи успішно здійснювати професійну та подальшу навчальну діяльність і є результатом навчання на певному рівні вищої освіти».

Ми звертаємо увагу на інший, не менш важливий аспект освіти, заснованої на компетентності. Він закладений у визначенні СВЕ. Спільною рисою для понять компетенція і компетентність є діалектична єдність широкого світоглядного, філософського, фундаментального і поглибленого, але обмеженого певною галуззю, експертного характеру знань та практичного досвіду людської діяльності. Ця єдність зумовлена феноменом, викликаним науковою революцією, внаслідок чого сучасне постіндустріальне або, як його ще називають інформаційне суспільство, характеризується лавиноподібним потоком накопичення інформації. Все про все на сучасному етапі розвитку цивілізації стало знати неможливо. Мимоволі прийшлось обмежитись певними рамками, що в освітній галузі і знайшло своє вираження у виникненні поняття освіти, заснованої на компетентності (competence-based-education) [11],

Вищезазначений феномен лавиноподібного накопичення інформації і в той же час необхідність в глибоких знаннях у певній галузі призвів до вузької спеціалізації людської діяльності а в освітній галузі до виникнення професійної освіти. Для сучасної професійної освіти в будь-якій галузі і в медсестринстві включно, характерними особливостями є наступні:

1. Широке розповсюдження дистанційних форм навчання;
2. Інтерактивний характер навчання, особливо за дистанційною формою;
3. Неперервний характер освіти – післядипломна освіта, навчання впродовж життя. Зміна концепції освіти з акцентом на післядипломну відбулася внаслідок стрімкого накопичення нової інформації - знання набуті в дитинств і юності тепер уже не в змозі забезпечити конкурентноздатність фахівця впродовж його активного працездатного періоду діяльності (впродовж 25-30 років);
4. Актуалізація єдності наукової і освітньої діяльності в процесі отримання вищої, університетської освіти;
5. Інноваційний характер і креативність сучасної освіти;
6. Широкі і тісні міжнародні зв'язки – повернення до спільної, міжнародної (на даному етапі розвитку цивілізації анлійської) мови наукового спілкування.

Поняття комунікативної компетентності ввійшло в науковий обіг у 1972 р. завдяки американському лінгвісту Д.Хаймзу, який новим терміном замінив поняття лінгвістичної компетенції, яке обмежувалось суто лінгвістикою [10, 11].

Комунікативна компетентність має безпосереднє відношення до поняття комунікації, яка визначається як процес передачі інформації.

Комуніка́ція (від лат. communicatio — єдність, передача, з'єднання, повідомлення, пов'язаного з дієсловом лат. communico — роблю спільним, повідомляю, з'єдную, похідним від лат. communis — спільний) — це процес обміну інформацією (фактами, ідеями, поглядами, емоціями тощо) між двома або більше особами, спілкування за допомогою вербальних і невербальних засобів із метою передавання та одержання інформації.

Масова комунікація — фундаментальний стан сучасного суспільства, в якому складна, функціонально диференційована соціальна структура втілена у символічних формах і образах, які здатна сприймати і розуміти

корпоративна, масова й індивідуальна свідомість.

Це знаходить вираження на когнітивному рівні через поширення соціально значущої інформації серед аудиторій, які охоплюють більшу частину населення, та інтеркативному рівні через зрощення інформації із системою цінностей і норм різних груп і категорій індивідів, регуляції їхніх контактів із середовищем. Некоректним є ототожнення масової комунікації з масосою інформацією, оскільки перша орієнтована на діалог, полілог та взаємодію, тоді як остання направлен на зміну установок, атитюдів та трансляцію зразків поведінки [2].

Функції спілкування, що витікають із науково-пізнавальної діяльності та справляють вплив на її хід :

1) Оформлення знань в вигляді системи, що набуває рис об'єктивної реальності (матеріалізація в текстах та інших носіях інформації);

2) Використання уніфікованої наукової мови для обмеження двозначності і термінологічної невизначеності нових понять (для наукового словотворення до сих пір зазвичай використовують одну з мертвих мов - латину);

3) Передача системы світоглядних та методологічних принципів;

4) Передача неявного знання у вигляді гіпотез і парадигм, засвоєння яких можливе лише при сумісній науково-пошуковій діяльності;

5) Реалізація діалогічної форми розвитку знання (використання аргументації, роз'ясненнь, спростування).

Під комунікативною компетентністю розуміють здатність встановлювати і підтримувати необхідні контакти з іншими людьми, певну сукупність знань, умінь і навичок, що забезпечують ефективне спілкування. Вона передбачає уміння змінювати глибину і коло спілкування, розуміти і бути зрозумілим для партнера по спілкуванню. Комунікативна компетентність формується в умовах безпосередньої взаємодії, тому є результатом досвіду спілкування між людьми. Цей досвід набувається не тільки у процесі безпосередньої взаємодії, а також опосередкованої, в тому числі з літератури, театру, кіно, з яких людина отримує інформацію про характер комунікативних ситуацій, особливості міжособистісної взаємодії і засоби їх вирішень. У процесі опанування комунікативної сфери людина запозичає з культурного середовища засоби аналізу комунікативних ситуацій у вигляді словесних і візуальних форм [2, 3. 10, 11].

Комунікативний – такий, що відноситься до комунікації, пов'язаний з передачею і сприйняттям інформації. Комунікативна компетентність виступає інтегральною якістю, що синтезує в собі загальну культуру і її специфічні прояви в професійній діяльності. Однією з умов комунікативної компетентності є виконання фундаментальних принципів і певних вимог. Найбільш значущими є наступні принципи:

1. Найбільш загальним принципом є правило, згідно якому не можна приступати до повідомлення думки, якщо вона незрозуміла або не до кінця зрозуміла самому собі.

2. Принцип «постійної готовності до розуміння». Існує велика кількість семантичних і особових бар'єрів, які часто приводять до неповного і неточного розуміння повідомлень.

3. Принцип конкретності. Слід уникати невизначених, двозначних, розпливчатих виразів і слів, і без необхідності не користуватися незнайомими або вузько спеціалізованими термінами.

4. Принцип контролю над невербальними сигналами. Недостатньо контролювати тільки свою мову і зміст повідомлення. Необхідний також контроль над його формою в тій частині, яка стосується його зовнішнього «супроводу», — мімікою, жестами, інтонацією, позою.

5. Принцип «власної неправоти». При комунікації завжди необхідно допускати, що особиста точка зору може бути неправильною. Це часто застерігає від серйозних помилок.

6. Принцип «місця і часу». Ефективність будь-якого повідомлення різко зростає у разі його своєчасності і вибору найбільш адекватної ситуації, в якій воно реалізується.

7. Принцип відвертості означає готовність до перегляду своєї точки зору під впливом обставин, що знов відкриваються, а також здатність приймати і враховувати точку зору співбесідника.

8. Принцип активного і конструктивного слухання — одна з основних умов ефективних комунікацій.

9. Принцип зворотного зв'язку. Саме цей принцип, врешті-решт, забезпечує досягнення головної мети комунікативного процесу — взаєморозуміння [9, 10]..

Якщо спиратися на прийняту у соціальній психології структуру спілкування, що включає перцептивний, комунікативний й інтерактивний аспекти, то комунікативну компетентність можна розглядати як одну із складових спілкування. Тоді комунікативний процес розуміється як «процес обміну інформацією між людьми як активними суб'єктами, з урахуванням відношень між партнерами» [2, 4, 10, 11]..

З другої половини минулого століття в наукових колах активізувались дослідження стосовно сутності і форм наукової комунікації. Завдяки діяльності Дерека Прайса та його послідовників виник новий науковий напрям – наукометрія, яка окрім кількісного виміру значимості наукових результатів займається дослідженням різних аспектів комуникацій в науці. Завдяки таким дослідженням на сьогодні можна виділити наступні основні форми наукової комунікативної компетентності:

1) Формальна і неформальна комунікація (комунікативна компетентність). Формальна наукова комунікативність забезпечує документальну фіксацію наукового знання у вигляді статті, монографії або іншої офіційної публікації. Неформальна наукова комунікативність базується на спілкуванні, що не вимагає письмового оформлення і подальшого відтворення результатів дискусії в науковій літературі або в електронних засобах інформації.

У свою чергу формальні засоби наукової комунікації поділяються на:

- первинні (наукові статті, монографії, тези конференцій тощо);
- вторині (реферати наукових публикацій, аналітичні огляди, рецензії, тематична бібліографія тощо).

Засоби неформальної науково комунікативності включають бесіди, обговорення, дискусії, а також сукупність неопублікованих рукописних чи машинописних наукових матеріалів (рукописи, науково-дослідні звіти тощо).

2) Усна і письмова наукова комунікативність. У зв'язку з таким розподілом можна зафіксувати основні форми трансляції знань в науці, а також типи взаємодії учених в структурі наукових співтовариств.

Після виникнення книгодрукування, головною формою закріплення і трансляції знань в науці постає книга. У книгах того часу, зазвичай, були представлені як конкретні наукові відомості про різні явища і процеси, так і їх філософська і світоглядна інтерпретація, а також принципи і форми включення наукових знань в існуючу картину світу [2, 4].

Наприклад, для науковців, що сповідують релігійний світогляд, основою і виправданням їх діяльності слугувала теза, яку не можуть спростовувати чи заперечити ні теологи, ні атеїсти: «Бог створив світ, який піддається пізнанню. А пізнання промислу господнього найкраще свідчить про його велич». Вчені, які стоять на атеїстичних позиціях заперечення творця, сповідують можливість пізнання законів існування Всесвіту як прояву його матеріальної і духовної сутності. За влучним висловом Поля Лафарга: «Вчений виганяє Бога із тої науки, котра становить предмет його дослідження». Ще більш радикальну думку з цього приводу сформулював Роберт Грін Інтерсол: «Той, хто живе для потойбічного світу, небезпечний у цьому» [4]. .

По мірі розвитку науки виникала потреба в розробці нових засобів інформаційного обміну і комунікації між

окремими ученими, які дозволяли б обговорювати не тільки глобальні питання, але і локальні, поточні завдання. У зв'язку з цим виникає систематичне листування між ученими, яка здійснювалися переважно на латині і присвячувалися обговоренню шляхів і результатів наукових досліджень. Згодом з'являються наукові журнали і стаття у XIX столітті набуває статусу основної інформаційної одиниці в науці.

У минулому столітті із більшості наукових статей зникає ідеологічна преамбула і вони набувають формальних ознак об'єктивності, тобто, відповідності істині. Уже не потрібно було у вступі посилатись на рішення чергового з'їзду КПРС. Однак формальні ознаки об'єктивності не завжди відповідають критерію істинності. Справа в тому, що наука вільна і незалежна, але залежні її творці. Знамениту тезу Нобелівського лауреата Іво Андрича: «Істину можна виразити багатьма способами, але вона одна і вічна» доречно доповнити афоризмом Альбера Камю: «Вільний лише той, хто може не брехати». Тому особливу увагу потрібно звертати на вихідні дані статті. При цьому загальне правило наступне - чим більше в автора титулів і регалій, і чим вища посада, тим менше в нього свободи і тим більша вірогідність його заангажованості і необ'єктивності. За правду в науці раніше платили життям, тепер розплачуються кафедрами.

Закономірно постає питання про зв'язок комунікативності пізнавальної діяльності і істинності знання. Феномен спілкування науковців виступає однією з умов істинності знання. Згідно Д.О.Апелю, істина дана не стільки «моїй» свідомості, скільки науковому співтовариству, а комунікативність виступає підставою раціональності [2, 4].

Усередині системи наукової комунікації чітко прослідковуються 3 типи зв'язків між ученими — кожен тип фіксує соціальні відносини, що постійно зустрічаються і відтворюються в науці.

1) Колегіальність — учені працюють в одній і тій же лабораторії чи науково-дослідному інституті чи іншій науковій установі;

2) Співавторство — тісніша форма асоціації, коли два або більше число учених разом повідомляють про результати спільних досліджень з тієї або іншої тематики;

3) Наставництво — учень проходить підготовку під впливом і керівництвом свого вчителя.

Більшість учених пов'язана між собою яким-небудь із різновидів цих відносин. Крім того, кожен дослідник вибудувує власну стратегію комунікативності. Впродовж свого інтелектуального життя учений, що бере участь в структурованих наукових комунікаціях, постійно встановлює і розриває зв'язки, до того ж і його дослідницькі інтереси можуть кілька разів мінятися. Встановлення і розрив зв'язків, які утворюють загальну структуру наукових комунікацій, є безперервним процесом.

Після того як Д.Хаймз вивів комунікативну компетентність із царини лінгвістики, розширив і доповнив поняття комунікативної компетенції як невід'ємної складової професійної компетентності, було створено цілу низка її галузевих моделей. При цьому кожен дослідник знаходив і звертав увагу на істотні аспекти комунікативної компетентності, які виходять далеко за межі не лише лінгвістики, але й педагогіки. Різні аспекти комунікативної компетентностії почали не лише вивчати, але й активно використовувати психологи, медики, журналісти, політики, юристи, військові та представники інших професій, які відкривали особливості професійної комунікативної компетентності притаманні для своєї галузі. На сьогодні відомо більше 50 різновидів професійної комунікативної компетенції, серед яких особливої актуальності набула інформаційна комунікативна компетентність та наукова комунікативна компетентність [10, 11].

Ми також наголошуємо на тісному зв'язку комунікативної компетентності з інформатикою і вважаємо, що

комунікативну компетентність як процес можна звести до інформаційної матриці: почуте, побачене, прочитане → запам'ятоване, осмислене, емоційно забарвлене → сказане, показане, написане.

Тому ми визначаємо поняття комунікативної компетентності у широкому сенсі цього слова як *знання закономірностей збору і поширення інформації*. У вузькому розумінні - *це мистецтво бути зрозумілим і переконливим.*

На основі такого розширеного тлумачення комунікативної компетентності ми пропонуємо класифікацію цього поняття.

Комунікативна компетентність поділяється на такі різновиди:

I Побутова або загально-людська комунікативна компетентність.

II Професійна комунікативна компетентність.

1. Лінгвістична;
2. Педагогічна;
3. Психологічна;
4. Медична;
5. Політична або комунікативна компетентність політиків (дипломатія, ораторське мистецтво, риторика, уміння вести полеміку в прямому ефірі, піар, харизма, дезінформація, фальсифікація історії, ідеологізація та поділ суспільства на партії за інтересами тощо).
6. Комунікативна компетентність військових (криптологія);
7. Релігійна комунікативна компетентність (комунікативна компетентність проповідників - духовна розрада, виховання релігійних моральних цінностей і релігійного світогляду, виокремлення та гуртування віруючих у релігійні общини тощо);
8. Юридична комунікативна компетентність працівників органів правосуддя: слідчих, прокурорів, суддів та адвокатів;
9. Комунікативна компетентність бізнесменів (мистецтво завоювання довіри партнерів);
10. Мистецька комунікативна компетентність (література, музика, театр, естрада, живопис, скульптура, кіно, радіо, телебачення та інші мистецькі жанри, у тому числі масмедіа), визначальною ознакою яких є здатність викликати захоплення і естетичну насолоду;
11. Журналістська комунікативна компетентність (збір і розповсюдження засобами масової інформації не лише правдивої інформації, але й продукування дезінформації, створення і розвінчування ідолів, викриття, піар, формування харизми, звеличення, фальсифікація, наклеп, паплюження);
12. Інші різновиди професійної комунікативної компетентності.

III. Інформаційна комунікативна компетентність

IV. Наукова комунікативна компетентність.

1. Лінгвістична;
2. Інформаційно-компютерна або мультимедійно-презентаційна;
3. Наукометрична.

Щодо побутової комунікативної компетентності, то її набувають всі люди ще в дитинстві в процесі соціологізації та формування особистості. Побутова комунікативна компетентність значною мірою залежить від освіти, але освіта не є визначальною для цього різновиду комунікативної компетентності, оскільки навіть неграмотні люди завдяки розвинутій комунікативності, здоровому глузду і природженій життєвій мудрості з успіхом вирішують всі свої проблеми. Побутова комунікативність відіграє вирішальну роль у вирішенні основних життєвих проблем людини (професія, шлюб, робота, виховання дітей, завоювання довіри друзів, прихильності приятелів і сусідів, поваги від людей, набуття певного соціального статусу тощо). Побутова комунікативна компетентність належить до загально-людських якостей, характерною особливістю якої є те, що вона грунтується на доброзичливості і доброчесності, являється невід'ємною складовою людяності. Незважаючи на те, що в минулому навіть самого поняття «комунікативна компетентність» не існувало, компетентно спілкуватись на побутовому рівні люди завжди вміли.

Зразки витонченої загально-людської комунікативної компетентності ми знаходимо ще в древніх клинописних і папірусних текстах. На сьогодні загально-людська комунікативна компетентність розвинулась у чотири поширені переважно усні жанри, що широко використовуються при спілкуванні: прислів'я, афоризми, тости, анекдоти.

Щодо інформаційної комунікативної компетентності, то на сьогодні явно визначились дві альтернативні тенденції впливу Інтернету на сучасну людину [1]. .

1) Позитивний вплив:

- принципово новий рівень розвитку науки, техніки і культури, що збагачує людство можливістю для кожного проявити себе;
- розширення географічних зон економічної, наукової і культурної співпраці – швидкий доступ до шедеврів світового мистецтва, носіїв та сховищ економічної, наукової, секретної інформації тощо;
- можливість працювати, не виходячи з дому, що досить актуально для людей з обмеженими фізичними можливостями.

2) негативний вплив:

- зміна свідомості сучасної людини, пов'язана зі специфічною залежністю від Інтернету;
- занепад духовних і моральних цінностей, пов'язаний з анонімністю, вседозволеністю, безкарністю, кіберзлочиністю, мережевим шахрайством тощо;
- дефіцит поваги до думки віртуальних співрозмовників, ігнорування авторських прав на інтелектуальну власність, тотальний плагіат, нетерпимість до інакомислення, захоплення мережевим хуліганством тощо.

Для інтелектуально розвиненої людини, яка володіє всіма нормами усного й писемного мовлення, Інтернет - безмежна можливість збагачення культурного мовленнєвого рівня (наприклад, засіб опанування іноземною мовою), презентації власних ідей, винаходів, відкриттів.

У той же час у мережі виникають клуби самогубців, наркоманів, терористів-початківців тощо. Часто-густо спостерігаються порушення адекватності людської поведінки: дереалізація, втрата життєвих орієнтирів, занепад моралі і духовних цінностей, зміщення ядра структури особистості.

Появу персональних комп'ютерів, мережі Інтернет і віртуальної реальності, як засобів масової комунікації, можна сміливо ставити в один ряд з виникненням писемності і книгодрукування.

Із професійних різновидів комунікативної компетентності для медсестер найбільший інтерес становить медична. Вона має багато аспектів, на яких у цій публікації ми зупинятись не будемо

Для нас принциповим є обгрунтування наукової комунікативної компетентності як рівноцінної складової, поряд з побутовою, професійною та інформаційною комунікативними компетентностями у вищенаведеній класифікації на противагу точці зору, що наукова комунікативна компетентність є лише різновидом професійної.

Для обгрунтування цієї тези ми проаналізуємо наукову комунікативну компетентність за її основною складовою - лінгвістичною**.**

Лінгвістична складова наукової комунікативної компетентності полягає в тому, що існує особлива наукова мова. Вона використовується для наукових дискусій і публікацій.

Мова науки – система понять, знаків, символів, вироблена у сфері наукового пізнання для отримання, оброблення, представлення, збереження та використання знань. В якості спеціальної мови науки, зазвичай, використовують можливості природньої мови збагаченої додатковими знаками і символами.

Важливою характеристикою наукової мови є її креативність. Креативність – основа мислення науковця. Кожен учений має бути творцем, оскільки серед науковців лише творчі особистості вважаються достойними поваги. Тому наукова мова – це творча мова. Раніше науковці намагалися говорити якомога

коректніше. Сьогодні вони прагнуть спілкуватися якомога креативніше. Креативність визначається як здатність створювати нове. Дослідники креативності мови встановили, як наукова мова змінюється. Не всі люди розуміють нові мовні елементи. Щоб розуміти креативну наукову мову, необхідно знати особливості середовища, в якому живуть і спілкуються науковці, постійно з ними спілкуватися, слідкувати за науковими публікаціями. Лише так можна зрозуміти, що вони хочуть сказати. Це зумовлено тим, що наукова мова містить багато спеціальних понять. Їх основна функція стандартизація та формалізація. У дилетантів складається враження, що науковці свідомо говорять складно і незрозуміло. Але наука орієнтується на істину. Тому досвідчені науковці використовують нейтральну, термінологічно точну, зрозумілу фахівцям мову. І, навпаки, початківці віддають перевагу занадто складним мовним конструкціям. Справа в тому, що складна мова зачаровує людей. Дослідження підтверджують, що люди більше довіряють складнішим мовним конструкціям. Респондентам було запропоновано пройти тестування. Вони повинні були відповісти на спеціальні питання, що виходили за межі їхньої компетенції. При цьому у них була можливість вибору між кількома альтернативними відповідями. Деякі відповіді були прості, а інші – дуже складно сформульовані. Правильні відповіді були і серед простих і серед складних. Більшість випробуваних схилялися до складних формулювань, хоча ті взагалі не мали ніякого сенсу. Тестовані були засліплені складною псевдонауковою мовою. Незважаючи на те, що зміст був абсурдним, вони були вражені формою. Простий зміст подати у складній формі – цьому можна навчитися. Складні речі просто виразити для більшості науковців - непосильно.

Ще одна особливість наукової мови полягає в тому, що науковці використовують спеціальні терміни, що являють собою багатоскладові слова Наскільки довгим є слово, залежить від кількості інформації в ньому. Це показали останні дослідження. Американські дослідники вивчали десять європейських мов. Це робили за допомогою комп'ютерних технологій. За допомогою спеціальної комп'ютерної програми аналізувались різні слова і словосполучення. При цьому за спеціальною формулою визначали кількість інформації. Результат був однозначний. Чим коротше слово, тим менше інформації воно передає, але є більш вагомим, бо завжди емоційно забарвлене. У повсякденному спілкуванні люди вживають короткі слова частіше, ніж довгі. В наукових текстах, навпаки, переважають довгі багатоскладові однозначні терміни. Причиною цього є ефективність і точність наукової мови. Існує взаємозв'язок між довжиною і змістом слів. На сьогодні достеменно встановлює, що кількість інформації переданої за допомогою певної кількості символів завжди залишається сталою. Можна сказати декілька довгих слів, або той же сенс передати за допомогою більшої кількості коротких слів, кількість інформації при цьому залишиться однаковою. Тому той, хто прагне бути добре зрозумілим, повинен вживати довгі однозначні слова, хто хоче бути переконливим - вибирає короткі слова. Адже короткі слова люди розуміють краще, ніж довгі. Тому для ораторів справедливим є принцип KISS! Keep It Short and Simple!(Коротко і просто!). Для науковців доцільним є принцип KICC! Keep It Clever and Clear! (Ясно і зрозуміло!).

При спілкуванні люди використовують розмовну мову. Однак, лише письмо дає можливість мові стати мовою науки. Письмо робить мову зримою. Завдяки писемності знання передаються крізь тисячоліття. Тому писемність є основою кожної високорозвиненої цивілізації. Перша система письма була винайдена понад 5000 років тому. Це був клинопис шумерів. Їх видряпували на табличках з глини. Після шумерів клинопис

використовували народи Близького Сходу ще впродовж 3-х тисяч років і від нього походить алфавітна система письма. Приблизно стільки ж як клинопис, існують ієрогліфи стародавніх єгиптян. Ієрогліфи представляють відносно складну систему малюнкового письма. Мову ієрогліфів біло винайдено через просту причину. Тодішній Єгипет був великим царством, населений багатьма народами і народностями, що розмовляли кожен на своїй мові. Побут і господарство потребували чіткої організації. Податки та інші розрахунки потребували єдиної зрозумілої всім громадянам мови. Нею і стала мова малюнків - ієрогліфів. Кожна система писемності може багато розповісти про людей і народ, які її використовують, тому що кожен народ має свою власну індивідуальну характеристику у своєму письмі. На жаль, рукописне письмо дедалі більше втрачається. Сучасна оргтехніка (комп'ютери і принтери) зробили його маловживаним. Так, Фінляндія уже відмовилась від вивчення у школі каліграфії (скоропису писаними буквами).

Німецьке прислів'я стверджує: один малюнок говорить більше, ніж тисяча слів. Конфуцій стверджував: «Почув – забув; побачив – запам'ятав; зробив – зрозумів!» Тому зображення, малюнки і фотографії, широко використовуються у науковій мові. Зображення діють інакше, ніж мова. Вони діють у своїй сукупності. Це означає, що лише цілісне, лаконічне, не захаращене дрібними деталями зображення має бажаний ефект. Чорно-біла карикатура завжди виразніша, ніж кольорова фотографія. У той же час, зображення і мова мають багато спільного. Щоб описати зображення, нам потрібна мова. І навпаки, багато текстів стають краще зрозумілими за допомогою малюнків. Щоб зображення доповнювало мову, воно повинно бути конкретним. Чим менше воно показує, тим зрозумілішим стає його сенс. Хорошим прикладом є піктограми. Піктограми – це прості та однозначні графічні позначки. Вони заміняють вербальну мову, тобто є різновидлм візуальної комунікації. Піктограма для заборони паління відома всім. Вона показує перекреслену цигарку. Перевага піктограм у тому, що вони так само, як цифри, ноти і музика не потребують перекладу, мова піктограм, графіків і діаграм - всім зрозуміла.

Ще одна важлива характеристика наукової мови - інтернаціоналізми. Інтернаціоналізми – це такі слова, які присутні у багатьох мовах. Вони походять від грецьких і латинських коренів. При цьому слова мають те саме або подібне значення, вимова й орфографія часто також схожі.

Як уже підкреслювалось, наукова мова відрізняється точністю і ясністю понять. Навіть ті поняття, які використовуються наукою із повсякденної мови, наприклад «сила», «швидкість», «вага», «вартість» тощо, отримують більш точно окреслене, інколи парадоксальне з точки зору здорового глузду, значення [8, 9, 10].

Мова науки вибудовується таким чином, щоб уникнути недоліків розмовної мови з її багатозначністю слів, невизначеністю їх змісту, двозначності виразів. Це забезпечує ясність, точність і зрозумілість термінів наукової мови. Наукова мова икористовується для викладення результатів науково-дослідницької діяльності. Метою наукового стилю мови є повідомлення і тлумачення досягнутих наукових результатів. Основне призначення наукової мови - презентувати результати досліджень обґрунтовувати гіпотези, доводити істинність теорій, класифікувати й систематизувати знання, пояснювати і прогнозувати явища, активізувати інтелект послідовників для усвідомлення новизни і значимості досягнутих результатів [8].

Найпоширенішою формою наукового викладу є монолог, який не виключає дискусію як різновид наукового діалогу. У наукових текстах широко вживаються цитати і посилання на першоджерела.

Для наукової мови властиві наступні принципи: новизни і наукової значимості, наукової інформативності, змістовної насиченості, змістової

завершеності, проблемності, доступності, інтертекстуальності [8].

1. Принцип новизни і наукової значущості характеризується наявністю теоретичних положень, нових знань, які обґрунтовані на основі фундаментальних або прикладних наукових досліджень і впроваджені в практику.

2. Принцип наукової інформативності спрямований на вияв смислової й змістової новизни наукового тексту, що розкривається в авторській концепції, оцінці певного явища чи факту.

3. Принцип змістової насиченості полягає у новизні професійно-орієнтованої інформації, її пізнавальній цінності, лексичному і граматичному наповненні.

4. Принцип змістової завершеності реалізується в цілісності розкриття намічених завдань.

5. Принцип проблемності визнає потребу кодування проблемних запитань у назвах, змісті окремих параграфів і цілого наукого тексту.

6. Принцип доступності – здатність бути зрозумілим, полегшити сприйняття інформації, відповідність повідомлення комунікативній сприйнятливості користувача.

7. Принцип інтертекстуальності полягає в особливому способі побудови смислу тексту, так званий діалог з певною чужою смисловою позицією, залучення читача до авторського міркування. Головні труднощі під час написання наукової роботи зумовлені недостатнім знанням саме засобів вираження діалогічності: часто вся увага автора прикута на вираження власне теми, а не метатексту [8].

Основні ознаки наукового тексту (наукової мови):

- ясність (зрозумілість);
- стандартизованість, однозначність, предметність тлумачень і термінологічна точність;
- цілісність, членованість, зв’язність, логічна послідовність викладу, завершеність;
- об'єктивність, однозначне пояснення причинно-наслідкових відношень, аргументованість і переконливість тверджень;
- проблемність, гіпотетичність, узагальненість;
- інтелектуальна експресивність, безособовість і суб'єктно-оцінна нейтральність.

Науковці прагнуть до взаєморозуміння. Тому, довгий час в європейському науковому просторі переважала латина, як єдина мова науки. На поточному етапі розвитку людської цивіліщзації мовою міжнародного спілкування в науковій сфері є англійська мова,

Характеризуючи спеціальні уміння в галузі оволодіння іншомовною науковою лексикою, частина дослідників виділяють поняття іншомовної наукової компетентності ученого. За їхнім визначенням іншомовна наукова компетентність науковців - це інтеграційна цілісна система спеціальних компетенцій, що формуються засобами іноземної мови і дозволяють науковцям ефективно здійснювати професійну діяльність на іноземній мові. За іншим визначенням іншомовна наукова комунікативна компетентність - це здатність ученого взаємодіяти з науковцями інших країн, готовність до здійснення міжкультурної взаємодії в полікультурному просторі в умовах міжнародної мобільності і інтеграції [2, 10, 11].

Розвиток англомовної наукової комунікативної компетентності дозволить магістрам здійснювати міжкультурне професійно орієнтоване спілкування з носіями іншої культури з урахуванням сучасного наукового світогляду, професійних особливостей, національних цінностей, норм і уявлень; вибирати коммунікативно доцільні способи вербальної і невербальної поведінки на основі знань про науку і культуру інших народів в рамках полілогу культур; зберігаючи при цьому національну самоідентифікацію в умовах міжнародної інтеграції і мобільності. На сьогодні ні у кого не викликає сумніву той факт, що уміння вести наукову комунікацію на

іноземній мові - об'єктивна вимога часу, запорука професійної успішності ученого. Це ефективний інструмент інтеграції вітчизняного наукового співтовариства в співтовариство міжнародне, що має на увазі, серед іншого, доступність результатів досліджень, проведених національними ученими, для їх колег в інших країнах [2, 10, 11].

У той же час, такі важливі наукові праці як дисертації і монографії пишуться й оформляються на державній, тобто, українській науковій мові, якій притаманна низка особливостей. Зокрема, вживання частин мови в українській науковій мові є суворо нормативними. У науковій мові переважають іменники, дієслова, числівники, прикметники і меншою мірою мірою вживаються займенники, прислівники, частки та вигуки.

Іменник є найпоширенішим в наукових текстах, зокрема, іменники з абстрактним значенням і віддієслівні іменники (дослідження, узагальнення, спостереження, констатація).

Слід звертати увагу на вживання родового відмінка однини іменників чоловічого роду другої відміни. Флексію -а (-я) мають переважно іменники, що позначають:

- конкретні одиничні предмети, населені пункти, назви осіб (Житомира, дослідника, аспіранта, ректора, інтелігента);
- власні імена та прізвища (Василя, Степана, Івана);
- назви мір довжини, часу, місяців і днів тижня (метра, грама, понеділка, грудня, але віку, року);
- назви грошових знаків і числові назви (мільйона, мільярда);
- слова українського походження як елементи будови чогось (іменника, займенника, прикметника тощо);
- геометричні фігури іншомовного походження (підмета, куба, радіуса, але виду, роду, способу, складу, синтаксису тощо),

Закінчення -у (-ю) характерні для іменників чоловічого роду:

- із значенням абстрактності, збірності, почуття, а також ті, що називають явища природи, установи, речовини (іспиту, тексту, наказу, успіху, ритму);
- терміни іншомовного походження: математичні, фізичні, хімічні, літературознавчі (аналізу, синтезу, ферменту);
- назви річок, озер, гір, островів, країн, областей та складних назв населених пунктів, другою частиною яких є іменник (Вишгороду, Кам'яного Порту, Дону, Дунаю, Китаю).

У складних словах — назвах населених пунктів відмінюється кожна частина (Кам'янець-Подільський — Кам'янця-Подільського, Корсунь-Шевченківський – Корсуня-Шевченківського).

У давальному відмінку можуть уживатися паралельні закінчення іменників: декану і деканові, ректору і ректорові. Коли ж поряд знаходиться кілька іменників назв осіб у давальному відмінку, закінчення бажано чергувати: ректорові Степанюку Івану Васильовичу.

У звертаннях частіше використовується кличний відміннок (Василе, Олеже, Олександре, Степане Івановичу, добродію Оресте).

Чоловічі прізвища на -ко, -ук та з нульовим закінченням відмінюються, а жіночі — ні. (Іваненко Віктор – Іваненка Віктора, Гук Антон – Гука Антона, Чмир Іван – Чмира Івана родовий відмінок у чоловіків, однак, Іваненко Вікторії, Гук Антоніни, Чмир Іванни – у жінок)

Іменники при позначення жінок за професією або родом занять у наукових текстах вживаються в чоловічому роді (академік Любов Олександрівна Чемна; професор Цимбалюк Вікторія Іванівна, декан Катерина Корч, завідувач кафедри Соломія Бевз).

Деякі слова мають і закінчення -а, і закінчення -у. Наприклад, термін у значенні «слово» – терміна, у значенні «строк» терміну, апарата (прилад) - апарату (установа), елементу (абстрактне) - елемента (конкретне), інструмента (одиничне) - інструменту (збірне), рахунка

(документ) - рахунку (дія), фактору (чинник) - фактора (маклер). Варто пам'ятати й особливості закінчень родового відмінка множини таких слів: статей, гостей, облич, відкриттів і відкрить, сумішей, старост і старостів [8].

Дієслово. Для вживання дієслів у науковому стилі є характерним:

- Інфінітив, що має форму на -ти (починати, виконувати, закінчувати), а не на - ть.

- Більшість дієслів у наукових текстах функціонує у формі теперішнього часу, що виражають значення констатації факту: (розглядається, спостерігаються, виявляються, існують тощо);

- Форма 1-ої особи множини у відгуках і виступах (констатуємо незаперечну наукову новизну, цінність наукової роботи вбачаємо, відзначимо стрункість й достатньо продуману структуру роботи);

- Поширеними в наукових текстах є різновидові дієслова дійсного способу (охарактеризувати, інтерпретувати, мотивувати, доводити, вважати), майже не вживаються дієслова умовного способу, недоречними є і дієслова наказового способу.

- Недоконаний вид у наукових текстах використовується в складених формах (будуть формуватися, будуть проводитися, буде здійснюватися), доконаний вид утворюється за допомогою префіксів (задіяти, окреслити, відвідати, започаткувати);

- Інфінітиви у поєднанні з модальними словами (доцільно звернути увагу, необхідно відзначити, слід наголосити, результати дослідження можуть використовуватися при викладанні університетського курсу…).

- Значна частина дієслів у наукових текстах виступають у ролі зв'язки: бути, стати, слугувати, вважатися, характеризуватися.

- Характерні для наукових текстів стійкі дієслівно–іменникові словополучення (брати участь, дотримуватися вимог, надавати слово, ставити запитання)

Активні дієприкметники теперішнього часу науковій українській мові не властиві. Варто уникати ненормативних форм або заміняти їх іменниками, прикметниками, підрядними означальними реченнями. Наприклад: виступаючий на конференції магістрант – магістрант, що виступає на конференції; головуючий на засіданні спеціалізованої вченої ради – голова засідання спеціалізованої вченої ради; відповідаючий на запитання дисертант - дисертант, який відповідає на запитання.

Українській науковій мові притаманна тенденція до уникнення дієприкметникових форм на -уч-(-юч-) теперішнього часу й заміна їх на -увальн-: констатувальний замість констатуючий, формувальний замість формуючий, об'єднувальний замість об'єднуючий.

Російським пасивним прикметникам теперішнього часу в українській науковій мові відповідають дієприкметники минулого часу (желаемый – бажаний, употребляемый – уживаний, анализируемая – аналізована) [8].

Числівник. Однозначні числа, які не мають посилань на одиниці виміру, у науковому тексті записують словами. Складні і складені кількісні та дробові числівники позначаються цифрами. Із числівниками два, три, чотири іменники вживають у називному відмінку множини (три групи, чотири частини), із числівниками п'ять, шість, сім, вісім, дев'ять – у формі родового відмінка множини: шість монографій, вісім дисертацій. Слово раз у значенні числівника відмінюється як мільйон, мільярд. З дробовими числівниками слід уживати раза, а не рази (два і п'ять десятих раза). Не використовують у науковій мові неозначено-кількісні числівники (багато, мало, чимало, кільканадцять, декілька), а також збірні числівники (двійко, троє, обидва, обоє) [8].

Прикметник. У науковій мові використовують найчастіше відносні прикметники (систематичний, аналітичний, формувальний), що максимально точно вказують на ознаки, та аналітичні форми вищого і найвищого

ступенів порівняння якісних прикметників (більш вдалий, найдоцільніший). Необхідно звертати увагу на значення прикметників. Так, здатний – це спроможний, такий, що має змогу щось зробити; здібний означає «обдарований, такий, шо має здібності», загальноприйнятий - це визнаний усіма, узвичаєний; натомість загальноприйнятний – такий, якого всі можуть визнати й прийняти [8].

Займенник. Займенниик використовуються:

- Для вираження думки певної групи людей, але частіше він вживається у виразах: на нашу думку, на наш погляд;

- Займенник «ви» вживається для вираження поваги, пошани: прошу Вас, зважаючи на Вашу думку тощо.

- Вживаними є вказівні займенники: цей, той, такий з прийменниками: у тому випадку, з цією метою.

- Не етично в усній дискусії, але не в наукових текстах, використовувати займенник він, вона, вони. Присутню на засіданні особу слід називати на ім'я й по батькові чи за прізвищем. Поширена форма викладу від 3-ї особи: автор доводить, майстер слова наголошує, вчений розглядає.

- В українській науковій мові користуються вказівними займенниками цей, той, такий з прийменниками, що визначають логічні зв'язки між частинами висловлювання: в тому випадку, з цією метою.

- Використовують означальні займенники інший, увесь, заперечний займенник жоден, натомість не доречні в наукових текстах неозначені займенники щось, дещо, що-небудь.

- Щодо займенників їх і їхній, то щоб уникнути паралелізму й плутанини, варто в усному мовленні і на письмі використовувати присвійний займенник їхній [8].

Прислівник. У наукових текстах використовують прислівники зі значенням ознаки дії (попереду, угорі, щоразу, згарячу, обов'язково, принагідно) чи стану особи (приємно, радісно, образливо). Можливі також ступеневі форми якісно-означальних прислівників (найсердечніше подякувати, розглянемо це більш детально, проаналізуємо це більш ретельно). Перекладаючи російські вислови длиной, в длину, шириной, в ширину, высотой, глубиной, величиной, толщиной, варто вживати в науковій мові такі українські відповідники: завдовжки, завширшки, заввишки, завглибшки, завбільшки, завтовшки.

В усному й писемному науковому мовленні частовживаними є модальні прислівники, що надають окремому члену речення чи всьому реченню модальних відтінків ствердження, заперечення, вірогідності, можливості, неможливості, зв'язності тексту (безумовно, можливо, звичайно, нарешті, по-перше, щоправда, отже, таким чином) [8].

Прийменник. Прийменники в наукових текстах використовуються і мають теж значення, що і в розмовній мові. З-поміж прийменників незважаючи на і попри у наукових текстах більш уживаним є прийменник незважаючи на (незважаючи на певні недоліки, незважаючи на попередні зауваження). Прийменники щодо і стосовно мають тотожні значення, однак у науковому мовленні перевагу надають прийменнику стосовно (стосовно цього питання) [7].

Частки, зазвичай, слугують засобом відтворення певних емоцій, почуттів, посилення дії, стану, ознаки, акцентування на смислових центрах у висловлюваннях. У науковій мові вживають вказівні (це, оце, то), означальні (саме, точно, власне, рівно), видільні (тільки, лише), стверджувальні (так, авжеж), питальні (чи, невже), заперечні (ні, ані, не) частки. Натомість емоційно забарвлені частки в наукових текстах недоречні [8].

Для синтаксису наукової мови характерним є:

- сполучниковий зв'язок;

- складні конструкції;

- двоскладні речення з простим дієслівним присудком (Аспірант урахував зауваження наукового керівника…);

- простий дієслівний присудок, виражений дієсловом активного стану у

формі 3-ї особи однини чи множини теперішнього,минулого чи майбутнього часу (Вчена рада розгляне це питання на наступному засіданні…);

- безособові речення із присудком, вираженим дієслівною формою на -но, -то та об'єктом — прямим додатком у формі іменника у знахідному відмінку без прийменника (застосовано метод, прочитано дисертацію, запропоновано спосіб);

- складні речення з чітко вираженим складносурядним або складнопідрядним зв'язком (що, оскільки внаслідок того, у зв'язку з тим, бо, тоді як тощо) [8].

Висновки та перспективні подальших розробок у цьому напрямку

Таким чином, лінгвістична складова наукової мови беззаперечно свідчить на користь існування наукової комунікативної компетентності як однієї із частин комунікативної компетентності, а не є різновидом професійної комунікативної компетентності. Тобто, наукова комунікативна компетентність не є частиною професійної комунікативної компетентності, а являє собою особливий феномен сучасного розвитку науки, що підлягає детальному вивченню, оскільки має вагоме теоретичне і практичне значення для науки загалом, так і для розвитку наукової складової сучасної освіти.

Перспективи подальших розробок у цьому напрямку полягають у поглибленому вивченні особливостей наукової комунікативної компетентності магістрів медсестринства, зокрема таких її складових як інформаційно-комп'ютерної та наукометричної.

ЛІТЕРАТУРА

1. Булах І.Є. Інформаційні технології у психології і медицині /І.Є.Булах, І.І.Хаїмзон. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. -216 с.

2. Василик М.А. Наука о коммуникации или теория коммуникации? //Актуальные проблемы теории коммуникации. - Сборник научных трудов. - СПб. - Изд-во СПбГПУ. - 2014.. - С. 4-11.

3. Вознюк О.В. Педагогічна синергетика: генеза, теорія і практика: Монографія. /О.В.Вознюк. – Житомир: Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2012. – 708 с.

4. Гудінг Д. Світогляд: для чого ми живемо і яке наше місце у світі. /Д. Гудінг, Д.Леннокс. Груповий пер. з рос. зі звіркою з англійським оригіналом під. заг. ред. М.А Жукалюка. -Київ: УБТ, 2003. -406 с.

5. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи: бібліотека з освітньої політики , за заг. ред. О.В.Овчарук. –К.: К.І.С., 2004. -112 с.

6. Коновальчук І.І. Сутність інновації як системоутворювальної категорії педагогічної інноватики /І.І.Коновальчук. – Матеріали наук. практ. конф. «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи». Житомир, 2011. –С.132-135.

7. Мельничук І.М. Історіогенез компетентнісного підходу в сучасній освіті /Мовна комунікація: наука, культура, медицина: Збірник матеріалів наук. прак. конф. до 55-річчя Тернопільського державного медичного університету імені І.Я.Горбачевського. –Тернопіль: ТДМУ, 2012. –С.102-104.

8. Семеног О.М. Наукова мова як комунікативний феномен /О.М.Семеног [Електронний ресурс] Режим доступу: http://conf.vntu.edu.ua/humed/2010/txt/Semenog.php

9. Chomsky N. Aspects of the Theory of Syntax. -Cambridge, MA: MIT Press, 1965. -164 p.

10. Hymes D. On Communicative Competence // Sociolinguistics: Selected Readings / J. B. Pride. J. Holmes (eds.). - Harmondsworth, U. K.: Penguin, 1972. –P. 269-293

11. Hymes D.H. On communicative competence. – Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1971. – 213 p.

ЛИНГВИСТИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ НАУЧНОЙ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С ЗАВЕРШЕННЫМ ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ – МАГИСТРОВ ЗА СПЕЦИАЛЬНОСТЬЮ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»

Свиридюк В.В.
Житомирский институт медсестринства,

Резюме. *Появление в Украине магистров за специальностью «Сестринское дело», обусловило необходимость научного обоснования процесса формирования научной коммуникативной компетентности.*

Из более, чем 500 педагогических теорий и парадигм, наиболее распространенной и продуктивной на сегодня есть парадигма компетентостно-ориентированного образования. Проведенный анализ первоисточников позволил выстроить следующую классификацию коммуникативной компетентности:

I Бытовая или общечеловеческая коммуникативная компетентность. II Профессиональная коммуникативная компетентность.III. Информационная коммуникативная компетентностьIV. Научная коммуникативная компетентность.

Обоснованно тезис, согласно которому лингвистическая составляющая научной коммуникативной компетентности наряду с наукометрической, свидетельствуют о существовании особенного феномена современной науки – научной коммуникативной компетентности, как умения не только проводить научные исследования, но и представлять их результаты научному сообществу.

