ЖИТОМИРСЬКИЙ ІНСТИТУТ МЕДСЕСТРИНСТВА

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

Український науково-практичний журнал

MASTER OF NURSING

Ukranian scientific and practical journal

1 (15) 2016

ЖИТОМИР 2016

Засновник
КВНЗ «Житомирський
інститут медсестринства»
Житомирської обласної
ради

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

Індекс 49895

Рекомендовано
Вченою радою
КВНЗ «Житомирський інститут
медсестринства»
Протокол від № 7 від 31.03.2016

Періодичність

2 рази на рік

Наклад 200 прим.

Науковий редактор

П.В. Яворський

Відповідальний секретар

Н.В. Шигонська

Технічний редактор

І.В. Іваненко

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

Замовлення №

Редакція:
вул. Велика Бердичівська, 46/15
10008 м. Житомир
Телефони: (0412) 43-08-91
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
О.В. ГОРАЙ
С.В. ГОРДІЙЧУК
І.Я. ГУБЕНКО
В.С. ДІДИК
І.М. ДЬЯЧЕНКО
В.А. ЗАБОЛОТНОВ
Г. М. ІВАШКО
В.О. КОВАЛЕНКО
В. А. КОПЕТЧУК
В.М. КОСЕНКО
І.М. КРУКОВСЬКА
І.Р. МАХНОВСЬКА
Т. К. НАБУХОТНИЙ
В. П. ПАВЛЮК
І.М. ПЛЕШ
С. Д. ПОПЛАВСЬКА
П.С. РУСАК
Р. О. САБАДИШИН
Г. О. СЛАБКИЙ
Т. В. СОРОКМАН
С.С. ТЕВС
Т. І. ЧЕРНИШЕНКО
З.П. ШАРЛОВИЧ
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.

©КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства», 2016

МІЖНАРОДНА НАУКОВА РАДА
ЖУРНАЛУ «МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА»

Гонсалез Дель Кастильо Алла, PhD – доктор філософії в педагогіці, директор Центру Освітніх Програм Вищої Школи м. Сент Луїс (США)

Гумула Анджей, Prof. dr hab. - професор, доктор наук в медицині, Вища школа агробізнесу (Польща)

Кобер Лукас, PhDr, PhD – доктор філософії з медсестринства, головний редактор професійного видання «Медсестринство та Акушерство» Асоціації медичних сестер та акушерок Словакії, голова Асоціації медичних сестер та акушерок регіону Високі Татри (Словакія)

Копецки Мирослав, Ph.D, Doc. PaedDr - професор, доктор наук в педагогіці, головний редактор рецензованого наукового журналу для немедичних спеціальностей «Profese on-line» Палацького університету в Оломоуці, факультету наук про здоров'я (Чехія)

Марч Малгожата, PhD - доктор філософії з медицини, Жешувський університет, факультет наук про здоров'я (Польща)

Молка Ева, PhD - доктор філософії з медицини, головний редактор професійного видання «Фахівець в медсестринстві», кандидат медичних наук (Польща)

Мрочковська Рената, Mgr. – магістр медсестринства, заступник головного редактора професійного видання «Фахівець в медсестринстві» (Польща)

Станчіак Ярослав, Ph.D., MPH, Assoc. Prof. – доктор філософії з медсестринства, доцент, Університет Святого Кирила, факультет гуманітарних та соціальних наук (Словакія)

Пухальський Збігнєв, Prof. dr hab. - професор, доктор наук в медицині, Вища школа агробізнесу (Польща)

ЗМІСТ

НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ В МЕДСЕСТРИНСТВІ

Шатило В.Й., Гордійчук С.В., Махновська І.Р., Васьков К.С., Гречко В.А., Поплавська С.Д., Свиридюк В.В., Свиридюк В.З.
Медсестринство в Україні: історіогенез, проблеми і перспективи……..……..6

Лодзіньська Й.
Залежність як загроза для свободи людини. Причини, наслідки, шляхи виходу…….32

Вознюк О.В.
Модель психологічних феноменів людини як основа психокорекції дітей з особливими потребами ……..……39

Аргіропоулос Д.
Роль інтеграції у сфері інклюзивної освіти. Досвід Італія…….……..49

Graf L., Śleziona M., Mroczkowska R.
Badania naukowe w praktyce pielęgniarskiej……..……..57

Zinkevich K., Yezhova A.
Understanding the effects of biorhythm cycles on students' capacity…….…....64

МЕДИЧНА ОСВІТА

Довгорук Л.П.
Особистісно - орієнтована взаємодія викладача і студента – складова педагогічного процесу в вивченні іноземної мови за професійним спрямуванням ……..……...73

Іваненко І.В.
Вікові особливості використання синтаксичних засобів етикетизації англомовного рекламного дискурсу….81

Косенко В. М., Полчанова Г.С.
Шляхи становлення професії гігієніст зубний: світовий досвід……..…….86

Матузаєва Н.О.
Психологічна культура студента як один із важливих компонентів підготовки майбутнього фахівця……..93

Місяць Н.
З досвіду навчання польської мови дорослих……...101

Чупракова І. Є.,Павленко Т. В.
Формування здорового способу життя студентів засобами фізичної культури……...110

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Śleziona M. , Graf L., Mroczkowska R.
Analgezja wczoraj i dziś – strategie walki z bólem …….…...116

Алексейчук Л. М., Ващук О. В.
Вивчення причин виникнення зорових порушень у підлітків…….…..125

Білоус В.Й.
Катаракта: етіопатогенез, клініка, діагностика та лікування……..…..….131

Свиридюк В.З., Васьков К.С., Гречко В.А.
Основні причини помилок в клінічній лабораторній діагностиці та роль медичної сестри у їх попередженні……..…….139

CONTENT

SCIENTIFIC RESEARCHES IN NURSING

Shatylo V., Gordiichuk S., Machnovska I.,Vaskov K., Grechko V.,Poplavska S., Svyrydiuk V.,V., Svyrydiuk V.Z.
Nursing In Ukraine: Historiogenesis, problems and challenges…….…...….6

Lodzinska J.
Dependency as a threat to human freedom. Causes, consequences, ways out……....32

Vozniuk A.
Human psychocorrection phenomena model as the basis for children's with special needs phychocorrection……....39

Argipopoulos D.
Integration importance within the inclusive education: Italian experience….....49

Graf L., Śleziona M., Mroczkowska R.
Researces in nurses' practice……...57

Zinkevich K., Yezhova A.
Understanding the effects of biorhythm cycles on students' capacity……..……64

MEDICAL EDUCATION

Dovhoruk L. P.
The person – centered teacher - student approach– a part and a parcel of the pedagogical process in studies of a foreing language for professional purpose ……..…73

Ivanenko I.V.
Syntactic means of english advertising discourse etiquettization in their relation to the features of age…….…..81

Kosenko V. M., Polchanova G.S.
The Evolution of Dental Hygiene Career : The World Experience…….….86

Matuzayeva N.O.
The psychological culture of the student as one of the most important components of the future specialist training…..……...93

Mesyats N.
Empirical notes on teaching polish to adults…….....101

Chuprakova I. E., Pavlenko T.V.
Health promotion of students by means of physical culture…….….110

SOCIAL HEALTH

Śleziona M., Graf L., Mroczkowska R.
Analgesia yesterday and today – the strategy of pain fighting…….....116

Alekseychuk L., Vashchuk O.
Studying the causes of origin of teenagers' eyesight disorders…….……125

Belous V.I.
Cataract: ethiopathogenesis, clinic, diagnostics and treatment……..131

Sviridiuk V.Z., Vaskov K.S., Grechko V.A.
The main causes of pitfalls in clinical laboratory diagnostics and nurses role in their prevention…….……..139

НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ В МЕДСЕСТРИНСТВІ

УДК 378.147 + 811.111

МЕДСЕСТРИНСТВО В УКРАЇНІ: ІСТОРІОГЕНЕЗ, ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ

Шатило В.Й., Гордійчук С.В., Махновська І.Р., Васьков К.С., Гречко В.А., Поплавська С.Д., Свиридюк В.В., Свиридюк В.З.
КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»

Вступ. *Медсестринство відіграє важливу роль в реалізації соціальних, психологічних, духовних заходів, спрямованих на поліпшення якості здоров'я та життя пацієнтів. ВООЗ розглядає сестринський персонал як реальний потенціал для задоволення зростаючих потреб населення у медичній допомозі. Значимим є і той факт, що в Україні сестринський персонал складає до 75% кадрового потенціалу охорони здоров'я.*

Метою роботи *є аналіз історичного розвитку, сучасного стану та перспективних підходів до розбудови медсестринства в Україні.*

Для досягнення мети використано ***методи*** *системного підходу та логічного узагальнення.*

Результати та їх обговорення. *В історичному розвитку вітчизняне медсестринство, як медсестринство інших країн, пройшло 5 етапів (періодів).*

1. Період виникнення елементів стихійного (досестринського) догляду (V-I тисячоліття до нашої ери).

2. Період народження ранньої сестринської справи (I тисячоліття до нашої ери – XII ст. н.е.).

3. Період створення перших закладів з підготовки працівниць по догляду за хворими (XIII–XVIII ст.).

4. Період розробки наукових засад організації сестринської справи й освіти (сер. XIX – кінець XIX ст.).

5. Період упровадження ступеневої медсестринської освіти (поч. XX ст. – по теперішній час).

На сучасному етапі, з прийняттям нового Закону України «Про вищу освіту» (2014 р.) запроваджується наступна чотирьохступенева підготовка медичних сестер

1. Молодший бакалавр, який прийде на зміну молодшому спеціалісту з медичною освітою (строк навчання 3 роки);

2. Бакалавр (строк навчання 4 і 5 років, 3+1 для медичних сестер і 3+2 для інших спеціальностей і спеціалізацій: фельдшерів, акушерок тощо);

3. Магістр медсестринства (строк навчання 2 роки після бакалаврату);

4. Доктор філософії з медсестринства (4 роки навчання в аспірантурі після магістратури).

Для реалізації задекларованих у Законі України «Про вищу освіту» положень необхідно вирішити низку невідкладних завдань, серед яких:

- Затвердження спеціальності «Медсестринство», як наукової.