Выводы *заключаются в углубленном изучении особенностей научной коммуникативной компетентности магистров медсестринства - информационно-компьютерная и наукометрическая.*

Ключевые слова: *наукометрия, магистр медсестринства, научная коммуникативная компетентность.*

LINGUISTIC CONSTITUENT OF SCIENTIFIC COMMUNICATIVE COMPETENCE OF NURSES WITH THE COMPLETED HIGHER EDUCATION – MASTER'S DEGREE IN NURSING

Sviridyuk V.V.
Zhytomyr Nursing Institute,

Abstract. *Appearance in Ukraine of Master's Degrees in nursing stipulated the necessity of scientific grounding the process of forming their scientific communicative competence.*

Research purpose *consists in the theoretical analysis of the existent and new perspective approaches as for forming scientific communicative competence of nurses with the completed higher education – Master's Degrees in nursing. .*

Research methods: *content-analysis of scientific original sources and methods of analysis the systems and logical generalization..*

Results and discussions. *From more than 500 pedagogical theories and paradigms, most widespread and productive for today is paradigm of the competence based education. The analysis of original sources allowed lining up next classification of communicative competence:I Domestic or common to all mankind communicative competence. II Professional communicative competence.III. Informative communicative competenceIV. Scientific communicative competence. Grounded thesis due to which linguistic constituent of scientific communicative competence along with scientometric, testify to existence of the special phenomenon of modern science – scientific communicative competence, as ability not only to carry out researches but also present their results to scientific association.*

Conclusions *are in deep study of features of scientific communicative competence of Master's Degrees in nursing, in particular - informatively-computer and scientometric.*

Keywords: *scientometrie, Master's Degree in Nursing, scientific communicative competence.*

Рецензент: доктор медичних наук П.В.Яворський

УДК. 378:005.6+377.36:6+37.015.31

ТЕХНОЛОГІЯ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ

Шарлович З. П.
КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»

Резюме. *Запропонована технологія базується на основних сучасних концепціях навчально-виховного процесу в медичній професійній освіті, а тому формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки на основі технологічного підходу передбачає дослідження всіх аспектів цього процесу, починаючи з постановки цілей, проектування, організації навчального процесу до перевірки ефективності створеної дидактичної системи, що визначає основні компоненти та технології.*

Визначено компоненти структури технології формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки: мотиваційно-цільовий, змістовий, процесуальний, контрольно-оцінний, результативний.

Отримані результати проведеного експериментального дослідження дозволяють зробити висновки про ефективність процесу формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки через реалізацію моделі шляхом впровадження авторської технології в навчальний процес.

Ключові слова: *фахова підготовка, медичні сестри сімейної медицини, професійно-педагогічна компетентність, модель та технологія формування професійно-педагогічної компетентності.*

Актуальність проблеми. Проблема підготовки медсестринських кадрів для роботи в сімейній медицині стає все більш актуальною. Це насамперед, пов'язано з потребою суспільства реформувати медичну галузь. У зв’язку з реорганізацією медичної галузі та перехід на трьох рівневу систему надання медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна) виникла необхідність підготовки кадрів для роботи в сімейній медицині, оскільки первинна медико-санітарна допомога буде складати понад 75% від загального надання медичної допомоги населенню України [3].

В Україні проведено ряд заходів, спрямованих до переходу на сімейну медицину, зокрема розроблений та впроваджений пілотний проект первинної ланки по переходу на сімейну медицину, розроблено Концепцію та створено Державну програму з реорганізації [2].

Крім того, серед основних проблем відзначається недостатність теоретичної обґрунтованості проблеми дефіциту медсестринських кадрів для сімейної медицини (зокрема і в питаннях їх професійно-педагогічної компетентності), а також відсутність належного методичного і наукового забезпечення навчально-виховного процесу, спрямованого на оновлене надання медичної допомоги населенню.

За таких умов, вивчення проблеми компетентності медичної сестри, психологічних механізмів та педагогічних засобів формування професійно-педагогічної компетентності стає одним із пріоритетних завдань наукових досліджень.

Професійна фахова підготовка медичних сестер, орієнтованих на діяльність в системі сімейної медицини, повинна враховувати освітні потреби та потреби медсестринської галузі. Створивши умови для навчання студентам медсестринських відділень з метою їх професійного самовизначення, слід

постійно контролювати навчально-виховний процес та, за потреби коректувати, реалізувавши зміни у цілях, змісті, структурі та його організації.

Мета. Викладені вище положення призвели до необхідності удосконалення системи медсестринської освіти, що, в свою чергу, вимагає створення відповідної технології за допомогою якої відбудеться впровадження моделі формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини.

Матеріали та методи. Технологічний підхід було обрано нами тому, що педагогічна технологія функціонує і як науковий підхід, що досліджує найбільш раціональні шляхи навчання, і як система способів, принципів, що регулюють процес навчання, і як реальний процес навчання. Поняття "педагогічна технологія" може бути представлено трьома аспектами: *науковим* як частина педагогічної науки, що вивчає і розроблює цілі, зміст та методи навчання і проектує педагогічні процеси; *процесуально-описовим* як алгоритм процесу навчання, сукупність цілей, змісту, методів та засобів досягнення запланованих результатів; *процесуально-дієвим* як здійснення педагогічного процесу, функціонування всіх особистісних, інструментальних та методологічних засобів.

Для вирішення конкретного навчально-виховного завдання застосовується педагогічна технологія. В ній систематизовані педагогічні засоби, форми і методи педагогічного процесу, які застосовуються поетапно, в певній єдності між собою та спрямовані на досягнення очікуваного результату [1].

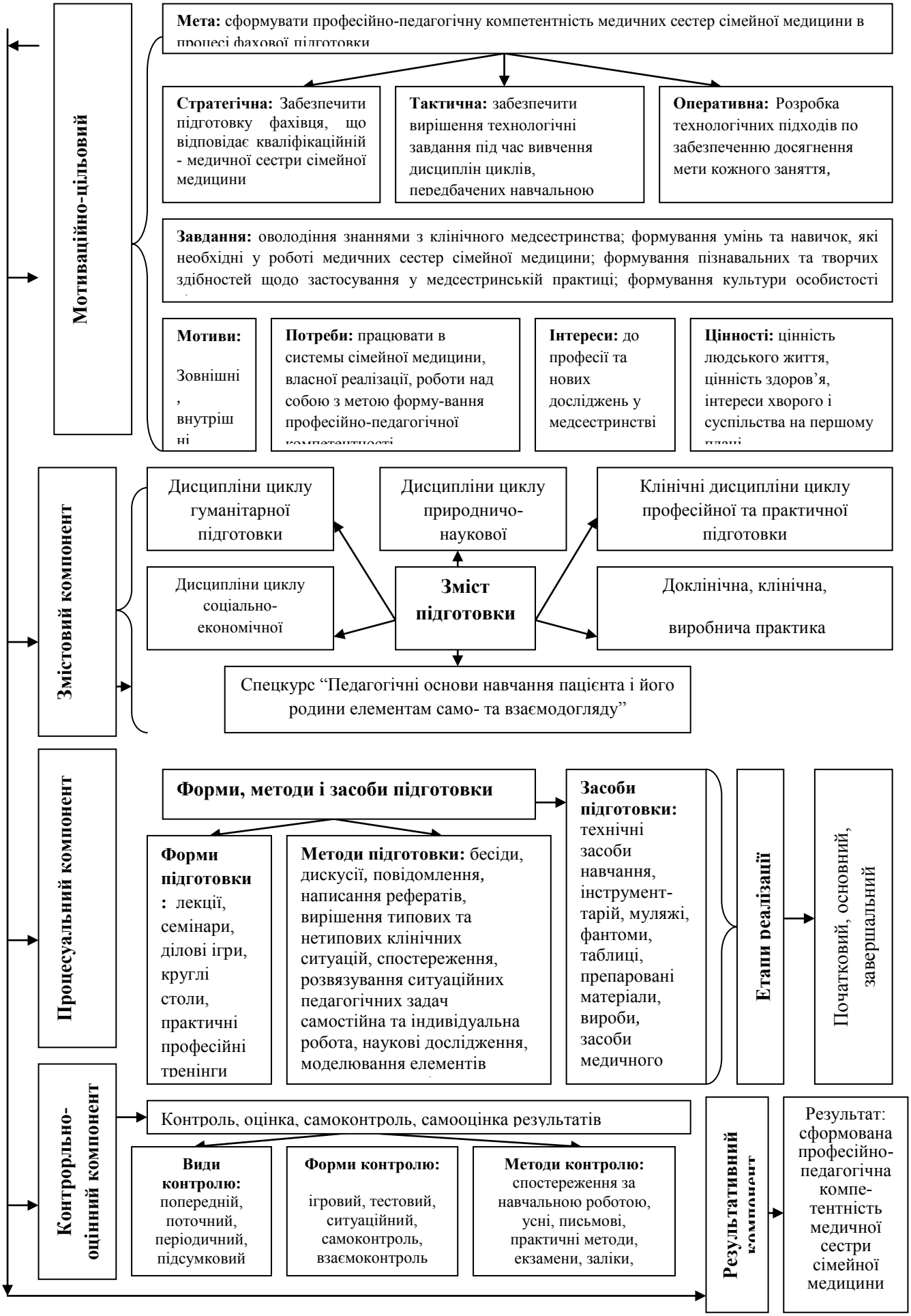
Дослідниками, зокрема Г.К. Селевком [4], виділяються основні критерії, за якими будуються педагогічні технології, а саме: *концептуальність* (наявність креативної ідеї наукового пошуку); *системність* (логіка процесу, взаємозв'язок його частин, цілісність); *керованість* (можливість діагностичного цілепокладання, проектування процесу навчання, поетапної діагностики, варіювання засобами та методами з метою корекції результатів); *ефективність* (визначення показника оптимальності навчальної методики); *відтворюваність* (можливість застосування розробленої технології іншими викладачами) [4].

Отже, педагогічна технологія розглядається нами як системна і послідовна реалізація на практиці проекту певної педагогічної системи професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки. Системний підхід охоплює всі напрями навчального процесу – від постановки цілей і конструювання змісту, засобів до перевірки ефективності роботи розроблених навчальних систем [5].

Запропонована технологія базується на основних сучасних концепціях навчально-виховного процесу в медичній професійній освіті, а тому формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки на основі технологічного підходу передбачає дослідження всіх аспектів цього процесу, починаючи з постановки цілей, проектування, організації навчального процесу до перевірки ефективності створеної дидактичної системи, що визначає основні компоненти та технології.

Нами було визначено компоненти структури технології формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки: мотиваційно-цільовий, змістовий, процесуальний, контрольно-оцінний, результативний.

Мотиваційно-цільовий компонент передбачає проектування: стратегічних, тактичних та оперативних цілей навчання студентів відповідно до розробленої моделі формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки на основі чіткої усвідомленої мотивації.


Мотиваційно-цільовий
Мета: сформувати професійно-педагогічну компетентність медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки
Стратегічна: Забезпечити підготовку фахівця, що відповідає кваліфікаційній - медичної сестри сімейної медицини
Тактична: забезпечити вирішення технологічні завдання під час вивчення дисциплін циклів, передбачених навчальною
Оперативна: Розробка технологічних підходів по забезпеченню досягнення мети кожного заняття,
Завдання: оволодіння знаннями з клінічного медсестринства; формування умінь та навичок, які необхідні у роботі медичних сестер сімейної медицини; формування пізнавальних та творчих здібностей щодо застосування у медсестринській практиці; формування культури особистості
Мотиви: Зовнішні, внутріш ні
Потреби: працювати в системы сімейної медицини, власної реалізації, роботи над собою з метою форму-вання професійно-педагогічної
Інтереси: до професії та нових досліджень у медсестринстві
Цінності: цінність людського життя, цінність здоров'я, інтереси хворого і суспільства на першому
Змістовий компонент
Дисципліни циклу гуманітарної підготовки
Дисципліни циклу природничо-наукової
Клінічні дисципліни циклу професійної та практичної підготовки
Дисципліни циклу соціально-економічної
Зміст підготовки
Доклінічна, клінічна, виробнича практика
Спецкурс "Педагогічні основи навчання пацієнта і його родини елементам само- та взаємодогляду"
Процесуальний компонент
Форми, методи і засоби підготовки
Засоби підготовки: технічні засоби навчання, інструмент-тарій, муляжі, фантоми, таблиці, препаровані матеріали, вироби, засоби медичного
Форми підготовки: лекції, семінари, ділові ігри, круглі столи, практичні професійні тренінги
Методи підготовки: бесіди, дискусії, повідомлення, написання рефератів, вирішення типових та нетипових клінічних ситуацій, спостереження, розвязування ситуаційних педагогічних задач самостійна та індивідуальна робота, наукові дослідження, моделювання елементів
Етапи реалізації
Початковий, основний, завершальний
Контрорльно-оціночний компонент
Контроль, оцінка, самоконтроль, самооцінка результатів
Види контролю: попередній, поточний, періодичний, підсумковий
Форми контролю: ігровий, тестовий, ситуаційний, самоконтроль, взаємоконтроль
Методи контролю: спостереження за навчальною роботою, усні, письмові, практичні методи, екзамени, заліки,
Результативний компонент
Результат: сформована професійно-педагогічна компе-тентність медичної сестри сімейної медицини

Мотиваційний підкомпонент охоплює чинники, які спонукають студентів до цілеспрямованої і систематичної фахової підготовки медичної сестри, що забезпечить її професійно-педагогічну компетентність для практичної діяльності в сімейній медицині.

Цільовий підкомпонент структури технології спрямований на підготовку майбутньої медичної сестри, здатної здійснювати професійну теоретичну, практичну, науково-методичну діяльність в сімейній медицині на основі сформованої професійно-педагогічної компетентності.

Змістовий компонент структури технології визначає зміст навчального матеріалу, що відповідає дидактичній меті. Зміст навчання регламентований навчальною програмою, однак може змінюватись і доповнюватись відповідно до нормативних документів, виходячи із поставленої мети для реалізації поставлених завдань. Удосконалення змісту дисциплін циклу гуманітарної, соціально-економічної, природничо-наукової підготовки, клінічних дисциплін циклу професійної та практичної підготовки з метою формування професійно-педагогічної компетентності в процесі фахової підготовки медичної сестри, а також розробку спеціального курсу "Педагогічні основи навчання пацієнта і його родини елементам само- та взаємодогляду" сприятиме реалізації поставленої мети.

Процесуальний компонент вміщує різноманітні види, форми, методи, засоби, прийоми професійно-педагогічної підготовки, які спрямовані на реалізацію мети і відповідних завдань щодо формувати професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки. Серед них: ділові ігри, тренінги, дискусії, індивідуальні, творчі завдання, мікровикладання, моделювання, завдання творчого та дослідницького характеру тощо. При цьому студенти оволодівають комплексом різноманітних методів, прийомів, засобів, які допоможуть їм організувати педагогічно доцільну взаємодію з пацієнтами та їх родинами, населенням сімейних дільниць, колегами. Такий підхід дозволяє створити для майбутніх медичних сестер ситуацію, за якої кожна з них зможе реалізувати свої можливості, виробити власну позицію, переконання щодо роботи в сімейній медицині, сформуватися як медична сестра-професіонал.

Контрольно-оцінний компонент спрямований на здійснення контролю та оцінки рівня сформованості професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки; відповідної корекції цього процесу.

Результативний компонент дає можливість побачити результат застосованої технології формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки для обґрунтування доцільності застосованої технології та реалізації розробленої моделі дослідження.

Висновки та перспективи подальших досліджень.

Розроблено і впроваджено технологію формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки, як системну і послідовну реалізацію на практиці моделі формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри в процесі фахової підготовки.

Визначено компоненти структури технології формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки: *мотиваційно-цільовий,* який реалізується через поставлену стратегічну, тактичну, оперативну мету впровадження технології формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки, завдання, мотиви, потреби, інтереси, цінності;

змістовий компонент, який визначає зміст підготовки і включає в себе вивчення дисциплін циклу гуманітарної, соціально-економічної, природничо-наукової підготовки, клінічних дисциплін циклу професійної та практичної підготовки з метою формування професійно-педагогічної компетентності в процесі фахової підготовки медичної сестри, а також розробку спеціального курсу "Педагогічні основи навчання пацієнта і його родини елементам само- та взаємодогляду", що сприятиме реалізації поставленої мети; процесуальний, що забезпечує форми, методи і засоби підготовки та проходить початковий, основний і завершальний етапи реалізації; контрольно-оцінний, де впроваджуються види, форми і методи контролю; результативний, де результатом має стати сформована професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки .

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку полягають у розкритті механізмів формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини, через глибоке вивчення поняття, змісту та структури цих компетентностей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дубасенюк О.А., Вознюк О.В. Професійно-педагогічні задачі: типологія та технологія розв'язання: Навчальний посібник для студентів ВНЗ. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2010. – 272с.
2. Законопроект «Про реалізацію пілотного проекту щодо реформування системи медичного обслуговування у Вінницькій, Дніпропетровській та Донецькій областях" внесено до Уряду відповідно до регламентних вимог листом МОЗ України від 18.04.2011 № 02.19/10/799/34. – www.moz.gov.ua/ua/.../Pro_20110427_0.html
3. Постанова Кабінету Міністрів України № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» від 20.06.2000р.
4. Селевко Г.К. Современные образовательные технологии: ичеб. Пособ. / Г.К.Селевко. – М.: Народное образование, 1998. – 256с.
5. Технології соціальної роботи з обдарованими дітьми // Соціальна робота: технологічні аспекти / за ред. проф. А.Й.Капської. – К.: ДЦССМ, 2004. – С.301-324.

ТЕХНОЛОГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ

Шарлович З.П.
КВУЗ «Житомирский институт медсестринства»

Резюме. *Предложенная технология базируется на основных современных концепциях учебно-воспитательного процесса медицинского профессионального образования, а поэтому профессионально-педагогическая компетентность медицинских сестер семейной медицины в процессе профессиональной подготовки на основании технологического подхода предусматривает исследование всех аспектов этого процесса, начиная с постановки целей, проектировки,*

THE TECHNOLOGY OF FORMING PROFESSIONAL AND PEDAGOGICAL COMPETENCES IN THE PROCESS OF PREPARATION FAMILY MEDICINE NURSES

Sharlovich Z.P.
Zhytomyr Nursing Institute

Summary. *The given technology is based on main modern concepts of the educational process in medical preparation. The forming of professional and pedagogical competences in the process of preparation of medical sisters of general practice - family medicine based on the technological approach considers the research of all the components of this process from the planning, projecting and educational managing till checking the effectiveness of didactics that maintains the main components and*

организации учебного процесса до проверки эффективности созданной дидактической системы, что определяет основные компоненты и технологии.

Определены компоненты структуры технологии формирования профессионально-педагогической компетентности медицинских сестер семейной медицины в процессе профессиональной подготовки: мотивационно-целевой, содержательный, процессуальный, контрольно-оценочный, результативный.

Полученные результаты проведенного экспериментального исследования позволяют сделать выводы об эффективности процесса формирования профессионально-педагогической компетентности медицинских сестер семейной медицины во время профессиональной подготовки через реализацию модели путем внедрения авторской технологии в учебный процесс.

Ключевые слова: *медицинская сестра семейной медицины, профессионально-педагогической компетентность, модель и технология формирования профессионально-педагогической компетентности в процессе профессиональной подготовки.*

technologies.

The structural components of the forming professional and pedagogical competences in the process of preparation of medical sisters of general practice - family medicine are determined: motivational-objective component, content component, process component, checking component, summary component.

Results of the research enable to summarize the effectiveness of forming professional and pedagogical competences in the process of preparation of medical sisters of general practice - family medicine through the implantation of original technologies into the educational process.

Key words: *preparation, medical sisters of family medicine, professional and pedagogical competence, pattern and technology of forming professional and pedagogical competence.*

Рецензент: кандидат педагогічних наук І.М.Круковська

УДК 378.016:614.253.5

ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ ФАХОВИХ ДИСЦИПЛІН

Єрємєєва І. В.
Бердичівський медичний коледж

Резюме. *В статті розкрито процес формування професійної компетентності у майбутніх медичних сестер на прикладі аналізу знань та практичних вмінь у вивченні фахових дисциплін.*

Починаючи теоретичний аналіз наукових джерел, автор статті звертає увагу на наукове тлумачення понять "компетентність" та "професійна компетентність", по черзі висвітлюючи їх.

Автор статті висловлює свою позицію щодо успішного становлення професійної компетентності студентів медичних закладів у процесі навчання фахових дисциплін. Він вбачає, що це має здійснюватися в усвідомленні і, головне, розвитку основних якостей особистості, майбутнього медичного працівника, та ставить акцент на величезне значення в практичній його діяльності. Велика увага приділяється вихованню особистісних якостей спеціаліста-громадянина, узагальненню набутих знань та вмінь, спрямуванню їх на практичну діяльність.

Таким чином, для формування професійної компетентності студента медичного закладу – майбутнього медичного працівника необхідні володіння принципами взаємної співпраці, поєднання професійних якостей і особистісних позицій, прагнення до саморозвитку та самореалізації у своїй майбутній професійній діяльності.

Ключові слова: *студент, компетентність, професійна підготовка.*

Актуальність проблеми. Зміни, що відбуваються в останнє десятиліття у всіх сферах діяльності сучасного суспільства, зумовили якісно нові вимоги до підготовки фахівців. Сьогодні успішна професійна і соціальна кар"єра неможлива без готовності до опанування новими технологіями, адаптування до нових умов праці, вирішення нових професійних задач. Концепція розвитку охорони здоров"я України передбачає удосконалення системи підготовки медичних сестер, розробку і реорганізацію програми розвитку медсестринства, розширення функцій медичних сестер відповідно до світового досвіду.

У працях Б. Ананьєва, Л. Виготського, І. Зимньої, А. Леонтьєва, С. Рубінштейна підкреслюється важливість проблеми формування професійної компетентності медичних сестер та пропонується звернути увагу на систему підготовки спеціалістів з медсестринства з урахуванням перспектив розвитку потреб охорони здоров'я[2].

Отже, існує соціальне замовлення суспільства на професійно компетентного фахівця в галузі медсестринства, що зумовлює необхідність удосконалення професійної підготовки студентів медичних коледжів у процесі вивчення фахових дисциплін.

Мета дослідження – розкрити процес формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер у вивченні фахових дисциплін.

Результати та їх обговорення. Роль професійної підготовки є провідною в різних системах професійної освіти, зокрема медичної. Наш навчальний заклад своїм головним завданням вважає формування майбутнього спеціаліста, висококваліфікованого фахівця і, водночас, громадянина держави, який буде постійно поглиблювати свої знання і прагнути до нових.

Поняття «компетентність», «компетенція», «професійна компетентність» одні з найбільш уживаних слів в освіті. Наприклад, визначаючи категорію "компетентність", С. Гончаренко наголошував, що це "... сукупність знань і вмінь, необхідних для ефективної професійної діяльності: вміння аналізувати, передбачати наслідки професійної діяльності, використовувати інформацію" [1]. Трудова діяльність майбутнього фахівця потребує інтеграції знань, отриманих при вивченні різних навчальних дисциплін, об'єднання їх у конкретній праці. На це спрямоване послідовно організоване практичне навчання в нашому навчальному закладі, яке реалізується на практичних заняттях в базових лікувально-профілактичних закладах міста, під час самостійної поза аудиторної роботи студентів та виконання програм виробничої і переддипломної практики.

Одним із головних завдань навчання в коледжі є формування професійних компетентностей студентів, тобто тих якостей людини, що є основою успішного здійснення певного виду діяльності.

Значні вимоги ставляться до комунікативних якостей медсестри, які забезпечують їй ефективність взаємодії з хворим. Висока відповідальність за здоров'я людини вимагає від медсестри бути чесним, правдивим, дисциплінованим і старанним спеціалістом.

Різнопланова діяльність медсестри потребує активного мислення при вирішенні різних практичних завдань. Часто вона змушена діяти в екстремальних умовах, коли необхідно швидко прийняти оптимальне для певної ситуації рішення. В процесі вивчення фахових дисциплін передбачається розвиток зорових, слухових, тактильних відчуттів, формування спостережливості, здатності до переключення уваги, що допомагає медичній сестрі успішно виконувати дії за умови швидкої зміни об'єктів.

Процес формування професійної компетентності – це багатофакторне явище, що впливає на майбутнє особистісне та професійне становлення студента як професіонала, а ціннісна сфера особистості є напрямляючим орієнтиром і центральним фактором, що регулює діяльність людини в суспільстві, визначаючи напрямок і особливості поведінки особистості [4].

Радзієвська І.В. розглядає професійну компетентність медичної сестри через інтегровану сукупність особистісних, професійних, інструментальних ключових компетенцій [5]. Виходячи з того, що майбутня професійна діяльність медичної сестри пов'язана із засвоєнням значної кількості практичних умінь і навичок, а кожна її дія має виконуватися чітко і безпомилково (оскільки від цього залежить ефективність лікування, здоров'я, а іноді і життя пацієнта), в процесі навчально-професійної підготовки використовується алгоритмізація дій. Сфера професійної компетентності середніх медичних спеціалістів поступово розширюється і включає все більше маніпуляцій, які раніше виконувалися лікарем. [3].

Успішному становленню професійної компетентності студентів медичних закладів у процесі навчання сприяє усвідомлення і, головне, розвиток основних якостей особистості, якими повинен володіти кожен медичний працівник. Більшість юнаків і дівчат, які вступили до медичного коледжу, добре уявляють специфіку своєї трудової діяльності. Людина, яка обрала професію медика, має бути милосердною, все життя вчитися, оволодівати знаннями і вміннями, прагнути до високого професіоналізму.

Висновок. Таким чином, для формування професійної компетентності студента медичного закладу – майбутнього медичного працівника – необхідні володіння принципами взаємної співпраці, поєднання професійних якостей і особистісних позицій, прагнення до саморозвитку та самореалізації у своїй майбутній професійній діяльності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник. – К. : Либідь, 1997. –376 с.
2. Драч І.І. Компетентнісний підхід як засіб модернізації змісту вищої освіти / І.І.Драч // Проблеми освіти. - 2008. - № 57.
3. Касевич Н.М. Медсестринська етика і деонтологія. – К.:Медицина., 2009. – 200с.
4. Професійна педагогічна освіта: компетентісний підхід: монографія / за ред. О.А.Дубасенюк. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім.І.Франка, 2011. – 412с.
5. Радзієвська І.В. Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі вивчення фахових дисциплін : Автореф. ... канд. пед. наук: - К.: 2011р –28 с.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН

Еремеева И.В.
Бердичевский медицинский колледж

Резюме. *В статье раскрыт процесс формирования профессиональной компетентности у будущих медицинских сестер на примере анализа знаний и практических умений в изучении специальных дисциплин.*

Автор статьи выражает свою позицию относительно успешного становления профессиональной компетентности студентов медицинских учреждений в процессе обучения профессиональных дисциплин. Он ставит акцент на огромное значение в практической его деятельности. Большое внимание уделяется воспитанию личностных качеств специалиста-гражданина, обобщению полученных знаний и умений, направлению их на практическую деятельность.

Таким образом, для формирования профессиональной компетентности студента медицинского учреждения - будущего медицинского работника необходимы владение принципами взаимного сотрудничества, стремление к саморазвитию и самореализации в своей будущей профессиональной деятельности.

Ключевые слова: *студент, компетентность, профессиональная подготовка.*

FORMING PROFESSIONAL COMPETENCE OF NURSES WHILE STUDYING PROFESSIONAL DISCIPLINES

Eremeeva I.V.
Berdychev medical college

Summary. *In the article "Formation of professional competence of future nurses in the process of studying of special disciplines" the author revealed the formation of professional competence of future nurses by analyzing the knowledge and practical skills in the study of professional disciplines.*

From the theoretical analysis of scientific sourses, the author of the scientific article turns its attention to the scientific interpretation of such concepts as "competence", "professional competence".

The author sees that this must be done in awareness and, most importantly, in development of basic qualities of personality of a future medical worker. He puts an emphasis on great importance of practice. For example in proces of gaining knowledge of professional discipline in Nursing, student nurses learn how to take care for a sick person and recognize the symptoms of various diseases.

The above indicates that professional preparation of future nurses with the traditional approaches do not satisfy the needs of society. Thus, for the formation need: the mastery of mutual cooperation principles, the combination of professional qualities and personal positions, the desire to self-development and fulfilment in their future careers.

Keywords: *student, expertise, professional training.*

Рецензент: кандидат педагогічних наук О.В. Горай

УДК: 378:378.14:54:542.1(477)

ПОРІВНЯННЯ ХІМІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ БАКАЛАВРІВ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ ЄС

Заблоцька І.М.
КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»

Резюме. *У статті доведена необхідність уніфікації хімічної складової професійних компетенцій майбутніх бакалаврів лабораторної діагностики в Україні та країнах ЄС. За змістом вітчизняної освітньо-кваліфікаційної характеристики освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» спеціальності «Лабораторна діагностика» та навчальним планом підготовки цих фахівців у країнах ЄС визначено групи професійних компетенцій, які містять цю складову. Зроблено висновок про подібність їх змісту та необхідність розробки предметних компетенцій студентів з хімії як основи для формування професійної компетентності зазначених фахівців.*

Ключові слова: *бакалавр, лабораторна діагностика, хімічна складова, професійні компетенції в Україні, професійні компетенції в країнах ЄС.*

Актуальність дослідження. В умовах реформування системи охорони здоров'я, спрямованого на підвищення якості медичних послуг для населення, лабораторна діагностика як напрям медичної діяльності набуває неабиякого значення. Використовуючи загальноклінічні, біохімічні, токсикологічні, гематологічні та інші методи дослідження, фахівці з лабораторної діагностики розпізнають симптоми хвороб людини та здійснюють їхню інтерпретацію [1, 2]. Це дає можливість вчасно попереджувати захворювання та дозволяє здійснювати постійний моніторинг за перебігом лікування хворих в амбулаторних і стаціонарних умовах.

Активний поступ України у світовий освітній простір та міжнародний ринок праці, системне впровадження новітніх технологій у практику лабораторної діагностики значно підвищує вимоги до професійної компетентності кадрового складу лабораторних служб. Нині існує нагальна потреба у бакалаврах лабораторної діагностики, хімічна компетентність яких дозволяла б на високому рівні проводити не лише загальноклінічні, а й надскладні клініко-біохімічні лабораторні дослідження. Зміст підготовки таких фахівців повинен уніфікуватися із загальноєвропейськими стандартами.

Зважаючи на це, **метою нашої статті** є порівняння хімічної складової професійних компетенцій бакалаврів лабораторної діагностики в Україні та країнах ЄС.

Реалізація поставленої мети передбачала вивчення змісту ОКХ Галузевого стандарту вищої освіти України (2013 г.) [3] та спільного навчального плану підготовки майбутніх фахівців у галузі лабораторної діагностики країн ЄС [4]. Аналіз цих освітніх документів дозволив визначити групи професійних компетенцій із хімічною складовою. Їх співставлення наведено в таблиці 1:

Таблиця 1

Хімічна складова професійних компетенцій бакалаврів лабораторної діагностики в Україні та країнах ЄС

Вітчизняні професійні компетенції	Європейські професійні компетенції
1. Мати уявлення про процеси, які відбуваються на молекулярно-генетичному і клітинному рівнях організації людини, єдності структури біоорганічних речовин та їх біологічної активності.	1. Мати уявлення про хімічний, клітинний та тканинний рівні структурної організації тіла людини.
2. Розуміти сутність фізико-хімічних закономірностей, які лежать в основі процесів у організмі людини (водно-сольового обміну, буферності, хімічної рівноваги, осмотичних явищ, взаємоперетворень біонеорганічних і органічних сполук, ферментативних реакцій, електролітичної дисоціації).	2. Розуміти сутність біохімічних та кінетичних процесів у організмі людини.
3. Здатність використовувати сучасні аналітичні методи дослідження, працювати з відповідною апаратурою, вимірювальними приладами, лабораторним посудом і проводити дослідження відповідно до методик. 4. Вміти здійснювати розрахунки і готувати розчини різної концентрації. 5. Володіти методами визначення якісного і кількісного складу речовин та їх сумішей.	3. Володіти знаннями про аналітичні методи дослідження у процесі роботи з біологічними зразками (хроматографії, електрофорезу, центрифугування, діалізу, титриметрії, осмометрії, фотометрії, спектрофотометрії, нефелометрії, потенціометрії та ін.), вміти їх використовувати в інтересах охорони здоров'я людства.
7. Володіти дослідницькими вміннями і навичками пошуку й відбору сучасних лабораторних та комп'ютерних технологій, науково-медичної літератури й патентної документації з наступним їх аналізом.	4. Впроваджувати інновації в лабораторні технології та виявляти креативність в їх реалізації.
	5. Проводити фундаментальні та прикладні дослідження в галузі клінічної хімії та лабораторної медицини.
	7. Здійснювати систематичні огляди літератури з проблем лабораторної діагностики, виступати з доповідями, готувати публікації в наукові видання.
6. Використовувати знання з охорони праці (про маркування реактивів, правилах їх зберігання та використання на практиці) під час роботи в лабораторіях різного профілю.	6. Дотримуватися правил техніки безпеки в лабораторіях під час роботи з потенційно небезпечними речовинами.

Порівняння хімічної складової професійних компетенцій майбутніх бакалаврів лабораторної діагностики сприяло формулюванню **таких висновків:**

1. Професійні компетенції бакалаврів лабораторної діагностики в Україні та країнах ЄС, близькі за своїм хімічним змістом. Це відкриває додаткові можливості для міжнародного обміну досвідом між фахівцями даної галузі.

2. Існує необхідність в розробці предметних компетенцій студентів з хімії

як фундаменту для формування хімічної складової професійних компетенцій майбутніх фахівців та їх професійної компетентності в цілому.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Прес-служба Міністерства охорони здоров'я України, 2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/main/press/?docID=12524. – Назва з екрана.

2. Коваленко О. О. Міжнародні стандарти та українська клінічна лабораторна медицина / О. О. Коваленко, О. К. Толстанов // Україна. Здоров'я нації. – 2010. - № 4 (16). – С. 92–99.

3. Галузевий стандарт вищої освіти України (2013 р.). Освітньо-кваліфікаційна характеристика бакалавра галузі знань 1201 «Медицина», спеціальності 6.120102 «Лабораторна діагностика», кваліфікація 3221 «Лаборант (медицина)». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.testcentr.org.ua/index.php/menu-methwork/menu-dsvo/60-s-methwork/110-gsvou.html.

4. The EC4 European Syllabus for Post-Graduate Training in Clinical Chemistry and Laboratory Medicine: version 4 – 2012 // Clin Chem Lab Med. – 2012. – № 50 (8). – P. 1317–1328. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.researchgate.net/publication/232011835_The_EC4_European_Syllabus_for_Post-Graduate_Training_in_Clinical_Chemistry_and_Laboratory_Medicine_version_4-2012.

СРАВНЕНИЕ ХИМИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ БАКАЛАВРОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В УКРАИНЕ И СТРАНАХ ЕС

Заблоцкая И.Н.
КВУЗ «Житомирский институт медсестринства»

Резюме. *В статье доказана необходимость унификации химической составляющей профессиональных компетенций будущих бакалавров лабораторной диагностики в Украине и странах ЕС. Исходя из образовательно-квалификационной характеристики образовательно-квалификационного уровня «бакалавр» специальности «Лабораторная диагностика» и учебного плана подготовки этих специалистов в странах ЕС, определены группы профессиональных компетенций. Сделано вывод о сходстве их содержания и необходимости разработки предметных компетенций для формирования профессиональной компетентности специалистов в отрасли лабораторной диагностики.*

Ключевые слова: *бакалавр, лабораторная диагностика, химическая составляющая, профессиональные компетенции в Украине и странах ЕС.*

COMPARISON OF THE CHEMICAL COMPONENT OF THE PROFESSIONAL COMPETENCIES OF BACHELORS OF LABORATORY DIAGNOSTICS IN UKRAINE AND THE COUNTRIES OF THE EUROPEAN UNION

Zablotska I.
Zhytomyr Nursing Institute

Summary. *In the article the need for the unification of the chemical component of the professional competences of future bachelors in laboratory diagnostics in Ukraine and the countries European Union is proven.*

On the basis of the content of the educational qualification characteristic of bachelor's degree level in specialty "laboratory diagnostics" and due to the educational curricula of training these specialists in the countries of European Union, the groups of the professional competencies are determined, which contain this component. The conclusion is made about the similarity of their content and as for the need for developing students' subject competencies in chemistry as the basis for specialists' professional competence formation in the field of laboratory diagnostics.

Key words: *bachelor, laboratory diagnostics, chemical component, professional competences in Ukraine, professional competences in the countries of European Union.*

Рецензент: кандидат біологічних наук, С.В.Гордійчук

УДК 614.253.52+614.251+371

ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ЕТИКО-ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ДО СПІЛКУВАННЯ З ПАЦІЄНТОМ

Матузаєва Н.О.
Ківерцівський медичний коледж

Резюме. *Гуманістично орієнтований підхід у навчанні та вихованні майбутніх медичних фахівців потребує осмислення проблеми психологічної та етико-деонтологічної готовності медичної сестри до спілкування з пацієнтом. Аналізуючи форми і засоби спілкування, часто звертаємось до їх поведінкових проявів, виокреслюємо їх на основі зовнішніх ознак. Але окремі поведінкові характеристики не можуть дати повної інформації про зміст і особливості міжособистісних взаємин медичної сестри і пацієнта. Тому актуалізується пошук нових підходів до розуміння механізмів ефективності комунікативної взаємодії медичного працівника і пацієнта.*

Ключові слова: *комунікативна культура, спостережливість, медсестринська етика і деонтологія, професійна компетентність, емпатія.*

Особистість сестри, стиль її спілкування з хворими, володіння технікою психологічної роботи з хворими… самі по собі можуть слугувати ліками, створювати зцілювальну дію.
Іштван Харді

Постановка проблеми та її зв'язок з важливими практичними завданнями. Питання психологічної та етико-деонтологічної підготовки медсестри до спілкування з пацієнтом випливає з проблеми формування професійної компетентності медичної сестри як сукупності взаємопов'язаних якостей особистості, що передбачає досконале володіння теоретичними і практичними навичками, вміння застосовувати їх в процесі професійної діяльності, здатність творчо і нестандартно вирішувати проблеми, нести відповідальність за наслідки своєї роботи, а також професійне зростання шляхом постійного саморозвитку, самовдосконалення та самоосвіти. Віднайти правильну стратегію і тактику спілкування, осмислено ввійти в культуру співрозмовника, зберігши при цьому свою самобутність, знайти спільну мову й ключ до вирішення проблеми може лише та медична сестра, яка керується комунікативними вміннями та навичками, спирається не на метод «проб і помилок», а на певну стратегію у спілкуванні. Тому актуалізується пошук нових підходів до комунікативної компетентності, яка є необхідним складником кваліфікації молодшого медичного спеціаліста.

Аналіз останніх досліджень і публікацій, у яких започатковано розв'язання даної проблеми. У наукових працях з педагогіки і психології помітно посилилась увага дослідників до спілкування як важливого компонента загальної культури та однієї з умов самореалізації сучасного молодшого медичного спеціаліста. Вагомий внесок в обґрунтування проблеми спілкування зробили Б.Ананьєв, О.Бодальов, Л.Божович, Л.Виготський, І.Вітенко, Л.Гранюк, А.Деркач, А.Добрович, Л.Кондрашова, С.Максименко, А.Петровський, В.Семиченко, В.Соловієнко, які досліджували культуру міжособистісних відносин і засоби гуманізації міжособового спілкування. І.Вітенко вважає, що «…особливо велике значення у процесі спілкування з хворим має вміння співпереживати і співчувати, додавати йому оптимізму, віри у власні сили, у видужання. Абсолютно неприпустимим у спілкуванні з хворою людиною є прояв байдужості» [7].

Про особливе значення спілкування в сестринській справі писав ще у 1960-х роках визначний угорський дослідник Іштван Харді. Він, зокрема, наголошував, що «зв'язок між сестрою і хворим є складовою тих зв'язків, які необхідні в будь-якому лікувальному колективі, виникають у процесі лікувальної діяльності між лікарем – сестрою – хворим» [11]. Харді також висловлював занепокоєння тим, що зростання участі медсестри у лікувальному процесі спричиняє обмеження її можливостей у спілкуванні з пацієнтами (через брак часу) [11].

Збільшується кількість робіт щодо формування комунікативної культури майбутнього фахівця (Н.Бабич, Г.Золотухін, О.Ісаєва, І.Кузнецова, В.Ледньов, Л.Мітіна, І.Тимченко, В.Юкало, О.Ясько). Розвиток мотивації особистості до спілкування як професійного феномену досліджували А.Андрєєв, Н.Волкова, Н.Кузьміна, Н.Левітов.

Аналіз наукової літератури свідчить, що емпатія є інтегральною якістю, яка включає співпереживання, співчуття, жаль, чуйність та інші моральні прояви й виступає як здібність, властивість, уміння, процес, стан, елемент цілісної структури особистості. Так, І.Кузнецова [5] у своєму дослідженні визначає емпатійну культуру як системне й водночас інтегративне утворення, яке включає такі здібності, властивості та вміння, як: ставлення до іншої людини, що засноване на гуманності; здібність до емоційного проникнення в переживання інших людей і до емоційного відгуку на ці переживання; вміння вслуховуватися, вглядатися в стан іншої людини, немов би перебувати в її стані; діяльність, коли людина не просто відчуває іншу, а й прагне для неї щось зробити; психічний стан, у якому домінують емоційне залучення та розподіл переживань з іншою особистістю; процес, структурними складниками якого є емоційна ідентифікація, особистісна рефлексія, моральна свідомість особистості, процес входження світ іншої людини й перебування в ньому «як у дома»; механізм спілкування, що дає змогу домогтися співзвуччя в ньому.

Мета статті: розгляд питань психологічної та етико-деонтологічної підготовки медичної сестри до спілкування з пацієнтом як професійного феномену, що потребує осмислення проблеми формування професійної компетентності молодшого медичного спеціаліста.

Виклад основного матеріалу. Етичний кодекс медичної сестри України підкреслює важливу роль медичної сестри як представниці однієї з наймасовіших медичних професій у суспільстві. У передмові Кодексу професійної етики медсестри нашої держави читаємо: «Для тих, хто тільки на порозі цієї професії, Етичний кодекс визначає основні моральні зобов'язання щодо догляду за пацієнтами і може слугувати джерелом для освіти та роздумів; для тих, хто вже працює, Кодекс є основою для самооцінки та уважного ставлення до своїх дій» [3].

Орієнтація на майбутню професійну діяльність наповнює активність студента особистим змістом, стимулюючи свідому і цілеспрямовану поведінку, перекидає міст між минулим (базова і фахова інформація), сучасним (засвоєння спеціальних знань, умінь і навичок) та майбутнім (використання набутого, як засіб майбутньої професійної діяльності).

Пам'ятаємо піраміду Міллера – модель спеціаліста. Модель спеціаліста - це:

1. Знання («я знаю»);
2. Компетенція («знаю, як робити»);
3. Демонстрація вмінь («можу робити»);
4. Уміння («роблю»).

Допомагаємо студентам усвідомити, що мистецтво спілкування, уміння раціонально організувати свою діяльність, зняти напруження і постійно «бути у формі», бажання підтримати імідж свого лікувального закладу органічно входить у структуру професіоналізму випускників медичних навчальних закладів.

Спілкування є невід'ємною частиною роботи медичної сестри на всіх етапах медсестринського процесу – починаючи від медсестринського обстеження, значним

елементом якого є розпитування, і закінчуючи оцінкою результатів медсестринських втручань. «Спілкування є тим засобом спостереження й догляду, без якого медична сестра не зможе застосовувати всі інші», – зазначає Н.Касевич [4].

Знання психології, етики та деонтології має стати своєрідним фундаментом для засвоєння дисциплін медичного спрямування, адже об'єктом будь-якої галузі медицини є насамперед людина, а вже потім – пацієнт. Ця людина потребує індивідуального підходу, який не можливий без застосування психологічного та деонтологічного інструментарію, що іноді є набагато дієвішим, ніж позитивні результати лабораторних та рентгенівських досліджень.

Медична сестра має володіти комунікативною компетентністю, адже вона є необхідним складником кваліфікації сучасного спеціаліста. Під час спілкування з пацієнтами часто виникає проблема взаємовідносин двох людей, двох особистостей, правильне вирішення якої визначає специфіку лікувального процесу. Щоб це спілкування було продуктивним і виправдовувало очікування хворого, медична сестра має бути озброєна певними знаннями й навичками у сфері психології спілкування та деонтології [2].

Професія медичного працівника відноситься до типу професій «людина-людина», тому провідна діяльність побудована на безпосередньому спілкуванні медичної сестри з пацієнтом. Так як медичний працівник є суб'єктом, що організовує та керує процесом лікування, то у нього повинен бути певний набір особистісних якостей, таких, як вміння співчувати, бути справедливим, любити людину, поважати її гідність, дотримуватись таких етичних категорій, як обов'язок, совість, уміти розуміти людей. Усі ці характеристики особистості медсестри ґрунтуються на знаннях у галузі психології, етики та деонтології. Без цих знань неможливо ефективно здійснювати процес лікування пацієнта.

На практичних заняттях з основ психології, медсестринської етики і деонтології та навчальних дисциплін, що інтегруються з ними, вчимо студентів використовувати спілкування як могутній засіб впливу на моральний і психічний стан хворого. Знання студентами компонентів, що сприяють розвитку комунікації, як основи для побудови взаємовідносин, підвищують рівень внутрішньої та зовнішньої культури майбутніх медичних сестер.

У статті 5. Шанування лікарської гідності, потреб і морально-етичних цінностей пацієнта «Етичного кодексу медичної сестри України» читаємо: «Медична сестра у роботі та поведінці має бути взірцем високої культури, ввічливості, скромності та акуратності. Стосунки з пацієнтом мають бути такими, щоб максимально оберігати психіку хворого: чуйно та уважно ставитися до нього, стримувати себе в різних ситуаціях, бути коректною при звертанні до пацієнта. Медична сестра повинна поважати особисту гідність пацієнта, враховувати його потреби та цінності» [3].

Студенти усвідомлюють, що медична сестра завжди має пам`ятати підтверджену практикою істину: лікувати треба не хворобу, а хворого як єдину психосоматичну взаємовпливаючу систему. Акцентуємо увагу студентів на необхідності у практичній діяльності орієнтуватися не лише на результати лабораторних і рентгенівських досліджень, а на особистість пацієнта з його суб`єктивними відчуттями.

Фахівці з організації роботи медсестер вважають, що питома вага часу, призначеного для догляду за хворими і виконання лікарських призначень, у структурі загального робочого часу медичної сестри стаціонарної служби повинна становити 20%, а основний час (80%) необхідно приділяти налагодженню психологічного клімату, основою якого є належне спілкування з хворими. Таким чином, робоче місце медичної сестри переміщається з фіксованого поста на постійне індивідуальне спілкування з хворими на всіх етапах діагностично-

лікувально-реабілітаційного процесу. Це, у свою чергу, ставить питання про підвищення рівня та якості психолого-деонтологічних знань медичної сестри. Без належних знань і умінь медична сестра не буде користуватись авторитетом серед хворих та інших медичних працівників [7].

Учимо студентів оволодівати мистецтвом будувати стосунки з пацієнтами, застосовувати ефективні етичні та деонтологічні підходи при вирішенні проблем пацієнтів, діагностувати ставлення пацієнтів до своєї хвороби, визначати тип пацієнта (тривожний, підозрілий, демонстративний, депресивний, іпохондричний); виробити розумну тактику поведінки з хворими, враховуючи їх внутрішній психічний стан; складати план орієнтовної поведінки медичної сестри з пацієнтами різного профілю.

Чи вміють майбутні медсестри встановлювати контакти з пацієнтами? Легко чи складно їм це дається? Саме оцінка рівня контактності особистості допомагає їм знайти відповідь на це питання.

Самооцінка – центральна психологічна характеристика, що організує особистість. Студенти діагностують рівень самооцінки і впевненості у собі в критичних ситуаціях, а ще – рівень психічних станів тривожності, фрустрації, агресивності й ригідності.

Інтерес у студентів викликають і дослідження еготизму діалогічного мовлення, що є мовленнєвим проявом егоцентричності особистості. Тут важливо визначити, чи є еготизм феноменом, спровокованим конкретною ситуацією, чи він є проявом егоцентричної спрямованості особи.

Робота медсестри – стресогенна. Вміння справлятися зі стресом перетворюється в насущну потребу. Знання студентів про стрес та розгляд комплексних способів боротьби зі стресами є запорукою у попередженні професійної деформації та синдрому емоційного вигорання майбутніх фахівців. Доцільним є встановлення студентами домінуючої стратегії психологічного захисту у різноманітних непростих ситуаціях спілкування з пацієнтами та оцінка врівноваженості і схильності до нервових зривів у професійній діяльності.

Можна з упевненістю констатувати, що більше половини міжособистісного спілкування належить до спілкування невербального. Знання психологічних особливостей невербальної комунікації є важливою умовою налагодження контакту медичної сестри та пацієнта і створення спільного комунікативного поля. Оволодіння методами візуальної психодіагностики вимагає розвитку таких якостей медсестри, як спостережливість, об`єктивність, критичність, обережність у використанні отриманих результатів, компетентність.

Учимо студентів володіти методами візуальної психодіагностики; розвиваємо у них вміння «читати» мову міміки, жестів, осанки, пози, рухів очей, рук; виконувати вправи для розвитку навичок візуальної психодіагностики. Майбутні медсестри вчаться діагностувати міжособистісне сприйняття, трактувати психологічні особливості невербальної комунікації, протиставляти поняття «слухати» та «чути», ефективно володіти механізмами слухання та говоріння. Результативною є робота з методикою «Використання мовчання» (вміння зібратись з думками у важкій розмові з пацієнтом, важливість пауз у діалозі) та вправою «Дотик» (про дотик як прийнятну форму спілкування при хворобах та душевних стражданнях).

На практичних заняттях студенти переконуються, що схильність до емпатії зростає при набутті життєвого досвіду. Схильна до емпатії людина терпима до вираження емоцій іншими людьми; глибоко вникає у суб'єктивний внутрішній світ співрозмовника, не розкриваючи при цьому власного настрою і світу; готова адаптувати своє сприймання до сприймання іншої людини задля кращого розуміння того, що з нею відбувається.

Майбутні фахівці розуміють, що для пацієнта дуже важливо, щоб сестра сприйняла його й розділила його почуття. Саме це дає йому відчуття полегшення. Студенти налаштовують себе на те, що,

проводячи бесіди з пацієнтом, характер яких в ідеалі повинен бути терапевтичним (наприклад, при підготовці до операції, до будь-якої процедури, прийняття важливого рішення), для них в першу чергу повинна бути важлива не стільки інформація, яку пацієнт повідомляє, скільки почуття, які він переживає із цього приводу. Ось чому медсестрі так необхідні навички емпатичного слухання, тобто такого, при якому вона здатна в якійсь мірі відчувати ті ж почуття, що і пацієнт, і, подібно до дзеркала, відображати їх, щоб він почав краще розуміти себе.

Студенти усвідомлюють, що уявити собі емоційне життя пацієнта може медсестра, яка володіє розвиненою здатністю до переживання і співпереживання, тобто має досить високий рівень емпатії - розуміння емоційного стану іншої людини, співпереживання, проникнення в її суб'єктивний світ. При цьому вони вчаться розрізняти жаліість («мені шкода вас»), симпатію («я співчуваю вам») і емпатію («я - з вами»).

Пропонували третьокурсникам висловити своє ставлення до моделей спілкування «Я і пацієнт». За Р.Вічелі, американським лікарем та біоетиком, існує чотири моделі взаємовідносин між пацієнтом і медпрацівником.

1. Патерналістська (від лат. *Pater* – батько), коли медперсонал ставиться до пацієнта так, як батько до дитини.

2. Інженерна – це та модель, яка повністю виключає міжособові взаємовідносини пацієнта та медперсоналу. При цій моделі спілкування відбувається тільки на рівні хвороби.

3. Колегіальна модель характеризується повною взаємною довірою між пацієнтом та медиком.

4. Контрактна – це негласний договір між пацієнтом і медпрацівником, при якому медик діє на користь хворого, вважає це за пріоритетну мету. При тому в даному випадку вагоме значення надається бажанню хворого.

Студенти стверджують, що використання на практиці перших двох моделей є неприпустимим. У першому випадку «батьківське» ставлення принижує гідність пацієнта, а у другому не викликає у нього довіри до медпрацівника як до людини, яка бажає йому (тобто пацієнту) швидшого одужання. Застосування останніх двох моделей, на думку студентів, є необхідним.

Як бачимо, знання питань професійного спілкування і використання цих знань у практичній роботі приводить до розуміння студентами того, що праця медика – не тільки механічна робота по виконанню процедур і маніпуляцій, а повний комплекс заходів, у тому числі й міжособового спілкування для швидшого досягнення спільної мети – одужання пацієнта.

Яка думка студентів випускних груп щодо їхньої готовності до професійного спілкування? Які їхні думки щодо необхідності удосконалення навичок такого спілкування?

- Спілкування у сестринському процесі – це, на мою думку, - найголовніше.
- Коли ми імітуємо, що один із нас пацієнт, а інший – медик, то від цього немає ніякого ефекту. Потрібне «живе» спілкування.
- Пацієнт чекає від нас теплого слова, розради. Хочу працювати в геронтології. Люблю спілкування з людьми старечого віку. Вони такі ранимі. Слово лікує їх, як нікого.
- Ніколи не думала, що знайду спільну мову з дітьми, а перебуваючи на практиці в обласній дитячій лікарні, пересвідчилась, що я доволі комунікабельна.
- Вважаю, що не зовсім готова до професійного спілкування з пацієнтами і, нажаль, цьому треба буде вчитись уже на роботі.
- До навчання у коледжі я не вміла так вільно спілкуватись з людиною, у якої є проблеми зі здоров'ям, хоча і два роки працювала санітаркою.
- Великі надії покладаю на переддипломну практику, адже буде можливість перевірити, наскільки я готова до спілкування з пацієнтами.

У статті 12. Повага до своєї професії «Етичного кодексу медичної сестри України» наголошується: «Медична сестра повинна мати відповідну психологічну підготовку, вміти володіти собою та конкретною ситуацією в практичній діяльності» [3]. За таких умов спілкування між медичною сестрою і пацієнтом стає багатшим, змістовнішим.

Різні захворювання зумовлюють певні відхилення у психіці хворих, які проявляються під час спілкування з ними. Медичній сестрі слід пам'ятати про це. Крім того, треба враховувати особистісні особливості пацієнтів і можливі невротичні реакції, зумовлені хворобою, що нерідко ускладнюють взаємини медичного працівника і хворого. Характер змін у психіці хворої людини може бути дуже різним – від слабовиражених невротичних і неврозоподібних проявів до короткочасних психопатичних реакцій, які суттєво змінюють клінічну картину хвороби [2]. Знання етичних та деонтологічних проблем покликане сформувати у студентів практичні навички психологічного впливу на пацієнтів.

Сестринський процес потребує особливих стосунків між медиком і пацієнтом, а через це і особливого етико-деонтологічного осмислення його. Поверхова підготовка до занять, інтелектуальна пасивність студентів може призвести до професійної некомпетентності у майбутній фаховій діяльності. Враховуючи вагоме значення етико-деонтологічних норм у стандартах якості роботи медичних сестер, а також їх гуманну функцію у вирішенні проблем, пов'язаних із впровадженням сучасних наукових технологій у медсестринську практику, студентам необхідно знати психологічні варіанти взаємовідносин медичної сестри і пацієнтів, особливості психотерапевтичного підходу до них.

Майбутні фахівці розуміють, що тактику медсестри з хворим слід спрямовувати на створення психологічної установки на здоров`я, на пошук і створення емоційно значущих нових, конструктивних стереотипів поведінки, на вироблення мотивації на повноцінне, здорове життя.

Своє завдання вбачаємо у тому, щоб допомогти студентам глибше усвідомити необхідність встановлення ефективної взаємодії з пацієнтом і неухильного дотримання моральних норм, які забезпечують бездоганність і етико-деонтологічну спрямованість роботи медичної сестри.

Висновки. Застосування психологічного та етико-деонтологічного інструментарію в освітньому процесі вищих медичних навчальних закладів з урахуванням нових підходів до розуміння механізмів ефективності комунікативної взаємодії медичної сестри і пацієнта стає запорукою ефективності навчання і створює сприятливі умови для процесу організації підготовки майбутніх фахівців як засобу розвитку їх професійної компетентності та для оперативної і успішної адаптації молодших медичних спеціалістів у професійному середовищі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Грабова А. Психологія спілкування медсестри і пацієнта. // Медична сестра. – 2005. – №1. – С.30-31.

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

3. Етичний кодекс медичної сестри України. // Сімейний лікар +. – 2004. – №5. – С.5.

4. Касевич Н.М. Медсестринська етика і деонтологія. – К.: Медицина, 2009. – 200 с.

5. Кузнецова І.В. Педагогічні умови формування емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів: дис. … канд. пед. наук: 13.00.04 / І.В.Кузнецова. – Харків: ХНПУ ім. Г.С. Сковороди, 2004. – 205 с.

6. Медсестринський догляд за пацієнтом // Стандарти медсестринських процедур, маніпуляцій та планів догляду і навчання: навч. посібн. / І.Я. Губенко, О.Т. Шевченко, Л.П. Бразалій, В.Г.Апшай. — К.: Медицина, 2008. — 304 с.

7. Основи загальної і медичної психології / За ред. Вітенка І.С. і Чабана О.С. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 344 с.

8. Поплавська С.Д. Модель формування готовності студентів медичних коледжів до комунікативної взаємодії у професійній діяльності / С.Д.Поплавська // Вісник Житомирського державного університету. Випуск 46. Педагогічні науки. – 2009. – С. 92 – 96.

9. Порохняк І. Спілкування медичної сестри з пацієнтами: питання комунікації. // Медична сестра. – 2005. – №1. – С.34-35.

10. Поцюрко Р.І. Деякі морально-етичні, деонтологічні і психологічні аспекти діяльності медичної сестри // Медсестринство України. — 2003. — № 2. — С. 26-27.

11. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. / Пятое, переработанное и дополненное издание на русском языке. – Будапешт, 1988. – 338 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ К ОБЩЕНИЮ С ПАЦИЕНТОМ

Матузаева Н.А.
Киверцовский медицинский колледж

Резюме. *Гуманистически ориентированный подход в обучении и воспитании будущих медицинских специалистов требует осмысления проблемы психологической и этико-деонтологической готовности медицинской сестры к общению с пациентом. Анализируя формы и средства общения, часто обращаемся к их поведенческим проявлениям, выделяем их на основании внешних признаков. Но отдельные поведенческие характеристики не могут дать полную информацию о содержании, характере и особенностях межличностных отношений медицинской сестры и пациента. Поэтому актуализируется поиск новых подходов к пониманию механизмов эффективности коммуникативного взаимодействия медицинского работника и пациента.*

Ключевые слова: *коммуникативная культура, наблюдательность, медсестринская этика и деонтология, профессиональная компетентность, эмпатия.*

PSYCHOLOGICAL AND ETHICAL-DEONTOLOGICAL ASPECTS OF TRAINING NURSE TO COMMUNICATE WITH THE PATIENT

Matuzayeva N.O.
Kivertsi Medical College

Summary. *Humanistically oriented approach in training and education of future health professionals demands the understanding of the problem of psychological and ethical-deontological readiness of the nurse to communicate with the patient. Analyzing the forms and means of communication, we often turn to their behavioral manifestations, select them on the basis of their external features. But some behavioral characteristics can not provide complete information about the content and peculiarities of interpersonal relationships between the nurse and the patient. Therefore, search for the new approaches to understanding the mechanisms of the efficiency of the health worker's communicative interaction with the patient is being actualized.*

Key words: *communicative culture, observation, nursing ethics and deontology, professional competence, empathy.*

Рецензент:кандидат педагогічних наук С.Д. Поплавська

УДК 378.016:911.3:3

РЕАЛІЗАЦІЯ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ ДО НАВЧАННЯ НА УРОКАХ ГЕОГРАФІЇ У МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ

Теплицька Н.В.
Бердичівський медичний коледж

Резюме. *В статті висвітлено доцільність використання особистісно зорієнтовних технологій та інших засобів географічної освіти, які дозволяють створити умови для успішного вирішення завдання формування і розвитку у студентів предметних та ключових компетенцій. Показано як реалізується компетентністний підхід у професійній освіті, які компетенції з предмету слід формувати у майбутніх медичних працівників. Дано визначення і перелік компетенцій умови їх формування у період навчання, розкриті уміння в оцінюванні навчальних досягнень студентів, підкреслений дослідницький та практично-орієнтовний характер навчальної діяльності. Особливий акцент спрямований на викладання географії за сучасною методикою – це проектування навчально-практичних ситуацій, в яких діє студент. Підкреслена важлива роль викладача, що формує не просто географічні знання, уміння, навички, а рівень географічної компетентності. Обгрунтовуючи особливості реалізації компетентністного підходу до здобуття знань, з позиції яких поняття "дослідницька діяльність" визначається як інтеграційна складова компетентності, а саме єдність знань, щодо цілісної картини світу, умінь, навичок наукового пізнання, що забезпечує самовизначення та самореалізацію особистості. Здійснити це можна в системі: лекція – домашнє завдання - позакласна робота (гурткова робота), при цьому пошуково-дослідницька діяльність перетворюється в науково-дослідницьку, результатом якої є формування навчальної, соціальної та інших компетентностей. Ключові компетенції перетворюються у засіб розвитку особистих якостей студентів.*

Ключові слова: *компетентність, ключові компетентності, компетентнісний підхід, компетентнісно зорієнтовне навчання.*

Постановка проблеми у загальному вигляді. Сучасне суспільство вимагає від медичних навчальних закладів підготовки випускників, здатних самостійно вирішувати багато життєво-важливих завдань, бути соціально активним, усвідомлювати події, критично мислити, використовувати знання для вирішення реальних проблем. Тому все більшого значення в освіті набуває компетентнісний підхід, оскільки сааме компетентності на думку багатьох міжнародних експертів є тими індикаторами , що дозволяють визначити готовність випускника до подальшого особистого розвитку й до активної участі в житті суспільства.

Одним з найактуальніших завдань сучасної географічної освіти і виховання в Україні є створення умов для формування людини–громадянина, розкриття її творчих можливостей, задоволення особистих та спільних інтересів.

У розвязанні завдань формування особистості студентів, їх моральних якостей належить географії.

Метою роботи є визначення сутності компетентісного підходу в сучасній освіті, його ролі та значення через призму географічної компетентності, а також дослідження розвитку компетентностей студентів на уроках географії.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення мети використовують методи системного підходу, структурно-логічного аналізу та узагальнення.

Результати та їх обговорення. Пріоритетним напрямом розвитку сучасної вітчизняної та світової освіти стало перенесення акцентів зі знань та вмінь як основних результатів навчання на формування у студентів системи

компетенцій та компетентностей. Необхідно виробити у студентів вміння здійснювати вибір, ефективно використовувати обмежені ресурси, здатність вести переговори, виважено приймати рішення. Майбутній спеціаліст повинен вміти навчатись, володіти новими технологіями і вміти їх використовувати, працювати, оперативно знаходити відповідну інформацію та застосовувати її для розв'язання власних проблем.

Сучасний випускник навчального закладу має бути конкурентноспроможним на ринку праці, всебічно освіченим, здатним знайти вихід з будь-якої ситуації і прийняти відповідне рішення. Тому в умовах реформи освіти особливого значення набуває проблема вдосконалення технології навчання. Зміни, що відбуваються в суспільстві, зумовили пошук нових освітніх концепцій. Нині випускнику необхідні не тільки міцні знання, а й високий рівень розвитку різних типів компетентностей. Посилання глобалізаційних та трасформаційних процесів в світовій економіці, удосконалення технологій, збільшення конкуренції на ринку праці спонукає спрямувати інвестиції в розвиток людських ресурсів.

Універсального методу навчання, який би гарантував студенту набуття географічних компетентностей, не існує у принципі через творчий характер компетентностей. Водночас слід відмітити, що набуттю географічних компетентностей сприяє дослідницький підхід у навчанні – підхід, за якого ідеями досліджень просякнуті всі форми навчальної роботи: лекції, практичні заняття, індивідуальна та самостійна роботи.

На важливість дослідницького підходу у навчанні вказував В.О. Сухомлинський. Він писав: «Учневі не дають готових висновків, доведень, правильності тієї чи іншої істини. Учитель дає учням можливість висунити кілька можливих пояснень. В самій діяльності шукати підтвердження й спростування кожної з висунутих гіпотез. Учні доводять одне і спростовують інше – як практикою у вузькому розумінні цього слова, тобто безпосередніми спостереженнями над фактами і явищами, так і опосередкованим мисленням. Знання при цьому не пасивно засвоюються, як звикли говорити учителі, а здобуваються активними зусиллями. Від того, наскільки активно проявляються розумові зусилля дитини в процесі аналізу того чи іншого явища, залежить не тільки глибина знань, а й уміння користуватися ними на практиці».

Компетентнісний підхід – пріоритетний напрям удосконалення освітньої політики в Україні. Він не заперечує значення знань, але акцентує увагу на здатності використовувати отримані знання. Удосконалення освітнього процесу з урахуванням компетентнісного підходу полягає у тому, щоб навчити студентів застосовувати набуті знання й уміння у конкретних навчальних та життєвих ситуаціях. З позиції компетентнісного підходу основним результатом навчальної діяльностиі є формування ключових компетентностей.

Термін «компетенція» (у перекладі з латинської – відповідність) має два значення: коло повноважень певної особи, коло питань, в яких людина добре обізнана, зрозуміла їх і має досвід вирішення. Компетентність – це здатність діяти в ситуації невизначеності. Рівень освіти людини тим вищий, чим ширша сфера діяльності і вищий ступінь невизначеності ситуацій, в яких вона здатна діяти самостійно.

Метою сучасної географічної освіти є створення особистості, яка володіє просторово-географічними знаннями; культурно-географічними ціннісними орієнтірами; особистість, яка пов'язує своє майбутнє з природою, тобто – формування компетентної, обізнаної особистості з активною громадською позицією. Тому сьогодні навчальний процес має бути спрямований на досягнення ключових та предметних компетентностей.

Користуючись структурою компетентностей, серед ключових компетентностей, що формуються при вивченні географії можна зазначити

наступні: інтелектуальну, інформаційну, мовленєву, соціальну, комунікативну, загальнокультурну та компетентність саморозвитку. Серед предметних компетентностей слід виділити логічну, картографічну, аксіологічну та інші. Вони спрямовані на формування у студентів просторового уявлення про земну поверхню і розміщення природних ресурсів, населення та господарства, розвиток умінь усвідомлено орієнтуватися в соціально-економічних, суспільно-політичних і геологічних подіях у державі та світі.

Працюючи над проблемою «Розвиток пізнавальної самостійності студентів через застосування активних методів та прийомів на заняттях географії», за мету своєї діяльності маю розвиток різних груп компетентностей у студентів.

Формуючи **інформаційну компетентність** – використовую завдання, пов'язані з аналізом таблиць, схем, діаграм, графіків; стимулюю роботу з різними джерелами інформації (підручник, довідники, карти, наукові журнали, мережа Інтернет); консультую студентів як працювати з підручником, картами атласу, нагадую структуру плану характеристики країни, регіону світу; формую вміння у студентів складати плани, схеми, робити висновки та узагальнення, робити рецензії; залучаю до краєзнавчої діяльності; організовую екскурсії до краєзнавчого, геологічного та інших музеїв.

Комунікативна компететність – проводжу нестандартні заняття, які передбачають активне спілкування студентів (конференції, семінари); залучаю студентів до створення та захисту індивідуальних та групових проектів; використовую на лекціях інтерактивні методи(«мозковий штурм», «акваріум»); заохочую студентів до вживання географічної термінології та вивчення географічної номенклатури.

Соціальна компетентність – використовую елементи взаємного оцінювання та аналізу відповідей; залучаю студентів до проведення занять-подорожей, конференцій, до природоохоронної, краєзнавчої роботи. Вважаю необхідним вивчення і врахування життєвого досвіду дітей, їх інтересів.

Розвиваючи **мовленєву компетентність**, використовую завдання: надати усну або письмову характеристику системи господарства, природно-ресурсного потенціалу, явищ, подій; скласти таблицю або схему чи побудувати відповідь на основі схеми, таблиці; навчитись висловлювати власну позицію; складати різні типи планів характеристик країн світу, регіонів; готувати доповіді, реферати, складати тези, розгорнутий та опорний конспекти й будувати відповідь на цій основі.

Полікультурна компетентність – під час вивчення країн світу використовую на лекціях різноманітні матеріали, які свідчать про досягнення культури країн (демонструю фото музеїв, архітектурних пам'яток, визначних та унікальних місць, спосіб життя і звичаї місцевого населення); використовую випереджувальні завдання з метою створення студентами візитних карток – презентацій країн світу; стимулюю до опрацювання питань полікультурного характеру в періодиці.

Компетентність самоосвіти та саморозвитку – формую і розвиваю інтерес до предмета; залучаю студентів до самостійного опрацювання літератури з написанням рефератів та повідомлень; розвиваю уміння працювати з текстом, картою; заохочую дітей до самостійного складання структурно-логічних схем, таблиць; здійснюю обов'язковий зворотній зв'язок в процесі самоосвіти через проведення бесід, тестів, проектів, презентацій; залучаю студентів до участі в гуртках, на олімпіаді.

Компетентність продуктивної творчої діяльності – навчаю студентів розв'язувати проблеми, працюючи індивідуально та в групах; заохочую ініціативу студентів; залучаю до складання кросвордів, ребусів, до підготовки і участі у предметних тижнях; участі у дослідницько-пошуковій діяльності.

Картографічна компетентність – навчаю студентів орієнтуватися у географічному просторі; працюю над формуванням вмінь роботи з картами,

умінь визначити географічне положення об'єктів, аналізувати розміщення природних умов та ресурсів, населення, та господарства окремих країн та світу; проводжу картографічні розминки, групові змагання біля карти.

Розвиваючи інтелектуальну та логічну компетентність, допомагаю студентам оволодіти найбільш продуктивними методами навчально-пізнавальної діяльності, навчаю їх вчитися; привчаю працювати над встановленням логічних зв'язків, прослідковувати головну думку; намагаюсь частіше використовувати питання «чому?», щоб навчити мистити, встановлювати причинно-наслідкові зв'язки; привчаю студентів думати та діяти самостійно.

В умовах компетентнісного підходу відбуваються зміни в оцінюванні навчальних досягнень студентів. Важливим стає не тільки наявність глибоких знань, сформованих особистих якостей і здібностей, але й здатність застосовувати їх у навчанні та житті. На думку вчених людина стає компетентною тоді, коли у неї формується вміння самостійно оцінювати свою діяльність і її результати.

Висновки. Таким чином, основними завданнями, які має вирішувати сучасний урок географії, зорієнтований на реалізацію компетентнісного підходу в навчанні є:

- підвищення мотивації навчального процесу;
- практична спрямованість навчання;
- застосування інтерактивних технологій, які є універсальними для розвитку життєвих компетентностей;
- формування у студентів навичок отримувати, аналізувати та використовувати інформацію з різних джерел;
- використання проблемного навчання, що сприяє самовираженню та самореалізації особистості;
- підвищення рівня самоосвітньої та творчої активності студентів.

Саме тому завданням географічної освіти є здійснення переорієнтації її цілей на формування таких життєво важливих компетентностей студентів, які сприяли б їхній готовності до подальшого розвитку, самореалізації, активної участі в житті суспільства. Разом з тим слід зазначити, що компетентнісний підхід лише доповнює ту низку освітніх інновацій і класичних підходів, що допомагають педагогу гармонійно поєднувати позитивний досвід для реалізації сучасних освітніх цілей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Волобуєва Т.Б. «Розвиок творчої компетентності», - Х.: «Освіта», 2005 – 121 с.
2. Гільберг «Географія та основи економіки», Київ, НПУ, 2007 – 26 с.
3. Покась Л.А. «Шляхи формування компетенцій у старшокласників на уроках географії», Навчальний посібник, Луцьк, 2010. – 44 с.
4. Родигіна І.В. «Компетентнісно орієнтований підхід до навчання», Київ: Майстер–клас, 2009. – 221 с.
5. Тімець О.С. «Географічна освіта як основа формування життєвих компетенцій», - 2008. - №6. – 2-9 с.
6. Хуторской А.П. «Ключові компетенцій – як компонент особистісно-орієнтовної парадигми освіти», Народна освіта.- 2011. №2. С – 58-64.

РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА НА ЗАНЯТИЯХ ГЕОГРАФИИ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

Теплицкая Н.В.

Бердичевский медицинский колледж

Резюме. *В статье освещены необходимость применения личностно ориентированных технологии и других*

IMPLEMENTATION OF COMPETENCE APPROACH ON GEOGRAPHY LESSONS IN THE MEDICAL COLLEGE

Teplytska N.V.

Berdychiv Medical College

Summary. *The article highlights the usefulness of personality-oriented and other means of geographical education that can create*

методов географического образования, которые помогают создать условия для успешного решения заданий формирования и развития у студентов предметных и ключевых компетенций. Показано как реализуется компетентностный подход в профессиональном образовании, какие компетенции с предмета необходимо формировать у будущих медицинских работников. Дано определение и перечень компетенций, раскрыты изменения в оценивании учебных достижений студентов, подчеркнуто следовательно и практически – ориентированний характер учебной деятельности.

Особенный акцент направлен на преподавание географии по современной методике – проэктирование учебно-практических ситуаций, в которых участвует студент. Подчеркнута важность роль преподавателя, который формирует не просто географические знания, умения, навыки, а уровень географической компетентности. Обоснованы особенности реализации компетентстного подхода приобретения знаний, с позиции понятия «экспериментальная деятельность» определяется как интеграционная часть компетентности, а именно единство знаний, целостность картины мира, умений научного познания, что обеспечивает самоопределение и самореализация личности.

Осуществить это можно в системе: лекции - домашнее задание - внеклассная робота. При этом поисково-исследовательская деятельность превращается в научно-исследовательскую, результатом которой есть формирование научной, социальной, и других компетенций. Ключевые компетенции превращаются в способ развития личностных качеств у студентов.

Ключевые слова: *компетентность, ключевые компетентности, компетентностный подход, компетентностно ориентированное обучение.*

conditions for the successful solution of the problem of formation and development of students in the subject and key competencies. It's shown as implemented competency based approach in professional education and what competencies should be formed in future medical professionals. The definition and a list of competencies, conditions of their formation during study disclosed a change in the assessment of student academic performance, it's underlined research and practically-oriented nature of the educational activity. Particular emphasis is aimed at the teaching geography in modern method: a design educational and practical situations where a student acts. It's underlined the important teacher's role, who forms not only geographic knowledge, skills, competencies but a geographical lever. There is improved the peculiarities of competence approach to knowledge extracted from the position of the concept of "research activities". There is defined, how the integration component of competence, namely the unity of knowledge of the whore picture of the world, providing self-determination and self-identity. There's possible to make it in a system of lectures, homework, extracurricular activities (group work), while search and research activity turns into scientific research, which results in the formation of educational, social and other competencies. Key competencies become a means of personal qualities of the student.

Keywords: *competence, key competence, competence approach, competence-oriented education.*

Рецензент:**кандидат педагогічних наук І.Р. Махновька**

МЕДИЧНА ОСВІТА

УДК: 616-093: 57: 001

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ЯК ШЛЯХ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАНЯТЬ

Ковальчук Н.Г.
Ківерцівський медичний колледж

Резюме. *У статті викладені основні види самостійної роботи студентів на заняттях з медичної біології, які дають змогу повною мірою використовувати інтелектуальний потенціал студентів, привчати їх до індивідуальної та групової роботи, розвивати їх творчі здібності, а значить сприяють формуванню висококваліфікованого спеціаліста. Наголошено, що творчу особистість, яка необхідна нашому суспільству сьогодні, можна виховати лише при умові, коли студент на занятті буде не вільним слухачем, а активним учасником навчально-виховного процесу, відповідно до своїх індивідуальних та інтелектуальних можливостей. Висвітлено умови, яких потрібно дотримуватись, щоб самостійна робота була ефективною.*

Ключові слова: *самостійна робота, самостійність, самостійна творча діяльність, викладання медичної біології.*

«Хто дорожить життям думки,
той знає дуже добре,
що справжня освіта
– це тільки самоосвіта..»
Д. Писарєв

Сьогодні основною відмінною рисою організації учбової діяльності студента є орієнтація його у навчальному процесі головним чином на самостійну роботу. Згідно з Положенням Міністерства освіти і науки про організацію навчального процесу у вищих закладах освіти передбачено відведення на самостійну роботу студентів до 2/3 загального обсягу навчального процесу. Навчити студента самостійно вчитися, сформувати вміння і навички творчої діяльності - одне з провідних завдань модернізації змісту освіти. Організація навчального процесу у вищій школі дає можливість стверджувати, що вчорашній учень, а сьогоднішній студент недостатньо підготовлений школою до самостійної роботи. Тому дана проблема є надзвичайно актуальною.

Актуальність проблеми опанування студентами різних видів самостійної роботи зумовлена тим, що в період навчання закладаються основи професіоналізму, формуються вміння самостійної професійної діяльності. Сучасним студентам дуже важко розібратися, правильно оцінити ряд подій, виходячи з потоку інформації, яка виплескується на нас з боку преси, радіо і телебачення. У зв'язку з цим виникає необхідність вирішення ряду проблем. Однією з таких проблем, яка потребує негайного вирішення, є проблема формування в процесі навчання активного, самостійного, творчого мислення студентів. Їм потрібно допомогти позбутися шаблонного, стереотипного мислення, стандартних установок, які вбивалися в їхні голови ще з дитинства. Сучасна вища школа повинна виховувати у студентів здатність до самостійної навчальної діяльності, самостійного здобуття знань.

Аналіз проблеми. Однак, виховання у студентів самостійності, критичності мислення, здатності до творчих пошуків у педагогічній науці не нове. Перші вимоги до студентів бути творцями, активними співучасниками процесу пізнання відомі ще за часів античності. Елементи евристичного навчання, які надавали великого значення зацікавленому, активному, самостійному оволодінню

знаннями, використовували: Сократ, Архит, Аристоксен, Платон, Піфагор . При цьому вони виходили у своїх міркуваннях із суджень, що розвиток мислення людини може успішно здійснюватися лише за умови самостійного пошуку, самостійної діяльності. Ж.-Ж. Руссо у власній теорії виховання також радив не передавати вихованцеві знання в готовому вигляді, а зробити його дослідником, відкривачем істини: "… ставте доступні його розумінню запитання і надайте можливість йому вирішувати їх. Нехай він дізнається не тому, що ви сказали, а тому, що зрозумів" .

Самостійність, самостійна робота, самостійна творча діяльність були об'єктом наукового дослідження багатьох вчених: філософів, психологів, дидактів, методистів (С.Архангельський, Ю.Бабанський, П.Підкасистий, М.Гарунов, В.Граф, Б.Єсипов, В.Козаков, Л.Вяткин, І.Лернер, А.Усова, В.Якунін, М.Скаткин, М.Солдатенко, І.Хом'юк, В.Луценко, В.Ужик, Б.Буряк, О.Савченко, Т.Балицька, І.Бендера, М.Князян, О. Заіка, Л. Трубачова та інші).

На протязі століть йшов пошук досконалих методів організації самостійної роботи педагогами, психологами, узагальнювався певний досвід, пропонувались нові ідеї в цій галузі. Однак дана проблема, на нашу думку, залишається недостатньо розробленою та потребує подальшого дослідження.

Мета роботи полягає у висвітленні власного досвіду організації аудиторної та позааудиторної самостійної роботи з медичної біології, яка є невід'ємною складовою навчального процесу, спрямованого на підготовку високоосвіченого, конкурентоздатного на ринку праці фахівця.

Матеріали і методи: аналізу, синтезу, узагальнення власного педагогічного досвіду та досвіду видатних педагогів.

Стан розробленості даної проблеми у сучасній педагогічній думці

У дидактиці під самостійною роботою студентів розуміють таку діяльність студента, яку він виконує без безпосередньої участі викладача, але за його завданням та під його керівництвом.

Перед викладачами постає завдання навчити студента самостійно працювати для досягнення потрібного рівня знань. На практиці сукупність різних видів самостійної роботи студентів зводиться до самостійної діяльності. Проте самостійна діяльність студентів не вичерпується тільки виконанням завдань. Вона охоплює практично весь навчальний процес і здійснюється при різноманітному співвідношенні репродуктивної (відтворюючої) і пошукової діяльності студентів. Тільки в одних випадках переважає репродуктивна діяльність, а в інших – пошукова. При цьому процес відтворення і пошуку єдиний. Викладач у процесі такої діяльності проявляє своє керівництво спонукальними словами: пригадайте, розгляньте, проаналізуйте, складіть, побудуйте, дайте відповідь, обчисліть, порівняйте, узагальніть, зробіть висновок, доведіть, дослідіть і т.д. Звичайно, результат діяльності в цих випадках визначається індивідуальними, психологічними особливостями студентів, їх попередньою підготовкою, а також професійною майстерністю викладача.

Самостійна навчальна робота студентів безпосередньо на занятті є важливою умовою його ефективності. Тому на кожному практичному занятті виділяю час на самостійну діяльність студентів, надаючи їй характеру творчої, дослідницької роботи. Адже навчання - це не перекладання в голови студентів готових істин, а пошук істини, розвиток їх мислення, активізація пізнавальної діяльності, формування навиків самостійного оволодіння знаннями. Цей пошук істини йде успішно через формування вмінь і навичок студентів. Тому використовую методичні засоби, які дозволяють студентам:

- самостійно орієнтуватися в складних питаннях науки, мистецтва, виробничої і господарської діяльності;
- відчувати свою успішність та інтелектуальну спроможність;

- удосконалювати (виробляти) власну навчальну діяльність і розвивати індивідуальну особистість.

Згідно навчального плану самостійна робота регламентована годинами, тому розроблено комплекс самостійної роботи для студентів різних відділень з усіх тем курсу. В методичних розробках самостійної роботи вказано актуальність теми, поставлені учбові цілі, вказано базові знання або вміння, необхідні для вивчення теми, даний короткий зміст теми, вказано рекомендовану літературу та орієнтовну картку дій при роботі з нею. В методичних розробках також знаходяться матеріали для самоконтролю та матеріали для аудиторної і позааудиторної самостійної роботи. Мною підготовлені навчальні посібники для самостійної роботи з медичної біології, з якими студенти працюють у читальному залі бібліотеки коледжу.

У ході проведення занять з медичної біології використовую різні форми самостійної роботи студентів. Колективна робота над складанням опорних конспектів під час проведення лекційних занять розвиває мислення студентів, активізує їх пізнавальну діяльність, учить студентів самостійно навчатися. Виділення головного і його поетапний виклад зручні для засвоєння та запам'ятовування студентами тем.

Одним з видів самостійної роботи на практичних заняттях є систематизація навчального матеріалу та його закріплення шляхом розв'язування ситуаційних задач. Задачі використовую на різних етапах вивчення матеріалу:

а) для постановки відповідної проблеми;

б) для повідомлення нових знань, формування практичних умінь і навичок;

в) для перевірки засвоєння, повторення, закріплення, узагальнення матеріалу.

Організовуючи самостійну роботу, підбираю задачі в такій послідовності, щоб кожна наступна була складніша від попередньої і містила в собі її елементи, а ще – враховую індивідуальну підготовленість кожного студента. Пропоную їм самостійно скласти задачу на визначення ймовірності народження дітей з будь-якою патологією.

Вміння розв'язувати ситуаційні задачі є показником глибоких знань з медичної біології. Це вміння, безперечно, сприятиме розвиткові творчого мислення студентів – майбутніх медиків, матиме суто практичне значення при роботі в медико-генетичних консультаціях. Розв'язування задач є одним з методичних прийомів, який допомагає самостійно обирати правильне рішення в тій чи іншій ситуації, сприяє глибокому засвоєнню знань, розвитку аналітичних здібностей студентів.

На практичних заняттях студенти також складають свої родоводи, які відображають передачу будь-якої ознаки або хвороби, проводять розбір та клінічний аналіз карт стаціонарних хворих зі спадковою патологією, складають профілактичну бесіду по темі «Спадковість і патологія», готують «круглий стіл» по темі: «Екологічні і медико - біологічні наслідки аварії на Чорнобильській АЕС».

При проведенні занять з використанням мультимедійної техніки, яка дозволяє демонструвати таблиці, фото, схеми, відеофільми, студентам пропонується пояснити схеми, проаналізувати відеофільм, заповнити таблицю, що сприяє активізації пізнавальної діяльності студентів.

Курс «Медична біологія» формує у студентів ту біологічну базу, яка є необхідною для засвоєння клінічних дисциплін, так як пов'язаний з формуванням професійного мислення у студентів, самостійності розумової діяльності, оволодінням логічними операціями (аналізу, синтезу, порівняння, класифікації, узагальнення, систематизації), уміння виділити проблему, формулювати висновки.

З метою активізації розумової діяльності на заняттях прагну створити атмосферу зацікавленості у пізнавальній діяльності, стимулюю студентів до вільного висловлювання думок, створюю ситуації для застосування набутих знань.

Так, при вивченні теми «Цитологічні основи спадковості» акцентую увагу на тому, що ця тема дозволить зрозуміти механізм виникнення хромосомних хвороб, а при вивченні теми «Біохімічні основи спадковості» звертаю увагу на те, що знання по даній темі дадуть можливість з'ясувати механізм виникнення генних хвороб.

Моє педагогічне кредо - «Плекаймо особистість!». Запроваджую в навчально-виховний процес інноваційні технології навчання, зокрема інтерактивного та особистісно- орієнтованого.

У роботі з студентами використовую індивідуальні завдання для поглиблення вже набутих знань, творчі роботи за інтересами. Наведу приклади таких завдань. Для студентів, які мають лінгвістичні здібності, пропоную такі завдання: складіть розповідь про причини появи вад розвитку і виродливості або вставте у текст пропущені терміни; складіть кросворд за темою: «Закономірності успадкування ознак»; складіть ребуси, в яких зашифровано терміни по темі «Генотип – цілісна система».

Для студентів, які є «візуальними спостерігачами», можна запропонувати такі завдання: підготуйте цікаві малюнки до тієї чи іншої теми, зробіть ілюстрації до розповіді студента (тексту підручника).

Для студентів, які добре сприймають інформацію на слух, можна запропонувати такі завдання:

- під час розповіді студента про будову молекули ДНК чи РНК заповнити подану схему чи таблицю;
- під час розповіді про види мутацій заповнити схему і т.д.

Для соціально активних студентів, хто має багато друзів, бажає спілкуватися, можна запропонувати такі завдання: прорецензуйте відповідь товариша і порівняйте свої відповіді з відповідями інших студентів; обговоріть результати; обґрунтуйте свої міркування, у разі потреби допоможіть однокурсникам виконати завдання.

Для студентів з різним ступенем засвоюваності теоретичного матеріалу підбираю задачі, які різняться ступенем складності.

У той час, як студенти з високим рівнем навчальних досягнень розв'язують ускладнені завдання, з іншими проводжу бесіду, під час якої студенти виділяють головне, порівнюють, встановлюють причинно-наслідкові зв'язки між фактами, обговорюють способи розв'язання генетичних задач. У процесі бесіди спрямовую думки студентів у потрібному напрямі, узагальнюю колективний пошук у вигляді розвитку проблеми.

Для студентів, які проявили інтерес до вивчення медичної біології, провела конференцію на тему: «Медична генетика – прогноз на майбутнє», на якій студенти говорили про те, як достеменно знаючи особливості спадкового апарату, можна вплинути на фенотипові прояви генів, а значить на здоров'я людини. У ході підготовки до конференції студенти самостійно вчились користуватись науково-популярною літературою, складати реферати, брати участь у дискусіях.

У своїй роботі використовую інші методи навчання. Проводжу ділові ігри за темою «Спадковість і патологія», «Закономірності успадкування ознак. Успадкування групи крові» (гра «Кому належить спадщина»), а за темою «Біосинтез білка» проводжу рольову гру, принцип якої полягає в умовному моделюванні молекулярно-генетичних процесів, які відбуваються під час біосинтезу білка. Постановка цих реакцій в умовах біолабораторії нереальна через технічні та матеріальні труднощі, а заміна їх рольовою грою дає можливість конкретизувати матеріал, зробити його наочним і легким для засвоєння. У ході проведення ділових та рольових ігор студенти вчаться самостійно приймати рішення, поглиблюють знання, що в кінцевому результаті сприяє їх професійному зростанню. Практикую також проведення КВК, брейн - рингів, вікторин.

Такі форми роботи дають змогу повною мірою використовувати інтелектуальний потенціал студентів,

привчати їх до індивідуальної та групової роботи, розвивати їх творчі здібності. Вони сприяють виробленню вмінь і навичок самостійно працювати з додатковими джерелами інформації і застосовувати одержані знання у нових умовах, а значить розвивають інтелектуальну діяльність студентів, що сприяє формуванню висококваліфікованого спеціаліста.

Результати та узагальнення

Творчу особистість, яка так необхідна нашому суспільству сьогодні, ми виховаємо лише при умові, що кожен студент на занятті буде не вільним слухачем, а активним учасником навчально-виховного процесу, відповідно до своїх індивідуальних та інтелектуальних можливостей.

Щоб самостійна робота студентів була ефективною, потрібно дотримуватись певних умов:

1) чіткої, конкретної постановки завдань перед студентами;

2) характер завдань і запитань для самостійної роботи та їх складність на різних етапах навчання повинен змінюватись;

3) завдання для самостійної роботи мають бути доступними і посильними;

4) повинна бути диференціація завдань для самостійної роботи (можна поділити студентів на певні групи за рівнем їх знань та умінь);

5) повинна дотримуватись систематичність і послідовність застосування самостійної роботи студентів в процесі навчання;

6) важливо дотримуватись взаємозв'язку різних видів самостійної роботи студентів на занятті та урізноманітнювати їх;

7) повинен існувати взаємозв'язок аудиторної і домашньої самостійної роботи.

Самостійна робота студентів у процесі вивчення медичної біології є основним засобом виявлення і розвитку в них творчих здібностей і обдарованості, підготовки їх до практичної діяльності. Залежно від підготовленості студентів викладач щоразу повинен сам визначати послідовність і насиченість самостійної роботи, проявити свою творчість та ініціативу.

З переходом студентів з курсу на курс зростає рівень їх знань і пізнавальні можливості. У зв'язку з цим і види самостійної роботи поступово ускладнюються, але треба пам'ятати, що самостійна робота - не самоціль, а один із засобів поліпшення всієї навчально-виховної роботи, підготовки студентів до життя, до практичної діяльності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Варій М. Й., Ортинський В. Л. Основи психології і педагогіки: Навчальний посібник. - К.: Центр учбової літератури, 2007.

2. Заіка, О. Психологічні запитання організації самостійної роботи студентів у ВНЗ /Олена Заіка // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. - № 5 – С. 13-32; № 6. – С. 21-32.

3. Кузьмінський А. І., Омеляненко В. Л. Педагогіка: Підручник -К.: Знання-Прес, 2003.

4. Національна доктрина розвитку освіти України у XXI столітті. – К.: Шкільний світ, 2001.

5. Пометун О., Пироженко Л. Інтерактивні технології навчання: теорія, практика, досвід. – К., 2002.

6. Сиротинко Г. Сучасний урок: Інтерактивні технології навчання. – Х.: Видав. фірма «Основа», 2003.

7. Трубачова С. Організація самостійної роботи в процесі засвоєння нових знань /С.Трубачова // Педагогіка і психологія. – 2002. - №4. – С. 89-95.