- Запровадження аспірантури й докторантури та відповідних спеціалізованих вчених рад по захисту наукових ступенів медичними сестрами.

- Переглянути перелік посад наказу МОЗ України № 33, внести зміни і доповнення до посадових інструкцій керівників сестринським персоналом в частині управлінських функцій і

освітньо-кваліфікаційних рівнів.

- Переглянути та затвердити нормативи навантаження медичних сестер в закладах охорони здоров'я у відповідності до міжнародних стандартів.

- Активізувати міжнародну співпрацю з метою обміну науково-педагогічними працівниками, обміну досвідом в організації навчального процесу і навчальними програмами зі схожими спеціальностями, реалізації спільних наукових проектів.

Висновки. *У вітчизняній науці та практиці організації охорони здоров'я роль медичних сестер недооцінюється. Однак, в українському суспільстві поступово міняються усталені стереотипні уявлення про роль медсестри в комплексі лікувально-діагностичних, профілактичних, реабілітаційних та медико-соціальних заходів; переосмислюється практична роль медсестри-лідера: бакалавра, магістра та доктора філософії з медсестринства. На даному етапі розвитку суспільства перед вищими медичними навчальними закладами України, що здійснюють підготовку медсестринських кадрів, стоїть нагальне завдання - запровадити повномасштабну реформу системи медсестринської освіти в Україні з метою адаптації її до загальноєвропейських стандартів.*

Ключові слова: *медсестринство, ступенева медсестринська освіта.*

Вступ.

Процес розбудови держави на основі узгодження і гармонізації соціальної, економічної та екологічної складових з метою задоволення потреб сучасних і майбутніх поколінь є основою розвитку українського суспільства у XXI столітті [2, 3].

Розвиток узагальнює в собі процес виживання і відтворення генофонду нації, активізацію ролі кожної окремої людини в суспільстві, забезпечення її прав і свобод, збереження навколишнього природнього середовища, формування умов для відновлення біосфери та її локальних екосистем, орієнтацію на зниження рівня антропогенного впливу на природне середовище й гармонізацію розвитку людини в природі. І ця гармонізація відносин можлива лише при здоровому суспільстві [1, 4].

У галузі медицини в умовах розвитку і реформування галузі стратегічною метою є здоров'я людини, яке залежить від способу життя, екології та медичного обслуговування.

У свою чергу медсестринство за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) - це «складова частина системи охорони здоров'я, яка направлена на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих умовах навколишнього середовища». Медсестринство відіграє важливу роль в реалізації соціальних, психологічних, духовних заходів, спрямованих на поліпшення якості здоров'я та життя пацієнтів. ВООЗ розглядає сестринський персонал як реальний потенціал для задоволення зростаючих потреб населення в доступній медичній допомозі. Значимим є і той факт, що сестринський персонал складає до 75% кадрового потенціалу охорони здоров'я.

У вітчизняній науці та особливо у практиці організації охорони здоров'я роль медичних сестер недооцінюється.

Метою роботи є аналіз історичного розвитку, сучасного стану та перспективних підходів до розбудови медсестринства в Україні.

Для досягнення мети використано **методи системного підходу та логічного узагальнення.**

Результати та їх обговорення.

На сьогоднішній день реформування медсестринства передбачає створення нової моделі фахівця медсестринства, обізнаного з базовими потребами людини, з основами профілактичної медицини, аспектами екології, маркетингом медичних послуг, менеджментом і лідерством у

медсестринстві, фахівця, який розуміє основи економіки охорони здоров'я, медичної та соціальної реабілітації, знає питання формування громадського здоров'я та усвідомлює важливість ролі медсестри у громаді, що дасть змогу реально забезпечити перетворення медсестринської справи у фах, основою якого є власна філософія, теорія й модель діяльності, що виникла на традиціях християнського милосердя і гуманізму.

Потреба в медсестринському персоналі універсальна. Медсестринство передбачає надання кваліфікованого догляду за пацієнтом, опіку над ним в широкому сенсі (побутовому, соціальному, духовному, національному, расовому, з точки зору традицій тощо). Зростання ролі медичних сестер у діагностично-лікувальному процесі, випереджувально-профілактичних, медичних й екологічних заходах свідчить про актуальність реформ у медсестринській галузі як складовій системи охорони здоров'я.

Сестринська справа із залежного підрозділу медицини нині розвилась в самостійну науку, яка має свою філософію, теорію й стандарти. Це передбачає розробку нових підходів до підготовки висококваліфікованих медсестринських фахівців.

Освіта медичних сестер в Україні як система навчання і виховання кадрів різних освітньо-кваліфікаційних рівнів має свою історію й тісно пов'язана зі світовою системою медсестринської освіти.

У роботах вітчизняних та зарубіжних дослідників висловлюється думка про те, що історія медсестринської практики і навчання догляду пройшли у своєму розвитку шлях "від неорганізованого піклування про хворих до науково-обґрунтованого догляду".

Системний аналіз становлення та розвитку сестринської справи представлено у багатьох наукових працях, які розкривають не тільки шляхи становлення світової медицини, але й виокремлюють роль і значення медсестринства як її складової. На думку дослідників, загальновизнаною є періодизація історії медсестринства, яка співпадає із загальноісторичною періодизацією розвитку людства та медицини.

1. **Період виникнення елементів стихійного (досестринського) догляду** (V-I тисячоліття до нашої ери). Догляд за хворими здійснювався жінками-родичами, жінками общин. Знання з догляду були емпіричними. Вони передавалися засобами фольклору та літературними джерелами. Період виникнення елементів стихійного (досестринського) догляду характеризується появою в первісному суспільстві необхідності у збереженні індивідуального та колективного здоров'я, де стихійно виникли перші елементи догляду за хворими. Ці елементи мали переважно характер ритуальних дій і поступово доповнювалися емпіричними медичними знаннями.

Дані антропології та археології переконливо свідчать, що потреба в допомозі під час хвороб і травм виникла ще в умовах первісного суспільства. Спочатку вона не відокремлювалась від життєдіяльності людини, її відчуттів і переживань та інстинкту самозбереження. Але поступово, з формуванням людських колективів, допомога при хворобах і травмах стала засобом збереження життя і здоров'я.

На підставі історичних даних (шумерські клинописні таблички та єгипетські папіруси) відомо, що носіями медичних знань та медичних традицій поряд з чоловіками, були також жінки. Здатність народжувати дітей, подальша залежність малюків від матері, покладали на жінок, окрім материнських, обов'язки з виконання догляду і піклування за дорослими хворими і немічними (старими) членами сім'ї. Часто, окрім

сім'ї, їхня турбота поширювалась на друзів, сусідів, або й на всю родову общину. Догляд за хворими та немічними членами родини був різновидом домашньої роботи і від початку був покладений на осіб жіночої статі. А це – пряме визнання того, що для виконання зазначених функцій вимагаються риси та особливості характеру, притаманні саме жінкам, які в нашій уяві поєднуються з образом матері ніжної, доброї, завжди близької, розумної завдяки життєвому досвіду, але не завжди освіченої, тому що в древніх народів освіта була здебільшого чоловічим привілеєм.

Археологічні знахідки свідчать, що в цей період практикувались «агресивні» процедури: трепанація черепа (отвір у черепі для виходу злих духів), зшивання рани, лікування переломів кісток, допомога при пологах, ампутація, Через відсутність писемності, практику догляду передавали через фольклор

Про древню медицину і догляд за хворими ми дізнаємося з медичних трактатів, записаних клинописом на глиняних табличках древніми шумерами у IV тисячолітті до н. е. За приклад може слугувати «перший в історії людства збірник лікарських рецептів» - клинописна табличка, що походить з кінця III тисячоліття до н. е., знайдена археологами при розкопках шумерського міста Ніппура на території сучасного Іраку. Із цього давнього документа ми довідуємося, що шумерські лікарі свої лікувальні засоби готували із рослинних, тваринних та мінеральних складників. Їхніми улюбленими мінеральними складниками були за сучасною хімічною термінологією: хлорид натрію (кухонна сіль) та нітрат калію (калійна селітра). Із складників тваринного походження використовувались молоко, зміїна шкіра та панцир черепахи. Більшість ліків, однак, були рослинного походженя, які добувалися із насіння, коріння, плодів, листя, кори і серцевини рослин. Зокрема, використовували мирт, ферулу, чебрець, вербу, грушу, сосну, фінікову пальму, смоківницю тощо.

Про існування медицини у Древньому Єгипті згадується у записі висіченому на кам'яній стіні гробниці Уашптаха - головного архітектора фараона V династії Нефериркара (XXV ст. до н.е.). До нас дійшли лиш треті або четверті копії з древніх оригиналів, написані на папірусі. Найбільш повні відомості про медицину Древнього Єгипту викладено у 2-х папірусах датованих серединою II тисячоліття до н.е. – великий медичний папірус Г.Еберса та папірус по хірургії Е.Сміта. Єгиптологи вважають, що обидва вони були рукописними копіями медичного трактату, що не зберігся, написаному у III тисячолітті до н.е. обожненим єгиптянами лікарем Імхотепом

Витоки грецької медицини губляться у давнині, однак, без сумніву, вони пов'язані із медициною древніх культур Месопотамії і Близького Сходу: шумерською, вавілонською, юдейською, фінікійською, хетською, єгипетською, перською (парфянською), індійською.

Так, про медицину архаїчного кріто-мікенського періоду XII –VI ст. до н. е. можна дізнатися лише із поеми Гомера «Іліада»: «Вартує багатьох вояківв один лікар майстерний: видалить він і стрілу, і рану присипле зіллям цілющим».

У Гомера описано більше 140 ушкодженнь людського тіла: поверехневі і проникаючі рани, забиття, переломи, нагноювання тощо. Їх лікуванням займались професійні лікарі. Варто згадати, що коли Махаон був поранений Парісом, військові дії під Троєю були призупинені, а все грецьке військо прийшло в замішання лише від однієї думки, що лікар може померти.