8. Яковініна, Н. Технологічні особливості навчальних занять / Наталія Яковініна // Коледжанин. – 2000. - № 5. – С. 55.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ КАК ПУТЬ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАНЯТИЙ

Ковальчук Н.Г.
Киверцовский медицинский колледж

***Резюме**. В статье изложены основные виды самостоятельной работы студентов на занятиях по медицинской биологии, которые позволяют в полной мере использовать интеллектуальный потенциал студентов, приучать их к индивидуальной и групповой работе, развивать их творческие способности, а значит способствуют формированию высококвалифицированного специалиста. Отмечено, что творческую личность, которая необходима нашему обществу сегодня, можно воспитать только при условии, когда студент на занятии будет не вольнослушателем, а активным участником учебно-воспитательного процесса, в соответствии со своими индивидуальными и интеллектуальными возможностями. Освещены условия, которые нужно соблюдать, чтобы самостоятельная работа была эффективной.*

***Ключевые слова:** самостоятельная работа, самостоятельность, самостоятельная творческая деятельность, преподавание медицинской биологии.*

STUDENTS' INDEPENDENT WORK AS A WAY OF INCREASING THE EFFICIENCY OF CLASSES

Kovalchuk N.G.
Kivertsi Medical College

***Summary.** The article describes the main types of students' independent work at the lessons of medical biology, which allow to use the intellectual capacity of students, to teach them to work individually and in groups, to develop their creativity, and thus contribute to the development of a highly skilled specialist. It is emphasized that the creative person that is necessary for our society today can be educated only provided a student being an active participant in the educational process, according to his personal and intellectual capacities. The article reveals the conditions necessary for independent work to be effective.*

***Keywords:** independent work, independence, independent creative activity, medical biology teaching.*

Рецензент: кандидат педагогічних наук В.О. Коваленко

УДК 947.084.5

ПОЛІКУЛЬТУРНЕ НАВЧАННЯ І ВИХОВАННЯ СТУДЕНТіВ У ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ ІНОЗЕМНОЇ МОВИ: ДОСВІД ЦЕНТРУ ПОЛОНІСТИКИ

Місяць Н.К.

Житомирський державний університет імені Івана Франка

Резюме. *Сучасне українське суспільство потребує фахівців, які користуються іноземною мовою для порозуміння у професійній сфері. Полікультурність природна для України як поліетнічної держави, в якій проживають представники понад 130 національностей, вона об'єктивна з огляду на трансформації індивіда в сучасному світі та зближення українського суспільства з європейським культурним простором. Тому у процесі підготовки фахівців так важливо навчити їх осмислювати реальність категоріями права і діалогу культур.*

Мета дослідження*: проаналізувати досвід вивчення польської мови і полікультурного виховання студентської молоді, накопичений у Центрі полоністики Житомирського державного університету імені Івана Франка та намітити перспективні підходи до його подальшого практичного втілення.*

Для досягненя мети використано ***методи системного аналізу та логічного узагальнення.***

Результати та їх обговорення. *При вивченні польської мови ми виходимо з того, що нові стандарти вивчення іноземних мов у нашій країні передбачають тісне міжкультурне спілкування. Полікультурність цього процесу забезпечується двома шляхами: інтерлінгвістичним та екстралінгвістичним. Інтерлінгвістичний шлях – це широке використання українсько-польських порівнянь при вивченні фонетики, орфографії, лексики, словотвору, граматики (морфології та синтаксису). Екстралінгвістичний шлях передбачає включення у навчальний дискурс соціокультурної інформації про Польщу, ознайомлення студентів з польськими традиціями, звичаями, культурними стереотипами тощо.*

Висновки. *У статті висвітлено досвід Центру полоністики Житомирського державного університету імені Івана Франка щодо навчання студентів іноземної мови та полікультурного виховання, міжкультурний аспект професійної підготовки. Використання у навчальному процесі українсько-польських порівнянь базується на тому, що польська та українська мови характеризуються структурно-семантичною близькістю, в їхньому складі значна кількість однокореневих лексем. Усе це сприяє ефективному оволодінню польською мовою українцями, адже створює підґрунтя лінгвістичної компетентності студентів. Використовуючи свої знання та досвід володіння рідною мовою, студенти набувають знань і навичок польського мовлення, відтак, їхня лінгвістична компетентність стає підґрунтям полікультурної компетентності.*

Ключові слова*: діалог культур, інтерлінгвістичний та екстралінгвістичний шляхи полікультурного навчання та виховання, полікультурна компетентність.*

Постановка проблеми та актуальність дослідження. Зміни у суспільному, економічному, правовому та культурному житті України висувають нові вимоги до фахової підготовки молоді. Сучасне українське суспільство потребує фахівців, які користуються іноземною мовою для порозуміння у професійній сфері, для налагодження контактів у діалозі культур. Законодавчі документи України у галузі освіти (Концепція гуманітарної освіти в Україні, Державна

програма «Вчитель», Національна стратегія розвитку освіти в Україні на 2012-2021 рр., закони «Про вищу освіту», «Про загальну середню освіту» та ін.) декларують принцип полікультурності освіти. Це узгоджується із загальноприйнятими у Європі підходами до освіти і громадянського виховання. Обґрунтовуючи об'єктивний характер полікультурності, А. Перотті зазначав, що у сучасному світі «людини з корінням» поступилась «людині з антеною», яка має множинність можливостей та велику кількість цінностей [3, с. 15].

Полікультурність природна для України як поліетнічної держави, в якій проживають представники понад 130 національностей [2, с. 242], вона об'єктивна з огляду на трансформації індивіда в сучасному світі та зближення українського суспільства з європейським культурним простором. Тому у процесі підготовки фахівців так важливо навчити їх осмислювати реальність категоріями права і діалогу культур.

Навчання іноземної мови в аспекті полікультурності включає молоде покоління у діалог культур, надає йому широкі можливості:

- знайомитись зі світовою скарбницею культури;
- долучатись до загальнолюдських цінностей і стандартів існування;
- формувати планетарне мислення щодо громадянських прав людини;
- усвідомлювати себе носієм національних цінностей свого народу;
- сприймати історію свого народу як минуле в контексті світового історичного процесу і формувати відповідальність за майбутнє усього людства;
- формувати глибоке розуміння свого найближчого соціокультурного оточення;
- визнавати рівність та цінність усіх культур, права представників різних культур на збереження своєї самобутності;
- орієнтуватися в соціокультурних маркерах інших народів, прогнозувати можливі культурні конфлікти й способи виходу з них шляхом міжкультурного спілкування;
- формувати готовність співпрацювати з іншими людьми, організаціями, інституціями для вирішення глобальних проблем людства;
- навчатися міжкультурному спілкуванню в контексті діалогу культур;
- посилює роль викладача ВНЗ як посередника в міжкультурному спілкуванні.

Важливо наголосити на тому, що полікультурний освітній простір не перекреслює національних здобутків, навпаки він створює умови для осмислення власної національної культури та культури інших народів як учасників світового цивілізаційного процесу. О. Сухомлинська слушно зауважує: «Ті, хто думають, що полікультурність (тобто відкритість, толерантність, різноманітність) значить негайне знищення національної культури, традицій, є противниками демократії» [4].

У нових соціокультурних реаліях педагогічна наука визнає релевантним міжкультурний аспект професійної підготовки майбутніх вчителів іноземних мов і пропонує освітні стратегії мультикультурної та міжкультурної освіти. Спираючись на це, педагоги-практики України зосереджуються на полікультурному навчанні іноземних мов, на вихованні молодого покоління у контексті діалогу культур. Вони створюють інтегровані навчальні курси (мова, література, історія і культура), посилюють культурологічну складову занять з іноземної мови.

Мета дослідження. Проаналізувати досвід вивчення польської мови і полікультурного виховання студентської молоді, накопичений у Центрі полоністики Житомирського державного університету імені Івана Франка та намітити перспективні підходи до його подальшого практичного втілення.

Для досягненя мети використано **методи системного аналізу та логічного узагальнення**

Виклад основного матеріалу дослідження. Організатори процесу навчання польської мови виходять з того, що нові стандарти вивчення іноземних мов

у нашій країні [1] передбачають міжкультурне спілкування та взаємодію, адже тісне міжнародне співіснування та співпраця неможливі без контактування мов і культур. Серед завдань Центру полоністики, створеного у 2004 р., чільне місце посідає полікультурне навчання польської мови та виховання студентів у вимірах діалогу культур.

У Центрі полоністики Житомирського державного університету імені Івана Франка накопичено багатий досвід полікультурного навчання польської мови як однієї з іноземних (водночас і мови польської діаспори в Україні). Полікультурність цього процесу забезпечується двома шляхами: інтерлінгвістичним та екстралінгвістичним. Інтерлінгвістичний шлях – це широке використання українсько-польських порівнянь при вивченні фонетики, графіки, орфографії, лексики, морфеміки та словотвору, граматики (морфології та синтаксису). Екстралінгвістичний шлях передбачає включення у навчальний дискурс соціокультурної інформації про Польщу, ознайомлення студентів з польськими традиціями, звичаями, культурними стереотипами тощо.

Використання у навчальному процесі українсько-польських порівнянь базується на тому, що польська та українська мови характеризуються структурно-семантичною близькістю, в їхньому складі значна кількість однокореневих лексем. Усе це сприяє ефективному оволодінню польською мовою українцями, адже створює підґрунтя лінгвістичної компетентності студентів. Використовуючи свої знання та досвід володіння рідною мовою, студенти набувають знань і навичок польського мовлення, відтак, їхня лінгвістична компетентність стає підґрунтям полікультурної компетентності.

Найбільш яскраво полікультурна компетентність студентів виявляє себе при тлумаченні слів. Наприклад:

1) *odkurzać* – пилосос (пристрій, що відсмоктує *куряву*, пил);

2) *bezzwłoczny* – терміновий, негайний (такий, що не терпить *зволікання*);

3) *ćwiczenie* – вправа (хто робить багато вправ, *ćwiczy*, той стає *досвідченим*);

4) *dziejopisarz* – літописець, історик (той, хто *описує дії*, події) тощо.

Полікультурна компетентність допомагає студентам усвідомити звукову природу польських дифтонгів *dz, dż, dź*, адже в українській мові теж є дифтонги *дж, дз (ходжу, воджу, сиджу, кукурудза, дзеркало)*. Артикуляційна база української мови також може сприяти засвоєнню найбільш специфічного польського звуку [ł]. Викладач радить студентам витягнути губи вперед, як для вимови українського [у], а вимовляти [в], при цьому виходить нескладовий [у], що зустрічається в деяких українських діалектах, який дуже схожий з польським звуком [ł].

За рахунок полікультурної компетентності українські студенти досить легко засвоюють польську граматичну термінологію, наприклад, *rzeczowniki* називають *речі*, дають їм *імена (укр.- іменники); przymiotniki* називають *ознаки, прикмети* речей *(укр.- прикметники); liczebniki* показують *кількість, порядок при лічбі, число (укр.- числівник);* термін *czasownik* підкреслює одну з важливих граматичних категорій цієї частини мови – категорію *часу;* термін *przysłówek* за будовою схожий на термін *прислівник*.

Активну роль полікультурна компетентність студентів-українців відіграє у засвоєнні ними норм польської орфографії. Викладач орієнтує студентів на те, що рідна українська мова може їм допомагати при написанні польських слів, що є однокореневими з українськими. Усвідомленню цього сприяє робота з таблицею.

Система вправ, при виконанні яких студенти користуються таблицею, привчає їх «включати» полікультурну компетентність, що робить процес засвоєння правил польського правопису ефективнішим.

Екстралінгвістичний шлях реалізації принципу полікультурності передбачає широке використання у навчальному дискурсі польських пісень. Методика колективного співу сприяє удосконаленню

польської вимови, створює атмосферу невимушеності, розкутості, знімає напругу, урізноманітнює форми роботи. Серед пісень неодмінно гімн Польщі «Mazurek Dąbrowskiego» (спершу студенти слухають запис гімну у виконанні академічного хору, а потім розучують). У подальшому на громадських зібраннях польської діаспори, на заходах у Польському домі студенти долучаються до співу гімну. Молодь з ентузіазмом навчається польських колядок, охоче розучує пісню «Sokoły», що є улюбленою у поляків України та українців, а також польську величальну пісню «Sto lat». Її додають до свого арсеналу засобів віншування поряд з українською величальною «Многая літа».

Та найбільш сприятливі умови для формування полікультурної компетентності створюються в роботі з текстами, теми яких відображають історію Польщі, боротьбу її народу за незалежність, постаті видатних поляків у світовому цивілізаційному просторі, зокрема лауреатів Нобелівської премії.

Кожне заняття польської мови включає роботу з текстом: читання, відповіді на питання, трансформація змісту (доповнення, розширення, уточнення тощо) та форми (добір синонімів, перебудова структури речень, зміна граматичних форм тощо), а також створення текстів (наприклад, «Mój dzień», «Nasz Uniwersytet», «Moja rodzina» тощо).

Таблиця 1

Звукові та правописні відповідності в однокореневих українських і польських словах

Назва правила польського правопису	Орієнтація на українську мову	Приклади
Pisownia **ó** – **u**	Пишемо **ó**, коли в українській мові **і,е,о**. Пишемо **u**, коли в українській мові **у**.	l**ó**d – л**і**д, zach**ó***d* – зах**і**д, wr**ó**żba – вор**о**жба, mi**ó**d – м**е**д sz**ó**sty – ш**о**стий; **u**cho – в**у**хо marm**u**r – марм**у**р
Pisownia **ż** – **rz**	Пишемо **ż**, коли в українській мові **ж,з, с**. Пишемо **rz**, коли в українській мові **р**.	wa**ż**ny – ва**ж**ливий, **ż**ona – **ж**інка, **ż**elazny – **з**алізний, ry**ż** – ри**с;** ko**rz**eń – ко**р**інь, b**rz**eg **–** бе**р**ег kalenda**rz** – календа**р**
Pisownia **ch** – **h**	Пишемо **ch**, коли в українській мові **х**. Пишемо **h**, коли в українській мові **г**.	pie**ch**ota – пі**х**ота, **ch**rząszcz – **х**рущ; **h**iacynt – **г**іацинт, **h**otel – **г**отель, nahajka – на**г**айка, humor – **г**умор

У вільний від занять час студенти беруть активну участь у наукових конференціях та читаннях, круглих столах, літературно-художніх композиціях, на яких виступають польською мовою. Наприклад, у 2007 р. на наукових студентських читаннях, присвячених 150-річчю з дня народження Івана Франка, були репрезентовані студентські дослідження полонізмів у драматургії, поезії та епістолярній спадщині письменника. У 2008 р. проходили читання «Видатні поляки у світовому цивілізаційному процесі», у 2009 р. наукові читання присвячувались Збігневу Герберту та Юліушу Словацькому, а у 2010 р. на шевченківських студентсько-викладацькі наукових читаннях була представлена доповідь директора Центру полоністики «Початки шевченкіани у Польщі: переклади творів поета», а студенти читали свої переклади поезій

Шевченка польською мовою. У травні 2010 р. проходили читання на тему «Ян Павел ІІ – людина світу», у квітні 2011 р. – «Україна і Польща: історія відносин і шлях до порозуміння».

Результатами наукових пошуків студенти діляться на засіданнях круглих столів. Так, у 2009 р. відбувся круглий стіл «Поляки і незалежність України», у травні 2010 р. – круглий стіл «Катинь: пам'ять і скорбота», у 2011 р. – «Євроінтеграція України: політичні перспективи і ставлення до неї студентської молоді». Студенти є активними учасниками різноманітних наукових конкурсів, наприклад, «Польща – твій найближчий сусід», «Ю.І. Крашевський і Житомир», орфографічного конкурсу з польської мови тощо. Щороку студенти ЖДУ відправляють свої напрацювання у Польщу на конкурс «Науковий дебют. Сталий розвиток», де кращі друкуються. Результати досліджень публікуються також у Житомирі [5].

Полікультурному вихованню студентської молоді сприяють різноманітні літературно-художні заходи, наприклад, святкування річниць незалежності та Дня Конституції Польщі, перегляд польських художніх фільмів, прослуховування компакт-дисків творів польських композиторів, зустрічі з діячами польської культури. Студенти беруть активну участь у виставах польського театру імені Крашевського (спектаклі «Przed sklepem jubilera», «Moral pani Dulskiej», «Baladyna»).

Діяльність Центру полоністики отримала визнання у наукових та громадських колах України та Польщі. У січні 2008 р. науковий проект директора Центру полоністики Наталії Місяць на Всеукраїнській виставці «Сучасна освіта в Україні» був відзначений срібною медаллю в номінації «Упровадження здобутків педагогічної науки в освітню практику». За діяльність по збереженню польських традицій і культури у 2008 р. Урядом Польщі директора Центру полоністики Н. Місяць було нагороджено медаллю «Pro memoria», а у 2014 р. – Срібною медаллю Wspólnoty Polskiej.

Висновки. Полікультурне навчання польської мови ґрунтується на потребах часу, воно оптимізує навчальний процес, перетворює його у діалог культур, сприяє вихованню студентської молоді у дусі толерантності, поваги до представників інших народів, мов, культур.

ЛІТЕРАТУРА

1. Державний стандарт України з іноземної мови. – К., 2003.
2. Етнічні спільноти України: Довідник/ Інститут етнічних, регіональних та діаспорознавчих студій. – К.: Фенікс, 2001. – 252 с.
3. Перотті А. Виступ на захист полікультурності. –Париж: Вид-во Ради Європи, 1994. – 127 с.
4. Сухомлинська О.В. Етнопедагогіка – засіб полікультурного виховання // Український оглядач. – 1994. – № 8. – С. 35.
5. Сталий розвиток: проблеми та перспективи: зб. наук. праць /за ред. О.А. Дубасенюк. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2013. – 412 с.

ПОЛИКУЛЬТУРНОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА: ОПЫТ ЦЕНТРА ПОЛОНИСТИКИ

Месяц Н.К.
Житомирский государственный университет имени Ивана Франко

Резюме. *Современное украинское общество нуждается в специалистах, которые пользуются иностранным языком для понимания в профессиональной сфере. Поликультурность естественная для Украины как полиэтнического государства, в котором проживают представители свыше 130 национальностей, она объективно учитывает трансформации индивида в современном мире и сближения украинского общества с европейским культурным пространством. Поэтому в процессе подготовки специалистов так важно научить их осмысливать реальность категориями права и диалога культур.*

Цель исследования*: проанализировать опыт изучения польского языка и полиультурного воспитания студенческой молодежи, накопленный в Центре полонистики Житомирского государственного университета имени Ивана Франко и наметить перспективные подходы к его последующему практическому воплощению.*

Для достижения цели использованы ***методы системного анализа и логического обобщения.***

Результаты и их обсуждения. *При изучении польского языка мы выходим с того, что новые стандарты изучения иностранных языков в нашей стране предусматривают тесное межкультурное общение. Поликультурность этого процесса обеспечивается двумя путями: интерлингвистическим и экстралингвистическим.*

Интерлингвистичний путь – это широкое использование украинско-польских сравнений при изучении фонетики, орфографии, лексики, словообразования, грамматики (морфологии и синтаксиса). Экстралингвистический путь предусматривает включение в учебный

POLYCULTURAL EDUCATION AND STUDENTS UPBRINGING IN THE PROCESS OF FOREIGN LANGUAGES TEACHING: THE POLISH STUDIES CENTRE EXPERIENCE

Mesyats N.K.
Zhytomyr Ivan Franko State University

Summary. *Modern Ukrainian society needs specialists which use foreign language for understanding in professional sphere. Cultural upbringing is natural for Ukraine as polyethnic state in which representatives live over 130 nationalities, it objectively takes into account transformations of individual in the modern world and integrating Ukrainian society into European cultural space. Therefore in the process of preparation of specialists it is so important to teach them to comprehend reality categories right dialog of cultures.*

Research purpose*: to analyse Polish experience and sociocultural education of young people, accumulated in the Polonia center of the Zhytomyr state university of the name of Ivan Franko and to set the perspective fittings for his to subsequent practical embodiment.*

For achievement of purpose ***the methods of analysis of the systems and logical generalization*** *are utillized.*

Results and their discussions. *At the study of Polish we go out from those new standards of study of foreign languages in their close intercultural intercours. Polycultural upbringing is provided in two ways: interlingvistical and extralinguistical. Interlinguistical is the wide using of Ukrainian-Polish comparisons for the study of phonetics, orthography, vocabulary, word-formation, grammar (morphology and syntax). Extralinguistical way is to be foreseen by plugging in educational dyscours of social information about Poland, acquaintance of students with Polish traditions, consuetudes, by cultural stereotypes and others like that.*

Conclusions. *The author of the article shares experience of the Polish Studies Centre at the Zhytomyr State Ivan Franko University regarding the process of teaching foreign languages to university students and their polycultural upbringing as well as cross-cultural aspects of professional training. The use in the educational process of Ukrainian-Polish*

дискурс социокультурной информации о Польше, ознакомление студентов с польскими традициями, обычаями, культурными стереотипами и тому подобное.

Выводы. *В статье отражен опыт Центра полонистики Житомирского государственного университета имени Ивана Франко относительно изучения студентами польского языка и поликультурного воспитания, включая междукультурный аспект профессиональной подготовки. Использование в учебном процессе украинско-польских сравнений базируется на том, что польский и украинский языки характеризуются структурно семантической близостью, в их составе значительное количество однокорневых лексем. Все это способствует эффективному овладению польским языком украинцами, поскольку создает почву для лингвистической компетентности студентов. Используя свои знания и опыт владения родным языком, студенты приобретают знания и навыки польского общения, следовательно, их лингвистическая компетентность становится предпосылкой для поликультурной компетентности.*

Ключевые слова*: диалог культур, интерлингвистический и экстралингвистический пути поликультурного обучения и воспитания, поликультурная компетентность*

comparisons is based on that the Polish and Ukrainian languages are characterized structurally a semantic closeness, in their composition far of lexemes. All of it is instrumental in an effective capture Polish language by

Ukrainians, as creates soil for the linguistic competence of students. Utillizing the knowledges and experience of domain the mother tongue, students acquire knowledges and skills of Polish intercourse, consequently, their linguistic competence becomes pre-condition for a polycultural competence.

Key words*: dialogue of cultures, interlinguistic and extralinguistic ways of polycultural education and upbringing, polycultural competence.*

Рецензент: кандидат педагогічних наук Н.В.Шигонська.

УДК : 378:37.011.3:811.124-157.87

АСПЕКТИ ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ

Мішайлова В.О.
КВНЗ «Бердичівський медичний коледж» Житомирської обласної ради

Резюме. *У статті висвітлена діяльність викладача медичного навчального закладу, яка направлена на навчальний та виховний процес студентів. Різноманітність застосування прийомів та методик сприяє розвитку всебічного світогляду студентів, виховує навички професіонала, формує чітку громадську позицію. Кожне заняття, проведене зі студентами, передбачає одержання ними нових знань, цікавої інформації, новин сьогодення. Розкриваються нові сторони майбутньої професії, з'ясовуються проблеми фахового характеру. Паралельно з засвоєннями студентами необхідної інформації та навичок, викладач формує у молодих людей певні риси медичного працівника, вміло, без примушення орієнтує їх на необхідність розширення світогляду, розпалює прагнення до нових знань, розвиває здібності, виховує почуття відповідальності за свої вчинки, сприяє самоствердженню та адекватній поведінці на зауваження. Тільки через повсякденне виховання без принижень та грубощів, через слова геніїв медицини, діячів культури, політиків, на власному прикладі можливо створити високогуманну та всебічно розвинену особистість. Адже те, що ми сьогодні закладаємо у студентів, завтра можемо відчути на собі.*

Заняття з латинської мови виховують у студентів патріотизм, громадянський обов'язок перед Україною, суспільством. Наприклад, це можна прослідкувати при вивченні тем: «Рецепт. Структура рецепта», «Наказовий спосіб дієслів», а також під час перекладів текстів про Цицерона, Юлія Цезаря, Езопа. Цьому сприяє ознайомлення з крилатими виразами наступного змісту: «Солодка і почесна смерть за Батьківщину», «Перемога любить наполегливість».

Засвоюючи знання з медичної номенклатури, студенти розвивають логічне мислення та послідовність дій. Це закріплюється при виконанні вправ на декодування медичних термінів. Регулярне виконання завдань з виписування рецептів стимулює студентів до охайності та свідомого відношення до майбутньої професії.

Ключові слова: *ерудиція, духовне збагачення, пошукова діяльність, акуратність, логічне мислення.*

Актуальність проблеми

Упродовж останніх років головним завданням вищої медичної освіти в Україні є підвищення якості підготовки медичних фахівців. Під час перебування студентів в стінах навчального закладу педагогічний колектив має на меті не лише підготувати кваліфікованого спеціаліста, а й виховати гідного громадянина нашої держави. Процес навчання та виховання має бути єдиним цілим, адже не будуть вартими і якісними знання професії без належно вихованого і всебічно розвиненого спеціаліста. Латинська мова є предметом, знання якого надалі допоможуть студентам розуміти інформаційний матеріал з клінічних дисциплін – терапії, хірургії, педіатрії, акушерства та ін.. Слід зазначити, що латинь вивчається не як розмовна мова, а як мова медичних термінів та рецептури. Таким чином, знайомство з латинською мовою дає можливість студенту-медику осмислено сприймати запропоновану викладачами інформацію при вивченні спеціальних дисциплін, підвищує мовну культуру, поліпшує якість самопідготовки, виховує

почуття свідомого відношення до обраної професії.

Метою статті є дослідження тих сторін процесу навчання студентів, які виховуватимуть у них характерні якості медичного працівника та визначення основних тем програмного матеріалу, які сприяють формуванню у студентів гуманності, ввічливості, шанобливого ставлення до хворих людей, терпимості до їх недуги. Вивчення латинської мови є підґрунтям для оволодіння знаннями клінічних дисциплін, тому заняття з латини мають на меті налаштувати студентів на свідоме відношення до нових знань та сприяти закріпленню навичок.

Результати та їх обговорення

Як відомо, латинська мова належить до когорти мертвих мов, але, на відміну від інших, вона не втратила своєї життєздатності, а, навпаки, є об'єктом досліджень та вивчення і широко використовується людством і по сьогодні. Основа латині, яка зародилась ще в I тисячолітті до нашої ери, впевнено увійшла в сучасну медичну, технічну, юридичну термінології та в інші галузі науки і мистецтва. Студенти медичних, юридичних, технічних, лінгвістичних факультетів коледжів та університетів мають унікальну можливість під час вивчення фонетики та граматики латинської мови доторкнутись до сторінок історії розвитку суспільства на території теперішньої Європи, що формувалась впродовж останніх трьох тисячоліть. Виконуючи завдання викладача з перекладу текстів з латинської мови на українську студенти знайомляться з життям відомих діячів стародавніх Риму та Греції, зокрема про останні дні життя Архімеда (De morte Archimedis), героїчні подвиги Олександра Великого та Діогена (De Alexandro Magno et Diogene), примножуються знання античної міфології, наприклад про Орфея та Евридіку (Orpheus et Eurydica). Такі завдання розширюють знання студентів з історії Стародавнього Світу, розвивають ерудицію, духовно збагачують.

Кожного разу перед початком вивчення нашими студентами латинської мови, я наголошую на тому, що в світі є багато мов, всі вони неповторні і заслуговують на шанобливе ставлення до них. Але наймиліша та найчарівніша – це мова наших батьків, мова нашого народу, мова наших пращурів, мова – українська. Збагачені почуттям патріотизму та гордості за мелодійну та прекрасну українську мову, студенти дізнаються про те, що велика кількість слів української лексики походять від стародавньої і поки ще не відомої їм латини. Доречно навести для прикладу такі слова, як директор, коридор, бібліотека, глобус, аудиторія, доцент та ін. Слід використовувати ті слова, які відомі студентам ще з дитинства або зі шкільної програми. Наприклад, слова альбом, альбінос, Альбіна походять від латинського слова albus – білий; велосипед – від слів velox – швидкий та pes – стопа, нога; гідропарк, гідра, гідроелектростанція, гідроліз, гідравліка – від грецького слова hydor (hydr-) – вода. Такий підхід, на мою думку, заохочує студентів до нових знань, розвиває зацікавленість предметом, сприяє творчості та пошуковій діяльності.

Чітка, лаконічна і водночас багата латинь захоплює кожного, хто замислюється над істинним значенням та глибоким змістом латинських слів, словосполучень, крилатих виразів. Кожні сентенція або афоризм виховує у людини певні позитивні риси характеру або належну поведінку. Згідно навчальної програми більшість практичних занять повинні супроводжуватись латинськими виразами, які граматично підходять до тієї чи іншої теми. Наприклад, при вивченні іменників I відміни вдалим буде використати наступні сталі вирази: «Stientia potentia est» (знання – сила), «Ubi concordia, ibi victoria» (де згода - там перемога). Під час вивчення прикметників доречно запропонувати студентам такі вирази: «Vita brevis – ars longa» (життя коротке, мистецтво – вічне), «Terra incognita» (земля невідома, тобто невідома область знання) та ін.. Латинські крилаті вирази розвивають духовно: «Пам'ятай про смерть», «Сміливим доля в поміч», «Я міркую, отже я існую»; вчать

працелюбності та наполегливості: «Не місце прикрашає людину, а людина місце», «Вчитись ніколи не пізно», «Крапля довбе камінь не силою, а рясним падінням»; зосереджують на збереженні здоров'я: «Багато вина пити – не довго жити», «Все зайве шкодить, все зайве шкідливо»…

Особливу увагу студентів слід зосередити при вивченні теми «Рецепт. Структура рецепта». Правильно і без помилок оформлений рецептурний бланк на лікарський препарат сприятиме швидкому одержанню хворим ліків і вчасному початку лікування, що є основним призначенням медичного рецепту. Халатність та неграмотне виписування лікувального засобу може призвести до несвоєчасного вживання ліків і викликати загострення хвороби. Тому навчаючись виписувати рецепти на різні види лікарських форм у студентів з'являється почуття відповідальності за кожного пацієнта, формується практична навичка, розвивається акуратність та охайне відношення до медичної документації в цілому.

Програма курсу латинської мови передбачає вивчення студентами латинських назв лікарських рослин та лікарської рослинної сировини. І хоча флора нашої України багата та різноманітна, необхідно звертати увагу молоді на шанобливе відношення їх до трав, дерев і кущів. Краще примножувати їх кількість, аніж безпідставно знищувати. Є рослини з отруйними властивостями і неправильне поводження з ними під час заготівлі може призвести до нездужання, погіршення самопочуття. Доречно нагадати про ряд рослин, що занесені до Червоної книги. Слід зазначити, що культивування та збирання таких рослин дозволено певним фахівцям на спеціально відведених ділянках. Такі міри застороги попереджують правопорушення зі сторони студентів, сприяють вихованню законослухняних громадян нашої держави.

Вагоме місце при вивченні студентами-медиками латинської мови займають вправи на декодування медичних термінів. Назви хвороб, різні клінічні стани хворих, методи діагностики та оперативні втручання у більшості випадків являють собою слова грецького походження, які з часом латинізувались. Щоб правильно пояснити сутність спеціальних слів, студенти спочатку вивчають значення окремих терміноелементів, а при виконанні тренувальних вправ оволодівають умінням розшифрувати терміни. Завдання на декодування медичних термінів розвивають у студентів логічне та клінічне мислення, виховують почуття гордості за обрану професію, стимулюють до самопідготовки та вдосконалення практичних навичок.

Висновок. Людина, яка прилучилася до таємниць слів стародавніх римлян і греків, безумовно розширює свій кругозір, осмислено сприймає значення і сутність багатьох слів, що утворилися в теперішній час внаслідок розвитку науки і техніки. Латинська мова, разом з древньогрецькою, сьогодні служить джерелом для утворення наукової, мистецької і політичної термінології. Студенти зі знаннями латинської мови є компетентними в галузі клінічної медицини, вони мають глибше розуміння термінології у власній мові. Латинь сприяє розширенню загального світогляду та зростанню рівня професійної комунікації майбутніх фахівців у галузі медицини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Колкер Я.М. Практична методика вивчення іноземних мов. - М.: ИЦ «Академія», 2000 – 23 с.

2. С. В. Барсов. Латинский на все случаи жизни – М. : АСТ; Астрель; Транзит книга, 2006 – 45 с.

3. Латишев Л.К. Теорія, практика та методика викладання. - М.: ИЦ «Академія», 2003. – 134 с.

4. З.А. Покровская. Латинский язик – М.: ВШ, 1987. -56 с.

АСПЕКТЫ ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА

Мишайлова В.А.
КВУЗ «Бердичівський медичний коледж» Житомирської обласної ради

Резюме. *В статье отображена деятельность преподавателя медицинского учебного заведения, направленная на обучение и воспитательный процесс студентов.*

Многообразие используемых приемов и методик способствует развитию всестороннего мировоззрения студентов, воспитывает профессионала, формирует четкую гражданскую позицию.

Все занятия, проведенные со студентами, предвидят получения ими новых знаний, интересной информации, новинок сегодняшнего дня. Раскрываются новые стороны будущей профессии, выявляются проблемы, характерные данной специальности. Параллельно с усвоением студентами необходимой информации и навыков, преподаватель формирует у молодежи характерные черты медицинского работника, умело, без натиска ориентирует их на необходимость расширения мировосприятия, разжигает стремление к новым знаниям, развивают способности, воспитывают чувство ответственности за свои поступки, способствуют самоутверждению и адекватному поведению по поводу замечаний.

Занятия по латинскому языку воспитывают у студентов патриотизм, гражданские обязательства перед Украиной, обществом. Усваивая знания по медицинской номенклатуре, студенты развивают логическое мышление и последовательность действий. Регулярное решение заданий на выписывание рецептов стимулирует студентов к аккуратности и осознанному отношению к будущей профессии.

Ключевые лова *логическое мышление, эрудиция научный поиск.*

ASPECTS OF EDUCATION OF STUDENTS DURING THE STUDY OF LATIN

Myshajlova V.O.
Berdychev medical college

Resume. *The article highlights the teacher activity in medical educational establishment, that is sent to the educational and educator process of students. The variety of the applied receptions and methodologies assists to development of all-round world view of students brings up a professional, forms clear public position.*

Every lesson is conducted with students envisages a receipt by them new knowledge, interesting information, news. New sites of future profession open up, the problems of professional character turn out. Teacher forms the certain lines of medical worker for young people with mastering of necessary information and skills students, skillfully, not compelling, orients them on the necessity of expansion of the world view, kindles aspiring to new knowledge, develops flairs, brings up sense of responsibility for the acts promotes and to adequate behavior on a remark.

Latin lessons "Recipe. Structure of recipe", "Imperative mood of verbs", and also during translating of texts about Cicero, Julius Caesar, Aesop bring up patriotism for students, civic duty in Ukraine and society.

Students develop the logical thinking and sequence of executions to master knowledge from a medical nomenclature. It is fastened at implementation of rights on decoding of medical terms. Regular implementation of tasks with excerption of recipes stimulates the students to the tidiness and to conscious attitude toward a future profession.

Keywords. *Erudition, spiritual enrichment, searching activities, carefulness, logical thinking.*

Рецензент: кандидат педагогічних наук О.В. Горай

УДК 37.015.031:37.041:53

АКТИВІЗАЦІЯ ТВОРЧИХ ЗДІБНОСТЕЙ СТУДЕНТІВ НА ЗАНЯТТЯХ ФІЗИКИ ПРИ ФОРМУВАННІ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ САМОРОЗВИТКУ І САМООСВІТИ

Огороднічук С. В.
КВНЗ « Бердичівський медичний коледж»

Резюме: *В представленій статті визначені основи системи роботи викладача фізики з активізації творчої діяльності студентів, реалізація формування інтелектуально розвиненої особистості, що дають можливість майбутнім громадянам України досягти в житті бажаного результату, самореалізації. Визначені різні методики проведення занять в поза навчальній та самостійній роботі студентів, що підвищують успішність, рівень засвоєння знань, якість навчання, підвищення мотивації до навчання. Проаналізовані нестандартні форми та методи роботи. Розкрито значення інтегрованих задач, задач на варіації, завдань відкритого типу, завдань на розвиток дивергентного мислення, які сприяють розвитку точності мислення, вміння бачити фізичну суть явища. Наведені приклади творчих завдань, які мотивують студентів до навчання. Детально розкрито значення роботи фізичного гуртка та проведення фізичних вечорів, науково-дослідницької роботи. Визначені результати досліджень якісного показника студентів до предмета та*

найбільш раціональні способи виконання запропонованих викладачем завдань. Наголошено на важливість значення для системи освіти формування особистості студента на заняттях фізики, а саме розвиток логічного мислення, просторових уявлень і уяви, інформаційної культури, уваги, пам'яті, позитивних властивостей особистості та рис характеру, емоційно – вольової сфери. Доведено, що творча, спільна співпраця викладача та студента є невід'ємною складовою у формуванні творчих здібностей, розвитку мислення та уяви.

Ключові слова: *активізація, особистість, самореалізація, діяльність, дивергентне мислення*

Актуальність проблеми. Сучасна реформа освіти вимагає змін і в процесі навчання. Однією з головних задач - розвиток творчого, здібного студента, який вміє самостійно поповнювати знання.

На розвиток творчих здібностей студентів орієнтують всі державні та відомчі директивні документи України.

Вік молоді які навчаються на І курсі 15-17 років, то фактично в коледжі відбувається формування студента як інтелектуально розвиненої особистості, формуються професійні навички. Набуття досвіду творчої діяльності дає можливість майбутнім громадянам України досягти в житті бажаного результату, само реалізуватися.

Щоб розвивати творчі здібності студентів та систематично включати їх у самостійну пізнавальну діяльність, щоб забезпечити співпрацю між студентами на заняттях я практикую такі прийоми, що підтримують у студентів інтерес до навчання, бажання займатися фізикою, стимулюють їх активність протягом навчального року.

Ще К.Д. Ушинський писав: «Викладання всякого предмету повинне йти таким шляхом, щоб на долю вихованця залишалося стільки праці, скільки можуть здолати його молоді сили». [6]

Завдання формування в учнів мотивів навчання нерозривно пов'язане із завданням розвитку мислення Дійсно, як і всяка інша діяльність, мислення викликається потребами. Тому, не виховуючи, не пробуджуючи пізнавальних потреб у студентів неможливо розвинути і їх мислення.

Вирішальне значення для системи освіти має формуючий вплив предмета

фізики на особистість студента. Це насамперед розвиток логічного мислення, уваги, пам'яті, позитивних властивостей особистості та рис характеру, емоційно – вольової сфери.

Мета дослідження: довести, що творче мислення та досвід творчої діяльності дає можливість майбутнім громадянам України досягти в житті бажаного результату, самореалізуватися; продемонструвати на прикладі вивчення фізики можливості для розвитку творчого мислення.

Основна частина

Сучасне навчання фізики має на увазі органічне сполучення експериментального й теоретичного підходів, виявлення суті фізичних законів в рамках навчальної програми. Відповідно до проекту стандарту фізичної освіти, основною метою вивчення курсу фізики є формування й розвиток у студентів наукових знань і умінь, необхідних для розуміння явищ і процесів, що відбуваються в природі, техніці, побуті.

Зокрема, виділяється розвиток логічного мислення студентів, уміння користатися індукцією, дедукцією й умовиводами за аналогією, а також розвиток умінь вирішувати задачі на основі засвоєних теоретичних положень, застосовувати математичний апарат, графічні засоби і [3]

На заняттях з фізики систематично використовую завдання творчого характеру, які забезпечують активну роботу мислення, а саме: інтегровані задачі (на складання та розв`язання); задачі на варіації, що містять вимогу дати якомога більше варіантів вирішення проблеми; завдання відкритого типу, в яких конкретно не обговорені умови протікання процесу. Такі задачі мають декілька правильних розв`язків у залежності від умов, що можуть змінюватися; задачі з розвитком змісту (на складання з даної задачі декількох інших або придумування вимог до задачі); завдання на розвиток творчої уяви як елемента дивергентного мислення – складання опорних конспектів, кросвордів, моделювання фізичних явищ ; завдання, в яких необхідно передати зміст фрази іншими словами. Вони сприяють розвитку точності мислення, вміння побачити фізичну суть явища.

Значний потенціал для розвитку дивергентного мислення студентів мають фізичні задачі різних типів.

Традиційну методику розвитку творчих здібностей будую на організації розумової діяльності, яка характерна для наукової творчості: висування проблеми, яка базується на аналізі даних; інтуїтивне висування гіпотези; інтерпретація явищ, прогноз; бачення підтексту та тлумачення смислу при вивченні нового матеріалу

Розвиток мислення реалізую шляхом залучення студентів до виконання різних видів навчальної роботи.

До творчих завдань відношу такі, що вимагають від студентів не просто відтворення інформації, а творчості, оскільки вони мають кілька підходів. Творче завдання (особливо практичне) надає навчанню смислу, мотивує студентів. Такими завданнями є, наприклад: дослід на прояв сил поверхневого натягу рідини; дослід на пружну і залишкову деформацію; спостереження за відносною вологістю повітря протягом місяця з аналізом та відповідними висновками , спостереження за рухом автомобільного транспорту на різних типах ґрунтового покриття та в залежності від погодно – кліматичних умов; експеримент – рух кульки по похилому жолобу.

Творчі завдання із життєвим змістом, пропоную студентам під час вивчення тем: "Закони Ньютона. Додавання сил": Ілюзіоніст швидким рухом стягує скатертину із столу, на якому склянки, тарілки і ваза залишаються на своїх місцях, хоча стояли на скатертині. Поясніть, чому?

Планета Земля обертається із заходу на схід. Тоді чому, коли ми стрибнемо вгору потрапляємо на те ж місце, а не переміщаємося на захід? І чому ж тоді гарматний снаряд не потрапляє в дуло, навіть при вертикальному пострілі?

Позаурочна робота порівняно давня форма організації роботи зі студентами . Її корені ховаються в перших роках XX століття, а масового розвитку набула лише в середині XX століття.

Всі види позанавчальної роботи добре організовані і узгоджені. В своїй роботі використовую передовий досвід вчителів, результати наукових досліджень вчених-методистів.

Однією з найскладніших і найпоширеніших групових форм організації поза навчальної роботи є фізичні гуртки.

На етапі створення гуртка з фізики « Квант» інформую студентів про основні напрями його роботи. Для цього використовую не тільки шкільні засоби інформації, а й індивідуальні та групові бесіди з студентами. Великий ефект дає проблемна організація навчальної роботи з фізики, коли на занятті аналізую ту чи іншу проблему і пропоную знайти її розв'язання на заняттях гуртка.

Фізичний гурток має різні спрямування в залежності від підготовки і власних уподобань та від початкових інтересів і побажань студентів.

У залежності від тематики роботи гуртка є: теоретичні (історія фізики, розгляд певних теоретичних питань фізики, розв'язування задач); фізико-технічні (моделювання, радіотехнічні, авіамодельні); експериментальні (конструювання фізичних приладів, проведення фізичних дослідів і досліджень); комплексні (загальнофізичні).

Після вивчення тематики гуртка і належної агітаційної роботи проводжу організаційне засідання, на якому затверджується план роботи. Кількість членів гуртка 10-15 чоловік.

На першому занятті з'ясовуємо розпорядок роботи гуртка, студенти вибирають запропоновані завдання для індивідуальної роботи. Створили невеликі бригади по 2-3 чоловіка на чолі з більш досвідченим студентом. Цим досягаємо взаємонавчання і обмін досвідом.

Роботу планую таким чином, щоб теоретичні заняття чергувалися з практичними. Результати роботи висвітлюю на спеціальних залікових заходах: виставках, вечорах, конференціях.

У окремих випадках організовую творчі групи, які комплектують з добре підготовлених студентів , які об'єднуються спільним інтересом в певній галузі фізики. Такі групи дають можливість ефективно готувати майбутніх учасників олімпіад різних рівнів. Творчі групи є, також, важливою організаційною формою роботи МАН (Малої Академії наук).

Найбільш поширеними серед масових заходів у позаурочній роботі є вечори фізики. Це форма, яка поєднує всі найбільш цікаві форми роботи і має велику активізуючу дію на студентів.

Вечори фізики поділяються на тематичні та цікавої фізики.

Тематичні вечори присвячуються певній темі або проблемі науки фізики. Наприклад, "Механіка в космосі", "Надпровідність в техніці", "Проблеми електроніки".

Самостійна робота передбачає активні розумові дії студентів , пов'язані з пошуками найбільш раціональних способів виконання запропонованих викладачем завдань, з аналізом результатів роботи. Це: робота з підручником і додатковою (навчальної та науково-популярної) літературою; експериментальні та практичні роботи; аналітико-обчислювальні; графічні; проектно-конструкторські; роботи по класифікації та систематизації; застосування знань для пояснення або передбачення явищ і властивостей тіл.

Проведене дослідження показало, що найбільший відсоток самостійних робіт припадає на застосування знань для пояснення явищ і властивостей тіл (26,3% від загальної кількості робіт по курсу) і роботи аналітико-обчислювального характеру (24,4%), третє місце займають експериментально-практичні роботи, четверте - самостійна робота з підручником, п'яте - графічні роботи, шосте - проектно-конструкторські, сьоме - завдання щодо класифікації та систематизації.

Систематично студенти оформляють фізичні газети, яка присвячується певній події: річниці видатного вченого, відкриття, вечору фізики, початку вивчення нової теми. Їх оформлення і підбір матеріалів здійснюють студенти під керівництвом викладача. Газета містить цікавий матеріал і добре ілюстрована.

Фізичний бюлетень випускається частіше, ніж газета. Він доповнює її, оскільки містить оперативний матеріал про цікаві події в фізиці на даний час. Тому він має менший об'єм.

Отже самостійна, активна робота творчого мислення виникає тоді, коли перед студентами виникає проблема, питання. Тому свою роботу з підлітками я намагаюсь організувати так, щоб перед ними частіше виникали проблеми різної складності, щоб пробуджувати в них прагнення самостійно їх розв'язувати , розвивати пізнавальний інтерес. Ось тут мені на допомогу приходять новітні технології навчання, які я намагаюся впроваджувати в навчальний процес.

Яких же результатів вдалося досягти в процесі опрацювання даної проблеми?