Першу спробу розмежувати практику догляду і медицину було зроблено визначним ученим Гіппократом (460-377 рр. до н.е.). Його відома теза "Non, nocere!", - «Не нашкодь!», - тобто, лікувати потрібно не хворобу, а хвору

людину, - служить медичній науці та практиці і сьогодні.

У народів стародавнього світу догляд за хворими здійснювали родичі. Спеціальних людей, які б присвячували себе справі догляду за немічними, не було. Виняток становили лише жінки, що займалися допомогою породіллям і новонародженим. Спочатку це були літні родички, що мали досвід у цій справі. З часом цю функцію почали виконувати відповідні члени суспільства. Найбільшого розвитку організація такої допомоги досягла у греків і римлян. В Афінах і Римі бідняків і поранених у битвах воїнів лікували в будинках багатих громадян, де догляд за ними здійснювали виключно жінки. Відтак, сестринська справа від початку розглядалась як різновид праці лише для жіночої статі з притаманними їй рисами та особливостями характеру.

Археологічні артефакти свідчать, що народи які населяли територію сучасної України в давнину, також володіли певними медичними знаннями та практичними навичками

Чисельні пам’ятки культури, в тому числі й медицини, залишили по собі скіфи, що населяли Крим та північне причорноморя мж Доном і Дунаєм, Скіфам були відомі цілющі властивості багатьох рослин. На срібних і золотих вазах, знайдених при розкопках Чортомлинського кургану недалеко від Керчі, зображено скіфів, які надають медичну допомогу один іншому: перев’язування нижньої кінцівки, видалення зуба

Значний вплив на розвиток сестринської справи як форми релігійного служіння людям справили монотеїстичні релігії: юдаїзм, буддизм, християнство, іслам.

Необхідно відмітити, що тодішні пацієнти сприймали хвороби як випробуваня послане богами, яке мало на меті пробудити в людині усвідомлення гріха та навернути до життя праведного. Одужання сприймалося як прощення гріхів, а несприятливі наслідки лікування трактувалися як заслужена божа кара.

За таких теоретичних засад невід'ємною складовою успішного лікування були молитви, заклинання та магічні ритуали, які завжди починалися із визнання гріха: «Нема цілого місця в моїй плоті від гніву Твого; нема спокою в кістках моїх через мої гріхи, бо беззаконня мої перевищили голову мою!».

Однак, древні люди чітко усвідомлювали, що одних молитов і магічних заклинань для зцілення недостатньо, покаяння мало обов'язково супроводжуватися зверненням до лікарів та доповнене лікуванням. Ось як про це сказано у 38 главі Книги Премудрості Ісуса, сина Сірахова: «Шануй лікаря честю через потребу в ньому, бо Господь створив його і від Всевишнього лікування, і від царя отримує він дари… Сину мій! В хворобі твоїй не будь недбалим, а молись Господу і Він тебе зцілить. Облиш гріховне життя, і виправ руки твої, і від всякого гріха очисти серце своє. Принеси пахощі і пам'ятну жертву, багате жертвоприношення ніби помираючий… І дай місце лікарю, бо і його створив Господь, і нехай не відходить він від тебе, тому що й він потрібен. Бо й вони моляться Господу, щоб Він допоміг надати хворому полегшення і зцілення для продовження життя».

Священні тексти кожної із релігій містять перелік моральних норм і правил поведінки, обрядів, здорового харчування (кошерні і трефні продукти харчування в юдаїзмі («не вари козлика в молоці його матері»), чисті й нечисті тварини в ісламі, заборона на вживання м′яса корів в індуїзмі) культових дійств по відношенню до здоров’я і догляду за немічними і хворими, діагностика прокази з наступною ізоляцією прокажених тощо. Тому в становленні сестринської справи як професії велику

роль відіграли віруючі люди та служителі культу (першосвященники, жерці при храмах)

2. **Період народження ранньої сестринської справи** (I тисячоліття до нашої ери – XII ст. н.е.). Зародилися та діяли світські сестринські общини. Догляд за хворими здійснювали здебільшого духовні сестри – "служниці Божі". Систематизувалися знання, уміння та навички догляду. Однак навчання догляду не мало системного характеру. Період зародження ранньої сестринської справи характеризується виникненням усвідомлених заходів, спрямованих на систематизацію накопичених знань, умінь, навичок з догляду й опіки за хворими. Це дало можливість спрямувати допомогу при хворобах і травмах у професійне русло.

Медицина епохи еллінізму, описана у працях александрійських лікарів, дійшла до нас у викладі Галена і Авла Корнелія Цельса. Лікари епохи еллінізму поділяла погляди Гіпократа про матеріальні, а не божественні причини хвороб та його передові, як на той час, підходи щодо лікування, догляду за хворими та попередженням хвороб.

Європейська наукова традиція пов'язує виникнення науки догляду за хворими з іменем Гіпократа (460-377 рр. до н. е.). Саме з відмови Гіппократа від пояснення божественної природи людських страждань і початку наукових досліджень хвороб під час класичного періоду древньогрецької історії, зародилась клінічна медицина. Гіппократа справедливо називають не тільки «батьком медицини», але й «батьком догляду», оскільки він зробив першу спробу розмежувати практику догляду і медицину

Коли Греція у 146 році до н. е. стала провінцією Римської імперії, вплив вчення Гіппократа зменшився. Римські можновладці вимагали знищення медичних записів на грецькій мові. Накопичений досвід з догляду за хворими був втрачений, проте він був відновлений у своїй первинній, більш примітивній формі. Пройшло кілька століть, перш ніж грецька медицина набула визнання у Римі. Лише у 46 р. до н. е., згідно з указом Юлія Цезаря, грецьким лікарям почали надавати почесне право громадян Риму. Для цього були свої причини. Римська імперія постійно вела завойовницькі війни. Це вимагало присутності в армії значної кількості медиків - у кожній когорті на 1000 воїнів припадало 4 лікарі та спеціальна санітарна команда із 10-и молодих міцних воїнів, котрих називали «deputati». Верхи на конях «deputati» підбирали поранених на полі бою, надавали їм першу медичну допомогу та вивозили в безпечне місце. Окрім того, у кожному римському місті були введені оплачувані посади лікарів – архіатрів. Процедура виборів архіатрів нагадувала строгий екзамен. Архіатр отримував звання «лікаря, затвердженого державою» - Medicus a Re Publica. Окрім обов'язків по лікуванню громадян, архіатри здійснювали санітарний контроль з протидії виникненню епідемій та викладали в державних медичних школах, котрі були створені в Римі, Афінах, Александрії, Антіохії та інших великих містах імперії. Крім державних в Римській імперії існували і приватні медичні школи. Одну з них заснував Асклепіад.

Падіння Риму, виникнення християнства та ісламу безперечно вплинули на розвиток медицини як науки та прийомів і навичок догляду за хворими. Заради справедливості необхідно підкреслити, що центр розвитку науки і медицини перемістився із Риму до Константинополя ще до нашестя варварів з півночі. Крім того, як згадувалось раніше, за кілька тисячоліть до виникнення Римської імперії існували інші, добре розвинуті, як на ті часи, цивілізації: Шумер, Аккад, Юдея, Вавілон, Ассирія, Персія, Індія, Китай, де

медицина, медична освіта та їхня невід'ємна складова – мистецтво догляду за хворими, розвивались самобутніми, часто відмінними від середземноморського регіону, шляхами.

На початку І-го тисячоліття н. е. із розповсюдженням християнства фактично відбулося друге народження науки догляду за хворими. Заслуга належить засновнику християнства Ісусу з Назарета, який демонстрував і розповсюджував нові гуманістичні підходи до організації суспільного життя. Розповсюдження гуманістичних підходів допомоги ближнім, альтруїзм і навіть покарання за відмову допомогти хворому лягли в основу християнської етики та моралі. Від самого початку свого існування християнська церква взяла на себе турботу щодо хворих та бідних.

Офіційна медична освіта, у тому числі і по догляду за хворими, з'явилася завдяки політиці, яку проводив римський імператор Костянтин, починаючи з 320 р. н. е. У цьому році Костянтин оголосив себе християнином, і таким чином, християнство стало державною релігією у Римській імперії і підґрунттям для створення основоположних принципів догляду за хворими на державному рівні. У кожному місті, де був собор, було відкрито лікарні. Священників зобов'язали опікуватися хворими і немічними. В документі грецької православної церкви «Правила помісного Собору (347 р. н. е.) сказано, що єпископи повинні допомагати сиротам, вдовам, жебракам і паломникам, які від церкви нехай харчуються та інші благодіяння мають.

Окрім церкви, обов'язки по догляду за хворими були делеговані жінкам із привілейованих прошарків суспільства, які в силу свого високого соціального статусу не були залучені до виконання домашніх справ та рутинної хатньої роботи. Вважається, що римська аристократка Паула першою запровадила навчання догляду за хворими як особливого різновиду духовного служіння, а інша римська аристократка і учениця святого Джерома (Jerom) Фабіола у другій половині IV ст н. е. відкрила перший хоспіс для паломників і хворих жебраків.

Впродовж V-VI століть були організовані монастирі, в яких розпочали надавати медичну освіту черниці, що називали себе сестрами. Навчання забезпечувала старша сестра, згідно програми, що включала підготовку з досвіду медицини, використання трав, хатніх обов'язків (харчування, прибирання, особиста гігієна хворих) і етики. Великий акцент було зосереджено саме на етичних аспектах «покори та правильної поведінки».

У Східній Римській імперії значного розвитку набуло тиражування медичних знань. Історія зберегла для нас лиш невелику кількість компіляторів, книги яких принесли знання із Константинополя в Європу: Орібасій (325-403 рр. н. е.), Аецій (500-565 р. н.е.), Олександр Тралецький (525—605 рр. н. е.), Павло Егінський (607-690 рр. н. е.).

У древній Русі за часів язичництва медицини у тогочасному сучасному розумінні не існувало. Лікуванням займались волхви, травники, костоправи, бджільники, рудомети (пускання крові), зубоволоки (видалення зубів) та ін.

Падіння Риму, виникнення християнства та ісламу безперечно вплинули на розвиток медицини як науки та прийомів і навичок догляду за хворими. Заради справедливості необхідно підкреслити, що центр розвитку науки і медицини перемістився із Риму до Констатинополя ще до нашестя варварів з півночі. Крім того, як згадувалось раніше, за кілька тисячоліть до виникнення Римської імперії існували інші, добре розвинуті, як на ті часи, цивілізації: Шумер, Аккад, Юдея, Вавілон, Ассирія, Персія, Індія, Китай, де медицина, медична освіта та їхня невід'ємна складова – мистецтво догляду

за хворими, розвивались самобутніми, часто відмінними від середземноморського регіону, шляхами.

У 450 медичних творах вченого-енциклопедиста середньовічного Сходу Абу Алі Ібн Сіна (найвизначніший твір "Канон медицини") узагальнено досвід медицини древніх часів і раннього середньовіччя.

Перші общини жінок і дівиць для служіння справі милосердя і догляду за хворими було створено в XI столітті в багатьох країнах Західної Європи. Значний внесок у розвиток сестринської справи зробили світські ордени, зокрема Госпітальне братство Святого Антонія (Франція, Іспанія, Італія,) Святого Іоанна (Єрусалим). Сестри, що входили до орденів, давали обітницю проводити весь свій час, доглядаючи за хворими.

Виникнення сестринської справи в Україні, як і в усій Європі, нерозривно пов'язане з прийняттям християнства, створенням монастирів, при яких були лікарні, подорожні будинки, лікарні та амбулаторії для мандрівників, що прямували до святих місць і потребували медичної допомоги.

Норвезька сага, засвідчує що прототип першої лікарні на Русі було засновано Великою княгинею Ольгою. В ній за хворими доглядали жінки. Для їх утримання було встановлено особливий податок.

За часів Володимира Святого кількість таких "лікарень" збільшується. В статуті про церковні суди їх оголошують церковними установами. Найвідомішою серед них була лікарня при Києво-Печерській Лаврі, в якій лікування здійснювали монахи-"лічці".

Серед найвідоміших жінок, які лікували хворих у Київській Русі – князівна Єфросинія та онука Володимира Мономаха, донька великого князя Мстислава Євпраксія (1108-1172). Трактат Євпраксії "Аліма" ("Мазі"), написаний грецькою мовою, висвітлює питання загальної психології, діагностики, гігієни і лікування різних хвороб.

3. **Період створення перших закладів з підготовки працівниць по догляду за хворими** (XIII–XVIII ст.). Догляд за хворими здійснювали сестри милосердя, сиділки, "сестри-служниці". З'явилися перші навчальні заклади з підготовки сестер милосердя. Період створення перших закладів з підготовки працівниць по догляду за хворими припадає на часи масових епідемії, стихійного лиха, численніих війн, які були важливими соціальними чинниками, які сприяли розвитку сестринської справи. Саме в цей період нагальною стала потреба в підготовці працівників по догляду за хворими та створенні відповідних навчальних закладів. В епоху Відродження на зміну образу духовної сестри – "служниці Божої" поступово приходить образ сестри милосердя, сестри-служниці.

Арабські вчені внесли значний вклад в розвиток медицини і медичної освіти, поєднавши найкращі досягнення західної (греко-римської культури) із східними традиціми по догляду і лікуванню хворих. Зокрема, їм належить поєднання наукової медицини із астрологією, яка виникла в Месопотамії в IV тисячолітті до н. е.

Під час Хрестових походів розпочався розвиток військової медсестринської справи. Християнська церква підтримувала участь жінок в громадському русі по догляду за пораненими вояками під час священної війни в Палестині. Деякі лицарські ордени цілком присвячували себе опіці за хворими, наприклад: Орден Святого Лазаря в Ієрусалимі, який «спеціаліалізувався» з догляду за прокаженими, Орден Госпітальєрів, Орден Святого Бенедикта, Орден Святого Джона, які надавали допомогу пораненим лицарям під час Хрестових походів. Орден Святого Бенедикта організував школи Святої Бригії, Святої Схоластики

та Святої Хільди, які згодом переросли в університети.

Необхідно підкреслити, якими вартісними і рідкісними були на той час книги. Так, у Паризькому університеті було лише 12 книг, прикованих ланцюгами до кафедри, щоб ніхто не вкрав дорогоцінного рукописного фоліанта.

Поряд з релігійними та військовими орденами в XI столітті виникли світські братства, які зробили значний внесок у розвиток науки догляду за хворими. Найвідомішим на той час було Госпітальне братство Святого Антонія, засноване у 1095 році. Будинки братства були відкриті у Франції, Іспанії, Італії. Навчальні плани братства поєднували вивчення релігії, музики, мови, основ медицини та догляду за хворими. На навчання догляду за хворими приймали молодих жінок шляхетного походження з «поважним характером».

У цей же час з'явились так звані «бегіни» (beguinae) – жінки та дівиці, які створювали невеликі общини на півночі Франції, в Нідерландах та Німеччині для «подвигів милосердя та догляду за хворими». Дещо пізніше такі общини почали створювати власні шпиталі, серед яких найвідоміший l'Hotel Dieu в Парижі, заснований у 1443 році.

Відомою далеко за межами середньовічної Франції стала діяльність «Общини Сестер-Іоніток», створеної у Парижі в XIII ст н.е. У 1348 році під час епідемії чуми, члени общини показали героїчний приклад самопожертви. Тільки у Парижі за час епідемії померло більше 500 сестер.

У західних країнах, де порівняно рано була введена офіційна сестринська допомога, вона в основному зводилась до двох варіантів: послуги, що надавались вдома пацієнтам, які могли собі дозволити платити доглядальницям, котрі перебували при них невідлучно, та сестринська медична допомога, яка надавалась в лікарнях, монастирях та притулках черницями і служницями без обітниці.

Після завоювання у 1452 році турками-османами Константинополя і падіння Східної Римської імперії важливим науковим і культурним центром ісламського світу більш, ніж на п'ять століть стає Османська імиерія із столицею в Константинополі, вплив якої розповсюджувався і на Північне Причорномор'я, тобто на територію України.

На цей же період Середньовіччя припадає виникнення сестринської справи в Україні, також нерозривно пов'язане з прийняттям християнства в Київській Русі (988 р. н. е.) та створенням монастирів, при яких були лікарні, подорожні доми та притулки для мандрівників до святих місць. Одна з перших згадок про існування стаціонарної лікувальної установи в Київській Русі сягає X століття, де догляд за хворими також було доручено жінкам. Літописець Нестор у літописі «Житіє Феодосія Печерського» згадує про існування монастирської лікарні в Києві на рубежі третьої та четвертої чверті XI століття. В XI столітті монастирські лікарні створено в Переяславі, Вишгороді, Чернігові, Новгороді, дещо пізніше в Смоленську, Львові та інших містах. Так, Никонівський літопис свідчить, що митрополит Єфрем у 1091 р. побудував у Переяславі лікарню, де допомога надавалась безкоштовно всім «приходящим». Чернігівський князь Микола Давидович, прозваний Святошею, побудувв у XII ст. монастирську лікарню в Чернігові. Необхідно підкреслити, що монастирські лікарні, як і самі монастирі, під час війни перетворювались у військові шпиталі, а під час епідемій – в карантинні лікарні. За грецькими зразками при монастирях і великих церквах влаштовували притулки для хворих та інвалідів. Серед ченців виділялись такі, що спеціально

присвятили себе лікуванню і догляду за хворими.

Були на Русі і жінки-цілительки: дочка бортника Февронія, дочка Великого князя Мстислава Володимировича, внучка Володимира Мономаха – Євпраксія. Євпраксія - повитуха, цілителька, а «за сумісництвом» ще й дружина візантійського імператора Олексія Комнена, яка отримала після заміжжя грецьке ім'я Зоя, прославилась своїми медичними знаннями. У 1902 р. вчений Х.Лопарев виявив у Флоренції в бібліотеці Лоренцо Медічі написаний Євпраксією Мстиславівною у 30-і роки XII ст. грецькою мовою рукопис «Алімма» (Мазі), де було зібрано і систематизовано знання з тогочасної медицини і, крім опису хвороб та засобів їх лікування, дано також поради щодо гігієни та лікувальних процедур. Рукопис Зої-Євпраксії Комнен складається з 5 частин і 29 розділів. У перших трьох частинах висвітлюються питання загальної медицини і діагностики, загальної гігієни, гігієни харчування, гігієни жінки, гієни статевих зносин, гігієни дитини, а дві останні частини присвячено лікуванню різних хвороб. Українська медична спільнота має пишатись, що цей геніальний трактат був написаний задовго до творів відомих учених Джіроламо Фракасторо (1478-1553), Парацельса (1493-1541), Андреаса Везалія (1514-1564), Амбруаза Паре (1517-1590) та інших, які з'явилися лише у XVI ст.

Середньовічні лікарні являли собою швидше установи для утримання та ізоляції хворих, ніж для лікування. Найважливішим в них було втішати, виявляти співчуття та безкорисливо виконувати роботу з догляду. Такий образ медичної сестри, яка жертвує собою заради хворих, вихованої на беззаперечній покірності, не зацікавленої в утворенні власної сім'ї, глибоко укоренився в суспільній свідомості протягом багатьох поколінь.