- Суттєво збільшився відсоток студентів, в яких епізодичний інтерес до предмету став стійким, а в 15% він переріс в спрямованість особистості.

- В більшості студентів з'явилося позитивне свідоме відношення до навчання, розуміння його значимості.

- Вдалося сформувати достатній рівень компетенцій (соціальних, полікультурних, інформаційних та інші), яких вимагає сучасний рівень життя.

- Підвищився якісний показник знань студентів з фізики.

- Вдалося виховати навички колективної роботи, почуття взаємної відповідальності .

На методичному об'єднанні загальноосвітніх дисциплін було вивчено Положення про науково-дослідницьку роботу студентів. Згідно цього положення студенти активно займаються науковою роботою. Вибір напрямку дослідження студенти вибирають самостійно. Все, що включає в себе науково-дослідницька робота студентів, це беззаперечна основа для успішної роботи з написання рефератів, курсових, дипломів у ВУЗі.

В рамках проведення тижня точних наук була проведена науково-теоретична конференція на тему: « Фізика навколо нас». Студенти самостійно створювали презентації на теми « Історія однієї лампочки», « Оптичні явища в природі» та демонстрували їх.

В своїй роботі широко використовую рольові, ділові, освітні ігри, імітації. Наприклад, мною проведено інтелектуальні ігри «Конкурс ерудитів», «Найкращий студент і команда».

Так, при вивченні теми «Теплові машини. Холодильна машина. розподіляю студентів на групи, кожна з яких аналізує принцип дії,будову, ККД одного із видів теплових машин та представляє інформацію на загальну аудиторію.

Колись великий Ейнштейн висловив цікаву думку: «Відкриття неможливо зробити, якщо дотримуватися абсолютної логіки». Що ж потрібно хоча б для маленького відкриття? Відповідь проста – потрібно мислити творчо, мати добре розвинуті творчі здібності.

Я вважаю, що вирішальне значення для системи освіти має формуючий вплив предмета фізики на особистість студентів. Йдеться насамперед про розвиток логічного мислення, просторових уявлень і уяви, інформаційної культури, уваги, пам'яті, позитивних властивостей особистості та рис характеру, емоційно – вольової сфери.

Висновки

Підводячи підсумок свої роботи, хочеться відзначити, що процес придбання знань перетворюється на стартову, але не в кінцеву точку розумового процесу. Використовуючи різноманітність стратегій творчого мислення при вивченні фізики, аудиторія перетворюється в лабораторію демократичного діалогу і демократичного суспільства, що важливо для кожної людини, що живе в ньому. Важливо відзначити, що стратегії і прийоми формування творчого мислення є ефективним способом інтеграції знань і

методів різних предметних областей. Їх цінність полягає в тому, що вони систематизовані та перевірені.

Формування творчого мислення не тільки можна, а й потрібно розвивати на кожному етапі заняття в позаурочній та самостійній роботі студентів. Приклади, наведені в статті показують успішність застосування різних методик з розвитку творчого мислення стосовно до навчального процесу. Підвищується успішність, рівень засвоєння знань, якість навчання, а найголовніше - підвищується мотивація студентів до навчання! На мій погляд, це найбільша проблема сучасної школи, яка з успіхом може бути вирішена. Також, те, що проблема розвитку творчого мислення є надзвичайно важливою, свідчить величезна кількість різного матеріалу, тез, тренінгів, семінарів, методик, а також численних апробацій цих методик в реальному житті.

В результаті власних досліджень було доведено, що творче мислення та досвід творчої діяльності дає можливість майбутнім громадянам України досягти в житті бажаного результату, самореалізуватися. Саме заняття з фізики дають можливість для розвитку творчого мислення. За допомогою цього дослідження були вирішені поставлені завдання, досягнута мета дослідження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України «Про освіту» від 23.05.1991;
2. Концепція фізичної освіти в 11-річній загальноосвітній школі, затверджена наказом Міністерства освіти і науки України від 26.01.2011.
3. Державний стандарт базової та повної загальної середньої освіти (освітня галузь «Фізика»), затверджений постановою Кабінету міністрів України від 14.01.2004.
4. Закон України «Про інноваційну діяльність» 04.07.2002;
5. Нові технології навчання: Наук,- метод, зб. / Інститут інноваційних технологій і змісту освіти МОН України. - К., 2013. - Вип.75. - С.149-153
6. Ушинський К.Д. Людина як предмет виховання. Спроба педагогічної антрополоії. Вибр. Твори. У 2 т. К.: Рад.шк., 1982. - 645 с.
7. Кухарчук Р.П. Розвиток творчого потенціалу особистості учня в процесі вивчення фізики // Фізика та астрономія в школі. – 2002. – № 2. – С . 16-19.
8. Сухомлинський В.О. Сто порад вчителеві. Вибр.твори у 5т. – К., 1976. Т.2. - С.419-655.11.

АКТИВАЦИЯ ТВОРЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ НА ЗАНЯТИЯХ ФИЗИКИ В ФОРМИРОВАНИИ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ САМОРАЗВИТИЯ И САМООБРАЗОВАНИЯ

Огородничук С. В.
КВУЗ «Бердичевський медицинский коледж»

Резюме: *В данной статье определены основы системы работы преподавателя физики по активизации творческой активности студентов, реализация формирования интеллектуально развитой личности, что дают возможность для будущих граждан Украины в жизни добиться желаемого результата, самореализации. Определены различные методики проведения занятий внеклассной и самостоятельной работы студентов,*

ACTIVIZATION OF CREATIVE ABILITIES OF STUDENTS ON PHYSICS LESSONS WHILE FORMING THE COMPETENCES OF SELF-DEVELOPMENT AND SELF-EDUCATION

Ohorodnichuk S.V.
Berdychiv Medical College

Summary. *In the presented article the fundamentals of the physics teacher work system in activization of students creative activity, realization of intellectually developed personality formation, that give opportunity to the future citizens of Ukraine to achieve the desired result and self-realization in their life, were defined. Different methods of teaching at extracurricular and independent work of students that increase their progress, level of*

которые улучшают успеваемость, уровень усвоения знаний, качество образования, повышение мотивации к образованию. Проанализированы нестандартные формы и методы работы.

Раскрыто значение комплексных задач, задач на вариации, задания открытого типа, задания на развития дивергентного мышления, которые способствуют развитию точности мышление, способность увидеть физическую суть явления. Наведены примеры творческих задач, которые мотивируют студентов учиться. Подробно раскрыто важность работы физического кружка и проведения физических вечеров, научно – исследовательских работ. Доказано по результатам исследования качественные показатели студентов к предмету и наиболее рациональные пути реализации предложенных преподавателем задач. Подчеркнуто важность значения для системы образования формирования личности студента на занятиях физики, а именно развитие логического мышления, пространственного воображения, информационной культуры, внимания, памяти, положительных качеств личности и черт характера, эмоциональной и волевой сферы.

Доказано, что творческая , совместная работа преподавателя и студента является неотъемлемой частью в формировании творческих способностей, развития мышления и воображения.

Ключевые слова: *активизация, личность, самореализация, деятельности, дивергентное мышления.*

knowledge acquiring, the quality of education and motivation to study were also disclosed. Nonstandard forms and methods of work were analyzed too. The significance of integrated tasks, variation tasks, tasks of open type tasks on the promote the development of accuracy of thinking, abilities to see the physical essence of the phenomenon were detected. The examples of creative tasks, which motivate students to study, were given in the article. The significance of physics study group work and physics evenings together with research work was revealed in details. The results of monitoring of students qualitative index of the subject and the most rational ways how to carry out the tasks proposed by the teacher were ascertained. The importance for education system of student personality formation on the lessons of physics namely the development of logical thinking, space conception and imagination, informational culture, attention, memory, positive features of personality and character traits of emotionally willed sphere were emphasized. It was proved that creative common collaboration of teacher and student is an inseparable component in forming of creative abilities, development of thinking and imagination.

Keywords: *creative abilities, competences, self-education.*

Рецензент:кандидат педагогічних наук С.В.Гордійчук

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

УДК 617.7:614.253

ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ

Білоус В.Й.
Центральна міська лікарня № 1 м. Житомира

Резюме. *Здоров'я людини, особливо її психічний стан, багато у чому зумовлені нормальною або патологічною функцією органу зору. Ось чому захворювання або пошкодження ока, що загрожують сліпотою чи інвалідністю, вимагають особливо уважного, турботливого підходу до хворої людини.*

Мета дослідження *– проаналізувати деонтологічні аспекти роботи лікаря і медсестри в офтальмології.*

Для досягнення мети використані наступні ***методи дослідження****: контент-аналіз першоджерел, методи системного підходу та логічного узагальнення.*

Результати та їх обговорення. *Майже 80% пацієнтів із захворюванням органу зору підлягають оперативному втручанню. У зв'язку з цим виникають специфічні етичні проблеми щодо прийняття рішення про необхідність операції, можливі ускладнення, прогноз післяопераційних наслідків, природній страх хворого перед операцією, хвилювання рідних пацієнта. Особливості передопераційної медичної та психологічної підготовки вимагають від лікаря-офтальмолога та середнього медичного персоналу виключної уваги до хворого. Лікар має вселити надію на одужання, допомогти знайти сили, що зумовлять перелом у ході хвороби. Трапляються, на жаль, випадки конфліктних ситуацій між хворими і медичними працівниками. Вчені пояснюють це зростанням правової свідомості суспільства, збільшенням вартості платних послуг, а також поширенням суміжних психічних розладів у пацієнтів. Лікарю слід обрати таку лінію поведінки, яка б усувала причини конфліктів. Уникненню скарг і конфліктів між хворими і пацієнтами сприяють перш за все упевненість лікаря, спокійний виважений тон його розмови. Дуже важливим є дотримання етичних норм спілкування, що включає щирий інтерес до людини, посмішку і привітність, уважне вислуховування хворого, ввічливість.*

Висновки *У статті висвітлюються актуальність деонтологічних аспектів офтальмології, звертається увага на дотримання медичної етики в роботі з онкологічними хворими, аналізуються приклади нетактовної поведінки лікарів-офтальмологів, виявляються причини конфліктів між медичними працівниками та пацієнтами та шляхи їх запобігання.*

Ключові слова*: медична етика, деонтологія, довіра хворого, лікарська таємниця, доброзичливість, тактовність.*

Є люди, на яких вже діє сама увага з боку медицини
Мішель де Монтень

Постановка проблеми та актуальність дослідження. Медичні працівники по роду своєї діяльності контактують з людьми, у яких є проблеми зі здоров'ям, що нерідко поєднуються з нервово-психічними перевантаженнями. Тому питання взаємин між хворим і медиками входять у зону медичної деонтології. Деонтологія (грецьк. deon, deontos] належне + logos вчення) – це сукупність етичних норм виконання медпрацівниками своїх професійних обов'язків [1, с. 109]. Моральні аспекти поведінки медичного персоналу є предметом медичної етики, що складає частину етики як філософської дисципліни [2. с. 368].

Медична деонтологія вивчає також взаємини в середовищі медичного

персоналу, лікарські помилки, конфліктні ситуації, ятрогенії тощо. У такому разі питання деонтології підпадають під юридичну регламентацію, з якої витікає правова відповідальність медичного працівника.

Про роль ока у житті людини написано багато, проте її важко переоцінити. Око – це «частина мозку, що висунута на периферію», це «дзеркало душі», це чи не найважливіший інструмент аналізу зовнішнього середовища (більш, ніж 85% інформації про зовнішній світ людина отримує через очі), нарешті, це окраса обличчя.

Око – це виключно тонко збудований орган, в якому поєднані оптична, нервова, м'язова та судинна системи, він пов'язаний з центральною нервовою системою п'ятьма з дванадцяти черепно-мозкових нервів [3].

Характер вищої нервової діяльності людини, її психічний стан багато у чому зумовлені нормальною або патологічною функцією органу зору. Ось чому захворювання або пошкодження ока, що загрожують сліпотою чи інвалідністю, вимагають особливо уважного, турботливого підходу до хворої людини. Видалення ока через хворобу сприймається пацієнтом як велике особисте горе. Саме у таких випадках зростає значення поведінки лікаря, його уміння переконати хворого у необхідності консервативного лікування або навіть оперативного втручання для збереження зору чи навіть життя.

Не зважаючи на велику кількість публікацій стосовно теоретичного і практичного боку медичної етики та її складових частин взаємини медичних працівників, з одного боку, та здорової чи хворої людини, з другого, не втрачають своєї особливої гостроти, а деонтологічні аспекти клінічної офтальмології залишаються актуальними.

Мета дослідження – проаналізувати деонтологічні аспекти роботи лікаря і медсестри в офтальмології.

Для досягнення мети використані наступні **методи дослідження**: контент-аналіз першоджерел, методи системного підходу та логічного узагальнення.

Результати та їх обговорення. Високий рівень освіченості сучасного суспільства зумовлює прискіпливість пацієнтів та їх рідних не тільки до майстерності лікаря-офтальмолога та медичного персоналу, а також до їхнього уміння контактувати з хворими. У процесі лікування фактор особистості лікаря завжди має велике значення. До хорошого лікаря вишиковуються черги хворих, які приходять за порадою рідних, друзів, тих, хто лікувався і одужав. І далеко не останнє місце при цьому посідають уважне ставлення до хворого, уміння вислухати, порадити, переконати, делікатність і турбота.

Робота лікаря з хворим включає декілька етапів, а саме: вислуховування скарг хворого і збирання анамнезу; обстеження і встановлення діагнозу, рішення щодо лікування; сам процес консервативного або оперативного лікування; виписка пацієнта з лікарні, надання йому консультативних порад.

Контактування лікаря і хворого починається з уважного вислуховування останнього. При цьому дуже важливо, щоб лікар намагався зрозуміти переживання і тривоги пацієнта. Як зазначає угорський вчений Іштван Харді, реакція лікаря повинна бути резонансом на скарги хворого [4, с. 81]. Нормальному, конструктивному спілкуванню лікаря і хворого сприяє дотримання норм і правил, відпрацьованих медичною етикою. При цьому надзвичайно важливі тактовність і доброзичливість.

Проаналізуємо приклад. На одному з прийомів у офтальмолога лікар нетактовно сказав пацієнту: «Раніше від діабету вмирали, а тепер сліпнуть». Об'єктивно сказане не суперечило істині, та для хворого звучало як вирок у формі байдужої констатації факту. Що ж робити? Говорити хворому неправду, безпідставно обнадіювати? Колега цього лікаря знайшов потрібні слова, не вдаючись до брехливого втішання. На тривожне питання пацієнта він спокійно сказав: «При систематичному

лікуванні на ваш вік вам вашого зору вистачить». І це була істина, адже стан органу зору хворого цілком залежить від діагнозу «діабет». Відомо, що у пацієнтів, що тривало хворіють на цукровий діабет, постійно з'являються геморагії , плазморагії, мікроаневризми в судинах другого порядку, вогнища дистрофії та проліферації сітківки, що погано розсмоктуються навіть при лікуванні. Поєднання старих і свіжих крововиливів утворює, образно кажучи, картину кольорового килима. Прогноз щодо зору невтішний – сліпота. Сучасна медицина не може зупинити цей процес, проте може його дещо загальмувати.

Майже 80% пацієнтів із захворюванням органу зору підлягають оперативному або оперативно-медикаментозному втручанню. У зв'язку з цим виникають специфічні етичні проблеми щодо прийняття рішення про необхідність операції, можливі ускладнення, прогноз післяопераційних наслідків, природній страх хворого перед операцією, хвилювання рідних пацієнта тощо. Особливості передопераційної медичної та психологічної підготовки вимагають від лікаря-офтальмолога та середнього медичного персоналу виключної уваги до хворого. Лікар має вселити надію на одужання, допомогти знайти сили, що зумовлять перелом у ході хвороби. У такому разі офтальмолог створює сприятливий емоційний фон для дії лікувальних препаратів або наслідків операції. Тому передопераційні бесіди набувають психотерапевтичного характеру, їх глибокий етичний зміст викликає довіру між лікарем і хворим, допомагає останньому переконатися в необхідності операції. Під час бесіди лікар оцінює стан хворого і у певних випадках, коли хворому не можна сказати усієї правди, вона у доступній формі повідомляється родичам.

Статистика констатує зростання онкологічних захворювань очей, це вимагає від офтальмолога високого рівня кваліфікації та продуманої тактики щодо деонтології, оскільки як перебіг, так і прогноз є важкими не тільки для органу зору, а й для самого життя хворого. Лікар-офтальмолог має бути гранично уважним і ретельним на усіх етапах лікування від діагностики до виписування хворого з лікарні. Так, відомий вітчизняний офтальмолог, професор М.М. Сергієнко звертає увагу на те, що, хоча клінічна картина внутнішньоочних пухлин достатньо чітка, слід бути обережним з кінцевим діагнозом, адже зустрічаються деякі захворювання, що імітують картину внутрішньоочної пухлини [5, с. 469]. Рішення про операцію з видалення пухлини зі збереженням очного яблука має прийматися лікарем після ретельного обстеження і з'ясування клінічної картини. При цьому однаково небезпечні боягузтво і перестраховування, а також зухвалість у намірах зберегти око всупереч думці інших лікарів про енуклеацію.

Якщо декілька десятиліть тому навіть у початковій стадії пухлини очне яблуко видалялось, то з розвитком вітчизняної офтальмології фахівці вдаються до видалення пухлин на основі принципу абластики (у межах здорової тканини). Вченими та практичними лікарями досягнуті позитивні результати такого хірургічного втручання [5, с. 470], про це лікар може сказати пацієнту, який готується до операції.

При виписуванні хворого з лікарні важливо наголосити, що своєчасна операція попередить розвиток хвороботворного процесу. У такий спосіб хворий приходить до стабільної душевної рівноваги, не бентежиться думками про можливі рецидиви чи віддалені метастази.

Переважна більшість хворих довіряє рішенню лікаря і погоджується на операцію, проте іноді хворий бігає від одного лікаря до іншого у пошуках не такого страшного для себе діагнозу, та врешті-решт втрачає час, що може негативно вплинути на результат операції. Щоб запобігти цьому, професор М.М. Сергієнко радить про заключний діагноз і необхідність видалення ока повідомляти найбільш досвідченому фахівцю (професору, доценту, завідувачу

відділення). У такому разі хворий бачить серйозність ставлення до його страждань, переконується у тому, що для його лікування залучені кращі спеціалісти, в нього зникають сумніви щодо правильності запропонованої операції.

Досвід провідних вітчизняних офтальмологів Н.О. Пучковської, Л.С. Терентьєвої [6], О.С. Буйка переконує у тому, що у разі виявлення пухлини ока не слід приховувати від хворого складності завдання та можливих сумнівів щодо видалення органу зору. Як правило, пацієнти дізнаються про результати патогістологічного аналізу, і тоді вони не піддають сумніву рівень кваліфікації лікаря.

Під час встановлення діагнозу категорично неприпустимим є розчленовування хворого на органи і системи (наприклад, за аналізом крові або рентгенівським знімком встановлювати діагноз та призначати лікування). Обов'язковим є цілісне вивчення пацієнта, всебічний аналіз його стану. Відомий психіатр В.П. Сербський наголошував на тому, що «лікувати слід не хворобу, а хворого».

Проаналізуємо приклад. На амбулаторному прийомі лікар-офтальмолог при огляді хворого сказав: «Мені не подобається ваше око». Слова лікаря непрофесійні, вони свідчать про його нетактовність. Об'єктивно око пацієнта було хворим, можливо, там був гній. Однак лікар у такому разі мав встановити діагноз, професійно, висловлюватися на кшталт: «Ваше око гноїться. Воно викликає занепокоєння, там запальний процес». Лікарю-офтальмологу око пацієнта не має подобатися або не подобатися, для нього воно є об'єктом діагностики і лікування. Хворому скоріше усього теж не подобається стан його ока, тому він і прийшов до лікаря. Він сподівається, що фахівець встановить причину, надасть йому допомогу, адже через хворе око він почувається погано, порушився звиклий хід його життя.

Після встановлення діагнозу не менш важливим є його повідомлення хворому. Не в усіх випадках зробити це просто, а іноді з цим не слід поспішати. Так, М.М. Сергієнко у разі діагностування пухлини ока радить у бесіді з хворим не поспішати оголошувати йому діагноз, а забезпечити швидке всебічне обстеження. Якщо ж діагноз «пухлина» поставлено остаточно, не має сенсу акцентувати увагу на тому, що пухлина «злоякісна». Завдяки науково-популярній літературі, кіно, телебаченню практично кожна доросла людина має уявлення про сутність пухлинного процесу, отже мотивація оперативного втручання є очевидною.

У післяопераційний період лікарю надзвичайно важливо не видати свого розчарування результатами оперативного втручання, знайти слова, щоб запобігти підозрі у появі метастазів та швидкому фатальному фіналі, наприклад: «Це не пов'язане з вашою хворобою». Хворі схильні вірити до останнього.

У процесі лікування немає дрібниць, іноді навіть окремі деталі у поведінці лікаря можуть насторожити хворого або спричинити конфлікт. Конфліктні ситуації виникають через об'єктивні і суб'єктивні причини, серед яких найбільш поширені такі:

- недостатня увага лікаря до хворого;
- непогодженість у діях лікарів різних спеціальностей, відсутність колегіальності у складанні плану лікування;
- недоліки у веденні медичної документації (несвоєчасні записи у картці хворого або їх відсутність, занадто лаконічні записи, відсутність зафіксованих результатів аналізів тощо);
- професійна некомпетентність лікаря (необґрунтоване розширення показань до хірургічного втручання тощо);
- індивідуальні особливості характеру лікаря і хворого.

Випадки конфліктних ситуацій між хворими і медичними працівниками, на превеликий жаль, збільшуються. Так, опитування, проведені серед медиків США, засвідчили, що кожний сьомий лікар хоча б раз у своїй практиці може стати об'єктом судового позиву. Вчені

пояснюють це зростанням правової свідомості суспільства, збільшенням вартості платних послуг, а також поширенням суміжних психічних розладів у пацієнтів [7, с. 20-21].

Лікарю слід обрати таку лінію поведінки, яка б усувала причини конфліктів. Уникненню скарг і конфліктів між хворими і пацієнтами сприяють перш за все упевненість лікаря, спокійний тон його мови, уміле роз'яснення питань, що пов'язані з обстеженням і призначенням лікування або операції. Дуже важливим є дотримання етичних норм надання медичної допомоги, що включає щирий інтерес до людини, посмішку і привітність, уважне вислуховування скарг хворого, ввічливість. У розмові з пацієнтом медичному працівникові бажано називати його по імені, адже за твердженням психологів, звуки свого імені є для людини найсолодшими.

Психологи відзначають так званий «ефект лікарського халату», коли хворий відчуває полегшення при появі лікаря, адже він сподівається на допомогу. При подальшому спілкуванні з хворим лікар підтримує надію на порятунок, на одужання. Лінгвопсихологи помітили, що використання у мовленні «лікарського ми» сприяє налагодженню контакту між лікарем і хворим, підбадьорює останнього.

Проаналізуємо приклад. У палату до важкохворого входить лікар. Хворий лежить у ліжку, він блідий, худий від виснажливої хвороби, змучений стражданнями. Лікар акуратний, підтягнутий, рожевощокий, усміхнений. Він вітається і звертається до пацієнта з питанням: «Як ми сьогодні почуваємося?». Навіть візуально можна помітити, що почуваються ці дві людини по-різному (здоровий і хворий), проте відбувається маленьке диво. Використовуючи займенник «ми», що має узагальнене лексико-граматичне значення «я і співрозмовник», лікар ніби ділиться з хворим своїм станом, своїм здоров'ям, пацієнт на психічному рівні відчувається краще.

Для запобігання конфліктам не слід нехтувати ретельним веденням медичної документації, оскільки нерідко фахова інформація про хворого є основним засобом самозахисту лікаря. Важливо погодити план обстеження та лікування з усіма учасниками консиліуму і консультантами та зафіксувати його у відповідних медичних документах. Добре, якщо серед персоналу є висококваліфікований співробітник, якого можна залучати до участі у залагодженні конфлікту у досудовому порядку за згодою сторін. Немаловажним є дотримання стандартів надання медичної допомоги (відповідні протоколи, які прийняті у лікувальному закладі та на регіональному рівні). Позитивним є, так би мовити, «співпраця з хворим», уміле доведення до його відома призначеного лікування, можливих ускладнень у перебігу хвороби та її наслідків. Для уникнення конфліктів між лікарем і хворим важлива експрес-діагностика психічного типу пацієнта, дотримання принципу «конфліктної пильності». У разі виникнення конфліктної ситуації, необхідно докласти усіх зусиль для розв'язання конфлікту «тут і зараз».

У лікуванні та догляді за хворим фахівці відзначають важливу роль середнього медичного персоналу, який ретельно виконує приписи лікаря та спостерігає за реакцією хворого на вживання медикаментів і процедури. Кожному медичному працівникові слід поводитися так, щоб пацієнт відчув дбайливе ставлення до себе, тоді до нього прийде заспокоєння щодо процесу лікування та його результатів. Це робить пацієнта співучасником пошуку подолання хвороби. Довіра хворого – запорука успішної роботи лікаря, вона дає синергічний ефект на всіх етапах лікування. Під синергією (від грец. *συνεργία Synergos* — (syn) разом; (ergos) діючий, дія) розуміють ефект, коли взаємодія факторів суттєво переважає ефект кожного з них та їх просту суму. Саме життя виявляє синергізм у поєднанні розрізнених процесів та явищ, воно не є їхньою простою сумою. Ще Аристотель

зазначав, що ціле більше простої суми своїх частин. Успіх лікування залежить не тільки від мануальних навичок лікаря, але й від того, наскільки лікар вміє оцінити психічний стан хворого, і складність полягає у тому, що зробити це слід за короткий час амбулаторного прийому або екстреної госпіталізації.

Важливою нормою медичної деонтології є збереження лікарської таємниці [8, с. 20-21]. Заповідь Гіппократа «Не нашкодь» пронизує усю діяльність лікаря і передбачає запобігання шкоди не тільки тілу самого хворого, а також його душевному спокою і рівновазі, особі пацієнта в очах оточуючих. Рівною мірою це стосується рідних і близьких хворого. Лікарська таємниця – це відповідь на довіру хворого та його рідних, це важлива морально-етична складова фахового обов'язку лікаря. Збереження лікарської таємниці передбачено 78 статтею «Основ законодавства України про охорону здоров'я», а її розголошення, що спричинило важкі наслідки, підлягає кримінальному покаранню відповідно до 145 статті Кримінального кодексу України.

Дія лікарської таємниці обмежується, коли інтереси громади превалюють над інтересами особи хворого, зокрема при загрозі поширення інфекційних хвороб, масового отруєння і уражень, при розслідуванні нещасних випадків виробничого та невиробничого характеру.

У телефонній розмові головним засобом спілкування стає голос лікаря, його інтонація, вимова, тому йому слід бути небагатослівним, відповідати по суті, чітко і виразно проговорюючи усі слова, не переходити на шепіт або крик, не переривати пацієнта, говорити спокійно. Психологи радять знімати слухавку після третього дзвінка (якщо її взяти одразу, у пацієнта може скластися враження, що лікар байдикує, а якщо її довго не брати, він може подумати, що лікарю байдуже до хворих). Вітання «Доброго дня», «Добридень», «Доброго ранку/вечора» звучить тепліше, ніж «Здрастуйте». Якщо до телефону кличуть колегу, лікарю слід намагатися якомога швидше виконати прохання, адже довге чекання біля слухавки дратує хворого. Якщо хворий по телефону консультується щодо лікувальних препаратів або їх доз, не слід соромитись перепитати, попросити, щоб хворий повторив дану йому рекомендацію, це дозволить уникнути перекривлень. На анонімні дзвінки та дзвінки з погрозами лікарю ніколи не варто відповідати, одразу належить покласти слухавку і повідомити керівництву.

Важливим деонтологічним принципом є гармонія у роботі всього медичного персоналу відділення чи кабінету, де медична етика і деонтологія складаються із взаємин між лікарями, медичними сестрами і санітарками та взаємин між персоналом і хворими або їх родичами. Завідувач відділення або кабінету повинен бути прикладом дотримання лікарської етики біля ліжка хворого, біля операційного столу, на консультативному прийомі в поліклініці, на консиліумах, у бесідах з хворим та його рідними. Питанням деонтології слід приділяти увагу на спеціальних конференціях і семінарах. Будь-яке зауваження щодо підлеглого не припустимо робити у присутності хворого або інших співробітників. Під час аналізу помилок у роботі персоналу слід уникати зневажливого тону, натомість прагнути до порозуміння, виявляти делікатність. Неприпустимі нешанобливі висловлювання про інших колег, обговорення з хворими недоліків або прорахунків інших лікарів.

Висновки та перспективи подальших розробок у цьому напрямку. Успіх лікування офтальмологічних хворих багато у чому залежить від взаємин між медичним працівником (лікарем, медичною сестрою, санітаркою) та хворим. Увага, сердечність, товариськість, доброзичливість допоможуть завоювати довіру хворого, сприятимуть процесу його одужання. Лікар повинен бути гарним психологом, якому під силу підняти настрій хворого, зародити віру у

порятунок від страждань, переконати у важливості процедур обстеження або у необхідності оперативного втручання.

Перспективи подальших розробок у цьому напрямку полягають у поглибленому вивченні деонтологічних особливостей роботи лікаря-офтальмолога, медичних сестер офтальмологічних кабінетів поліклінік та офтальмологічних відділень лікарень

ЛІТЕРАТУРА

1. Большая медицинская энциклопедия. Глав. ред. Б.В. Петровский. Изд. 3-е. [В 30-ти т.]. – М.: Советская энциклопедия, Т. 7, 1977.
2. Большая медицинская энциклопедия: [В 30-ти т. АМН СССР] . Глав. ред. Б.В. Петровский. изд. 3-е. – М.: Советская энциклопедия, Т. 28, 1986.
3. Иванов Д.Ф. Деонтология в практической офтальмологии //Офтальмологический журнал. – 1982. – № 7. – С. 385 – 387.
4. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больным. – Будапешт, 1974. – 287 с.
5. Сергиенко Н.М. Деонтологические аспекты при онкологических заболеваниях в офтальмологии //Офтальмологический журнал. 1981.
– № 8. – С. 469 – 472.
6. Пахомова А.И., Терентьева Л.С. Отдаленные результаты хирургического удаления опухолей радужной оболочки и цилиарного тела с сохранением глаза //Офтальмологический журнал. – 1971. – № 3. – С. 166.
7. Байрак Д.М. Практическая психология врача-отоларинголога в частной медицине // Новости медицины и фармации. – 2008. – № 7. – С. 20 – 21.
8. Черников Е.Э., Зарецкий М.М., Черникова Н.М. Право врача на профессиональную тайну // Новости медицины и фармации. – 2008. – № 10. – С. 20 – 21.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Белоус В.И.
Центральная городская больница № 1 г. Житомира

Резюме. *Здоровье человека, особенно его психическое состояние, во многом предопределены нормальной или патологической функцией органа зрения. Вот почему заболевание или повреждения глаза, которые угрожают слепотой или инвалидностью, требуют особенно внимательного, заботливого подхода к больному человеку.*

Цель исследования *– проанализировать деонтологические аспекты работы врача и медсестры в офтальмологии.*

Для достижения цели использованы следующие ***методы исследования****: контент-анализ первоисточников, методы системного подхода и логического обобщения.*

Результаты и их обсуждения. *Почти 80% пациентов с заболеванием органа зрения подлежат оперативному вмешательству. В*

DEONTOLOGICAL ASPECTS OF CLINICAL OPHTHALMOLOGY

Bilous V.I.
Central city hospital №1, Zhytomyr

Health of man, his mental condition is special, in a great deal predefined by the normal or pathological function of organ of sight. That is why disease or damages eyes which threaten blindness or disability require the especially attentive, careful going near a sick man.

Research purpose *– to analyse the deontological aspects of work of doctor and trained nurse in ophthalmology.*

For achievement of purpose the followings ***methods of research*** *are utillized: content-analysis of original sources, methods of approach of the systems and logical generalization.*

Results and their discussions. *Almost 80% patients with the disease of organ of sight are subject operative interference. In this connection there are specific ethics problems in relation to a decision-making about the necessity of operation, about possible complications, about the prognosis of*

связи с этим возникают специфические этические проблемы относительно принятия решения о необходимости операции, о возможных осложнениях, о прогнозе послеоперационных последствий, Все это внушает больному страх перед операцией, вызывает волнения у родных пациента. Особенности предоперационной медицинской и психологической подготовки требуют от врача-офтальмолога и среднего медицинского персонала исключительного внимания к больному. Врач должен вселить надежду на выздоровление, помочь найти силы, которые обусловят перелом в ходе болезни. Случаются, к сожалению, случаи конфликтных ситуаций между больными и медицинскими работниками. Ученые объясняют это возрастанием правового сознания общества, увеличением стоимости платных услуг, а также распространением смежных психических расстройств у пациентов. Врачу следует избрать такую линию поведения, которая бы устраняла причины конфликтов. Избежанию жалоб и конфликтов между больными и пациентами способствуют прежде всего уверенность врача, спокойный взвешенный тон его беседы. Очень важным является соблюдение этических норм общения, которое включает искренний интерес к человеку, улыбку и приветливость, внимательное выслушивание больного, вежливость.

Выводы. *В статье освещается актуальность деонтологических аспектов офтальмологии, обращается внимание на соблюдение медицинской этики в работе с онкологическими больными, анализируются примеры нетактичного поведения врачей-офтальмологов, выявляются причины конфликтов между медицинскими работниками и пациентами, а также пути их предупреждения.*

Ключевые слова: *медицинская этика, деонтология, доверие больного, врачебная тайна, доброжелательность, тактичность.*

postoperativ consequences, All of it suggests a patient fear before an operation, causes agitation at native of patient. The features of preoperativ medical and psychological preparation require from a doctor-ophthalmologist and middle medical personnel of exceptional attention to to to the patient. A doctor must infuse with a hope on convalescence, to help to find forces which will stipulate a break during illness. The cases of conflict situations happen, unfortunately, between sick and medical workers. Scientists explain it growth of legal consciousness of society, increase of cost of requiring payment services, and also distribution of contiguous psychical disorders for patients. It follows a doctor to choose such line of conduct, which would remove reasons of conflicts. To avoidance of complaints and conflicts between the confidences of doctor, quiet self-weighted tone of his conversation, promote patients and patients foremost. Very important is an observance of ethics norms of intercourse which includes sincere interest to the man, smile and affability, attentive hearing of patient, courtesy.

Conclusions*. The author of the article highlights topicality of ophthalmology's deontological aspects paying attention to observing medical ethics when treating cancer patients; analyzes cases of ophthalmology doctors' indelicate behavior; defines causes of conflicts between medical personnel and patients as well as seeking ways of their prevention.*

Key words*: medical ethics, deontology, patient's trust, medical secrecy, kindness, tactfulness.*

Рецензент: доктор медичних наук П.В.Яворський.

УДК 614.253:617

ЕТИКА І ДЕОНТОЛОГІЯ В РОБОТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Ганджа Т.С.
КВНЗ «Бердичівський медичний коледж»

Резюме. *У статті розглядаються актуальні питання етико-деонтологічного характеру в роботі медичної сестри хірургічного профілю, моральні проблеми взаємовідносин медсестри та пацієнта. Акцентовано увагу на необхідності дотримання деонтологічних принципів, збереженні лікарської таємниці, пояснені причини такої необхідності. Вказані можливі негативні наслідки порушень медичної етики, надані рекомендації щодо покращення стосунків «медична сестра – хірургічний хворий», стосунків в колективі відділення, та результатів лікування. Наведені приклади з життя та висловлювання видатних медиків. Перераховані особливості безпосередньої роботи хірургічної медичної сестри, фактори, що визначають характер захворювань хірургічного профілю та методи лікування. Оговорено характер поведінки хірургічного пацієнта, який впливає на його стосунки з мед працівниками і формує особливу психологію. Вказана важливість позитивного деонтологічного впливу на пацієнта, якому сприяє високоякісна організація лікування та догляду, активне ведення прооперованих пацієнтів, швидка реабілітація та відсутність вибіркового ставлення медичного персоналу до окремих пацієнтів. Вказано, що успіх лікування пацієнта хірургічного відділення в значній мірі залежить від таких чинників, як оперативне мистецтво, уміння медичних сестер забезпечити післяопераційний догляд, та психологічного настрою пацієнта. Пояснюється, як деонтологічно-грамотно повинна ставитись медична сестра до пацієнта під час післяопераційного догляду та реабілітації: окрім чіткого виконання лікарських призначень, медсестра повинна душевно та щиро ставитись до пацієнта, намагатись максимально безболісно виконувати необхідні маніпуляції, свій професійний обов'язок виконувати з любов'ю до людини, слова медичної сестри повинні бути теплими, а руки – легкими, тобто, медична сестра повинна уособлювати для пацієнта близьку людину: душевну, щиру та турботливу.*

Ключові слова: *медична сестра хірургічного відділення, етика, деонтологія, пацієнт хірургічного профілю.*

Актуальність проблеми. Впродовж багатьох століть, відповідно до ряду чинників політичного, релігійного, етико-культурного характеру, формувались основи медичної етики та моральне обличчя медичного працівника. Ще в стародавні часи корифеями медичної науки було зазначено, що рана, нанесена ножем заживає, на відміну від рани, нанесеної словом. Як наслідок неправильного впливу медичного персоналу на психіку хворого, виникають ятрогенні захворювання. Тож, найголовніший принцип медичної етики – не зашкодити пацієнту при діагностиці, або лікуванні. Оскільки хірургію з повним правом можна назвати головною серед медичних наук, надзвичайно важливе питання - деонтологія в професійній поведінці медичної сестри хірургічного профілю. Етико-деонтологічні принципи медсестринської діяльності – проблема не тільки соціально-значуща, але й недостатньо вивчена.

Мета дослідження полягає у виявленні актуальних моральних проблем взаємовідносин медичної сестри та пацієнта.

Матеріалами дослідження виступають роботи провідних медичних психологів та істориків медсестринства. Методологічна база дослідження полягає

в сукупності правил та принципів діяльності медичних працівників середньої ланки.

В сучасній міжнародній медицині слово «хворий» витіснилось словом «пацієнт» (від лат. «страждаючий», та фр. «терплячий»). Пацієнти хірургічного профілю можуть відрізнятись за віком і статтю, станом здоров'я і соціальним статусом, але кожен з них заслуговує на уважне ставлення до власної особистості, яка гідна уваги, поваги та співчуття. Саме повага до особистості в сучасній системі охорони здоров'я є центральним у стосунках сестри та пацієнта. Принцип інформованої згоди почав використовуватись після визначення пріоритету прав та свобод людини в усіх сферах життя. Він означає, що лікар повинен максимально проінформувати пацієнта, враховуючі всі його особливості, надати поради та допомогти обрати подальшу тактику лікування. Делікатним аспектом роботи медичної сестри є те, що про хворобу, операцію та методи лікування з пацієнтом може розмовляти тільки лікар.

Однак, слід визнати, що медицина завжди відстає від потреб пацієнта. Гіппократ наголошував, що лікар повинен зберегти руки чистими, а совість незаплямованою, що є актуальним і для медичної сестри хірургічного профілю. Деонтологічне кредо етики прослідковується навіть у манері медичної сестри проводити перев'язку, адже, можна відірвати пов'язку, а можна відмочити перекисом водню, щоб не спричиняти додаткових страждань [4].

Відомий угорський психотерапевт І. Харді у своїй праці «Лікар, сестра, хворий» пише, що хірургії притаманна деяка «безособистісность», яка проявляється в висовуванні на перший план роботи хірургічних бригад, що призводить до утворення «анатомічного підходу» до хворого: хірурги говорять: «Прооперуємо цю виразку», «Видалемо цю пухлину». Автор провідних робіт з проблем медичної етики проф. Н. Єльштейн вважає, що спеціалізація та фетишизація інструментальних досліджень призвели до втрати довіри пацієнтів до медицини. Науково-технічна революція анонсувала появу інноваційного медичного обладнання та методів дослідження, виникла потреба та відбулось збільшення кількості лікарів і медичних сестер, але саме ці фактори сприяли погіршенню ставлення до пацієнта як до особистості: кожного року в різні інстанції поступають тисячі скарг на грубість, жорстокість, неувагу медичних працівників. Отже, медична техніка повинна доповнювати клінічне мислення, а не витісняти його, оскільки медицина завжди стояла саме на принципах гуманізму. [1]

Окремо слід згадати про те, що необхідність пацієнта контактувати з великою кількістю медичних працівників робить проблематичним дотримання лікарської таємниці, в той час, як цей аспект є не тільки деонтологічною, але й юридичною вимогою сучасності.

В безпосередній роботі хірургічної медичної сестри є багато особливостей, які визначаються характером захворювань хірургічного профілю та методами їх лікування. Адже, в уяві більшості пацієнтів, слово «хірургія» асоціюється з неминучим оперативним втручанням, необхідністю видалення ураженого органу, складні обстеження та інше, пов'язане з певним ризиком не тільки для нормального функціонування організму, але й для життя. Таке ставлення зумовлює складний характер поведінки хірургічного пацієнта, впливає на його стосунки з медичними працівниками і навіть формує особливу психологію. Велика кількість хірургічних захворювань починається раптово, наприклад, гострі запальні процеси або невідкладні стани при захворюваннях органів черевної порожнини, закриті та відкриті травми. Як правило, такі захворювання розвиваються на фоні повного благополуччя, внаслідок чого пацієнт виявляється психологічно непідготовленим до сприйняття хвороби. Нерідко пацієнт поступає в хірургічне відділення в ургентному порядку, він

вимушений приймати відповідальні рішення стосовно свого здоров'я, погоджуватись на операцію або інші хірургічні маніпуляції. В такій ситуації природна психологічна реакцією пацієнта на можливу операцію – почуття страху, передчуття болю під час операції та в післяопераційному періоді, невпевненість в результатах хірургічного втручання, а іноді навіть в професійній майстерності хірурга та підготовці медичних сестер. Таким чином формується своєрідна стресова ситуація, при подоланні якої головною деонтологічною вимогою в роботі медичної сестри є боротьба з почуттям страху і болем як до хірургічного втручання і під час нього, так і в післяопераційному періоді. [3]

Окремого суворого дотримання вимог деонтології вимагає передопераційна підготовка пацієнта, який страждає на хронічне хірургічне захворювання. Як вище зазначено, про суть і об'єм майбутньої операції пацієнту може розповідати тільки лікар, спроби медичних сестер надавати власні роз'яснення (не завжди кваліфіковані) відносно майбутньої операції, спроби залякування пацієнта можливими ускладненнями, можуть принести тільки шкоду.

Практичний досвід показує, що кожний пацієнт перед операцією відчуває тривогу, внутрішнє занепокоєння і острах, але зовнішньо такі психологічні стани не завжди виразно проявляються. Медична сестра повинна не тільки вміти їх розпізнавати, але й заспокоїти пацієнта власною рівною поведінкою. Вона повинна намагатися розвіяти страхи співчутливими доброзичливими бесідами, запевнити пацієнта в необхідності оперативного втручання, в його позитивному результаті, і таким чином підтримати думку, висловлену лікарем. Позитивно впливає на підготовку пацієнта до операції його спільне перебування в палаті з прооперованими і одужуючими пацієнтами, які добре себе почувають, фізично активні та бадьорі. Це суттєво зміцнює впевненість пацієнта в необхідності операції та її сприятливому результаті. [6]

Також медична сестра повинна спробувати викликати довіру пацієнта до хірурга та іншого медичного персоналу відділення, що теж сприятиме подоланню страху перед майбутньою операцією. Лікаря можна похвалити, розповісти про його досвід та успіхи. В деяких відділеннях з такою метою досі використовуються записи в "Книзі відгуків", де пацієнти, які одужували, залишають позитивні оцінки майстерності лікарів і умінню медичних сестер.

Позитивному деонтологічному впливу на пацієнта сприяє високоякісна організація лікування та догляду, активна поведінка прооперованих після операції, швидка реабілітація та відсутність вибіркового ставлення медичного персоналу до окремих пацієнтів. Всі передопераційні дослідження повинні виконуватись освідчено, дбайливо і по можливості безболісно.

Велике значення має вибір методу анестезії і відношення пацієнта до нього. Щоб уникнути страху перед біллю та наркозом, пацієнту необхідно детально розповісти про підготовчі заходи та можливі відчуття, таким чином заспокоїти, зняти почуття страху, запевнити в безпеці методу. [2]

Якщо операція проводиться під місцевою анестезією, слід пам’ятати, що хворий не тільки переживає власні відчуття, а ще й прислуховується до розмов медичного персоналу, сприймає їх на свій розсуд, тому в операційній не повинно відбуватись обговорень ходу операції, її можливих ускладнень, повноти і радикальності втручання, а також стану хірургічних інструментів, шовного матеріалу та інше.

Перед кожною операцією приміщення операційної має бути в зразковому вигляді, не повинно залишатися жодних слідів крові, а доставлений пацієнт в жодному разі не повинен залишатись без уваги медичної сестри навіть на короткий час.

Відомо, що успіх лікування пацієнта хірургічного відділення в значній мірі залежить від таких трьох чинників, як оперативне мистецтво лікаря, умінь медичних сестер забезпечити післяопераційний догляд, та психологічного настрою пацієнта. Ще у 18 ст. французький військовий хірург Ларрей зазначав, що рани швидше загоюються в армії переможців, тому створення у пацієнта позитивного настрою, впевненості в одужанні та сприятливому результаті операції, тобто «перемозі» над хворобою, стимулювання фізичної активності в післяопераційному періоді - важливе завдання медичної сестри.

Деонтологічно-грамотно повинна ставитись медична сестра до пацієнта і під час догляду за ним після операції. Окрім чіткого виконання лікарських призначень, медсестра повинна душевно та щиро ставитись до пацієнта, намагатись максимально безболісно виконувати необхідні маніпуляції. Свій професійний обов'язок потрібно виконувати з любов'ю до людини, слова медичної сестри повинні бути теплими, а руки – легкими. Медична сестра повинна уособлювати для пацієнта близьку людину: душевну, щиру та турботливу. Добрі поради, відвернення уваги пацієнта від труднощів післяопераційного періоду, його віра в одужання - корисні помічники в складному процесі післяопераційної реабілітації пацієнта. [5]

Вагомий фактор успішного ведення післяопераційного хворого – уміле використання медсестрою психотерапевтичних прийомів при спілкуванні з ним та його родичами, і в процесі виконання лікарських призначень. Слід враховувати, що будь-які негативні емоції ускладнюють протікання післяопераційного періоду, знижуючи компенсаторні можливості організму, тому сестра повинна не допускати їх появи, або у разі появи – нівелювати. Деонтологічно-грамотна поведінка медсестри на всіх етапах лікування хірургічного пацієнта, уміння надати йому допомогу у разі погіршенні самопочуття, заспокоює пацієнта, вселяє віру в позитивні результати операції та одужання.

Висновок. Тож, підводячи підсумки, зазначимо, що робота медичної сестри хірургічного профілю вимагає не тільки твердих практичних навичок та ретельного виконання лікарських призначень, їй потрібне знання психології хірургічного пацієнта на усіх етапах лікування, уміння правильно використовувати прийоми психотерапії та чітко дотримуватись вимог деонтології. Чуйність та людяність, впевненість і уважність у виконанні призначень, відіграють значну роль в забезпеченні неускладненого протікання післяопераційного періоду і одужанні пацієнта.

Слід згадати і про те, що колегіальність, доброзичливе ставлення медпрацівників один до одного та до пацієнта - є обов’язковою запорукою ефективної роботи. В хірургічному відділенні не повинно бути психологічної несумісності медпрацівників, нерідко шкідливої для пацієнтів. Як зазначалось вище, при фізичній хворобі страждає не тільки організм людини, але й і її психіка, а при тяжкій хірургічній хворобі у психологічному стані відбуваються глибокі зміни. Такий пацієнт дивиться на світ через особливу переломлену призму, тому медичний персонал хірургічного відділення повинен добре орієнтуватися в психології. Вересаєв писав, що лікар може бути хорошим спеціалістом, але його дії залишаться неефективними, якщо він не зможе підкорити собі душу хворого. Бути освіченою для медичної сестри – тільки половина справи, окрім цього вона повинна бути ще й високоморальною, повинна відчувати сумніви в тому, чи вірно все зроблено, і чи зроблено все можливе. Вона не тільки ретельно виконає власні обов’язки, а ще й порадиться з іншими, щоб не допустити професійних помилок, а якщо помилка відбулась – запам’ятати її, щоб уникнути в майбутньому. Високоморальна людина признає свої помилки, вчиться на них. Проф. Яновський, якого називали

«терапевтом медичної совісті», на останньому засіданні своєї кафедри встав і розповів про свої помилки за сорок років роботи, чого від нього ніхто не очікував. Як совісна людина, він пам'ятав кожну з них, і бажав, щоб на його власних помилках вчились інші.

На II Всесвітньому деонтологічному конгресі у Парижі було зроблено єдине доповнення до клятви Гіппократа: «Клянусь навчатися все життя», що є актуальним і для медичної сестри, росту її професійного та етичного рівня. Ніколи не пізно переоцінити себе, стверджував французький письменник Шарль Франсуа Гуно: «Двадцять років – тільки я, тридцять років – я і Моцарт, 40 років – Моцарт і я, 50 років – тільки Моцарт».

ЛІТЕРАТУРА

1. Грандо А.А., Врачебная этика и медицинская деонтология. – 3-е изд. – К., Вища школа, 1994;
2. Касевич Н. М. Медсестринська етика і деонтологія : підручник, 3-тє вид., виправлене. – К.: Медицина, 2013. – 199 с.3.
3. Карпінська Р. Етичні та деонтологічні проблеми в діяльності медичного психолога, журнал Наукові записки, серія «Психологія і педагогіка», №16, 2010, с.94 - 104
4. Матвєєв В.Ф. Основи медичної психології, етики і деонтології, К., Дух и література, 1998;
5. Медична психологія, підручник для вузів, під заг. ред.. проф.. І.Д. Спіріної, професора І.С. Вітенко, Дніпропетровськ 2008 р.
6. Підручник з лікарської етики. Світове лікарське товариство, переклад з англ, , за ред.. академіка АМН України, Л. Пирога, К. 2009 р.

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Ганджа Т. С.
КВУЗ «Бердичевский медицинский колледж»

Резюме. *В статье рассматриваются актуальные вопросы этико-деонтологического характера в работе медицинской сестры хирургического профиля, моральные проблемы взаимоотношений медсестры и пациента. Акцентировано внимание на необходимости соблюдения деонтологических принципов, сохранения врачебной тайны, объяснены причины такой необходимости, указаны возможные негативные последствия нарушений медицинской этики, даны рекомендации по улучшению отношений «медицинская сестра - хирургический пациент», отношений в коллективе отделения, и результатов лечения. Приведены примеры и высказывания выдающихся медиков. Перечислены особенности непосредственной работы хирургической медицинской сестры, факторы, определяющие характер*

ETHICS AND MEDICAL ETHICS IN THE WORK OF THE NURSE OF SURGICAL DEPARTMENT

Handzha T.S.
Berdychiv Medical College

Summary. *The article deals with current issues of ethical and deontological nature in the surgical nurse, moral relationship problems nurses and patient. The attention paid to the need to respect deontological principles, maintaining medical confidentiality, explained the reasons for this need, given the possible negative consequences of violations of medical ethics recommendations for improving relations "nurse - surgery patient" relationship in the team division, and outcomes. Examples of the life and sayings of famous doctors. These features work directly surgical nurse, the factors that determine the nature of the disease and surgical treatments. Surgical patient behavior that affects his relationship with medical staff and forms a special psychology. Displayed importance deontological positive impact on the patient, which facilitates the organization of high-quality treatment and care, active behavior had surgery after surgery, rapid rehabilitation*

заболеваний хирургического профиля и методы лечения. Оговорен характер поведения хирургического пациента, влияющий на его отношения с медицинским работниками и формирующий особую психологию. Указана важность положительного деонтологического влияния на пациента, которому способствует высококачественная организация лечения и ухода, активного ведения послеоперационного периода, быстрой реабилитации и отсутствия избирательного отношения медицинского персонала к отдельным пациентам. Указано, что успех лечения пациента хирургического отделения в значительной степени зависит от таких факторов, как оперативное искусство, умение медицинских сестёр обеспечить послеоперационный уход, и психологического настроя пациента. Объясняется, как деонтологически-грамотно должна относиться медицинская сестра к пациенту во время послеоперационного ухода и реабилитации. Кроме чёткого исполнения врачебных назначений, медсестра должна душевно и искренне относиться к пациенту, пытаться максимально безболезненно выполнять необходимые манипуляции, свой профессиональный долг выполнять с любовью к человеку. Слова медицинской сестры должны быть тёплыми, а руки - лёгкими, то есть, медицинская сестра должна олицетворять для пациента близкого человека: душевного, искреннего и заботливого.

***Ключевые слова**: медицинская сестра хирургического отделения, этика, деонтология, пациент хирургического профиля.*

and lack of selective treatment of medical personnel to individual patients. Indicated that the success of treatment patient surgery department largely depends on factors such as the operational art, the ability of nurses to provide post-operative care, and mental attitude of the patient. Explains how ethical, competent nurse should treat the patient during postoperative care and rehabilitation: in addition to accurate performance of medical appointments, a nurse must sincerely and earnestly treat the patient as much as possible try to safely perform the necessary manipulations perform their professional duty of love to man, the word nurse should be warm, and hands - easy, that is, the nurse should embody a loved one patient, emotional, sincere and caring.

***Key words**: nurse surgical, ethics, medical ethics, patient of a surgical profile.*

Рецензент: доктор медичних наук В.З. Свиридюк

УДК 615:34.15

ROZWÓJ I FORMY OPIEKI PALIATYWNEJ W POLSCE

mgr L.Graf, mgr M.Śleziona, mgr K.Wawro, mgr Ba. Stołecka,
.mgr G.Ptaszek, mgr R. Mroczkowska, dr B.Serzysko
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Wydział Nauk o zdrowiu

Streszczenie*. We wszystkich krajach wzrasta zapotrzebowanie na opiekę paliatywno – hospicyjną, która ma na celu uśmierzyć ból, duszność i inne objawy, a także zaspokoić potrzeby psychosocjalne oraz duchowe. Zatem konieczne jest wczesne ustalenie potrzeb, a tym samym zapobieganie cierpieniu i niesieniu ulgi pacjentom chorującym przewlekle, na postępujące, zagrażające życiu choroby. Celem opieki paliatywno – hospicyjnej jest poprawa jakości życia. W niniejszym artykule przedstawiono możliwości oferowane przez polski system opieki zdrowotnej dla osób cierpiących na postępujące choroby, które ograniczają ich życie, a także zagrażają ich życiu. Przedstawiono rozwój opieki paliatywnej/hospicyjnej w Polsce oraz formy tejże opieki i jej charakterystykę oraz zadania zespołu opieki paliatywnej. Zwrócono uwagę na konieczność rozpowszechniania informacji, edukacji w zakresie opieki paliatywnej zarówno wśród środowisk medycznych, jak i wśród społeczeństwa. Wykorzystywanie zasad opieki paliatywnej powinno być wprowadzane wszędzie tam, gdzie chorzy umierają, a założenia opieki paliatywnej powinny być rozpowszechniane i zastosowane w praktyce.*

Słowa Kluczowe*: opieka paliatywna, rozwój opieki paliatywnej, formy opieki paliatywnej, zadania zespołu opieki paliatywnej.*

Wstęp. Zarówno w Polce jak i w państwach cywilizowanych najczęstszą przyczyną zgonów są choroby przewlekłe, które mogą być leczone klinicznie, czyli działania są nastawione na wyleczenie chorego, jednak to leczenie nie dotyczy wszystkich chorujących. Coraz więcej pacjentów wymaga opieki, która będzie polegała na uldze w cierpieniu, walce z bólem, będzie poprawiała jakość życia danej osoby, przygotowaniu do śmierci oraz zapewnieniu spokojnej i godnej śmierci. Polski system opieki zdrowotnej osobom borykającym się z chorobą postępującą ograniczającą ich życie, oferuje pomoc w formie opieki paliatywnej, która według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) jest jednoznacznie określana z opieką hospicyjną. W wielu krajach terminy opieka paliatywna, opieka hospicyjna są równoznaczne i używane są wymiennie. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia „Opieka paliatywna jest dążeniem do poprawy jakości życia zarówno chorych na nieuleczalne, prowadzące do śmierci choroby, jak i ich rodzin. Obejmuje zapobieganie i zwalczanie cierpień, wczesne stawianie rozpoznań, staranne badanie i leczenie bólu oraz rozwiązywanie innych problemów – fizycznych, psychosocjalnych i duchowych". W opiece paliatywnej/hospicyjnej interdyscyplinarny zespół, zapewnia opiekę holistyczną. W skład zespołu wchodzą: lekarz, pielęgniarka, psycholog, rehabilitant, pracownik socjalny, duszpasterz oraz wolontariusz, a także rodzina chorych, która ich pielęgnuje. Zaspakajane są potrzeby somatyczne, psychosomatyczne oraz duchowe. Opieka paliatywna zajmuje się także przedłużaniem życia, w przypadku chorych we wczesnym stadium przewlekłej postępującej choroby w czasie terapii przyczynowej. [Łuczak J. 2011].

Rozwinięcie. Opieka paliatywna włączona jest do działań powszechnego systemu ochrony zdrowia i świadczy usługi zdrowotne kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Świadczenia opieki paliatywno – hospicyjnej skierowane są do pacjentów dotkniętych nieuleczalną, postępującą chorobą, których leczenie nie poddaje się leczeniu przyczynowemu. W schyłkowym okresie życia celem opieki jest

uśmierzanie bólu, jak również innych niepożądanych objawów, łagodzenie cierpienia fizycznego, duchowego i psychicznego, a także pomoc w rozwiązywaniu problemów socjalnych oraz wspieranie i niesienie pomocy rodzinie chorego w czasie trwania choroby oraz po śmierci chorego [Zarządzenie Nr 53/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2008 r.].

W powszechnej opinii, opieka paliatywna kojarzona jest tylko z opieką nad chorymi z chorobami nowotworowymi, którzy są w schyłkowej stadium choroby, u których nie stosuje się już metod terapii. Dlatego niektórzy autorzy sugerują używania nazwy opieka wspierająca (*ang. supportive care*), która polega na udzielaniu pomocy chorym leczącym się onkologicznie, zadaniem jest zwalczanie i działanie w niepożądanych objawach po chemioterapii i radioterapii, oraz leczenie niedożywienia spowodowanego chorobą nowotworową. Natomiast termin opieka paliatywna/hospicyjna obejmuje postępowanie wobec chorego i jego rodziny w okresie umierania i żałoby [Buss T. 2008; Łuczak J. 2011]. Istnieje wiele określeń związanych z opieka paliatywną, które są zaczerpnięte z języka łacińskiego i angielskiego. W piśmiennictwie najczęściej stosowane jest :

Pallium (łac.) maska, obszerny płaszcz; rozumiane, że opieka paliatywna „maskuje" skutki nieuleczalnej choroby, otula ochronnym płaszczem chorych i jego bliskich; *palliative (ang.)* – łagodzący, uśmierzający.

Hospicjum – *hospitium* wywodzące się od *hospes (łac.)* – gościnność, udzielanie gościny, przyjmowanie i otaczanie opieka podróżnych, *hospitality (ang.)* – gościnność, *hospital* – szpital, *hostel* – gościniec; instytucja opieki paliatywnej funkcjonująca w ramach systemu opieki zdrowotnej.

W opiece paliatywnej/hospicyjnej stosuje się leczenie objawowe polegające na uśmierzaniu bólu i innych dokuczliwych objawów towarzyszących schorzeniu nowotworowemu i innym ostrym i przewlekłym chorobom. Natomiast leczenie paliatywne ukierunkowane jest na przynoszenie ulgi w cierpieniu, uśmierzaniu niepożądanych dolegliwości i jest ono ważną składową leczenia objawowego [Kurczewska U, 2010].

Rozwój opieki paliatywnej/ hospicyjnej w polsce

Pierwsze hospicja powstawały przy kościołach już w pierwszych wiekach po narodzeniu Chrystusa, które obejmowały opieką umierających, biednych i bezdomnych. Pierwszy dom wyłącznie dla umierających powstał w Lyonie w 1842 roku i został nazwany Hospicjum Kalwaria, podobne powstały w Anglii i Irlandii.

Prekursorką i twórczynią współczesnej opieki paliatywnej jest Cecile Saunders, która była pielęgniarka i lekarką. W 1967 roku założyła w Londynie Hospicjum św. Krzysztofa, które jest uważane za światowe centrum opieki hospicyjnej. Tam powstały podstawy medycyny paliatywnej oraz powstał ośrodek edukacji dla personelu i wolontariuszy.

W Polsce w latach 60 – tych XX wieku na terenie parafii krakowskich, pielęgniarka Hanna Chrzanowska organizowała domową opiekę pielęgniarską nad osobami przewlekle chorymi i umierającymi.

W 1976 roku przy parafii w Bieńczycach Nowej Hucie zaczęła działać pierwsza grupa wolontariuszy opiekujących się umierającymi.

W 1978 roku Cecile Saunders prowadziła wykłady w Krakowie, Warszawie i Gdańsku inspirując do działania personel medyczny i duszpasterzy.

W 1981 roku w Krakowie powstało Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum", w efekcie działań Towarzystwa w 1996 roku powstało Hospicjum św, Łazarza wzorowane na angielskim *St.Christopher's Hospice.*

W 1983 roku w Gdańsku powstało pierwsze w Polsce hospicjum domowe – Hospicjum Pallottinum.

W 1985 roku w Poznaniu powstało Hospicjum św. Jana Kantego. W tym czasie w kraju intensywnie rozwija się ruch hospicyjny.

W 1987 roku w Poznaniu z inicjatywy prof. Jacka Łuczaka powstał pierwszy zespół opieki paliatywnej domowej z poradnią przy Klinice Onkologii, w 1991 roku powstał tam Oddział Opieki Paliatywnej oraz Klinika Opieki Paliatywnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Onkologicznej.

Od 1990 roku opieka paliatywna została włączona w struktury organizacyjne publicznej służby zdrowia, a medycyna paliatywna stała się częścią programu nauczania studentów medycyny.

W 1991 roku ukazała się Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, która zawierała podstawy prawne rozwijania opieki paliatywno – hospicyjnej. W tym samym roku powstało Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, opublikowano Kartę Hospicjum, która określała główne założenia ruchu hospicyjnego. Powstało także Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej im. Aleksandra Lewińskiego i Antoniny Mazur.

W 1992 roku powstało Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne. W 1993 roku powstała Krajowa Rada Opieki paliatywnej i Hospicyjnej.

W 1994 roku w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie rozpoczął pracę zespół opieki paliatywnej dla dzieci. W 1998 roku został przyjęty Program Rozwoju Opieki Paliatywnej w Polsce.

W 1999 roku swą działalność rozpoczęło Towarzystwo Rozwijania Opieki Paliatywnej w Europie Środkowo – Wschodniej ECEPT.

W 1999 roku w Polsce medycyna paliatywna stała się szczegółową specjalizacją medyczną, natomiast opieka paliatywna stała się specjalizacją pielęgniarską.

W 2002 roku powstało Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej

Formy opieki paliatywnej

W Polsce możliwe do zarejestrowania w NFZ powstały następujące formy opieki paliatywno-hospicyjnej:

- hospicja domowe dla dorosłych i dzieci
- hospicja stacjonarne dla dorosłych i dzieci
- oddziały medycyny paliatywnej (oddziały szpitalne)
- dzienny ośrodek opieki paliatywnej lub hospicyjnej (forma opieki dotychczas praktycznie niedostępna w Polsce)
- poradnie medycyny paliatywnej

Zaś dostępnymi formami opieki związanymi z opieką paliatywno-hospicyjną są:

- poradnie leczenia bólu
- poradnie leczenia obrzęku limfatycznego
- poradnie leczenia ran
- poradnie leczenia żywieniowego (dojelitowego) [Buss T. 2008]

Dostępność do opieki paliatywnej jest bezpłatna w większości powiatów na terenie Polski.

W Polsce bardzo często opiekę hospicyjną utożsamia się z opieką długoterminową. Według Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do opieki długoterminowej zalicza się:

- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze
- opiekę paliatywno – hospicyjną.

Do jednostek opieki długoterminowej należą:

- hospicjum stacjonarne,
- hospicjum domowe,
- zakład opiekuńczo – leczniczy.

W tych jednostkach występują różnice, które dotyczą wymagań personelu, kryterium kwalifikacji pacjentów oraz sposobu kierowania daną jednostką. W opiece paliatywno – hospicyjnej od lekarzy wymaga się specjalizacji z medycyny paliatywnej lub podstawowego kursu medycyny paliatywnej, również od pielęgniarek wymaga się specjalizacji opieki paliatywnej lub podstawowego kursu z opieki paliatywnej. Natomiast w zakładach opiekuńczo – leczniczych może być zatrudniony każdy lekarz i każda pielęgniarka.

Ważną informacją jest to, iż chorym korzystającym ze świadczeń gwarantowanych realizowanych w hospicjum domowym dla dorosłych nie przysługują się świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielane w warunkach domowych oraz świadczenia z

zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane w warunkach domowych[Buss T., 2008].

Zespół opieki paliatywnej

W skład zespołu opieki paliatywnej wchodzą:

- lekarz,
- pielęgniarka,
- rehabilitant,
- psycholog,
- farmaceuta,
- pracownik socjalny,
- duchowny,
- wolontariusz,
- chory i jego rodzina

Do podstawowych zadań lekarza należy leczenie bólu oraz łagodzenie innych dokuczliwych objawów w zaawansowanej fazie choroby, przekazywanie informacji o stanie zdrowia pacjenta i postępowania medycznego, a także koordynacja pracy zespołu terapeutycznego.

Pielęgniarka współpracuje z lekarzem w zakresie leczenia i łagodzenia dokuczliwych objawów związanych z chorobą, obserwuje i pielęgnuje chorego, prowadzi profilaktykę przeciwodleżynową i leczy odleżyny, edukuje pacjenta i jego rodzinę.

Zadaniem rehabilitanta jest usprawnianie chorego, leczenie obrzęku limfatycznego, prowadzenie terapii zajęciowej, współpraca z rodziną i włączenie jej w rehabilitację.

Natomiast psycholog wspiera psychicznie chorego i jego rodzinę, a także inne osoby, które się nim opiekują, rozpoznaje potrzeby psychospołeczne chorego i jego bliskich, przygotowuje chorego i jego rodzinę do przyjęcia niepomyślnych informacji, jak również obejmuje psychologiczną opieką osoby osierocone.

Zaś farmaceutą zaopatruje ośrodki opieki paliatywnej w leki i materiały medyczne, prowadzi gospodarkę lekową oraz bierze on udział w rozwiązywaniu problemów lekowych i edukuje pacjenta w zakresie sposobów i dróg podaży leków.

Pracownik socjalny współpracuje z rodziną i opiekunami chorego, pomaga rozwiązywać problemy socjalne, troszczy się o zaspokojenie podstawowych potrzeb społecznych chorego, udziela informacji, doradza w zakresie świadczeń przysługujących się choremu w związku z chorobą i niepełnosprawnością.

Osoba duchowna (niezależnie od wyznania) udziela posług liturgicznych, towarzyszy w modlitwie, pomaga choremu w rozwiązywaniu problemów duchowych, wspiera duchowo zarówno pacjenta, jak i rodzinę chorego w czasie trwania choroby oraz w okresie osierocenia.

Natomiast wolontariusze są to osoby bez wykształcenia medycznego, po przebytym kursie z zakresu opieki i pielęgnacji paliatywnej. Ich zadaniem jest towarzyszenie choremu, rozmowa z chorym oraz jego wysłuchanie. Wolontariusze pomagają pacjentowi w wykonywaniu codziennych czynności, wyręczają rodziny chorych w realizacji zadań opiekuńczych, biorą udział w akcjach charytatywnych oraz innych działaniach, które mają na celu wsparcie ośrodka opieki paliatywnej [Buss T., 2008]

Charakterystyka dostępnych w polsce form opieki hospicyjno – paliatywnej hospicjum domowe

Należy zaznaczyć, że w Polsce do najlepiej rozwiniętej opieki zalicza się domową opiekę hospicyjną dla dorosłych [www.opiekapaliatywna.org]. Domowa opieka hospicyjna pozwala uniknąć niedogodności związanych z pobytem w szpitalu oraz umożliwia pacjentowi korzystanie z domowego ogniska w otoczeniu najbliższych, głównie to rodzina zajmuje się pielęgnacją chorego. Do opieki w hospicjum domowym pacjent przyjmowany jest na podstawie skierowania od lekarza i pisemnej, świadomej zgody ma opiekę domową hospicyjną. Lekarz do domowej opieki hospicyjnej kieruje pacjentów, u których zostały już wyczerpane wszystkie możliwe metody leczenia przyczynowego oraz, u których pogarsza się jakość ich życia z powodu stopniowo pojawiających się objawów somatycznych [Buss T., 2008]. Opiekę domową w promieniu 30 km od siedziby dla dorosłych i 100 km od siedziby dla dzieci, sprawuje interdyscyplinarny zespół składający się z lekarza, pielęgniarki,

rehabilitanta, psychologa, pracownika socjalnego, terapeutę zajęciowego, duszpasterza, wolontariusza. Zespół jest dla chorego i jego rodziny dyspozycyjny. Opieka świadczona jest 24 godziny na dobę. Pacjenta najczęściej odwiedza wykwalifikowana pielęgniarka, która współpracuje z lekarzem medycyny paliatywnej, która nawiązuje również dobrą komunikację z chorym i jego rodziną. Do zadań pielęgniarki należy obserwacja chorego w oparciu o ocenę sprawności fizycznej i objawów, pielęgnacja i leczenie odleżyn w celu ich zmniejszenia lub eliminacji, monitorowanie terapii oraz edukacja chorego i jego rodziny w zakresie opieki i leczenia objawowego, a także instruktaż dotyczący postępowania w sytuacjach nagłych [Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A., 2011]. Należy zaznaczyć, że personel pielęgniarski służy pomocą w rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych bądź zdrowotnych, natomiast nie świadczy tak zwanej opieki wyręczającej, czyli nie wykonuje czynności związanych z prowadzeniem domu, nie zostaje z chorym w czasie nieobecności rodziny. Tymi zadaniami mogą zajmować się wolontariusze. Warto wiedzieć, że hospicjum domowe umożliwia wypożyczanie sprzętu i aparatury medycznej, takich jak łóżka, materace zmiennociśnieniowe, chodziki, koncentratory tlenu, ssaki [Buss T., 2008; Łuczak J. 2007].

Hospicjum domowe dla dzieci

Hospicjum domowe dla dzieci obejmuje opieką osoby w wieku poniżej 18 lat, które są w schyłkowej fazie choroby, cierpią na nieuleczalną, postępującą chorobę, na przykład chorobę nowotworową, metaboliczną, wrodzoną wadę rozwojową układu oddechowego (szczegółowy spis jednostek chorobowych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej). Warunkiem przyjęcia dziecka do hospicjum domowego jest także oświadczenie, że chorym dzieckiem opiekuje się przynajmniej jeden stały opiekun przez całą dobę. Istnieje możliwość kontynuacji lub objęcia opieką paliatywną dla dzieci w przypadku osób, u których występuje schorzenie o charakterze wrodzonym lub zastała zdiagnozowana choroba ograniczająca życie, którzy korzystali z usług świadczeń gwarantowanych realizowanych w hospicjum domowym dla dzieci jeszcze przed ukończeniem 18 roku życia lub w przypadku gdy hospicjum domowe dla dorosłych nie ma możliwości sprawowania opieki ze względu na rzadki rodzaj choroby lub miejsce zamieszkania[http://www.nfz-lublin.pl/]

Hospicjum stacjonarne, oddziały opieki paliatywnej

Zarówno w hospicjach, jak i oddziałach opieki paliatywnej sprawowana jest opieka stacjonarna nad chorymi w stanie terminalnym, dzięki której możliwa jest kontrola objawów trudnych do opanowania w warunkach domowych, a także możliwe jest wykonywanie badań i zabiegów w celu ustalenia właściwego leczenia objawowego. Stacjonarne hospicjum sprawuje również tak zwaną opiekę wyręczającą rodzinę w celu jej odciążenia, według Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia jest to możliwe na maksymalnie 10 dni. W stacjonarnym hospicjum, stwarza się przyjazną , domową atmosferę, zapewnia się chorym dobrą komunikację pomiędzy personelem a chorym i jego rodziną oraz dobre warunki bytowe. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w oddziałach paliatywnych pokoje powinny być maksymalnie 2-3 osobowe. W opiece hospicyjnej zapewnia się chorym warunki godnej śmierci poprzez łagodzenie cierpienia fizycznego, psychicznego i duchowego. Zadaniem zespołu hospicyjnego jest omówienie z chorym i jego rodziną metod poprawiających jakość życia. W celu zniwelowania stresu psychicznego, który wynika z niedoinformowania ważne jest wyjaśnienie wszelkich niedomówień związanych z zaawansowaniem choroby, przedstawienie dostępnych jeszcze możliwości terapeutycznych. W stacjonarnej opiece hospicyjnej nie prowadzi się diagnostyki i nie ocenia się postępu choroby. Pacjentów leczy się objawowo, a pojawiające się objawy somatyczne i psychiczne zespół hospicyjny bacznie kontroluje. Warto wiedzieć, że w hospicjach nie przetacza się

krwi ze względu na brak zaplecza, natomiast pacjentów kwalifikujących się do transfuzji kieruje się do szpitala. Hospicjum stacjonarne stosuje zasadę akceptacji nieuchronności śmierci, czyli nie stosuje się tak zwanej uporczywej terapii, której celem jest wydłużenie życia pacjenta za wszelką cenę. Hospicja nie są również wyposażone w respiratory, gdyż nie przeprowadza się tam reanimacji oraz nie wykonuje się wlewów dożylnych z dopaminą i adrenaliną. Pamiętajmy, że w hospicjum nie wydłuża się ani nie skraca się życia [Łuczaj J., 2007].

Oddziały dziennego pobytu

Dzienną opiekę oferują oddziały dziennego pobytu przeznaczone dla chorych, którzy przebywają we własnych domach, ale są zdolni do jego opuszczania w celu skorzystania z zabiegów bez konieczności hospitalizacji. Oddziały dziennego pobytu oferują opiekę pielęgniarską, a w sytuacjach koniecznych poradę lekarską, fizykoterapię, muzykoterapię, wsparcie psychologiczne i duszpasterskie. „Ośrodek opieki dziennej przyjmuje chorych z nie poddającą się leczeniu chorobą nowotworową oraz innymi przewlekłymi, postępującymi, zagrażającymi życiu schorzeniami w dość znacznym stopniu zdolnych do samoobsługi, w tym również osoby korzystające z wózków inwalidzkich, z terenu do 15 km od Ośrodka" (J.Łuczak,1999,s.8). Pacjent korzystający z dziennej opieki przebywa tam w godzinach od 10 do 15. Pacjent do opieki dziennej przyjmowany jest na podstawie decyzji pielęgniarki koordynującej lub lekarza odpowiedzialnego za Ośrodek. W ośrodkach tych zasadą jest rodzinna atmosfera, która pomaga pacjentom pokonywać trudności związane z uciążliwą terapią i zmagać się z objawami choroby. Pomoc oferowana w ramach dziennej opieki polega także na twórczym wykorzystaniu czasu pacjentów, którzy mogą realizować oraz odkrywać swoje uzdolnienia i umiejętności przy pomocy wolontariuszy i artystów.

Poradnia medycyny paliatywnej

Poradnia medycyny paliatywnej świadczy usługi lekarskie i psychologiczne w miejscu. W wyjątkowych sytuacjach odbywają się wizyty lekarskie i pielęgniarskie w domu pacjenta, jednak wizyty domowe nie mogą być częściej niż 2 razy w tygodniu. Zakłada się, że pacjent powinien przyjść do poradni samodzielnie, a jeśli wymaga częstych wizyt domowych, wówczas powinien być skierowany pod opiekę hospicjum domowego. Zadaniem medycyny paliatywnej jest wykonywanie badań diagnostycznych i zabiegów pielęgnacyjnych oraz zwalczanie dokuczliwych problemów somatycznych i psychologicznych, które występują w przebiegu choroby.

Opieka ambulatoryjna

Opieka ambulatoryjna skierowana jest do chorych, u których kontynuowane jest leczenie przyczynowe i, którzy są w stanie samodzielnie zgłosić się do poradni opieki paliatywnej, w której opieka ambulatoryjna jest sprawowana.

Zespoły wspierające i poradnictwa rodzinnego

Na terenie szpitali i zakładów opiekuńczo – leczniczych działają zespoły wspierające, które opiekują się pacjentami umierającymi oraz pełnią rolę doradczą i wspierającą leczenie trudnych do opanowania objawów. Natomiast zespoły poradnictwa rodzinnego powstają przy ośrodkach opieki paliatywno – hospicyjnej. Pomagają rodzinom, opiekunom chorych, zwłaszcza w okresie osierocenia i żałoby [http://www.nfz-lublin.pl/]

Podsumowanie

Opieka paliatywna jest filozofią opieki, która może być zastosowana wszędzie tam, gdzie przebywa pacjent. Formy opieki paliatywnej nie mogą być skatalogowane i równe w każdym kraju, ponieważ zaspakajanie potrzeb chorego i jego rodziny musi być indywidualne i uniwersalne, dlatego model opieki paliatywnej nie jest ujednolicony. Rozwój opieki paliatywnej jest jednym z priorytetowych zadań polityki zdrowotnej. Na podstawie prowadzonych rejestrów w Polsce rocznie umiera 300 tysięcy osób z powodu chorób przewlekłych. Można więc szacować, że co roku około 200 tysięcy osób potrzebuje opieki paliatywnej/hospicyjnej. Co więcej liczba osób potrzebujących opieki paliatywnej

będzie gwałtownie rosnąć ze względu na zachodzące zmiany demograficzne i epidemiologiczne. Zatem konieczne jest przygotowanie na większą liczbę chorych w podeszłym wieku i umierających, którzy będą potrzebować opieki paliatywnej/hospicyjnej. Przekazywana wiedza z zakresu opieki paliatywnej musi być elementem podstawowego programu nauczania lekarzy, pielęgniarek i innych pokrewnych zawodów. Wykorzystywanie zasad opieki paliatywnej powinno być wprowadzane wszędzie tam, gdzie chorzy umierają, dlatego założenia opieki paliatywnej powinny być rozpowszechniane wśród wszystkich lekarzy, pielęgniarek, pracowników szpitali i domów opieki, aby były zastosowane w praktyce. Powinna być również zwiększona edukacja społeczeństwa, aby obalić stereotypy związane z opieką paliatywną/hospicyjną oraz aby móc odpowiednio wcześnie rozpoznać potrzeby i objąć opieką chorych w celu poprawienia jakości ich życia.

PIŚMIENNICTWO

Buss T., Lichodziejewska – Niemierko M., Opieka paliatywna w Polsce – od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego). Forum Medycyny Rodzinnej 2008, tom, nr 3, 277-285

Kurczewska U., Jasińska M., Orszulak – Michalak D., Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i Funkcjonowanie opieki paliatywnej. Farm Pol, 2010,66(2): 93-100

Łuczak J., Ból i opieka paliatywna (Życie przed śmiercią. Refleksje po 5 latach pracy w służbie umierającym, chorym i ich bliskim), Gdańsk 1999, Wydawnictwo Medyczne "Borgis".

Łuczak J., Co to jest leczenie objawowe (terapeutyczne), opieka paliatywna – hospicyjna i dlaczego warto z nich korzystać? Przegląd terapeutyczny nr 3/2007. www.ptt-terapia.pl

Łuczak J., Kotlińska – Lemieszek A., Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna. Nowiny Lekarskie 2011,80, 1, 3-15

Opieka nad chorym przewlekle. http://www.nfz-lublin.pl/

Raport dotyczący standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej w Europie: część 1. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej. http://www.eapcnet.eu/

Sprawozdanie Konsultanta Krajowego z dziedziny medycyny paliatywnej za rok 2007. http://www.opiekapaliatywna.org.

Zarządzenie Nr 53/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa. http://www2.nfz.gov.pl/

РОЗВИТОК ТА ФОРМИ ПАЛІАТИВНОГО ДОГЛЯДУ В ПОЛЬЩІ

Граф.Л. Шлежона М., Варво К., Столецка Б., Пташек Г.,Мрочковська Р., Сжиско Б.

Відділ наук про здоров'я

Сілезький медичний університет в Катовіце

Резюме. *В статті представлені основні форми та напрями розвитку паліативного догляду в Польщі. Визначено, що розвиток паліативної допомоги є одним із пріоритетних напрямів подальшої політики у сфері охорони здоровя У Польщі*

Ключові слова*: паліативний догляд, форми паліативного догляду.*

DEVELOPMENT AND FORMS OF PALLIATIVE CARE IN POLAND

mgr L. Graf, mgr M. Śleziona, mgr K. Wawro, mgr B. Stołecka, . mgr G.Ptaszek, mgr R. Mroczkowska, dr B. Serzysko

Department of Health Sciences, Medical University of Silesia in Katowice

Summary. *Main forms and directions of palliative care development in Poland are presented in the paper. It's maintained that further palliative care development is among the prior ones in the Health Care system policy in Poland.*

Keywords*: palliative care, palliative care forms.*

Рецензент: кандидат педагогічних наук О.В. Горай

УДК 371.71:378 (477.42)

СТАН ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ЖИТОМИРСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО АГРОЕКОЛОГІЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Дзензелюк Д. О., Поплавська Л. В.
Житомирський національний агроекологічний університет
Момот О. П.
КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»

Анотація. *У статті була розглянута сучасна науково-методична література вітчизняних та закордонних науковців і фахівців з системи фізичного виховання в напрямку вивчення стану здоров'я студентської молоді, ставлення до здорового способу життя, системи фізичного виховання та недоліки занять з фізичного виховання у вищих навчальних закладах, мотиваційно-ціннісне ставлення до занять фізичними вправами, та рівень обізнаності стосовно власного здоров'я тощо. В даній роботі було проведено аналіз стану здоров'я та захворюваності студентів-аграріїв на прикладі студентів Житомирського національного агроекологічного університету протягом 2008–2015 років навчання з наведенням чисельності в основній, спеціальній медичній групах та спортивному відділені з використанням сучасних методів дослідження з метою оцінити та розглянути подальшу перспективу даної динаміки і шляхи вирішення.*

Результати даної роботи доповнили та підтвердили результати вітчизняних та закордонних науковців, які свідчать про низький стан соматичного здоров'я студентської молоді. Сформували направленість розвитку захворюваності, за системами організму та окремих органів у студентів-аграріїв, рівень мотивації до занять фізичними вправами протягом навчання у вищому навчальному закладі. Аналіз даної динаміки дає можливість внесення змін науково-педагогічним працівникам у навчальний процес та корегувати зміст планових занять з фізичного виховання задля формування у студентської молоді потребу до фізичних навантажень, мотиваційно-ціннісного ставлення до здорового способу життя та покращення стану здоров'я студентської молоді.

Ключові слова: *стан здоров'я, фізичне виховання, основна група, спеціальна медична група, спортивне відділення, захворюваність, позанавчальний час*

Вступ. Дбайливе ставлення до власного здоров'я – це досить актуальна проблема сучасного суспільства, адже здоров'я вважається головною суспільною цінністю. Зважаючи на зниження рівня життя, погіршення екологічних умов, скорочення медичних і соціальних державних програм, на перший план висуваються проблеми соматичного здоров'я сучасної людини [2, с. 50–52]. Здоров'я залежить від багатьох факторів, які об'єднуються в одне інтегральне поняття – здоровий спосіб життя. Його метою є навчити людину розумно ставитися до власного здоров'я, фізичної та психічної культури, загартовувати свій організм, вміло організовувати працю і релаксацію тощо [1, с. 112–114].

Останнім часом ситуація зі здоров'ям студентської молоді наблизилась до критичної: підвищується рівень загальної захворюваності та поширеність захворювань окремих органів і систем. Цьому сприяє зростання інтенсивності впливу на здоров'я факторів екологічного та медико-соціального ризику, погіршення структури харчування, зниження ефективності проведення традиційних профілактичних заходів та малорухомий спосіб життя [6, с. 22–25].

За період навчання, стан здоров'я студентів погіршується. З кожним роком збільшується чисельність спеціальної

медичної групи при вищих навчальних закладах України. Основними причинами такої тенденції є: хворобливість, шкідливі звички, дефіцит часу, відсутність бажання до занять фізичними вправами, умов для заняття тощо [3, с. 130–132; 5, с. 50–55].

За даними інформаційних джерел у вищих навчальних закладах України до спеціальних медичних груп щорічно зараховують від 13 до 35 % студентів [7, 8]. Кількість таких студентів у Житомирському національному агроекологічному університеті в 2014/15 н. р. становить 17,6 % від загального числа студентів І–ІІ курсів навчання. Аналіз такого стану здоров'я студентської молоді і обумовлює актуальність даної роботи.

Мета дослідження. Дослідити стан здоров'я студентів-аграріїв І–ІІ курсів протягом 2008–2015 років навчання.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено на базі Житомирського національного агроекологічного університету, в якому брали участь студенти І–ІІ курсів агрономічного, лісового господарства, ветеринарної медицини, економіки та менеджменту, обліку та фінансів, екологічного, технологічного та інженерно-технічного факультетів протягом 2008–20015 років навчання. У дослідженні був проведений аналіз та синтез науково-методична література даного напрямку, медичні документи (амбулаторні картки, медичні довідки тощо). Під час дослідження використовувались такі методи: теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел, показників захворюваності та математичної статистики.

Результати та їх обговорення. Ієрархічне уявлення системи фізичного виховання засноване на уявленні її у вигляді сукупностей одиниць, що складають системну ієрархію. В ієрархічному плані виділяються такі рівні підсистеми чи одиниці фізичного виховання студентської молоді: фізичне виховання студентів України, вищого навчального закладу, структурного підрозділу вищого навчального закладу, спеціальності, окремого студента. Кожна з одиниць має функціональну специфіку системи фізичного виховання в цілому і, разом з тим, має свої специфічні, ідеологічні, нормативні, організаційні основи і види забезпечення, що вимагають свої розробки і планування, виходячи з динаміки розвитку суспільства та його пріоритетів [9, с. 73–74].

Система фізичного виховання у вищому навчальному закладі для ефективної, диференційованої роботи зі студентами передбачає розподіл навчальних груп за станом здоров'я на основну, спеціальну медичну та спортивне відділення. Чисельність яких залежить від проведення щорічного (вересень – жовтень) медичного огляду ВНЗ та спеціалізованих медичних установ відповідно до наказу ректора.

Однак сформована у аграрних вищих навчальних закладах система фізичного виховання студентської молоді недостатньо ефективна. Вона не виконує повною мірою соціальне замовлення держави на збереження здоров'я, загальнокондиційної і спеціальної професійно-прикладної психофізичної підготовленості студентів до життєдіяльності і професійної праці та вимагає подальшого вдосконалення. На це багаторазово вказує цілий ряд державних документів, а також на це звертають увагу фахівці в галузі фізичного виховання.

Ефективність системи фізичного виховання студентів аграрних вищих навчальних закладів свідчать результати щорічного тестування з фізичної підготовленості, обстеження тану здоров'я, визначення фізичної розвитку, рухової активності тощо. За даними дослідження даної роботи можна стверджувати про прогресуючу динаміку захворюваності студентів протягом 2008–2015 років навчання (рис. 1). Піковим у студентів першого курсу є: 2013–2014, 2014–2015 роки навчання $p<0,01$. На таку динаміку впливає першочергово захворювання серцево-судинної та дихальної систем (42,20 %). Для студентів другого року навчання піковими є роки

2009–2010, 2011–2012 та 2012–2013 в яких захворювання серцево-судинної та дихальної систем становлять 49,13 %, шлунково-кишкового тракту –30,87 % з p<0,001.

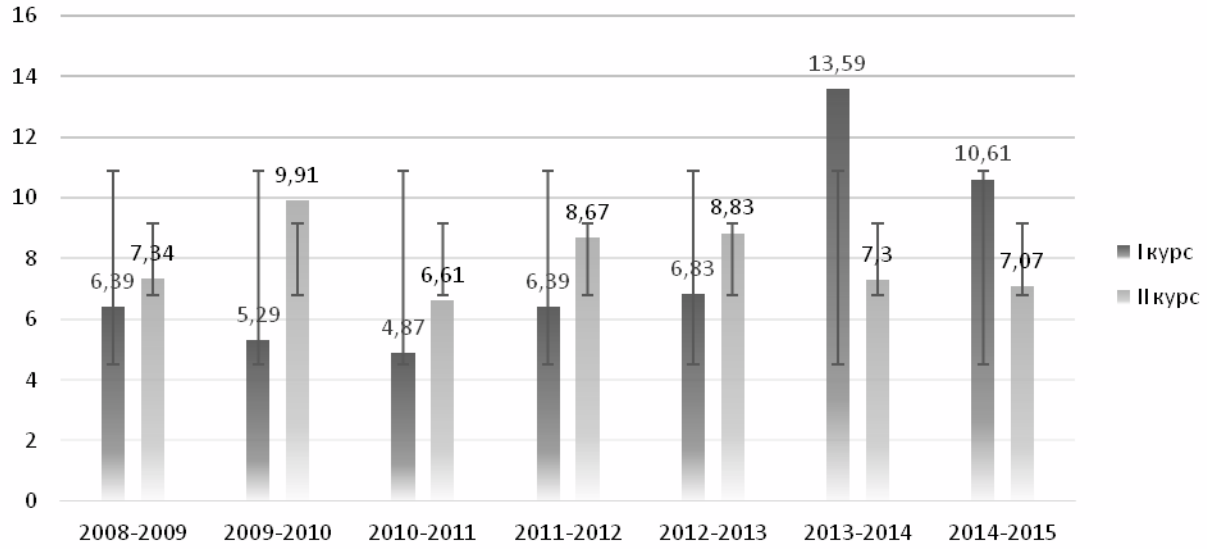


Рис. 1. **Динаміка чисельності студентів спеціальної медичної групи, %**

Чисельність студентів основної групи свідчить про стабільність динаміки протягом навчання p>0,05. Піком насиченості (30,18 %) групи першого курсу є 2011–2012 навчальний рік з подальшим зниженням до 28,38 % в 2014–2015 роках p<0,05. На других курсах навчання найчисельнішими були 2011–2012, 2012–2013 роки з подальшою регресією з 27,93 до 18,39 % в 2014–2015 році навчання (рис. 2).