Епоха Ренесансу, що прийшла на зміну Середньовіччю, характеризувалася бурхливим розвитком науки і культури, небувалими досягненнями на економічних, соціальних, культурних та політичних теренах. Медична наука просувалась, проте наукові підходи до догляду за хворими не займали істотного місця на освітній арені цього періоду. Жінки сприймали і виконували догляд за хворими як частину своїх звичайних сімейних обов'язків. Жіночі монастирі та благодійні організації, які піклувалися та доглядали за хворими, вдовами та біднотою знаходилися під юрисдикцією церкви, на яку, починаючи з XVI століття, були направлені реформи епохи Відродження. Ці реформи проводились в інтересах нового класу – буржуазії, якій була непотрібна вартісна церква, а тим паче медицина для бідних. Справа в тому, що до 1517 року церква перетворилася на багатогранну організацію, яка володіла фінансовою і інтелектуальною владою повсюди в Європі. Католицька церква була власником всіх лікарень, благодійних організацій і освітніх установ по всій Європі, а також в колоніях Іспанії та Португалії в Латинській Америці. Проте на початку XVI століття люди почали проявляти невдоволення різними аспектами церковного домінування. Знайшлися вожді (Мартін Лютер, Кальвін), які кинули виклик церкві, відкрито засудивши її дії. На початку XVI століття в Німеччині, Швейцарії, Голандії та інших країнах Європи виник рух, що дістав назву Реформації. Реформація проголосила загальну рівність всіх віруючих перед Богом, а Біблію єдиним джерелом віри. Реформація осуджувала чернецтво, безшлюбність духовенства, не визнавали ікон та іншої церковної атрибутики. Римо-католицька церква розгорнула маштабну протидію реформаторам, яких

оголосила єретиками. Криваві релігійні війни між католиками і протестантами (таку назву згодом отримали релігійні реформатори), тривали впродовж двох століть. Внаслідок цих війн було нанесено смертельного удару по догляду і навчанню медсестер. Реформатори не проявляли поваги до гуманітарних зусиль католицької церкви і зруйнували майже всі монастирі і лікарні в Англії, Німеччині, Голандії, Швейцарії та інших країнах, де вони перемогли. Релігійна філософія протестантизму щодалі погіршувала ситуацію з медсестринством. Навчання медсестер, яке раніше здійснювали черниці, занепало, ніхто не передавав інформацію про догляд. Лікарні, що вижили, були відокремлені від церкви і підпорядковувалися світському управлінню. Догляд в цих медичних закладах здійснювали жінки без високих моральних чеснот і зобов'язань, без релігійної сили духу, іноді навіть ув'язнені.

У той час, коли протестантські реформатори в більшості країн Європи знищили монастирі, зруйнували лікарні і сестринські школи, низка країн (Італія, Франція, Іспанія, Португалія, Австро-Угорщина, Польща та ін.) залишилися католицькими і зберегли медсестринську освіту як основу ефективного догляду за хворими та пораненими.

В Іспанії за царювання короля Філіпа II реформатор медсестринського догляду Bernardino de Obregon (1540-1599 рр.) заснував у 1568 році Обрегонське братство «Бідні сестри милосердя». Обрегонське братство розповсюджувало передові на той час методи медсестринського догляду і надрукувало у 1617 році керівництво для медичних сестер «Instrucción de Enfermeros». Це був перший підручник з медсестринства, написаний медичною сестрою Andrés Fernández для навчання медичних сестер.

У 1617 році видатний філантроп і католицький священик Венсан де Поль (Vincent de Paul), створив у Парижі общину сестер милосердя «Seurs de Charite de Saint Vincent de Paul». Спочатку (Сестри милосердя Венсана де Поля). Община опікувалась хворими не в монастирських лікарнях, а в бідних кварталах, там де проживала міська біднота, винаймаючи житло. «Милосердя до ближнього, - говорилось в статуті общини, - є істинна ознака християнина, одна з головних справ милосердя є відвідування бідних хворих і всякого роду допомога їм». У 1633 році Венсан де Поль на чолі общини поставив Луїзу де Маріяк (Louise de Marillac) - вдову з вищого світу, яка цікавилась питаннями організації сестринського догляду та соціальної допомоги біднякам. За час свого багаторічного служіння Луїзу де Маріяк переконалась, що догляд за хворими потребує ґрунтовної підготовки. Луїза де Маріяк спочатку організовує семінари для сестер милосердя і сиділок, а в 1641 році створює спеціальну школу сестер милосердя. Слава школи швидко поширилась по Франції, Італії, Іспанії, Португалії, Польщі та інших країнах. Венсан Де Поль, Луїза де Маріяк і їх послідовники організували біля двох тисяч общин (ясла для дітей, притулки для сиріт і одиноких людей похилого віку, лікарні для епілептиків, та душевно хворих. Община мала свої сестринські школи по всій Франції та згодом, в епоху колоніалізму, і у французьких колоніях.

Французи сконцентрувалися на просуванні освіти медсестер та поліпшенні догляду, прагнули надати медсестрам більш високого соціального статусу та ввели нові навчальні плани. Протягом двох місяців майбутні студенти проходили випробувальний термін, під час якого їх ретельно перевіряли щодо спостережливості та морально-етичних чеснот. Потім впродовж 8-ми місяців тривало власне навчання: лекції та інтенсивна практика з догляду за хворими. Випускники були гарно підготовленими і здатними

запроваджувати нововведення з догляду в притулках для бідних та в лікарнях.

У 1645 році Jann Mance заснував у Монреалі - столиці канадської провінції Квебек, яка на той час була французькою колонією, перший у Північній Америці шпиталь - l'Hôtel-Dieu de Montréal. У 1654 і 1656 роках французькі сестри милосердя опікувалися пораненими вояками у битвах при Седані і Аррасі.

Поступово, через 300 років після перемоги Реформації, і в буржуазних протестантських країнах, також почали надавати належну увагу догляду за хворими і медсестринській освіті. У Німеччині общини сестер милосердя були створені у 1808 році. В Італії сестри милосердя з'явилися в 1821 в Австро-Угорській імперії - у 1834 році, в Чехії – у 1837 році. На середину XIX століття в Західній Європі нараховувалось біля 16-ти тисяч сестер милосердя.

У жовтні 1843 року німецький пастор Theodor Flinder створив в Кайзерверсі на Рейні Рейнсько–Вестфальську общину дияконіць (медичних сестер). Община мала свою лікарню та школу для навчання сестер догляду за хворими. Майбутні медсестри навчались впродовж шести місяців. Лекції читали лікарі, подальші роз'яснення вносили медсестри. Заклад закінчували спеціалісти цілком підготовлені як для практичного здійснення догляду в лікарні або вдома, так і до викладання мистецтва догляду у навчальних закладах. Навчальні плани, включали медсестринське мистецтво, дієтологію і кулінарію, спеціалізований догляд за чоловіками, жінками та дітьми. Фінальну кваліфікацію випускників перевіряли за допомогою стандартизованого іспиту. Книга приміток, зібраних Теодором Фліндером та викладачами закладу стала одним з перших підручників з медсестринської освіти [Іноземні джерела].

У 1844 році Флоренс Найтінгейл впродовж 3-х місяців проходила медсестринську підготовку в Кайзерверсі, а в 1850 році вона розпочинає свою практичну діяльність в якості медичної сестри в шпиталі Общини сестер милосердя святого Венсана де Поля в Александрії (Єгипет).

Модель освіти Кайзерверса стала прикладом для медсестринської освіти в усьому світі. Окрім того, кожна розвинена на той час країна створює медсестринські школи власного зразка. Зокрема, освічених медичних сестер в США було достатньо, щоб вони у 1836 році створили Товариство медичних сестер Філадельфії (Nursing Society of Philadelphia), яке починаючи з 1850 року вже мало власну медсестринську школу. Шпиталь в Бостоні (США) та медсестринську школу при ньому, відкрила у 1872 році медична сестра Сьюзен Димкок, дружина американського президента Лінкольна - Мері Лінкольн, також була дипломованою медичною сестрою [Іноземні джерела].

У 1841 році общини протестантських сестер-дияконіць були організовані в США, а в 1851 - році на Близькому Сході: в Бейруті, Єрусалимі, Александрії. У 1884 році у світі нараховувалось всього 56 протестантських общин, з яких 35 знаходилось в Німеччині, 6 - у Росії, 3 - у Швейцарії, 3 - у Франції, 2 - в Голландії, 2 - в Англії і по 1 общині в Угорщині, Данії, Норвегії, Швеції, США. Вони об'єднували більше 8000 сестер у 1780 закладах.

За часів середньовіччя на території сучасної України не було ніяких навчальних медичних закладів, а навчання мистецтва лікувати та доглядати за хворими здійснювалось шляхом передачі знань від батьків дітям або на зразок ремісного учнівства при монастирях. Відомо, що в середньовічних містах України медициною займалися члени професійних цехів. Серед них хірурги-цирульники надавали допомогу жителям міст і брали участь у військових

походах та козацьких битвах. Цехи цирульників були у Львові (засновані у 1512 році), при Київському магістраті, в Кам'янці-Подільському та інших містах. Вони вміли робити кровопускання, ставити банки, розрізати гнояки, видаляти зуби, лікувати та перев'язувати рани, вправляти вивихи, переломи, здійснювати ампутації, виготовляти різні пластирі для лікування ран, знали ознаки певних хвороб.

Значну роль в історії розвитку медичної справи в Україні відіграли братства. Крім просвітницької, релігійно-благодійної діяльності, вони займалися допомогою хворим членам своєї парафії, мали притулки для немічних та сиріт, які в XVI столітті дістали назви шпиталі. Зокрема, Львівське братство мало п'ять шпиталів. Лікувальні заклади були й у Київському братстві.

До початку XVII століття медичний персонал в Україні поділявся на три категорії: "дохтур, обтекарь й лекарь, потому что дохтур совет дает й приказывает, а сам тому не искусен, а лекарь прикладывает и лекарством лечит, а сам ненаучен, а обтекарь у них обоих – повар". Отже, в той час функцію догляду було покладено на "лекарів".

4**. Період розробки наукових засад організації сестринської справи й освіти** (сер. XIX – кінець XIX ст.). Розроблені наукові засади теоретичної та практичної підготовки медичних сестер. Сестринська справа стала професією. Догляд за хворими здійснювали професійні медичні сестри. Період розробки наукових засад організації сестринської справи й освіти характеризується посиленням уваги до сестринської справи та освіти шляхом відродження протестантською церквою общини "дияконіць" (1836 р., Кайзерверст на Рейні, Німеччина). Модель підготовки персоналу в Кайзерверсті стала прикладом для медсестринської освіти в усьому світі. У 1841 році общини дияконіць були організовані в США, а в 1851 році - на Близькому Сході (Бейрут, Єрусалим, Александрія).