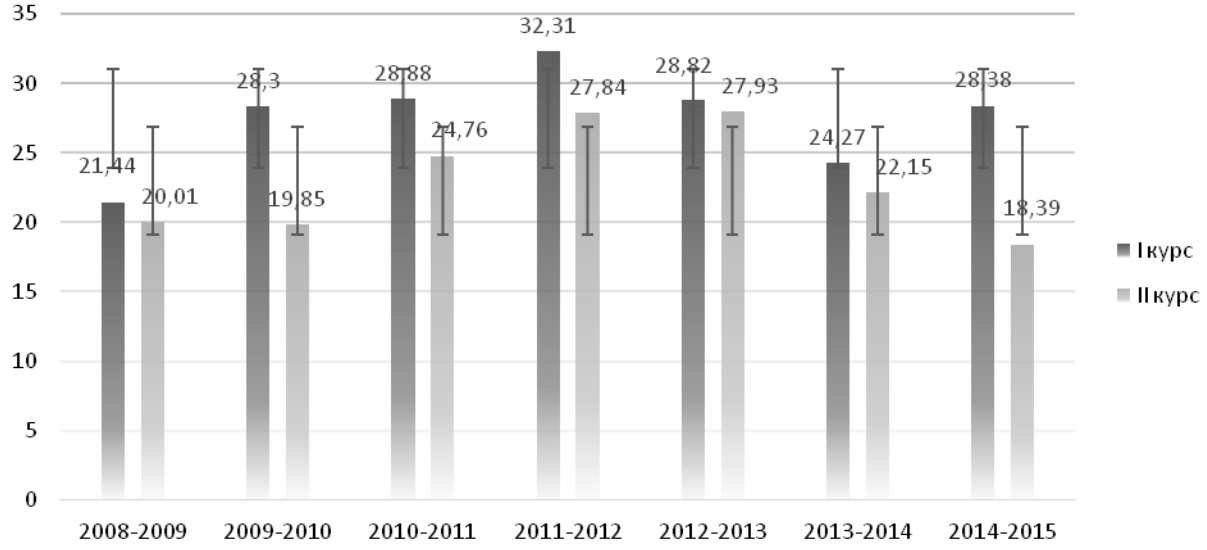


Рис. 2. **Динаміка чисельності студентів основної групи, %**

Динаміка чисельності студентської молоді спортивного відділення свідчить про низькі показники 2008–2012 навчальні роки з = 6,91 % на перших курсах та = 6,35 % на других курсах навчання p<0,001. Але з 2011–2012 року навчання спостерігається позитивна зміна на перших та других курсах з подальшим прогресом у студентів других курсів з 13,1 до 24,4 % та регресом студентів перших курсів з 14.48 до 11,14 % з невеликим підйомом в 2013–2014 р.н. (рис. 3.). Прогресуючі показники чисельності спортивного відділення аргументуються відмінністю програм навчання, рівнем мотиваційно-ціннісного

ставлення до самовдосконалення та спортивного росту тощо.

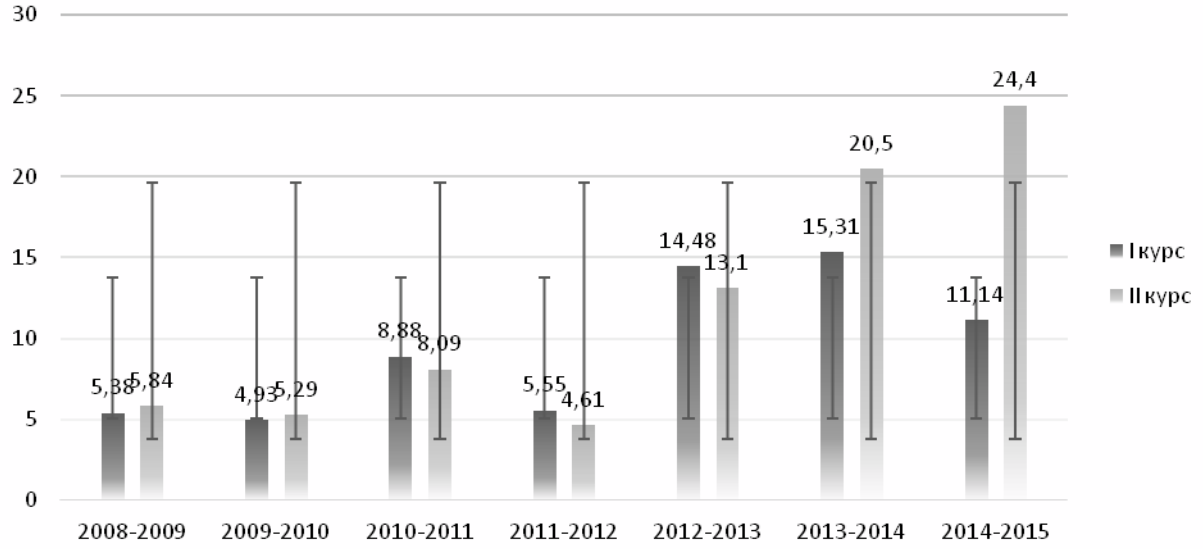


Рис. 3. **Динаміка чисельності студентів спортивного відділення, %**

Навчальна програма спортивного відділення спрямована на формування та вдосконалення умінь, знань та навичок з обраного виду спорту. Склад груп проводиться виключно за бажанням та врахуванням інтересу студентської молоді. Не менш важливим фактором є позитивна співпраця викладача та студента, формування мотивації до занять фізичними вправами та їх впливу на здоровий спосіб життя та довголіття.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Враховуючи результати досліджень можна стверджувати про ріст чисельності студентів спеціальної медичної групи та відповідно погіршенням здоров'я з проявом захворювань серцево-судинної, дихальної, шлунково-кишкового тракту та опорно-рухового апарату [4]. Критична чисельність спостерігається в основній групі. Така динаміка зумовлена недостатньою матеріально-технічною базою та рівнем мотивації до регулярних занять з фізичного виховання у вищому навчальному закладі. Певний ріст чисельності спортивного відділення спостерігається протягом 2012-2015 навчальні роки, причиною такої динаміки є робота науково-педагогічних працівників кафедри фізичного виховання, які вірно побудували співпрацю зі студентами, підвищили рівень мотиваційно-ціннісного ставлення до занять фізичними вправами за рахунок побудови цікавої навчальної програми фізичної активності на заняттях з фізичного виховання та в позанавчальний час.

Перспектива подальших досліджень спрямована на організацію навчально-виховного процесу з метою зацікавлення та залучення більшої кількості студентів до планових занять з фізичного виховання для зміцнення стану здоров'я, збільшення рівня рухової активності, покращення фізичного розвитку, фізичної підготовленості та працездатності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Апанасенко Г.Л. Об оценке состояния здоровья человека / Г.Л. Апанасенко // Врачебное дело. – 1988. – № 5. – С.112–114

2. Гилун І.О. Вплив здорового способу життя на фізичний стан здоров'я людини / І.О. Гилун, А.М. Ляшевич // Студентська спортивна наука – 2015: зб. наук. пр. І Всеукраїнської студентської наук.-практ. конференції. – Житомир: Вид-во "Рута", 2015. – С. 50–52

3. Грибан Г.П. Аналіз стану здоров'я студентів вищих навчальних закладів / Г.П. Грибан, Т.Б. Кутек // Спортивний вісник Придніпров'я – науково-теоретичний журнал Дніпропетровського державного інституту фізичної культури і спорту. – 2004. – №7. – С. 130–132

4. Дзензелюк Д.О. Лікувальна фізична культура при захворюваннях опорно-рухового апарату (остеохондроз): методичні рекомендації для студентів та викладачів кафедри фізичного виховання / Д.О. Дзензелюк, А.П. Денисовець, О.П. Момот. – Житомир: Вид-во ПП "Рута", 2015. – 24 с.

5. Дзензелюк Д.О. Роль мотивації студентів до занять фізичними вправами на заняттях фізичного виховання у вищих навчальних закладах / Д.О. Дзензелюк // Молода спортивна наука України: зб. наук пр. з галузі фізичного виховання, спорту і здоров'я людини. Вип 6 (57): – Л.: ЛДУФК, 2013. – С. 50–55

6. Забродіна Н.П. Робота зі спеціальними медичними групами / Н.П. Забродіна // Фізична культура в школі. – №6. – С. 22–25

7. Петрук Л.А. Фізичне виховання студентів спеціальних медичних груп: Навч.-метод. посіб. / Л.А. Петрук, В.М. Федотов. – Рівне: НУВГП, 2012. – 112с.

8. Присяжнюк С.І. Фізичне виховання: навч. пос. / С.І. Присяжнюк. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 504 с.

9. Присяжнюк С.І. Фізичне виховання. Навч. пос. / С.І. Присяжнюк, В.П. Краснов, М.О. Третьяков. – К.: Центр учбової літератури, 2007. – С. 73–74

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ЖИТОМИРСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО АГРОЭКОЛОГИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Дзензелюк Д.А., Поплавська Л.В.
Момот О.П.
Житомирский национальный агроэкологический университет
Житомирский институт медсестринства

Аннотация. *В статье была рассмотрена современная научно-методическая литература отечественных и зарубежных ученых и специалистов из системы физического воспитания в направлении изучения состояния здоровья студенческой молодежи, отношения к здоровому образу жизни, системы физического воспитания и недостатки занятий по физическому воспитанию в высших учебных заведениях, мотивационно ценностную отношение к занятиям физическими упражнениями, и уровень осведомленности о собственном здоровье и т.д. В данной работе был проведен анализ состояния здоровья и заболеваемости студентов-аграриев на примере студентов Житомирского национального*

STATE OF HEALTH OF STUDENTS OF ZHYTOMYR NATIONAL AGROECOLOGICAL UNIVERSITY

Dzenzeliuk D., Poplavska L.
Momot O.
Zhytomyr National Agroecological University
Zhytomyr Nursing Institute

Abstract. *In the article we considered modern scientific-methodological literature of Ukrainian and foreign scientists and specialists in the field of physical training that studies state of health of students, their attitude to a healthy lifestyle, physical training and disadvantages of physical training in universities, motivational-value attitude to physical exercises, and level of awareness of their own health etc. The paper deals with the analysis of state of health and sickness rate of students at the faculty of agriculture. We chose students of Zhytomyr National Agroecological University of 2008-2015 and established the number of them in basic group, special medical group and sport department using modern research methods to assess and consider the future prospects of this dynamics and possible*

агроэкологического университета в течение 2008–2015 годов обучения с указанием численности в основной, специальной медицинской группах и спортивном отделении с использованием современных методов исследования с целью оценить и рассмотреть дальнейшую перспективу данной динамики и пути решения.

Результаты данной работы дополнили и подтвердили результаты отечественных и зарубежных ученых, которые свидетельствуют о низком состояние соматического здоровья студенческой молодежи. Сформировали направленность развития заболеваемости, по системам организма и отдельных органов у студентов-аграриев, уровень мотивации к занятиям физическими упражнениями в течение обучения в высшем учебном заведении. Анализ данной динамики дает возможность внесения изменений научно-педагогическим работникам в учебный процесс и корректировать содержание запланированных занятий по физическому воспитанию для формирования у студенческой молодежи потребность к физическим нагрузкам, мотивационно-ценностного отношения к здоровому образу жизни и улучшение состояния здоровья студенческой молодежи.

Ключевые слова: *состояние здоровья, физическое воспитание, основная группа, специальная медицинская группа, спортивное отделение, заболеваемость, внеучебное время.*

solutions.

The results of the paper complemented and confirmed the results of Ukrainian and foreign scientists which indicate a low state of somatic health among students. We determined the direction of sickness rate development, according to body systems and certain organs of students at the faculty of agriculture, level of motivation to do physical exercises while studying at the university. The analysis of this dynamics gives scientific-pedagogical personnel the possibility to change academic activity as well as the content of planned lessons of physical training in order to create among students the need for physical exercises, motivational-value attitude to a healthy lifestyle and to improve state of health of students.

Key words: *state of health, physical training, basic group, special medical group, sport department, sickness rate, extracurricular time.*

Рецензент: доктор медичних наук В.Й. Шатило

УДК 67+ 614.25 (477.42)

ЛІКАРСЬКА ТАЄМНИЦЯ В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Жовнерчук В. Р., Голумбевська М. В.
КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»

Резюме. *Одним із основних обов'язків медичних працівників є збереження в таємниці відомостей про пацієнта, одержаних під час виконання своїх професійних обов'язків. Питання збереження лікарської таємниці — це один із проблемних аспектів стосунків між медичним працівником і пацієнтом.*

Довірившись медичному працівникові, пацієнт має не лише юридичне, а й моральне право на увагу до своєї особистості, на збереження його таємниці. Право пацієнта на збереження лікарської таємниці передбачає нерозголошення відомостей не лише про діагноз, але і про факт звернення за медичною допомогою та інших відомостей, отриманих при медичному обстеженні. Ці відомості можуть стосуватися як фізичного стану особи, так і її особистого та інтимного життя. Конфіденційність такої інформації встановлена заради забезпечення недоторканності приватного життя пацієнта, захисту економічних інтересів, попередження випадків можливого нанесення шкоди пацієнтові, його родичам, третім особам у результаті розголошення відомостей про стан здоров'я людини, його обстеження або лікування.

Мета. *Крім лікарів, до основних суб'єктів збереження лікарської таємниці належать і медичні сестри, адже вони проводять із пацієнтами більшу частину свого робочого часу. Саме тому у даній статті основна увага приділяється визначенню місця та значимості збереження лікарської таємниці в медсестринській діяльності.*

Матеріали і методи. *У роботі було використано соціологічний метод дослідження. В результаті проведеного анонімного опитування був встановлений недостатній рівень поінформованості медичних сестер про особливості збереження лікарської таємниці. Більшість опитаних респондентів вважають за необхідне покращити свої знання з даного питання. Адже основними причинами порушення лікарської таємниці, на думку опитаних медичних сестер, є незнання законодавства й нерозуміння тієї шкоди, якої можна завдати, порушуючи право пацієнта на конфіденційність.*

Таким чином, вагоме значення відіграє підвищення рівня знань медичних працівників про основні проблеми збереження лікарської таємниці. Необхідність роз'яснення даного питання пояснюється тим, що кожен, хто працює у лікувально-профілактичних закладах, майже щодня зіштовхується з відомостями про пацієнта, про його сімейне та інтимне життя.

Ключові слова: *лікарська таємниця, медична таємниця, об'єкти лікарської таємниці, суб'єкти лікарської таємниці.*

Актуальність теми. Практично кожна людина хоча б раз у житті звертається за медичною допомогою, і напевно, більшість пацієнтів зацікавлена у збереженні в таємниці відомостей про стан свого здоров'я, факту звернення за медичною допомогою, поставлений діагноз тощо.

Питання збереження медичними працівниками лікарської таємниці відоме вже давно. Ще за часів Гіппократа лікарі присягалися: «Щоб при лікуванні — а також і без лікування — я не побачив і не почув про життя людини, чого не слід коли-небудь розголошувати, я мовчатиму, вважаючи такі речі таємницею» [7, с. 135].

Особлива роль в збереженні лікарської таємниці належить середнім медичним працівникам, оскільки саме вони постійно перебувають у взаємодії з

пацієнтом. Під час їх співпраці медичний працівник дізнається не лише про стан здоров'я пацієнта, але й про його особисте життя. Тому він має пам'ятати про право пацієнта на збереження в таємниці всіх особистих даних.

Мета дослідження. Визначити значення збереження лікарської таємниці в медсестринській діяльності та рівень знань медичних сестер з даного питання.

Матеріали та методи. Для досягнення мети використано соціологічний метод дослідження, метод аналізу та узагальнення. Дослідження проводилося у КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства».

Результати та їх обговорення.

В Україні питання збереження лікарської таємниці регулюється низкою нормативно-правових актів, основними з яких є Конституція України, Цивільний та Кримінальний кодекси України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII тощо [1, с. 11; 4, с. 19].

Зміст лікарської таємниці розкриває стаття 40 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Відповідно до цієї статті медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

Таким чином, основними об'єктами лікарської таємниці є:

1. Відомості про стан здоров'я пацієнта (наявність у особи психічного розладу, лікування у психіатричному закладі, перебування у психо-неврологічних закладах для соціального захисту або спеціального навчання, інші відомості про стан психічного здоров'я).
2. Відомості про хворобу.
3. Відомості про діагноз.
4. Відомості, одержані при медичному обстеженні (зараження особи інфекційною хворобою, що передається статевим шляхом, проведення медичного огляду і обстеження з цього приводу, дані інтимного характеру, дані про наявність або відсутність ВІЛ-інфекції).
5. Відомості про факт звернення за медичною допомогою (звернення за психіатричною допомогою).
6. Відомості про огляд та його результати.
7. Відомості про методи лікування.
8. Відомості про інтимну і сімейну сторони життя [7, с. 135-136].

У науковій літературі багато авторів вважають доцільним використання терміна не «лікарська», а «медична таємниця», адже суб'єктами збереження лікарської таємниці є не тільки безпосередньо лікуючий лікар, а всі медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя пацієнта [1. с. 12; 5, с. 202].

Отже, до основних суб'єктів збереження лікарської таємниці належать:

1. Особи з вищою медичною або фармацевтичною освітою (лікарі, провізори).
2. Особи із середньою медичною або фармацевтичною освітою (фельдшери, медичні сестри, фармацевти).
3. Молодший медичний персонал (санітари, няньки).
4. Особи, що навчаються (студенти вищих та середніх медичних закладів освіти).
5. Немедичний персонал лікувально-профілактичної установи (працівники кадрових, юридичних, фінансових, господарських служб таін.).
6. Працівники страхових організацій.

7. Посадові особи органів управління охорони здоров'я (головні лікарі, керівники структурних підрозділів міністерства та ін.).

8. Співробітники судових і правоохоронних органів, яким інформація, що становить лікарську таємницю, стала відомою в силу професійних обов'язків [5, с. 218; 7, с. 136-137].

Проте, якщо проаналізувати норми різних нормативних актів, можна зробити висновок, що існують випадки, за яких лікарська таємниця може бути розголошена без згоди особи чи її законних представників. Наприклад:

1. У статті 32 Конституції України йдеться про те, що не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини.

2. Відповідно до частини другої статті 39 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я» батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини (до 18 років) або підопічного (недієздатної особи).

3. Головні державні санітарні лікарі (їх заступники) зобов'язані вносити власникам підприємств, установ, організацій або уповноваженим ними органам подання про відсторонення від роботи або іншої діяльності осіб, які є носіями збудників інфекційних захворювань, хворих на небезпечні для оточуючих інфекційні хвороби, або осіб, які були в контакті з такими хворими, а також осіб, які ухиляються від обов'язкового медичного огляду або щеплення проти інфекцій, перелік яких встановлюється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Підприємства, установи, організації зобов'язані в такому випадку усунути їх від роботи, навчання, відвідування дошкільних закладів (Закони України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24 лютого 1994 р. № 4004-XII та «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6 квітня 2000 р. № 1645-III).

4. Допускається передача відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника для:

- організації надання особі, яка страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги;
- провадження досудового розслідування або судового розгляду за письмовим запитом слідчого, прокурора та суду (ст. 6 Закону України «Про психіатричну допомогу» від 22 лютого 2000 р. № 1489-III).

5. Медичний працівник, який виявив захворювання на туберкульоз, зобов'язаний повідомити про це головному державному санітарному лікарю відповідної адміністративної території та районному/міському фтизіатру за місцем виявлення випадку хвороби (частина восьма ст. 9 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» від 5 липня 2001 р. № 2586-III).

6. Розкриття медичним працівником відомостей про позитивний ВІЛ- статус особи партнеру (партнерам) дозволяється, якщо людина, яка живе з ВІЛ, звернеться до медичного працівника з відповідним письмово підтвердженим проханням або ж людина, яка живе з ВІЛ, померла, втратила свідомість або існує ймовірність того, що вона не опритомніє та не відновить свою здатність надавати усвідомлену інформовану згоду (ст. 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» від 12.12.1991 № 1972-XII). Законом передбачені і інші випадки, за яких лікарська таємниця може бути розкрита без згоди особи чи її законних представників [5, с. 221-223; 6, с. 318-320].

За незаконне розголошення відомостей, що становлять об'єкт

лікарської таємниці, чинним законодавством України передбачена, зокрема, кримінальна відповідальність. Так, відповідно до ст. 145 Кримінального кодексу України від 5 квітня 2001 р. № 2341-ІІІ **у**мисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки, - карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або виправними роботами на строк до двох років [1, с. 15; 2, с.254].

У зв'язку із виконанням своїх професійних обов'язків саме медична сестра більшу частину свого робочого часу перебуває з пацієнтами, вона в будь-який час дня і ночі спостерігає за їх станом здоров'я, здійснює догляд, виконує призначення лікаря, допомагає та підтримує їх. Уже в самій назві посади «медична сестра», а в минулому – «сестра милосердя» закладені високі моральні якості та потреба допомагати людям. Будучи серед медичного персоналу найближчою для пацієнта особою, якій хворий довіряє своє життя та здоров'я, медична сестра своїми знаннями й майстерністю, участю в його переживаннях і уважністю при виконанні лікарських призначень, проявом гуманізму та усвідомленим виконанням професійного обов'язку вносить неоціненний вклад у відновлення здоров'я пацієнта [3, с. 22].

Саме тому одним із найважливіших обов'язків медичної сестри є нерозголошення відомостей, що є об'єктом лікарської таємниці.

Студенти четвертого курсу відділення «Сестринська справа» Житомирського інституту медсестринства при проходженні переддипломної практики в лікувально-профілактичних закладах Житомирської області провели анонімне опитування серед медичних сестер на знання особливостей збереження лікарської таємниці. Загальна кількість респондентів становила 120 осіб. Для цього авторами були розроблені анкети анонімного опитування, які включали питання про основні аспекти лікарської таємниці.

Таблиця 1

Результати проведеного анонімного опитування

1. Які відомості, на Вашу думку, складають об'єкт лікарської таємниці?	
а) про стан здоров'я пацієнта та діагноз;	2 %
б) про стан здоров'я пацієнта; про хворобу; діагноз; відомості, одержані при медичному обстеженні; про огляд та його результати; методи лікування; про факт звернення за медичною допомогою;	30,5 %
в) про стан здоров'я пацієнта; про хворобу; діагноз; відомості, одержані при медичному обстеженні; про огляд та його результати; методи лікування; про факт звернення за медичною допомогою; відомості про інтимну і сімейну сторони життя пацієнта.	67,5 %
2. Хто, на Вашу думку, є суб'єктами збереження лікарської таємниці?	
а) лише лікарі;	0 %
б) лікарі та особи із середньою медичною або фармацевтичною освітою (фельдшери, медичні сестри, фармацевти);	82 %
в) лікарі, особи із середньою медичною або фармацевтичною освітою (фельдшери, медичні сестри, фармацевти), молодший медичний персонал, студенти вищих та середніх медичних закладів освіти, немедичний персонал лікувально-профілактичної установи, та інші особи, яким інформація, що становить лікарську таємницю, стала відомою в силу професійних обов'язків.	18 %

3. Чи знаєте Ви про випадки, за яких лікарська таємниця може бути розголошена без згоди пацієнта чи його законного представника?	
а) так;	28,5 %
б) ні;	71,5 %
в) важко відповісти.	0 %
4. Чи траплялися випадки розголошення відомостей, що складають об'єкт лікарської таємниці в медичних закладах, де Ви працюєте?	
а) так;	41,5 %
б) ні;	43 %
в) важко відповісти.	15,5 %
5. Чи Ви колись обговорювали своїх пацієнтів зі своїми колегами, родичами та друзями?	
а) так;	20 %
б) ні;	39,5 %
в) важко відповісти.	40,5 %
6. Чи відомі Вам випадки конфліктних ситуацій з пацієнтами або їхніми родичами через порушення права на конфіденційність?	
а) так;	0 %
б) ні;	100 %
в) важко відповісти.	0 %
7. На Вашу думку, що може бути причиною незаконного розголошення відомостей, які складають об'єкт лікарської таємниці?	
а) незнання законодавства;	34 %
б) нерозуміння тієї шкоди, якої можна завдати порушуючи право на конфіденційність;	38,5 %
в) недбале ставлення до своїх професійних обов'язків;	27,5 %
г) Ваш варіант.	0 %
8. Як Ви можете оцінити Ваш рівень знань з питань збереження лікарської таємниці?	
а) високий;	10,5 %
б) середній;	89,5 %
в) початковий.	0 %
9. Чи вважаєте Ви за необхідне покращити свої знання з питань збереження лікарської таємниці?	
а) так;	86 %
б) ні.	14 %

В результаті дослідження був встановлений недостатній рівень поінформованості медичних сестер про особливості збереження лікарської таємниці. Про це свідчить, що лише 67,5% респондентів правильно визначили відомості, що становлять об'єкт лікарської таємниці. Переважна більшість опитуваних (82%) до суб'єктів, які зобов'язані зберігати лікарську таємницю віднесли лише лікарів і осіб із середньою медичною або фармацевтичною освітою (фельдшерів, медичних сестер, фармацевтів). За даними опитування 71,5% респондентів не володіють інформацією

стосовно випадків правомірного розголошення лікарської таємниці.

Майже половина (41,5 %) медичних сестер вказали, що в медичних закладах, де вони працюють, траплялися випадки розголошення відомостей, що складають лікарську таємницю. Кожна п'ята медична сестра зізналася, що обговорювала своїх пацієнтів зі своїми колегами, родичами та друзями. Однак, жоден з респондентів не зміг згадати випадків конфліктних ситуацій з пацієнтами або їхніми родичами

через порушення права на конфіденційність.

Серед можливих причин порушення лікарської таємниці 38,5% опитуваних віднесли нерозуміння тієї шкоди, якої можна завдати порушуючи право на конфіденційність, 34 % - незнання законодавства, 27, 5% - недбале ставлення до своїх професійних обов'язків.

У той же час, 10,5 % опитаних оцінюють власний рівень знань з питань лікарської таємниці як високий, решта оцінили свої знання на рівні достатнього. 86 % респондентів вважають за необхідне покращити свої знання з даного питання, і лише 14 % вказали, що не мають в цьому потреби.

Висновки та перспективи подальших досліджень.

Таким чином, вкрай важливо здійснювати регулярне підвищення правової інформованості та грамотності медичних сестер стосовно особливостей збереження лікарської таємниці. Це можна зробити шляхом огляду юридичних питань на медсестринських конференціях, семінарах тощо. При прийнятті на роботу та в процесі трудової діяльності необхідно регулярно інформувати середній медичний персонал не лише про їх посадові обов'язки, а й про медико-правові аспекти лікарської таємниці.

Медичній сестрі, через специфіку її роботи, пацієнти довіряють таємниці не лише своєї хвороби, а й особистого та навіть інтимного життя. Адже саме вона проводять із хворими більше часу, ніж лікарі й обслуговуючий персонал. Тому вкрай важливо завжди пам'ятати про свій обов'язок не розголошувати відомості, що є об'єктом лікарської таємниці.

Людина, яка свідомо обирає медицину повинна розуміти, що головним її пріоритетом на протязі всього професійного шляху має бути дотримання головної істини, сказаної Гіппократом: «Не нашкодь». Адже історія знає багато випадків, коли розголошення лікарської таємниці призводило до фатальних наслідків: осуд соціуму, самотність, депресія, самогубство. Тому перспективи подальших досліджень полягають у пошуку шляхів підвищення знань медичних працівників з даного питання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабич О. Лікарська таємниця // Управління закладом охорони здоров'я. – 2012. - № 4. – С. 11 – 16.
2. Братанюк Л. Є. Основи права і законодавства в охороні здоров'я: підручник. 2-ге видання, виправлене. - К.: Медицина, 2011. - 544 с.
3. Касевич Н. М. Медсестринська етика і деонтологія: підручник. – К.: Медицина, 2009. – 200 с.
4. Кубанський С. А. Правове регулювання збереження та надання інформації про пацієнта // Управління закладом охорони здоров'я. – 2010. - № 6. – С. 19 – 25.
5. Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Сенюта І. А.. Медичне право України: Підручник/ За заг. ред. д.ю.н., проф.. С. Г. Стеценка. – К.: Всеукраїнська асоціація видавців « Правова єдність», 2008. - 507 с.
6. Судова медицина. Медичне законодавство: підручник: у 2 кн. / М. В. Банчук, В. Ф. Москаленко, Б. В. Михайличенко та ін.; за ред. акад. НАМА України, проф. В. Ф. Москаленка, проф. Б. В. Михайличенка. – 2-е вид., виправл. – Кн. 2: Медичне законодавство: правова регламентація лікарської діяльності. – К.: ВСВ «Медицина», 2012. – 496 с.
7. Хміль І. Ю. Законодавче забезпечення лікарської діяльності: навч. посіб./ І. Ю. Хміль, Б. В. Михайличенко, О. І. Артеменко. – К.: ВСВ «Медицина», 2010. – 208 с.

ЛІКАРСЬКА ТАЄМНИЦЯ В МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Жовнерчук В.Р.
Голумбевська М. В.
КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»

***Резюме**. Одним из основных обязанностей медицинских работников является сохранение в тайне сведений о пациенте, полученных при выполнении своих профессиональных обязанностей. Вопрос сохранения врачебной тайны - это один из проблемных аспектов отношений между медицинским работником и пациентом.*

Доверившись медицинскому работнику, пациент имеет не только юридическое, но и моральное право на внимание к своей личности, на сохранение его тайны. Право пациента на сохранение врачебной тайны предусматривает неразглашение сведений не только о диагнозе, но и о факте обращения за медицинской помощью и других сведений, полученных при медицинском обследовании. Эти сведения могут касаться как физического состояния лица, так и его личной и интимной жизни. Конфиденциальность такой информации установлена для обеспечения неприкосновенности частной жизни пациента, защиты экономических интересов, предупреждение случаев возможного нанесения вреда пациенту, его родственникам, третьим лицам в результате разглашения сведений о состоянии здоровья человека, его обследование или лечение.

***Цель.** Кроме врачей, к основным субъектам сохранения врачебной тайны относятся и медицинские сестры, ведь они проводят с пациентами большую часть своего рабочего времени. Именно поэтому в данной статье основное внимание уделяется определению места и значимости сохранения врачебной тайны в медсестринской деятельности.*

***Материалы и методы.** В работе был использован социологический метод исследования. В результате проведенного анонимного опроса был установлен недостаточный уровень осведомленности медицинских сестер об особенностях*

MEDICAL CONFIDENTIALITY IN NURSING ACTIVITIES

Zhovnerchuk V. R.
Holumbevska M. V.
Zhytomyr Nursing Institute

***Abstract.** One of the main responsibilities of medical professionals is to keep in secret the information about the patient during the performance of their professional duties. Issues of persevering patient confidentiality are one of the challenges in the relationships between the healthcare professional and the patient.*

Having put his/her trust in a medical professional, a patient has not only legal, but also moral right to attention to his/her personality, to preservation of his/her privacy. The right of a patient to the preservation of medical confidentiality provides non-disclosure of information not only about the diagnosis, but also about the fact of seeking medical assistance and other information obtained during the medical examination. This information may be relevant to both the physical condition of the person and his/her privacy and intimacy. Confidentiality of this information is established in order to ensure patient privacy, protect economic interests, prevent the occurrence of possible harm to the patient, his/her relatives and third parties as a result of disclosing information about the health of the person, his/her examination or treatment.

***Objective.** Besides physicians, the main subjects of preserving medical confidentiality are also nurses, because they spend most of their working time with patients. That is why this article mainly focuses on the definition of the place and importance of preserving medical confidentiality in nursing activities.*

***Materials and Methods.** The sociological method of investigation has been used in the article. As a result of an anonymous survey, an insufficient awareness of nurses about the special aspects of preserving medical confidentiality has been determined. Most of the respondents consider it necessary to improve their knowledge on this issue. Indeed, according to the interviewed nurses, the main causes of violations of medical confidentiality are the lack of knowledge in legislation and misunderstanding of the damage which can be caused by violating the patient's right to privacy.*

сохранения врачебной тайны. Большинство опрошенных респондентов считают необходимым улучшить свои знания по данному вопросу. Ведь основными причинами нарушения врачебной тайны, по мнению опрошенных медицинских сестер, является незнание законодательства и непонимание того ущерба, который можно нанести, нарушая право пациента на конфиденциальность.

Таким образом, большое значение играет повышение уровня знаний медицинских работников об основных проблемах сохранения врачебной тайны. Необходимость разъяснения данного вопроса объясняется тем, что каждый, кто работает в лечебно-профилактических учреждениях, почти ежедневно сталкивается со сведениями о пациенте, о его семейной и интимной жизни.

Ключевые слова: *врачебная тайна, медицинская тайна, объекты врачебной тайны, субъекты врачебной тайны.*

Thus, increasing health workers' knowledge about the basic problem of preserving medical confidentiality is extremely important. The need to clarify this issue is explained by the fact that almost every day everyone, who works in a medical and preventive treatment institution, encounters with information about the patient, his/her family life and intimacy.

Key words: *doctor-patient confidentiality, medical confidentiality, objects of confidentiality, subjects of confidentiality.*

Рецензент: доктор медичних наук В.О. Заболотнов

УДК 614.253,52: 616-082

ВИЗНАЧАЛЬНІ СКЛАДОВІ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ПЕРСПЕКТИВНІ ПІДХОДИ ДО ЇЇ УДОСКОНАЛЕННЯ

Свиридюк В.З.
КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»

Резюме. *Однією з головних цілей реформи охорони здоров'я є поліпшення якості медичної допомоги*

Медицина – наука, мистецтво і професійна діяльність водночас. Особливістю професійної діяльності медичних працівників є надання ними медичної допомоги як різновиду послуг. Якість товарів, послуг, освіти залежить від компетентності і прикладених зусиль виробника. У свою чергу, компетентність грунтується на знаннях і практичному досвіді, а зусилля (напружена праця) зумовлені мотивацією. Здоров'я населення – найважливіший показник соціально-культурного розвитку суспільства і ефективного державного управління в цілому. Тому роль держави у забезпеченні якості медичної допомоги є провідною в економічно розвинених країнах світу. Першим, необхідним і ефективним кроком на шляху підвищення якості надання медичної допомоги в Україні є закупівля в необхідних обсягах сучасної діагностичної і лікувальної апаратури, навчання лікарів і медичних сестер практичним навичкам роботи на цих апаратах і підвищення зарплати лікарям і молодшим медичним спеціалістам з медичною освітою хоча б до рівня середньої заробітної плати в державі. В подальшому рівень державного фінасування галузі повинен становити 10-12% від валового національного продукту. Необхідною умовою досягнення прийнятного рівня освіти є поєднання навчальння з науковими дослідженнями та оволодіння студентами науковою комунікативною компетентністю, що неможливо без досконалого знання англійської мови. Особливого значення набуває вихід університетських наукових досліджень на міжнародний рівень якості. Це не лише участь у міжнародних наукових форумах, а головним чином, отримання грантів на наукові дослідження від Євросоюзу та інших міжнародних фондів, продаж ліцензій на винаходи, ноу-хау та на інші об'єкти інтелектуальної власності. Дієвим засобом підвищення якості освіти є незалежний тестовий контроль знань за участі роботодавців і професійних асоціацій. Тестовий контроль знань під час навчання в медичних університетах повинен розвиватись і удосконалюватись у тому напрямку, щоб в перспективі перейти на міжнародні комп'ютерні тести англійською мовою.

Висновки. *Для забезпечення якості медичної допомоги необхідно збільшити рівень державного фінансування до 10-12% від валового національного продукту та підвищити якість медичної освіти. Лише тоді, коли випускники наших університетів зможуть без особливих труднощів підтверджувати (нострифікувати) свій диплом у будь-якій країні світу, проблема якості освіти може вважатися вирішеною.*

Ключові слова: *якість медичної допомоги, якість освіти.*

Nil sine magno vita labore dedit mortalibus.
(Життя нічого не дає людям без великої праці).

Вступ. Однією з головних цілей реформи охорони здоров'я є поліпшення якості медичної допомоги. На рівень якості впливає значне число чинників. Однак існуюча на сьогодні в Україні система управління якістю медичної допомоги більшість з них не враховує, тому потребує істотного удосконалення [2, 4, 9, 10-12].

Мета роботи – теоретичний аналіз складових якості медичної допомоги та перспективних підходів до її поліпшення.

Матеріали і методи дослідження. Для досягнення мети використано методи системного аналізу, логічного узагальнення та концептуального моделювання.

Результати та їх обговорення. Якість — філософське поняття, що пройшло тривалий історіогенез. В Арістотелівській логіці якість — одна з 10 категорій, на які Арістотель поділив всю реальність. Як одна з таких категорій, якість це — характеристика, що вказує, якою є річ чи явище. Відповідає на запитання: «Якого гатунку є річ, наприклад: красива, потворна, корисна, шкідлива, досконала, недолуга тощо?» [1, 3].

Поступово в поняття якості стали вкладати сенс досконалості як відповідності своєму призначенню . Досконаліть як втілення найвищої якості навіть призвело до виникнення нового напрямку в філософії - перфексіонізму. Перфексіоні́зм (від фр. perfection - вдосконалення) - переконаність у тому, що вдосконалення, як власної особистості, так і оточення, є тією метою, до якої має прагнути людина. До прихильників перфекціонізму можна віднести Г.В.Лейбніца, Е.Шефтсбері, М.А.Кондорсе, Х.Вольфа, І.Канта, В.Паулі та інших вчених [1, 3, 14, 15]. .

На сучасному етапі розвитку людства під перфексіонізмом, зазвичай, розуміють досягнення найвищої якості товарів і послуг. До середини минулого століття вважали, що для успішного розвитку суспільства достатньо, щоб товарів і послуг було багато і, щоб вони були дешевими. Згодом стало очевидним, що в умовах ринкової економіки конкурують не ціни, а якість - 80% покупців звертають увагу в першу чергу на якість продукції. Таким чином, конкурентоспроможною могла стати лише продукція, яка мала, при інших рівних умовах, меншу собівартість і вищу якість [6].

У 1982 р. в США, була видана книга Едварда Демінга «Якість, продуктивність, конкурентоспроможність», в якій автор виклав концепцію постійного підвищення якості продукції у вигляді знаменитих постулатів, які у класичному варіанті стосовно товарного виробництва мають вигляд «петлі якості», рис. 1.

Як бачимо, на якість товарної продукції впливає чимало чинників, які діють, як на окремих етапах життєвого циклу продукції, так і на кількох. Всі чинники умовно можна об’єднані в 4 групи: технічні, організаційні, економічні і суб’єктивні.

Забезпечення якості товарної продукції і послуг привело до виникнення таких наук і галузей людської діяльності як: метрологія, стандартизація, сертифікація, менеджмент, аудит тощо.

Міжнародною організацією зі стандартизації ІСО прийняте таке визначення якості : «Якість - сукупність характеристик об 'єкта, що відносяться до його здатності задовольняти встановлені та передбачувані потреби ». Систе́ма забезпечення я́кості — сукупність взаємопов'язаних та взаємодіючих елементів організаційної структури, визначених механізмів відповідальності, повноважень та процедур організації, а також процесів та ресурсів, які забезпечують здійснення загального керівництва якістю та її відповідність встановленим вимогам.

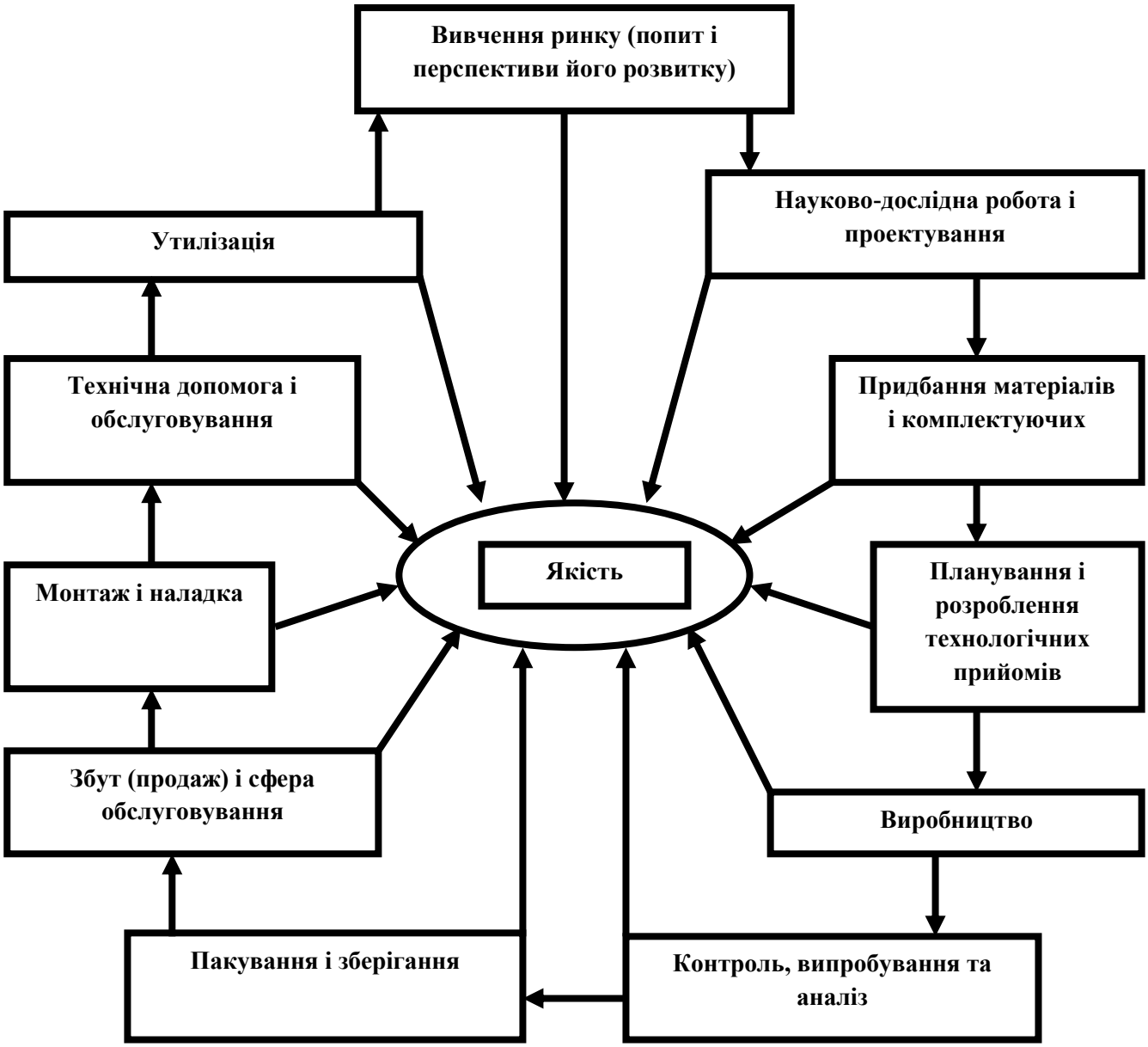


Рис. 1. «Петля якості» або етапи забезпечення якості у товарному виробництві

У схемі Е. Демінга відсутній такий показник забезпечення якості товарів як кваліфікація персоналу. Якщо для забезпечення високої якості товарів певний (достатній) рівень кваліфікації інженерів, робітників та менеджерів є само собою зрозумілим, то при наданні послуг рівень кваліфікації персоналу є визначальним.

По́слуги — це дії, результат яких споживається в процесі їх надання. Вони становлять собою діяльність індивіда на користь іншої особи. Особливістю послуги є збіг у часі та в просторі процесів виробництва, реалізації і споживання товарної вартості послуги [5].

Медицина – наука, мистецтво і професійна діяльність водночас. Особливістю професійної діяльності медичних працівників є надання ними медичної допомоги як різновиду послуг. За визначенням ВООЗ, система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто їх найбільш потребує та характеризуватися високою якістю медичних послуг.

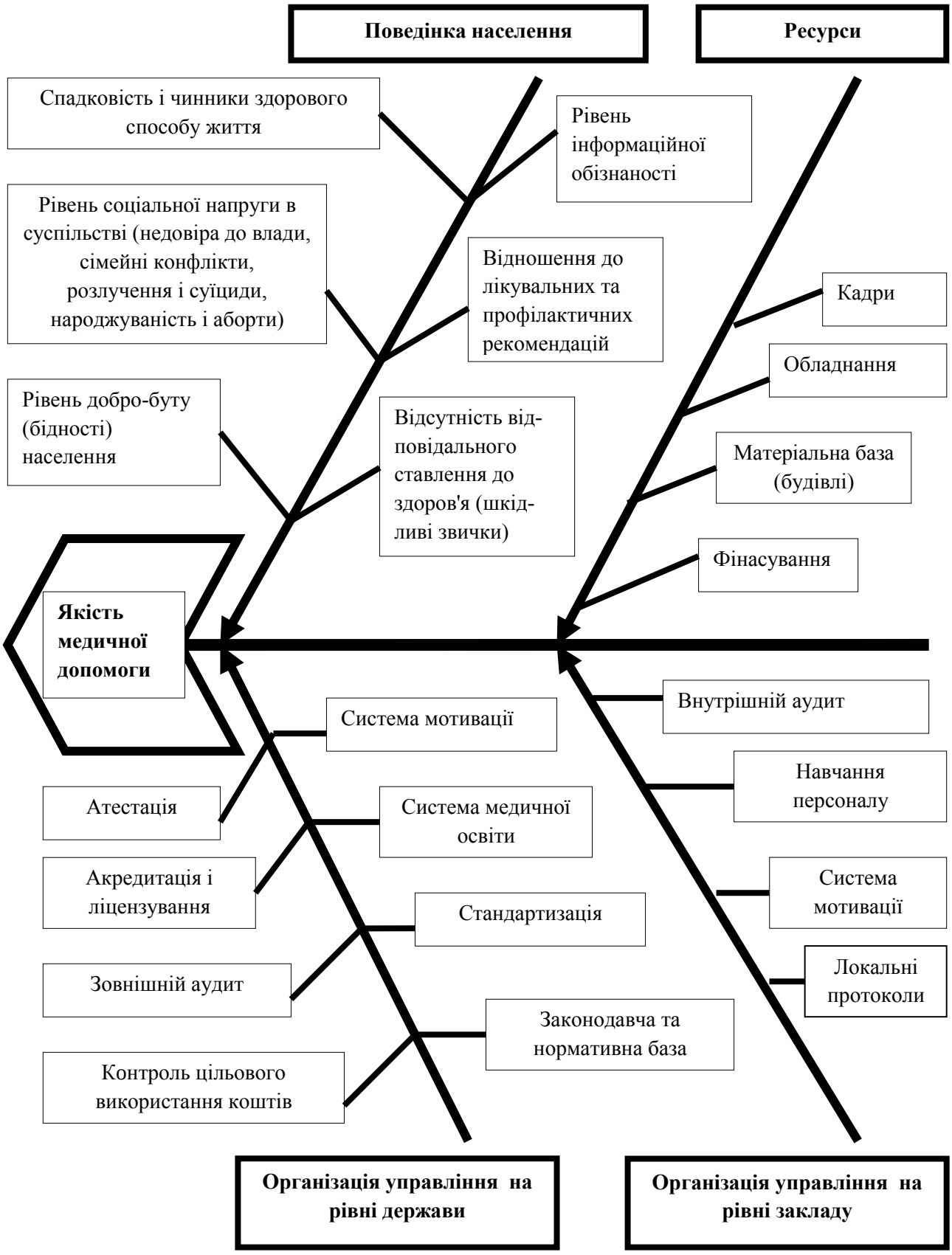


Рис. 2. Чинники забезпечення якості в медичній галузі

Аналіз досвіду інших країн, які досягли значних успіхів у забезпеченні якості медичної допомоги, показав, що ключ до успіху - у зменшенні фінансового тиску на медичні заклади і в підвищенні якості медичної освіти. . Що таке фінансовий тиск, зрозуміло всім. Для збереження досягнутого рівня медичної допомоги частка витрат на медицину від валового національного продукту повинна становити 6-8%. Для забезпечення розвитку галузі – 8-12%. В Україні впродовж 24 років незалежності вона становила 2,9%-3,1%. Звісно, що за такого рівня державного фінансування забезпечується лише поступова деградація галузі.