Найвизначнішою подією цього періоду стало відкриття Флоренс Найтінгейл (1820-1910 рр.) першої в світі школи по підготовці сестер милосердя (Лондон, 1860 р.). Флоренс Найтінгейл дала перше визначення сестринської справи ("Записках про догляд", 1859 р.). Вона вважала, що сестринська справа як професія відрізняється від лікарської діяльності й потребує спеціальних, відмінних від лікарських, знань і трактувала її як "дію по використанню навколишнього середовища для сприяння видужанню пацієнта". Цим самим підкреслювала особливе значення охайності, свіжого повітря, тиші, правильного харчування хворих.

Флоренс Найтінгейл називала сестринську справу мистецтвом, що потребує організації, практичної й наукової підготовки. Вона писала: що "сестра повинна мати потрійну кваліфікацію: душевну – для розуміння пацієнтів, наукову – для розуміння хвороби, технічну для догляду за пацієнтом". На її думку, сестринська справа повинна бути незалежною, самостійною та почесною професією, суміжною з медичною, не підпорядкованою їй. Вона наполягала на тому, щоб у сестринських школах викладали медичні сестри, а керівництво ними в шпиталях також взяли на себе спеціально навчені дипломовані медичні сестри.

Щодо України, то офіційно початок використання жіночої праці з догляду за хворими припадає на середину XIX століття. Саме тоді сестри-жалібниці позитивно вплинули на організацію всього устрою госпітального життя та громадської думки. За чуйність, яку виявляли жінки, доглядаючи за хворими і пораненими, їх стали називати сестрами милосердя. У подальшому в різних джерелах і документах медичні сестри

згадуються під назвами “стариць”, “сиділок”, “сестер милосердя”, а в Україні – “шаріток”.

На принципово новій організаційній основі і на більш високому якісному рівні жіноча праця почала використовуватись при здійсненні медичної допомоги пораненим в період Кримської війни (1853-1856 рр.).

Кримська війна 1854-1856 рр. (Східна війна у європейських наукових джерелах) – війна між Росією з одного боку, Туреччиною, Англією, Францією і королівством Сардінією з іншого, послужила поштовхом для подальшого розвитку медсестринства. Кримська війна дуже гостро поставила питання організації медичного забезпечення військових дій в умовах масового поступлення поранених.

21 жовтня 1854 року Флоренс Найтінгейл разом з 38 медсестрами-волонтерками відбувають з Англії до Туреччини для надання медичної допомоги пораненим під час Кримської війни. За її прикладом 31 січня 1955 року Мері Сікоул полишає Лондон, щоб заснувати «Британській шпиталь» в Балаклаві (Крим).

У Кримській війні взяли участь більше двохсот сестер милосердя Хрестовоздвиженської общини, яка заслужено вважається першим у світі медичним формуванням. ЇЇ діяльність здійснювалась за чіткою схемою, запропонованою геніальним хірургом М.І. Пироговим.

Вперше на цій війні сестри милосердя почали робити те, що в наш час визначається як функція захисту хворого. Їх стали розглядати як адвокатів хворого. Вони швидко навчились сестринській справі і стали зразками професіоналізму.

З ініціативи М.І. Пирогова вперше в історії військово-польової хірургії було здійснено “спеціалізацію” серед медичних сестер, де враховувався рівень їх знань і здібностей. Сестри милосердя і лікарі були розділені на чотири групи: перша група сортувала прибулих за тяжкістю поранень; друга – займалася тими, що потребували термінової операції; третя - здійснювала догляд за пораненими, стан яких не вимагав термінового оперативного втручання; четверта – (входили лише сестри і священик) займалася безнадійно хворими і помираючими.

Участь у війні як російських медичних сестер, так і медсестер країн-переможниць переконав самих запеклих скептиків у корисності жіночої праці на театрі військових дій. Безперечно, Флоренс Найтінгейл була енергійною, сміливою жінкою, що подолала багато труднощів для досягнення своєї мети. Низка істориків визнали її першою у світі сестрою милосердя, котра надавала допомогу пораненим безпосередньо на полі бою, а день її народження – 12 травня нині святкується як Міжнародний день медсестри. А по суті першою, хоч і не визнаною офіційно, сестрою милосердя під час Кримської війни була Даша Севастопольська (Дар'я Лаврентіївна Михайлова), котра ще у вересні 1854 року перев'язувала поранених під час битви на річці Альма. Однак, на відміну від Флоренс Найтінгейл, Даша Севастопольська не мала медичної освіти.

Поштовхом для розвитку медсестринської опіки над пораненими під час бойових дій стала Громадянська війни (1861-1865рр.) у Сполучених Штатах Америки. Війна виявилась найбільш кровопролитною в історії США. В ході цього військового конфлікту загинуло 650 тисяч американських громадян, більше, ніж американських вояків у І та ІІ світових війнах, в’єтнамській і корейській війнах разом взятих. Американські жінки обох супротивних сторін добровільно взяли на себе обов’язки медсестер. Відсутність кваліфікації не заважала їм гідно виконувати сестринські функції,

набувати нові знання і досвід догляду за пораненими. Відсоток смертності поранених з боку обох ворогуючих сторін поступово зменшувався і був значно нижчим, ніж під час американо-мексиканської війни 1846-1848 рр.

Друга половина XIX століття відзначається удосконаленням медсестринської освіти. Повсюдно відкриваються навчальні заклади, де готують медичних сестер, а в Російській імперії у кожній губернії відкриваються губернські фельдшерські школи, де навчають майбутніх фельдшерів, медичних сестер та акушерок.

У другій половині XIX ст. розпочинаються наукові дослідження в медсестринстві і закладаються підвалини медсестринства як наукової спеціальності. Першою віхою на цьому шляху прийнято вважати дослідження, проведене Флоренс Найтінгейл в 1859 р. і присвячене впливу чинників навколишнього середовища на стан здоров'я людини. Методично застосовуючи в практиці догляду за хворими свої глибокі і багатосторонні знання про природу людини, Ф. Найтінгейл удосконалила традиційну домашню жіночу роботу по догляду за хворими членами сім'ї і звела її в ранг професійної діяльності, що базується на теоретичних знаннях і наукових принципах [Іноземні джерела].

Флоренс Найтінгейл у своїх знаменитих «Записках про догляд» у 1859 р. навела і перше наукове визначення сестринської справи Надаючи особливого значення охайності, свіжому повітрю, тиші, правильному харчуванню, вона характеризувала сестринську справу як «дію по використанню навколишнього середовища для сприяння видужанню пацієнта». Найважливішим завданням сестри, на думку Флоренс Найтінгейл, було створення для пацієнта таких умов, при яких сама природа виконувала свою цілющу дію. Флоренс Найтінгейл називала сестринську справу мистецтвом, однак була переконана, що мистецтво потребує організації, практичної й наукової підготовки. Флоренс Найтінгейл відстоювала думку, що «по своїй суті сестринська справа як професія відрізняється від лікарської діяльності й потребує спеціальних, відмінних від лікарських знань» [Флоренс Найтінгейл, Р. 43].

Вперше в історії Флоренс Найтінгейл застосувала наукові методи у вирішенні проблем сестринської освіти. Медсестринські школи, створені за її моделлю в Європі, а потім в Америці, були автономними і світськими. Викладали в них самі сестри, особлива увага надавалась формуванню спеціальних сестринських знань, умінь і навичок. Під професійними цінностями розуміли повагу до особистості пацієнта, його честі, достоїнства і волі. Великого значення надавалось проявам уваги, співчуття й турботи, а також збереженню конфіденційності та дотриманню професійних обов’язків. Невипадково девізом першого почесного міжнародного сестринського товариства стали слова: «Любов. Мужність. Честь» [Флоренс Найтінгейл, Р. 37].

На останню чверть XIX ст. припадає поява перших друкованих періодичних видань з медсестринства. У 1886 р. у США виходить з друку перший науковий медсестринський журнал «The Nightingale» (буквальний переклад – соловейко, однак, зрозуміло, що назва журналу присвячена видатній медсестрі-науковцю і державному діячеві Великобританії Флоренс Найтингейл). У 1888 р. в Буфало (Нью Йорк) починає публікуватися щомісячний журнал «The Trained Nurse» («Медсестра»). На сьогодні в світі існує більше 1000 періодичних медсестринських видань, у тому числі 5 в Україні, серед яких і «Магістр медсестринства», засновником якого є Житомирський інститут медсестринства.

Систематична підготовка медичних сестер в Україні розпочалась з другої половини XIX ст.. Як і в Росії, біля її витоків стояли сестринські общини: з дев'яти наявних тоді в Російській державі сестринських общин на кінець 1876 р. в Україні були дві: в Одесі (1850 р.) і Харкові (1872 р.)**.** Підготовка медичних сестер в Україні (1875-1877 рр.)здійснювалась також окремими потужними на той час медичними закладами (Олександрівська лікарня, Київський військовий шпиталь, Кирилівська лікарня та ін.). В них діяли курси з підготовки сестер милосердя Червоного Хреста.

5. Період упровадження ступеневої медсестринської освіти (поч. XX ст. – по теперішній час). Розроблені концептуальні підходи до розвитку сестринської справи. Упроваджена система ступеневої неперервної вищої медсестринської освіти. Догляд за хворими здійснюють професійні медичні сестри різних освітньо-кваліфікаційних рівнів.

Характерною особливістю періоду упровадження ступеневої медсестринської освіти є розробка наукої концепції ступеневої неперервної вищої медсестринської освіти.

Ступенева вища освіта – це процес здобуття різних освітньо-кваліфікаційних рівнів на відповідних етапах (ступенях) вищої освіти.

Запровадження ступеневої підготовки медичних сестер у світі (початок XX ст.) зумовлювалось різними чинниками, передусім утвердженням суспільних демократичних цінностей, науково-технічним прогресом, трансформаціями в суспільстві, розвитком медсестринської освіти, в напрямі трансформації вимог до особистості медичної сестри, її підготовки й професійної діяльності.

Центром розвитку ступеневої сестринської освіти стають Сполучені Штати Америки. Американська модель ступеневої вищої медсестринської освіти передбачала:

1) підготовку медичних сестер-адміністраторів для медсестринських служб;

2) запровадження базової та післядипломної університетської медсестринської освіти;

3**)** підготовку магістрів з медсестринства (1920 р.). Зазначимо, що перші магістерські програми були націлені на підготовку менеджерів та викладачів сестринської справи.

Американський підхід до концепції медсестринської діяльності і медсестринської освіти домінував у світі до кінця Другої світової війни.

У Європі (середина XX ст.) створено загальні засади базової підготовки медичних сестер. Між Данією, Францією, ФРН, Грецією та Великобританією підписано "Європейську угоду про медсестринську освіту" (1968 р.).

Важливим кроком у розвитку сестринської справи того часу, було прийняття Конвенції № 149 "Про зайнятість та умови праці й життя медсестринського персоналу" (Генеральна конференція Міжнародної організації праці, 1977 р.). У документі відзначалась важлива роль медсестринського персоналу в галузі охорони здоров'я, його стан у різних країнах. Конвенція ратифікована багатьма державами, зокрема й СРСР (1979 р.).

Важлива роль у розвитку медсестринства в цей період відводилась Міжнародній раді медсестер (МРМ), яка й на сьогодні є найавторитетнішою міжнародною організацією у відповідній галузі.

У 30-х роках, враховуючи недостатню кількість випускників технікумів і зростаючі потреби практичної охорони здоров'я в середньому медичному персоналі, органи управління охороною здоров'я СРСР змушені були запровадити їх підготовку

на 3-6 місячних курсах. Це в свою чергу призвело до появи кадрів сестринського персоналу досить низької кваліфікації.

Переломним моментом в упорядкуванні та удосконаленні медсестринської освіти в СРСР став 1936 рік, коли була прийнята постанова "О подготовке средних медицинских, зубоврачебних и фармацевтических кадров". Для підготовки медичних та ясельних сестер організовувалися школи з 2-річним терміном навчання. Вводились нові навчальні плани. Відкривалися посади старших медичних сестер лікарень, на організацію підготовки яких на спеціальних курсах в 1937 р. отримали право обласні відділи охорони здоров'я.

У цілому за 10 передвоєнних років в Україні було відкрито 29 середніх медичних навчальних закладів, в 15 з яких велась підготовка фельдшерів-акушерок, акушерок і медичних сестер.

Медичні сестри-санінструктори в роки Великої Вітчизняної війни прийняли естафету сестер милосердя попередніх поколінь. Їхніми зусиллями збережено життя та повернуто в лави Радянської армії 72,3 % поранених і 90,6 % хворих солдатів і офіцерів.

У післявоєнні роки відповідно до етапів розвитку СРСР, згідно з вимогами охорони здоров'я та рівнем розвитку медицини удосконалювалась й система та зміст підготовки медичних сестер. У 1958 році Міністерство охорони здоров'я СРСР розпочало прийом в медичні училища на відділення з підготовки медичних сестер та медичних сестер для дитячих лікувально-профілактичних установ з терміном навчання для осіб з неповною середньою освітою – 3 роки, і на базі повної середньої школи – 2 роки.

Чергове оновлення навчальних планів відбулося в 1972 році. Модернізація навчальних планів проводилась протягом 1982, 1989-1990 рр.

Чисельність сестринського персоналу постійно зростала, розширювалася мережа медичних училищ, збільшувалося число учнів, які здобували медичні професії.

У 1989 році відповідно до міжнародної номенклатури спеціальність "Медична сестра" була перейменована в "Сестринську справу". Було введено новий навчальний план з цієї спеціальності, в якому вперше була представлена дисципліна "Основи сестринської справи".

З проголошенням 24 серпня 1991 року України незалежною демократичною державою активізувався пошук нових напрямків розвитку медсестринства та медсестринської освіти відповідно до європейського досвіду та стандартів.

Характерними ознаками функціонування європейських моделей сучасної медсестринської освіти є:

- включення навчальних закладів з підготовки медичних сестер до системи університетської освіти;
- перехід до триступеневої системи професійної підготовки (ступінь бакалавра, магістра та доктора медсестринських наук);
- постійне зростання кількості освітніх програм з підготовки фахівців і їх якісне вдосконалення, функціонування інституту акредитації;
- впровадження інноваційних технологій навчання, дистанційної форми навчання та інтенсивний розвиток післядипломної освіти;
- підготовка медсестринських кадрів як державними, так і приватними закладами.

Узагальнена сучасна світова освітня модель медичної сестри ґрунтується на таких принципах:

-опора у процесі професійної підготовки на етику, ідеали, загальнолюдські цінності;

-діагностика професійної придатності претендентів, які мають бажання опанувати фах медичної сестри (наявність соціального життєвого

досвіду, практики загального рівня розвитку, нахилів, здібностей, тощо);

-єдність теоретичного і практичного компонентів професійної освіти (у багатьох зарубіжних країнах навчальними планами передбачено від 40 до 50% навчального часу на практичну підготовку).

Отже, незважаючи на те, що догляд за хворими є одним з найдревніших видів діяльності, – шлях від некваліфікованої праці до визнаної суспільством і регламентованої державою професії зайняв тисячоліття. Суттєвої трансформації зазнало поняття "медична сестра" щодо рівня її підготовленості, виконуваних функцій та професійних якостей.

Становлення і розвиток медсестринства в Україні йшло паралельно з аналогічними процесами в інших країнах Європи та світу, зокрема в державах, до складу яких в різні історичні часи входили українські етнічні території (Польща, Російська імперія, Австрійська імперія, СРСР). Проте внаслідок особливостей політичного та соціально-економічного розвитку, формування та становлення сестринської справи в Україні відбувалось самобутнім шляхом, часто без помітного впливу на цей процес ззовні.

Нині медсестринська освіта в європейських країнах надається в медсестринських школах, училищах, коледжах, інститутах, університетах, академіях.

У 16 європейських країнах (Австрія, Бельгія, Греція, Естонія, Італія, Люксембург, Нідерланди, Норвегія, Польща, Португалія, Росія, Угорщина, Швеція та ін.) вона фінансується з державного бюджету; у 8 країнах (Данія, Ірландія, Люксембург, Німеччина, Франція, Швейцарія) – за рахунок коштів громад; ще у 8 (Великобританія, Греція, Данія, Італія, Німеббчина, Португалія, Росія, Франція) – поряд з цим і за власні кошти; в Ірландії, Іспанії та Фінляндії фінансування має місце з усіх трьох джерел.

У більшості країн Європи термін навчання на здобуття професії медсестри становить три роки. Триваліший період (3,5 роки) допускається в Данії, Австрії, Бельгії, Великобританії, Нідерландах, Польщі.

Щодо одержання бакалаврського рівня (BcN), то тільки в Швеції та Іспанії існують обмеження віку, відповідно 25 та 35 років. з рівня дипломованої медсестри ця освіта надається у Великобританії та Естонії. У Греції, Іспанії Росії та Угорщині – після закінчення школи. В Іспанії медсестринська освіта починається відразу з бакалаврського рівня за умови закінчення 8 класів середньої школи. Тривалість навчання за бакалаврською програмою становить 3-4 роки з рівня середньої освіти та 2 роки – з рівня дипломованої медсестри.

Підготовка на ступінь магістра (MsN) вимагає, в більшості країн Європи, наявності бакалаврського рівня, в Фінляндії і Греції магістерський ступінь можуть здобувати і дипломовані медсестри, і медсестри-бакалаври.

Практично скрізь, де запроваджений магістерський рівень підготовки медсестер, для претендентів вимагається наявність стажу практичної роботи.

Здобути науковий ступінь доктора наук (PhDN) можуть магістри медсестринства більшості країн Європи.

Характерними ознаками функціонування європейських моделей сучасної медсестринської освіти є:

– включення навчальних закладів з підготовки медичних сестер до системи університетської освіти;

– перехід до триступеневої системи професійної підготовки (ступінь бакалавра, магістра та доктора медсестринських наук – тобто, без молодшого медичного спеціаліста;

– впровадження інноваційних технологій навчання, дистанційної форми

навчання та інтенсивний розвиток післядипломної освіти;

– підготовка медсестринських кадрів як державними, так і приватними закладами.

На відміну від європейських моделей, американська модель ступеневої медсестринської освіти є комплексною. Програми основного ступеня розраховані на чотирирічне академічне навчання. Протягом цих чотирьох років навчання студенти отримують три типи дипломів із званнями ліцензованої практичної медсестри, дипломованої зареєстрованої медсестри та бакалавра медсестринства**.** Звання бакалавра медсестринства – найвище досягнення в клініці, проте не в науці.

Для тих, хто продовжує навчання в галузі медсестринства існує післядипломна освіта, – для отримання ступеня магістра медсестринства і доктора філософії.

Слід відзначити високу професійність медсестринської справи у США, що було досягнуто шляхом поступового методичного вдосконалення системи освіти медсестер. У США є кілька професійних рівнів для медсестер, що відрізняються і освітою, необхідною для їх отримання, і професійними позиціями, на які може розраховувати володар того чи іншого рівня.

– Найпростішим рівнем є Licensed Practical Nurse (LPN) – ліцензована практична медсестра.

– Наступним і найбільш поширеним та популярним рівнем є Registered Nurse (RN) –реєстрована медична сестра.

– Найвищим рівнем, що охоплює багато функцій, які в Україні вважають лікарськими, - Advanced Practice Nurse (APN) – висококваліфікована практична медсестра.

Щоб розпочати працювати, а, точніше, навіть почати шукати роботу, медсестра, крім отримання відповідного освітнього рівня, повинна скласти ліцензійний іспит, який організовує National Council of State Boards of Nursing – Державна рада управління медсестер штату. Цей екзамен називають NCLEX-RN (National Council Licensure Examination for Registered Nurses) для реєстрованих медсестер і NCLEX-PN (National Council Licensure Examination for Practical Nurses) – для практичних.

Результати іспиту дійсні лише в тому штаті, де він складений, тому майбутня медсестра повинна мати чітке уявлення про те, в якій саме частині країни вона хоче працювати.