Окрім фінансового забезпечення існують ще низка чинників, які істотно впливають на якість медичної допомоги.

На рис. 2 чинники якості медичної допомоги представлені у вигляді діаграми Ісікави – «скелета риби» [11].

Більшість чинників, що мають вплив на якість медичної допомоги умовно можна поділити на 4 групи: поведінка населення, ресурси, управління (менеджмент + законодавча база) на рівні держави і управління якістю на рівні закладу охорони здоров'я. Деякі з них мають визначальне значення, наприклад: рівень соціальної напруги в суспільстві: недовіра до влади, сімейні конфлікти, кількість розлучень і суїцидів; народжуваність і аборти, рівень добробуту (бідності) населення, шкідливі звички тощо.

Однак незалежно від рівня добробуту і довіри до влади (соціальної справедливості), на які в умовах глобалізації, тобто, вибудованої на сьогодні могутньої системи міжнародного визискування бідних країн багатими, існують чинники, на які можна впливати на національному рівні.

На рис. 3 представлено схему забезпечення якості в будь-якій галузі людської діяльності, у тому числі і в медицині.

Ключовими чинниками забезпечення якості виступають **компетентність** і **зусилля**. У свою чергу, компетентність базується на **освіті** і **досвіді.** Компетентність являє собою синтез знань та умінь їх застосування в практичній діяльності. Досвід - це комплекс знань і навичок, придбаних у процесах практичної діяльності, методом проб і помилок, оцінок та усвідомлення успіху, аналізу промахів і недоліків.

Освоєння досвіду починається та реалізується в навчальному процесі. Для цього призначені спеціальні форми навчальних занять типу обговорення ситуацій, ділових ігор, проектування функціональних систем. На засвоєння досвіду працює також і проведення спеціалізованих практик. Від розвиненості й ефективності цих форм занять у навчальному процесі залежить надбання досвіду. Але зазвичай завершення й оформлення цього процесу здійснюється у практичній діяльності. Велике значення має поєднання та узгодження досвіду та знань. Адже часто буває, що вони існують як би самі по собі. Знання не освоюються з позицій їх ефективного практичного використання, а досвід вибудовується на ігноруванні самої потреби у глибоких знаннях.

Зусилля передбачає напружену працю, тому що якісний продукт не можна створити, якісну освіту не можна отримати, якісну послугу не можна надати, не докладаючи певних зусиль. В умовах ринкової економіки нічого конкурентоспроможного не можна створити без докладання значного зусилля, без напруженої праці. Завданням держави є захист громадян і створення таких умов, щоб громадяни багато і з задоволенням працювали. Але це – в ідеалі. Ринкова економіка не створює ідеальних умов для працівників, навпаки для ринкової економіки притаманна жорстка конкуренція і, як наслідок, експлуатація найманої праці, тому в сучасних умовах нічого конкурентоспроможного (якісного) не можна створити без докладання значних зусиль, без напруженої праці. Напружена праця можлива лише за відповідної **мотивації.** Зусилля базується

на мотивації, яка буває **зовнішньою** і **внутрішньою.**

Зовнішня мотивація, у свою чергу, також може бути також різною. Коли мова заходить про забезпечення якості, більшість дослідників традиційно пов'язує процес забезпечення якості із належним **контролем**. Однак, суворий контроль необхідний не завжди, а лише при змушуванні до напруженої праці (адміністративному тиску) та при такому різновиді зовнішнішньої мотивації як необхідність **задоволення насущних потреб**. Щодо задоволення насущних потреб, то згадаймо Миколу Некрасова: «Есть в мире царь. Этот царь беспощаден. Голод - названье ему». Для того, щоб жити людина повинна мати джерело існування. Якщо джерелом існування виступає праця, яка є неприємним, обтяжливим обов′язком для працівника, лише ефективний контроль може забезпечити якість такої праці.

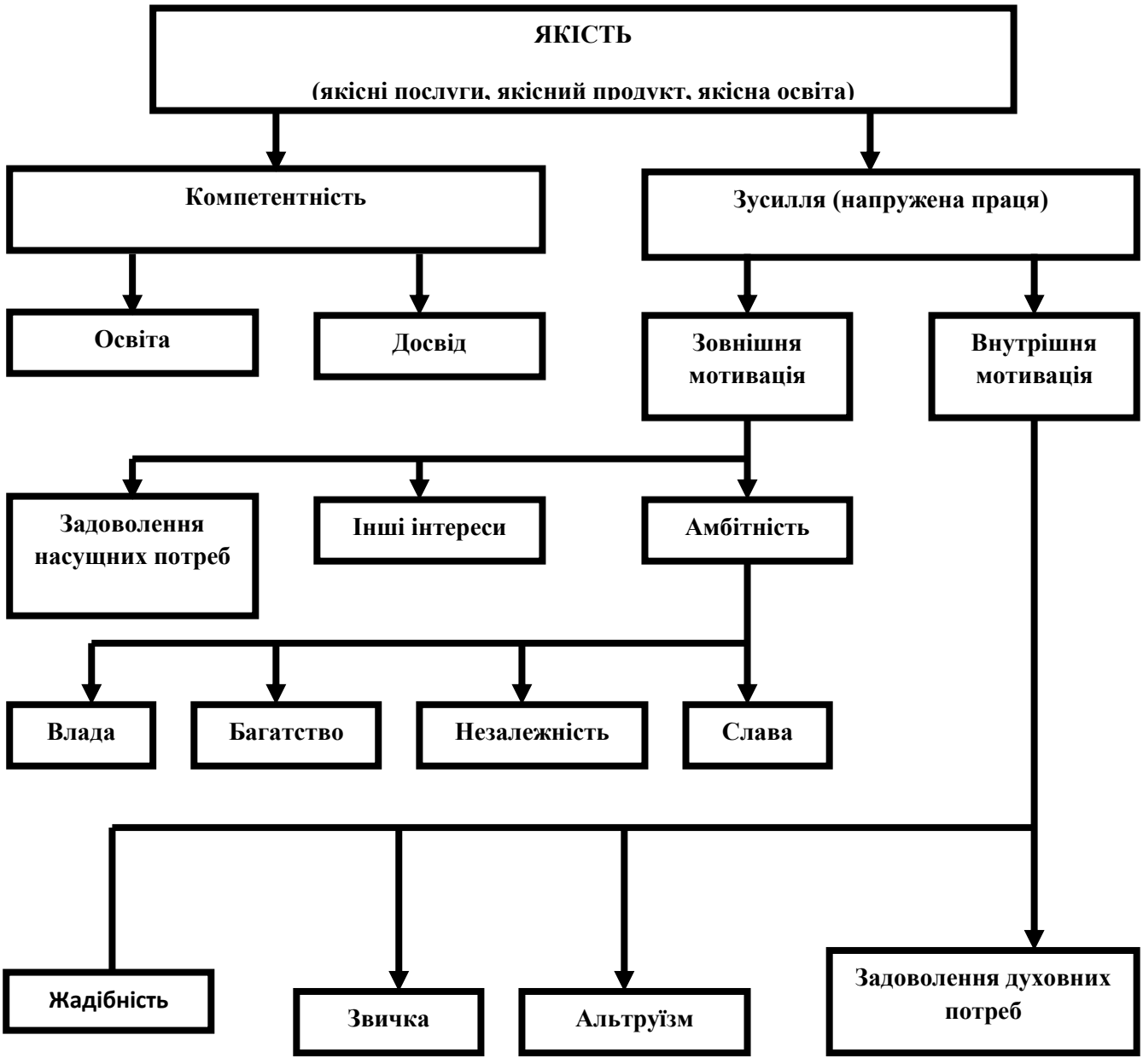


Рис. 3. Схема забезпечення якості

Крім задоволення насущних потреб, зовнішня мотивація може бути зумовлена **іншими інтересами.** Частина працівників ходить на роботу заради розваги, щоб не нудьгувати. Ця когорта в медичній галузі не чисельна і істотного впливу на якість не справляє.

Обидві вищезгадувані складові зовнішньої мотивації (задоволення насущних потреб і розвага), значно поступаються третьому різновиду зовнішньої мотивації - **амбітності.** Амбітність – це, в першу чергу, кар'єрний ріст, який прокладає шлях до **влади**, і є, якщо не передумовою, то одним із можливих шляхів до **багатства, незалежності і слави.**

Виділяють наступні професійно важливі якості амбітної особистості: розвиненість волі, наполегливість, ініціативність, цілеспрямованість, рішучість і самостійність. Для багатьох амбітних особистостей досягнення незалежності від людей і обставин є сенсом життя.

Зовнішня мотивація на сьогодні є основою забезпечення якості. Однак частина працівників напружено працює і докладає зусиль не через зовнішні мотиви, а **через внутрішнє спонукання.**

Не найкращим і, можливо, не досить дієвим стосовно забезпечення якості різновидом внутрішьої мотивації до напруженої праці є **жадібність.** Жадібна людина здатна багато і напружено працювати заради особистого збагачення. Зазвичай, жадібність для таких працівників не забезпечує мети. Скупий платить двічі. А для суспільства зусилля жадібного працівника лише тоді корисні, коли забезпечено ефективний контроль за якістю товарів і послуг, які такий працівник виробляє чи надає. В медичній галузі, де забезпечити ефективний контроль за якістю медичних послуг досить трудно, від таких працівників окрім шкоди, ніякої користі немає.

Чимало працівників напружено трудяться за **звичкою.** Це - категорія так званих трудоголіків. Їх у нашому суспільстві небагато. Але працюють вони багато, напружено й ефективно не заради кар'єри, слави чи грошей, а за внутрішньою потребою до праці, яка стала звичною, і результати якої, як і сам процес, приносять їм задоволення.

Існує також категорія людей, яким приносить задоволення робити людям добро. Для цього вони згідні багато працювати. Це – **альтруїсти**. Їх у нашому суспільстві ще менше, ніж трудоголіків.

Більшість же серед тих, хто напружено працює керуючись **внутрішньою мотивацією,** становлять творчі особистості, які працюють для задоволення **внутрішніх духовних потреб.** Їх чимало серед науковців, однак і в практичній охороні здоров'я чимало лікарів і медичних сестер самовіддано працюють, керуючись високими моральними принципами. Зазвичай, ця категорія працівників створює найкращі зразки якісного продукту.

Звісно, схема складових якості товарів, послуг та освіти представлена на рис. 3 досить формальна. У кожній галузі діяльності є визначальні і другорядні складові і чинники забезпечення якості, притаманні певній галузі

Від чого залежить якість в медицині? Від ефективності лікування кожного із захворювань на всіх рівнях і на всіх етапах (від профілактики до реабілітації). У свою чергу ефективність залежить від кваліфікації медперсоналу та від організації лікувально-діагностичного процесу [4].

Кваліфікація нашого медичного персоналу низька. Комп'ютерні тести для студентів медичних факультетів університетів Північної Америки та Євросоюзу «не по зубах» не лише нашим студентам, але й практикуючим лікарям і, навіть, викладачам. По іншому і бути не може, оскільки ми більше, ніж на 50 років відстали у технічному оснащенні галузі. Ціла низка термінів і показників стосовно сучасних методів діагностики і лікування нашим фахівцям невідома, оскільки вони ніколи не бачили сучасних апаратів візуалізації, моніторингу, догляду за пацієнтами, автоматизації і роботизації

робочих місць лікаря і медсестри. Відповідно, ні лікарі, ні медсестри не вміють на такій апаратурі працювати. Для прикладу, ми продовжуємо навчати лікарів і медичних сестер, що для профілактики пролежнів необхідно кожних 5 хвилин змінювати положення тіла пацієнта, а медичні сестри країн Євросоюзу освоюють практичні навички використання з цією метою «ліжка сухої невагомості», принцип дії якого полягає в тому, що лежачий пацієнт «плаває» у концентрованому сольовому розчині на кшталт води з Мертвого моря, де тіло людини не тоне, обгорнутий знизу і з боків еластичною водонепрникною плівкою, яка рівномірно розподіляє тиск на тканини його тіла на велику площу контакту. Температура розчину у такому ліжку регулюється автоматично, залежно від того, потрібно зігрівати чи охолоджувати (у випадку гіпертермії) хворого. Такими ліжками в одному екземплярі оснащені поодинокі лікарні і жоден із навчальних класів вищих медичних навчальних закладів в Україні І така ж ситуація по всіх медичних дисциплінах. Викладачі знають, що існують більш сучасні, набагато кращі та ефективніші методи і способи діагностики і лікування, ніж ті, що є у нашому розпорядженні, однак змушені навчати наших студентів тому, з чим їм прийдеться мати справу в реальності. Із формули Конфуція: «Почув – забув, побачив – запам'ятав, зробив – зрозумів» у медичній освіті на сьогодні спрацьовує лише її перша третина.

Організація лікувально-діагностичного процесу також потребує удосконалення. Контроль за якістю не повинен зводитися до чисельних перевірок і аналізу надзвичайних подій.

Етика медиків низька, хоча й вища за середній рівень в суспільстві. Бракує доброти, милосердя, а найголовніше, немає відповідальності і навіть формальної дисципліни. Лікарі і медсестри палять на території медичних закладів, хоча це заборонено чинним законодавством. Частина лікарів і медсестер пиячать під час нічних чергувань. Мій особистий досвід роботи на посаді заступника головного лікаря з лікувальної роботи Житомирської обласної клінічної лікарні ім. О.Ф.Гербачевського дозволяє стверджувати, що основна маса лікарських помилок з трагічними наслідками вчиняється у нічний час черговими лікарями напідпитку. Лікарські помилки не реєструються і не аналізуються належним чином їхні причини. Ні медиків, ні громадськість така ситуація не влаштовує [4, 8].

Тому першим кроком на шляху підвищення якості надання медичної допомоги в Україні є закупівля в необхідних обсягах сучасної діагностичної і лікувальної апаратури, навчання лікарів і медичних сестер практичним навичкам роботи на цих апаратах і підвищення зарплати лікарям і молодшим медичним спеціалістам з медичною освітою хоча б до рівня середньої заробітної плати в державі. Без цього простого, але необхідного і ефективного першого кроку, який вимагає, звісно, належних капіталовкладень, ситуація в медичній галузі на краще не зміниться.

Перспективним підходом щодо підвищення якості в медицині, як уже зазначалось вище, є підвищення якості медичної освіти. Для підвищення якості освіти Закон України «Про вищу освіту» передбачає реалізацію низки вимог. Зокрема, створення на рівні держави дієвої системи забезпечення якості, найважливішими аспектами діяльності якої мають стати:

- створення Національного агенства з питань якості освіти;
- оприлюднення критеріїв прийняття рішень Національним агенством відповідно до стандартів та рекомендацій забезпечення якості в Європейському освітньому просторі;
- широка автономія вищих навчальних закладів щодо всіх аспектів діяльності, у тому числі і створення системи внутрішнього забезпечення якості [3, 9, 13].

На рис. 4 представлено тріаду А.Донамедіана щодо якості освіти [5].

На сьогодні, у ВНЗ застосовуються різноманітні моделі моніторингу, внутрішнього аудиту, управління якістю освіти, проте усталеної та ефективної системи вони не формують [2, 7, 9, 13].

Імплементація Закону України «Про вищу освіту» при виваженому підході та за умови врахування сучасних особливостей і тенденцій розвитку вищої освіт передбачає вплив на всі три складові тріади забезпечення якості освітньої діяльності [2, 7, 9, 13]

Для сучасної системи вищої освіти в будь-якій галузі, у тому числі в медицині, характерними особливостями, що впливають на якість освіти, є наступні:

1. Актуалізація єдності наукової і освітньої діяльності в процесі отримання вищої, університетської освіти;
2. Розвиток наукометричних технологій оцінки якості освіти;
3. Інноваційний характер і креативність сучасної освіти;
4. Широкі і тісні міжнародні зв'язки: спільні наукові проекти за грантами Євросоюзу та інших міжнародних організацій, договори про співпрацю, спільні дипломи європейського і національного зразка, участь в редакційних колегіях наукових видань тощо;
5. Зростання мобільності викладачів. Все менше місць праці, які викладач може займати протягом цілого життя, зростає частка тимчасових посад і робіт у рамках окресленої тривалості певних проектів. Все частішими є випадки, коли викладач працює відразу у кількох ВНЗ;
10. Повернення до спільної міжнародної (на даному етапі розвитку цивілізації анлійської) мови наукового спілкування;
11. Широке розповсюдження дистанційних форм навчання;
12. Інтерактивний характер навчання, особливо за дистанційною формою;
13. Неперервний характер освіти – післядипломна освіта, навчання впродовж життя.

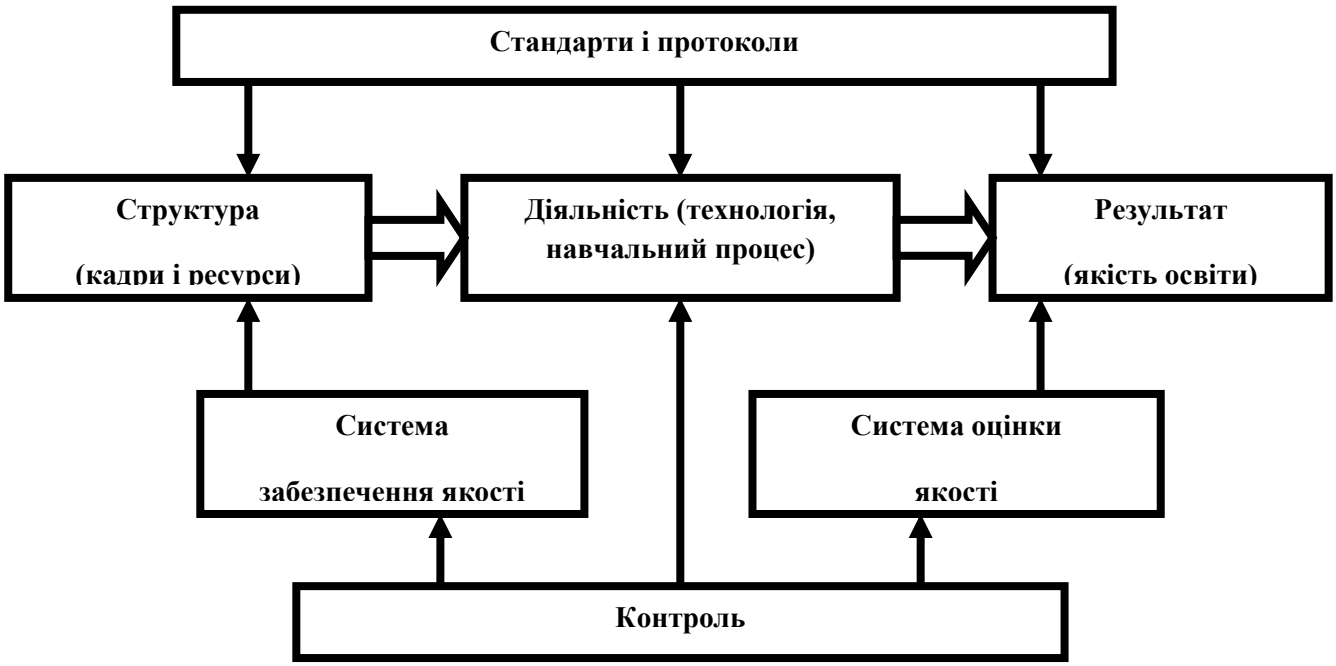


Рис. 4. Тріада А. Донамедіана: структура, діяльність, результат.

Зміна концепції освіти з акцентом на післядипломну відбулася внаслідок стрімкого накопичення нової інформації - знання набуті в дитинстві і юності тепер уже не в змозі забезпечити конкурентноздатність фахівця впродовж його активного працездатного періоду діяльності. Постійні зміни суспільного

середовища призводять до швидкого старіння наявних у працівника знань та практичних навичок;

14. Актуалізація поняття престижності ВНЗ за якістю освіти, яку надає заклад, та стимулювання видів діяльності, що сприяють підвищенню рейтингу навчального закладу [1, 2, 14, 15].

Стосовно освітньої галузі необхідно мати на увазі, що в учасників освітнього процесу різна мотивація. Якість освіти потрібна всім, однак кожен вкладає у це поняття різний сенс, тому що засоби досягнення мети у кожного свої.

Абітурієнт хоче отримати якісну освіту у престижному вузі за держзамовленням або на контрактній основі за прийнятною ціною.

Студент хоче отримати якісну освіту у престижному вузі за мінімумом зусиль. Питання вартості освіти його цікавить менше, оскільки він уже зробив свій вибір, коли був абітурієнтом.

Обох, і студента, і абітурієнта цікавить питання визнання (нострифікація) дипломів за кордоном.

Викладач зацікавлений у наданні освітніх послуг за мінімумом зусиль. При існуючих на сьогодні рівнях оплати праці більшість викладачів, змушені шукати приробіток поза основним місцем роботи, часто не у навчальному закладі. Це істотно знижує мотивацію до забезпечення якості праці за основним місцем роботи.

Керівники ВНЗ зацікавлені у збільшенні кількості студентів, особливо тих, які навчаються за контрактом. Тому керівництво ВНЗ проти відрахування студентів, які не бажають вчитися.

Роботодавець зацікавлений у якісній освіті для своїх майбутніх працівників, щоб не довчати і не перевчати їх після зарахування на роботу. Роботодавець хотів би якомось чином впливати на якість освіти і, особливо, на перелік спеціальностей, за якими готуються майбутні його працівники, але важелів впливу на вибудовану в державі систему вищої освіти він не має.

Суспільство зацікавлене у якісній освіті своїх громадян, у тому числі, у нострифікації дипломів.

Керівники ВНЗ готові реагувати на запити роботодавців, однак створена в Україні система ліцензування і акредитації нових спеціальностей настільки ригідна, що змінити перелік спеціальностей без застосування корупційних важелів впливу практично неможливо [2, 5, 7] .

На основі врахування вищезазначених особливостей і тенденцій розвитку сучасної вищої освіти та різних аспектів і складових мотивації учасників освітнього процесу для підвищення якості освіти в Україні на сучасному етапі ефективними можуть бути наступні підходи.

1. Гармонійний баланс між жорстким адмініструванням та широкою автономією. Раніше панівним було переконання про можливість забезпечення якості освіти шляхом жорсткого адміністрування, На сьогодні забезпечення якості освіти пов′язують з автономією навчальних закладів та гарантією якості з їх боку. Такий підхід спрацьовує у некорумпованому суспільстві. В Україні ж відсутність дієвого контролю за діяльністю приватних ВНЗ призвела до різкого зниження якості вищої освіти. За роки незалежності було відкрито надлишкову кількість приватних ВНЗ, якість освіти в яких є незадовільною. На сьогодні в Україні нараховується більше 800 ВНЗ, які підпорядковані 26 міністерствам і відомствам. Якщо взяти за взірець Великобританію, яка є лідером на світовому ринку освітніх послуг, то в ній на 60 млн населення припадає 132 ВНЗ, серед яких лише 37 відносяться до III-IV рівнів акредитації. В Україні ж за роки незалежності кількість ВНЗ III-IV рівнів акредитації зросла у 2,4 рази, із 146 до 350. Кількість ліцензованих обсягів освітніх вакансій перевищила кількість абітурієнтів. Типовим стало явище, коли незважаючи на зарахування всіх бажаючих, частина ВНЗ із року в рік не добирають студентів-контрактників на низку спеціальностей за ліцензованими обсягами. В результаті відбулась

девальвація вищої освіти, дипломи про отримання якої можна тепер просто «викупити у ВНЗ на контрактній основі» регулярно, впродовж 5-ти років, вносячи плату «за навчання». Тобто, Україна стала винятком серед країн світової спільноти, через те, що в нас якість освіти у приватних ВНЗ є нижчою, ніж у державних .

2. Паралельно зі зменшенням кількості приватних ВНЗ необхідно забезпечити високу мотивацію до перфексіонізму у студентів і викладачів у всіх його проявах і різновидах, щоб набута професія була не джерелом доходу для забезпечення насущних потреб існування (виживання), а джерелом задоволення духовних потреб і суспільно-корисних амбіцій креативних особистостей. Для цього у першу чергу необхідно на державному рівні забезпечити ефективну роботу системи запобігання та виявлення академічного плагіату у наукових працях викладачів ВНЗ та в здобувачів вищої освіти із постійним оприлюдненням зафіксованих випадків плагіату на спеціальному сайті.

3. Оприлюднити критерії прийняття рішень про відповідність національних навчальних закладів стандартам якості у світовому освітньому просторі та регулярно (щорічно) на спеціальному сайті показувати рейтинг всіх, без винятку, вітчизняних ВНЗ.

4. Для реалізації впливу роботодавців на якість освіти на законодавчому рівні необхідно добитися звільнення від частини податкового тиску приватних компаній, які інвестують у розвиток університетської науки кошти у вигляді грантів, максимально обмеживши вплив чиновників від освіти на їх розподіл. Тобто, компанія-грантодавець самостійно за чітко визначеними і оприлюдненими правилами гри, обирає переможців конкурсу на грант.

5. Знання англійської мови європейського рівня якості повинна забезпечити загально-освітня школа. Тобто, абітурієнт уже при вступі до університету повинен вільно володіти розмовною англійською мовою. В університеті студент повинен оволодіти професійною та науковою комунікативною компетентністю, яка неможлива без досконалого знання англійської мови за професійним спрямуванням. Лише тоді, коли наші студенти і викладачі зможуть вільно спілкуватися з колегами з інших країн на науково-практичних форумах на міжнародній (англійській) мові, можна буде стверджувати, що створено одну із важливих передумов забезпечення якості освіти.

6. Перелік освітніх напрямків і спеціальностей максимально наблизити до міжнародних (європейських). Відповідно навчальні програми та особливо тестовий контроль знань також адаптувати до міжнародних вимог. Тестовий контроль знань під час навчання в університеті (в медицині Крок 1, Крок 2 і Крок 3) повинен розвиватись і удосконалюватись у тому напрямку, щоб в перспективі перейти на міжнародні тести англійською мовою. Це створить передумови для полегшення нострифікації дипломів наших ВНЗ за кордоном.

7. Оскільки університети переходять до підготовки магістрів замість спеціалістів, незалежно від профілю ВНЗ впродовж 7 чи 8-го семестрів (на 4-му році навчання) мають обов′язково вивчатись такі дисципліни: «Методологія наукової роботи», «Наукова комунікативна компетентність», «Об'єкти інтелектуальної власності. Патентування та реалізація ліцензій».

8. На основі автономії створити у кожному ВНЗ власну систему забезпечення якості, оприлюднивши критерії за якими буде проводитись оцінка якості навчання студентів і оцінка якості роботи викладачів.

9. У зв'язку з розширенням повноважень керівників ВНЗ і зменшенням на них адміністративного тиску доцільним є створення дієвих противаг, які б запобігали зловживанням наданою владою. Оскільки профспілки в освітній галузі здебільшого є кишеньковими, вони нездатні служити в

якості противаги ректорату. Можливо, доцільно було б заборонити ректору і проректорам очолювати вчену раду університету і таким чином добитися, щоб вчена рада не затверджувала рішення ректора, як це є на сьогодні, а, навпаки, ректорат виконував рішення вченої ради.

10. Надзвичайно важливим аспектом є регулярне (як мінімум двічі на рік) оприлюднення на сайті ВНЗ фінансового звіту навчального закладу, щоб в межах наданої державою автономії запобігти нецільовому використанню коштів керівниками ВНЗ. Цю ж функцію могли б виконувати також наглядові ради, як це заведено у розвинених демократичних країнах.

11. Для забезпечення якості медичної освіти, на нашу думку, потрібно починати з відбору абітурієнтів за результатами зовнішнього незалежного оцінювання з 5-и дисциплін: українська мова; англійська мова; математика; біологія, хімія або фізика на вибір. Знання математики необхідні для розвитку медичної науки. У більшості розвинених країнах іспит з математики є обов'язковим при вступі на медичний факультет університету. У нас традиційно в медицину йдуть ті, хто не зміг освоїти шкільну програму з математики.

12. Ще один важливий резерв покращення якості - післядипломна освіта: інтернатура, резидентура, аспірантура. Викладачів потрібно готувати в аспірантурі, фахівців хірургічного профілю в резидентурі, а для фахівців, робота яких не пов'язана із хірургічними втручаннями, достатньо й інтернатури. На престижні спеціальності прийом лише за результатами іспитів, основу яких має складати комп'ютерне тестування з незалежним оцінюванням. Терміни навчання повинні забезпечити рівень фахівця спроможного самостійно надавати всі види висококваліфікованої медичної допомоги. За деякими хірургічними спеціальностями (торакальна хірургія, нейрохірургія, судинна хірургія, урологія тощо) передбачити тривалість навчання в резидентурі до 5-6-и років, як в США та інших розвинених країнах.

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

1. Здоров'я населення – найважливіший показник соціально-культурного розвитку суспільства і ефективного державного управління в цілому. Тому роль держави у забезпеченні якості медичної допомоги є провідною в економічно розвинених країнах світу. В умовах ринкової економіки основним завданням державного регулювання є створення умов, за яких громадяни багато і з задоволенням працюють. Це – запорука якості.

2. Першим, необхідним і ефективним кроком на шляху підвищення якості надання медичної допомоги в Україні є закупівля в необхідних обсягах сучасної діагностичної і лікувальної апаратури, навчання лікарів і медичних сестер практичним навичкам роботи на цих апаратах і підвищення зарплати лікарям і молодшим медичним спеціалістам з медичною освітою хоча б до рівня середньої заробітної плати в державі. В подальшому рівень державного фінасування галузі повинен становити 10-12% від валового національного продукту.

3. Медична галузь традиційно була престижною і забезпечувала прийнятний рівень якості медичної освіти випускників вищих навчальних закладів. Однак, надлишкова кількість приватних ВНЗ призвела до різкого зниження якості освіти загалом. Надлишок приватних ВНЗ призвів до парадоксального явища, коли якість освіти у держаних ВНЗ є вищою, ніж у приватних, а кількість абітурієнтів є меншою, ніж ліцензовані обсяги зарахування на навчання у ВНЗ. Тому скорочення кількості приватних ВНЗ – нагальна суспільна проблема.

4. Необхідною умовою досягнення прийнятного рівня освіти є поєднання навчальння з науковими дослідженнями та оволодіння студентами науковою комунікативною компетентністю, що неможливо без досконалого знання

англійської мови. Лише тоді, коли наші науковці, у тому числі студенти, зможуть вільно спілкуватися з колегами з інших країн на наукових форумах на міжнародній (англійській) науковій мові, можна буде стверджувати, що створено одну із важливих передумов забезпечення конкурентноздатності як наукових досліджень, так і вищої освіти загалом.

5. Особливого значення набуває вихід університетських наукових досліджень на міжнародний рівень якості. Це не лише участь у міжнародних наукових форумах, а головним чином, отримання грантів на наукові дослідження від Євросоюзу та інших міжнародних фондів, продаж ліцензій на винаходи, ноу-хау та на інші об'єкти інтелектуальної власності.

6. Дієвим засобом підвищення якості освіти є незалежний тестовий контроль знань за участі роботодавців і професійних асоціацій. Тестовий контроль знань під час навчання в медичних університетах повинен розвиватись і удосконалюватись у тому напрямку, щоб в перспективі перейти на міжнародні комп'ютерні тести англійською мовою. Лише тоді, коли випускники наших ВНЗ зможуть без особливих труднощів підтверджувати (нострифікувати) свій диплом у будь-якій країні світу, проблема якості освіти може вважатися вирішеною. На сьогодні ж, дипломи українських ВНЗ лише для «домашнього», національного вжитку, де якість отриманої освіти не є визначальною ні при працевлаштуванні, ні для кар'єри молодих фахівців.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вознюк О.В. Нова парадигма освіти дорослих /О.В.Вознюк //Андрагогічний вісник. -2014. –Вип. 5. –С. 17-36.

2. Від контролю до культури якості: перезавантаження процесів забезпечення якості в українській вищій школі. / За ред. С.Гришко, Т.Добка, О.Кайкової, В.Терзіяна, Т.Тіхонена. – Львів: вид-во «Компанія Манускрипт», 2014. -168 с.

3. Закон України «Про вищу освіту» //Закон від 01.07.2014 р., № 1556-VII [Електронний ресурс]. : http://zakon4.rada/gov.ua.laws\1556-18

4. Ковтанюк Павло. Якість медичних послуг. Електронний ресурс, 2010: http://healthcare.management.com.ua/2009/03/17/yakist-medychnyh-posluh/

5. Лук'янова Л.Б. Світовий досвід та європейські тенденції законодавчого врегулювання освіти дорослих /Л.Б.Лук'янова //Андрагогічний вісник. -2014. –Вип. 5. –С. 5-16.

6. Мачуга Н.З. Методологічні аспекти формування та функціонування системи якісних медичних послуг в Україні. Монографія. / Н.З. Мачуга. Тернопіль: Крок, 2012. -199 с.

7. Никоненко О.С. Актуальні питання імплементації Закону України «Про вищу освіту» в післядипломній підготовці медичних спеціалістів /О.С.Никоненко, С.Д.Шаповал, С.М.Дмитрієва //Реалізація Закону України «Про вищу освіту» у вищій медичній та фармацевтичній освіті України: Матеріали Всекраїнської навчально-наукової конференції з міжнародною участю, присвяченої пам'яті ректора, члена-кореспондента НАМН України, професора Л.Я.Ковальчука. Тернопіль, 22-23 квітня 2015 р. –Тернопіль: ТДМУ, 2015. – С. 41-42.

8. Пономаренко В. М. Актуальність проблеми якості медичної допомоги на сучасному етапі реформуванні охорони здоров'я України / В. М. Пономаренко, А. Б. Зіменковський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2004. - № 4. – С. 49 - 50.

9. Радовілова Т. Українська система вищої освіти в європейському освітньому та науковому просторі /Т.Радовілова. // Імператив якості: вчимося цінувати і оцінювати вищу освіту. –За ред. Т.Добка, М.Голов'янко, О.Кайкової. –Львів: Вид-во «Компанія Манускрипт», 2014. –С. 69-93.

10. Система управління якістю медичної освіти в Україні /І.Є.Булах, О.П.Волосовець, Ю.В.Вороненко та ін. –Д.: «АРТ-ПРЕС», 2003. -212 с.

11. Сміянов В.А. Медико-соціальне обгрунтування оптимізації моделі управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту на рівні закладу охорони здоров'я. Автореф. ... д. мед. н: 14.02.03. - Харків, 2015. - 38 с

12. Степаненко А. В. Система забезпечення якості медичної допомоги населенню України та наукове обґрунтування її реалізації: Автореф. …. д. мед. н: 14.02.03. - К., 2001. - 29 с

13. Шатило В.Й. Забезпечення якості освітньої діяльності як шлях реалізації Закону України «Про вищу освіту» /В.Й.Шатило, С.В.Гордійчук //Реалізація Закону України «Про вищу освіту» у вищій медичній та фармацевтичній освіті України: Матеріали Всекраїнської навчально-наукової конференції з міжнародною участю, присвяченої пам'яті ректора, члена-кореспондента НАМН України, професора Л.Я.Ковальчука. Тернопіль, 22-23 квітня 2015 р. – Тернопіль: ТДМУ, 2015. – С. 67-69.

14 Majewski M. Rola zarządzania wiedzą w zakładzie opieki zdrowotnej, źródło elektroniczne. 2013. http://maciejmajewski.net/attachments/File/Artyku__y/Rola_zarz__dzania_wiedz___w_zak__adzie_opieki_zdrowotnej.pdf.

15. Marć M. Wybrane uwaruncowania pielegniarstwa jako dyscypliny naukowej /M. Marć, A.Kurdzic //Магістр медсестринства. -2015. -№1(13). –С. 5-18.

ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ЕЁ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ

Свиридюк В.З.
Житомирский институт медсестринства

Одной из главных целей реформы здравоохранения есть улучшение качества медицинской помощи.

***Цель работы** – теоретический анализ составляющих качества медицинской помощи и перспективных подходов к её улучшению.**Материалы и методы исследования.** Для достижения цели использованы методы системного анализа и логического обобщения.**Результаты и их обсуждение.** Медицина – наука, искусство и профессиональная деятельность одновременно. Особенностью профессиональной деятельности медицинских работников есть оказание ими медицинской помощи как разновидности услуг. Качество товаров, услуг, образования зависят от компетентности и приложенных усилий производителя. В свою очередь, компетентность основывается на знаниях и практическом опыте, а усилия (напряженный труд) обусловлены мотивацией. Здоровье населения – важнейший показатель социально-культурного развития общества и*

DETERMINING MAKING QUALITIES OF MEDICARE AND PERSPECTIVE APPROACHES TO ITS IMPROVEMENT

Sviridyuk V.Z.
Zhytomyr Nursing Institute

One of primary objectives of reform in Health Care System is improvement of medicare quality.

***A purpose of work** is a theoretical analysis of quality constituents of medicare and perspective approaches as for its improvement.*

***Materials and research methods.** For achievement purpose the methods of systems analysis and logical generalization are used.*

***Results and their discussion.** Medicine is science, art and professional activity simultaneously. The feature of professional activity of medical workers is providing by them to medicare as variety of services. Quality of commodities, services, educations depends on a competence. At the same time, competence is based on knowledge, practical experience, and efforts (tense labour). The health of population is a major index of social development of country and effective state administration in general. Therefore a role of the state in providing quality of medicare is influenced by the economic developed countries of the world. By the first necessary and effective step on the way of upgrading medicare in Ukraine is a purchase in the necessary volumes of modern*

эффективного государственного управления в целом. Поэтому роль государства в обеспечении качества медицинской помощи есть ведущей в экономически развитых странах мира. Первым, необходимым и эффективным шагом на пути повышения качества медицинской помощи в Украине является закупка в необходимых объемах современной диагностической и лечебной аппаратуры, обучение врачей и медицинских сестер. Необходимым условием достижения приемлемого уровня образования является сочетание обучения с научными исследованиями и овладение студентами научной коммуникативной компетентностью, что невозможно без совершенного знания английского языка. Особенное значение приобретает выход университетских научных исследований на международный уровень качества. Это главным образом, получение грантов на научные исследования от Евросоюза и других международных фондов, продажа лицензий на изобретения, ноу-хау и на другие объекты интеллектуальной собственности. Действенным средством повышения качества образования является независимый тестовый контроль знаний при участии работодателей и профессиональных ассоциаций.

Выводы. *Для обеспечения качества медицинской помощи необходимо увеличить уровень государственного финансирования отрасли до 10-12% от валового национального продукта и повысить качество медицинского образования. Лишь тогда, когда выпускники наших уныверситетов смогут без особенных трудностей подтверждать (нострифицировать) свой диплом в любой стране мира, проблема качества образования может считаться решенной.*

Ключевые слова: *качество медицинской помощи, качество образования.*

diagnostic and medical devices, doctors' and nurses' education and forming practical skills to work with these devices and increase pay-envelope to the doctors and junior medical specialists with medical. In the future level o state financing of medical branch must make 10-12% from general national product. The necessary condition of achievement of acceptable level of education is combination of teaching with scientific researches and capture students by a scientific communicative competence, that is impossible without perfect knowledge of English. The special value is acquired by the output of university scientific researches on the international level of quality. It of special importance in participating in international scientific forums, and mainly, receipt of underbacks on scientific researches from European Union and other international funds, sale of licenses to inventions, now-how and on other objects of intellectual property. The effective mean of upgrading education is independent test control of knowledges with participation of employers and professional associations. Test control of knowledges during studies in medical universities must develop and be improved in that direction, aimed at passing to the international computer tests in English language

Conclusions. *For achievement the quality of medicare it is necessary to promote quality of medical education. Only then, when the graduates of our universities will be able without the special difficulties to confirm the diploma in any country of the world, the problem of quality of education can be decided.*

Keywords: *quality of medicare, quality of education.*

Рецензент: доктор медичних наук В.О.Заболотнов

ПРАВИЛА

подання матеріалу для опублікування для авторів журналу

«Магістр медсестринства»:

Редакція просить авторів при оформленні статей керуватися такими правилами:

Мова рукопису – українська.

Структура матеріалу:

Актуальність проблеми - стан дослідження проблеми за літературними джерелами не пізніше 5-7-річної давності **Мета дослідження. Матеріали та методи.**

Результати та їх обговорення – виклад основного матеріалу дослідження з обгрунтуванням отриманих статистично опрацьованих результатів.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Література.

Матеріали розташовуються у такій послідовності:

- Індекс УДК (окремий абзац з вирівнюванням по центру курсивом);
- Назва статті (великими літерами, напівжирний шрифт, окремий абзац з вирівнюванням по центру);
- Прізвище автора/авторів та ініціали (українською мовою, окремий абзац з вирівнюванням по центру);
- Місце роботи: назва установи, назва країни - для іноземних авторів (окремий абзац з вирівнюванням по центру);
- Анотація (1600-1800 знаків або 200-250 слів за структурою статті – актуальність проблеми, мета дослідження, матеріали та методи, результати та обговорення, висновки; курсив з вирівнюванням по ширині), ключові слова українською мовою (не більше 5);
- Текст статті;
- Список використаної літератури;
- Анотації статті російською та англійською мовами.

Вимоги до оформлення літератури:

Література (від 5-15 літературних джерел) друкується в кінці статті відповідно до національного стандарту ДСТУ ГОСТ 7.1:2006, Бібліографічний запис, в алфавітному порядку, посилання на літературні джерела обов'язкове. У тексті статті посилання позначаються в квадратних дужках, наприклад, [4], [5, с. 17]. Перша цифра – номер джерела у списку літератури, друга – номер сторінки. Номер джерела та номер сторінки розподіляються комою з пробілом, номер джерела крапкою з комою, наприклад, [7; 8]. Список літератури починається підзаголовком Література (з вирівнюванням по лівому краю напівжирним шрифтом).

Технічні вимоги до оформлення матеріалів:

Статті набираються на комп'ютері в текстовому редакторі MS Word 2003-2007 шрифтом 14 пунктів з міжрядковим інтервалом - 1,5, абзац – 1,25, без табуляцій та переносів. Параметри сторінки: формат А 4, орієнтація – книжна. Поля зверху, знизу, зліва, справа – 2,0 см. Необхідно використовувати однотипні лапки “”. Загальна кількість ілюстрацій (креслень, фотокопій, графіків, малюнків тощо), таблиць не повинна перевищувати чотирьох.

Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word або Excel та входять у загальний обсяг статті. Таблиці повинні мати вертикальну орієнтацію, формули набираються в редакторі «Microsoft Equation», малюнки – в графічних редакторах.

Таблиці повинні бути підписані (напівжирний шрифт) з вирівнюванням по центру та пронумеровані (шрифт курсив) з вирівнюванням по правому краю, наприклад: (Link).

Рисунки діаграми повинні бути пронумеровані та підписані (напівжирний шрифт) з вирівнюванням по лівому краю, наприклад: (Link).

Не дозволяється користуватися для форматування тексту пробілами, табуляцією та ін., ставити переноси вручну або користуватися автоматичним переносом.

Загальний обсяг статті не повинен перевищувати 20 000 знаків з пробілами. Мінімальна кількість сторінок – 5, максимальна - 14.

Правила подання матеріалів до редакційної колегії:

1. Стаття у відповідності з наведеними вимогами у роздрукованому вигляді. На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, прізвище, ім'я та по батькові (повністю) з позначкою – вичитано, вивірено, відредаговано, дата;
2. Електронний варіант у зазначеному форматі на інформаційному носії на адресу редакції або на e-mail - **shygonska@mail.ru**;
3. Анотації статі російською та англійською мовами (електронний варіант);
4. На окремому аркуші відомості про автора, прізвище, ім'я по батькові, місце роботи, науковий ступінь, вчене звання, домашня адреса, електронна адреса, телефон для спілкування з редколегією;
5. Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи.

Статті, подані з порушенням вказаних вимог, РЕДАКЦІЯ НЕ РОЗГЛЯДАТИМЕ!

Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів.

Редколегія залишає за собою право перевірки статті на наявність плагіату та гарантує авторові захист авторських прав під час розгляду матеріалів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Адреса для листування та подання матеріалів:
10002, м. Житомир
вул. Велика Бердичівська 46/15
КВНЗ «Житомирський Інститут Медсестринства»
З позначкою «У Магістр Медсестринства»
Електронна адреса закладу:
Zhitomir.nursing@gmail.com

Електронна адреса для листування:
shygonska@mail.ru
Тел./факс: 0412-43-08-91