Метою освітньої програми на здобуття докторського наукового ступеня є підготовка медичних сестер до керівних посад у медичному обслуговуванні, освіті й науково-дослідній роботі. Загальний термін навчання до отримання звання доктора філософії з медсестринства (PhDN)становить від 5 до 7 років

Канадська система професійної підготовки фахівців у галузі медсестринства передбачає оволодіння студентами трьома науковими ступенями: бакалавр, магістр, доктор сестринської справи. Викладачами сестринської справи у вищих закладах освіти є магістр чи доктор у галузі медсестринства, які оволоділи курсом педагогічної майстерності. Результатом такої підготовки є фахівці, що можуть виконувати не тільки медсестринські обов'язки, а займати посади менеджерів лікувальних та адміністративних закладів і проводити науково-дослідницьку роботу.

На пострадянському просторі вперше факультети вищої медсестринської освіти були створені в Московській медичній академії ім. Ї.М.Сєчєнова та Самарському медичному університеті (Росія). Метою їх була підготовка викладачів та організаторів сестринської справи. З 1996 року Санкт-Петербурзька державна медична академія спільно з керівниками лікувальних установ надали можливість

практикуючим медичним сестрам реалізувати своє право на одержання вищої освіти без відриву від основної роботи.

Вивчення світового досвіду організації та функціонування медсестринських навчальних закладів дозволило вирізнити сучасні тенденції в розвитку професійної медсестринської освіти:

- міжнародна інтеграція, прагнення до уніфікації стандартів професійної медсестринської освіти як на внутрішньодержавному, так і на міждержавному рівнях;
- створення можливостей для професійного навчання фахівців упродовж усього життя;
- академізація, перехід на університетський рівень професійної підготовки;
- зростання ролі наукових досліджень у процесі професійної підготовки і професійної діяльності медичних сестер;
- диверсифікованість напрямів, рівнів, структури навчання і професійної діяльності;
- посилення ролі держави в управлінні та фінансуванні медичних навчальних закладів;
- встановлення партнерської взаємодії між закладами освіти й лікувальними установами як базами практичного навчання і потенційними роботодавцями;
- зміщення у процесі професійної підготовки акцентів з кваліфікаційних вимог на формування професійних компетенцій;
- посилення уваги до проблем прав людини, зокрема прав пацієнтів.

Проблема підвищення якості підготовки медичних сестер цілеспрямовано вирішується світовою спільнотою впродовж другої половини минулого і першого десятиліття поточного століть. Проте, медсестринська освіта в Україні протягом XX століття була ізольована від світової системи підготовки медсестринських кадрів. Це пояснює її невідповідність міжнародним вимогам і стандартам.

Поряд із здобутками в підготовці медичних сестер, досягнутими за роки Радянської влади, незалежна Україна успадкувала й низку недоліків у цій галузі освіти. В національній системі підготовки медичних сестер того часу копіювався зміст вищої медичної освіти. Відповідно до навчальних програм медичних сестер готували протягом 2-х років на базі повної середньої школи та 3-х років на базі неповної середньої школи. Випускники медичних училищ не мали можливості продовжити своє навчання за спеціальністю “Сестринська справа”. Це суттєво відрізняло українську систему підготовки медичних сестер від аналогічних систем передових держав світу.

На відміну від України, в країнах Європи та США вже існувала неперервна ступенева система вищої медсестринської освіти. Медичні сестри з вищою медсестринською освітою, хоч і діяли згідно з вказівками лікаря,але вміли робити власну оцінку стану й потреб пацієнтів, організовувати догляд за ними, готувати хворих та членів їх сімей до розв’язання відповідних проблем. Посадові ж обов’язки випускників медичних училищ України на практиці обмежувалися лише виконанням ряду допоміжних технічних функцій. Все це не задовольняло найперспективніших медичних сестер і вони або “вибували з професії”, або вступали до медичних вузів.

Аналіз медсестринської освіти перших років незалежності України вирізнив низку проблем, які вимагали цілеспрямованих дій міністерства і медичної громади:

- відсутність досконалої законодавчо-нормативної бази;
- недостатність престижу професії та її мотивації;

- соціальна та професійна незахищеність фахівців сестринської справи, їх низька заробітна плата;

- недостатня можливість для медсестер активно впливати на результати лікування і профілактики, обмеження їх самостійності у прийнятті рішень у межах своєї компетенції;

- відсутність наукових досліджень із питань сестринської справи;

- невідповідність системи підготовки і післядипломної освіти медсестринських кадрів міжнародним стандартам;

- відсутність стандартів професійної діяльності медсестер у лікувально-профілактичних закладах;

- недосконаліть системи атестації середнього медичного персоналу.

Все це потребувало реформування освіти в медсестринстві в напрямі переорієнтації її змісту, наближення до міжнародних стандартів та адаптації до ринкових умов.

Медсестра нової генерації має забезпечувати сучасний висококваліфікований догляд, володіти методами реабілітаційних заходів та паліативної допомоги, навичками педагогіки, психології, комп'ютерними технологіями, приймати професійні рішення, проводити первинну медико-санітарну роботу, організовувати якісний сестринський процес та управління тощо.

Розробці наукових підходів до реформування сестринської освіти сприяла участь України в міжнародних програмах з питань сестринської справи й акушерства, організованих сестринським відділом Європейського регіонального бюро ВООЗ (Алма-Ата, 1993 р.; Бішкек, 1994 р.; Стокгольм, 1995 р.) та Американським міжнародним союзом охорони здоров'я (АМСОЗ) (Київ, 1998 р.) та інші.

Протягом 1992–1994 років розроблено і затверджено концепцію вищої неперервної ступеневої освіти та Закону України "Про освіту", було розроблено освітньо-професійні програми (ОПП) та навчальні плани підготовки медичних сестер. В них було визначено ступневість медсестринської освіти:

І рівень – дипломована медична сестра (термін підготовки в медичних освітніх закладах І рівня акредитації – 2 роки на базі повної загальної середньої освіти);

ІІ рівень – медична сестра-бакалавр.

У 1997 році за ініціативою МОЗ України в бакалаврську програму для медсестер було запроваджено так звану "медсестринську модель". За цією моделлю студенти протягом перших двох років вивчали програму базового медсестринства, а далі, протягом наступних двох років, – предмети бакалаврської програми.

До змісту освітньо-кваліфікаційної характеристики випускника вищого медичного навчального закладу І-ІІ рівня акредитації, окрім умінь і навичок з догляду та спостереження за хворими, надання невідкладної допомоги, вперше було введено такі здатності та вміння:

- пропаганда медико-гігієнічних знань;

- профілактика захворювання;

- формування здорового способу життя в населення;

- навчання й виховання свідомого ставлення до здоров'я.

Нові стандарти відрізнялися від минулих своєю орієнтацією на сучасні та майбутні потреби населення в медсестринській допомозі. Вперше до змісту професійної медсестринської освіти було введено поняття "збереження здоров'я", "первинна медико-санітарна допомога" та ряд принципів Концепції стратегії ВООЗ "Досягнення здоров'я для всіх". Нові стандарти були спрямовані на розкриття сутності нової ролі та функцій медичних сестер, формування в них професійного вміння "оцінити стан хворого" та навичок "збереження

здоров'я" і "навчати населення здоровому способу життя".

Реформуванню сестринської освіти в Україні сприяли такі нормативно-правові документи:

Програма розвитку медсестринської освіти в Україні на період 1993-2002 рр., яка передбачала:

- впровадження ступеневої медсестринської освіти;
- реорганізацію найбільш потужних медичних училищ в медичні коледжі;
- розробку в навчальних закладах навчально-методичного забезпечення ступеневої медсестринської освіти;
- формування цього навчально-методичного забезпечення державною (українською) мовою;
- створення системи ліцензування й акредитації навчальних закладів;
- вивчення міжнародного досвіду медсестринської освіти**.**

План розвитку медсестринства в Україні на 1995–2004 рр., розроблений відповідно до рішення Національної конференції медсестер (Чернівці,1995р.), передбачав слідуючі основні завдання:

- створити факультети медсестер у медичних університетах (інститутах);
- визначити критерії й показники державної оцінки якості підготовки фахівців сестринської справи;
- провести реформу в галузі післядипломного навчання викладачів сестринської справи;
- розробити державні стандарти освіти медсестер;
- розробити Етичний кодекс медичних сестер України (згодом прийнятий на І з'їзді медичних сестер України, Чернівці, 1999 р.);
- створити Асоціацію медичних сестер України;
- запровадити видання журналу "Медсестринство України";
- вивчати й упроваджувати міжнародний досвід підготовки медичних сестер, зокрема – перехід від медичної до медсестринської моделі підготовки медичних сестер.

Значний крок вперед до європейських стандартів освіти забезпечила "Програма розвитку медсестринства в Україні на 2005–2010 роки". В її основу було покладено основні завдання та принципи Болонської декларації, – введення двоциклового навчання; розробка єдиної системи залікових одиниць, запровадження кредитно-модульної системи; формування системи контролю якості освіти; розширення мобільності студентів і викладачів; забезпечення конкурентоздатності фахівців у будь-якій країні Європи; розширення європейського простору вищої освіти.

Програма передбачала:

- розробку й запровадження нових освітніх стандартів і змісту медичної освіти;
- перехід з 2 на 3-річну програму підготовки медсестер;
- запровадження однорічної підготовки медсестер-бакалаврів;
- перегляд професіограми медсестри з перерозподілом функцій між лікарем і медсестрою;
- створення інститутів медсестринства, сестринських факультетів при університетах;
- затвердження програми підготовки магістрів за спеціальністю «Сестринська справа».

Відповідно до цієї Програми та вимог міжнародних стандартів освіти, з 2008 року в Україні запроваджена ступенева медсестринська освіта:

І рівень – дипломована медична сестра;

ІІ рівень – медична сестра-бакалавр;

ІІІ рівень – магістр медсестринства за спеціальністю «Сестринська справа».

За ініціативою МОЗ України був розроблений стандарт освіти – магістратура зі спеціальності "Сестринська справа". Це дало можливість внести зміни й доповнення до

Постанови Кабінету Міністрів України від 24 травня 1997 року № 507, згідно з якими запроваджена магістратура з медсестринства - III рівень підготовки, що надає медичним сестрам можливість отримувати повну вищу медсестринську освіту і згодом обіймати посади медсестри-педагога, медсестри-керівника сестринськими службами, медсестри-науковця.

Відповідно до Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 р.р. (наказ МОЗ від 8.11. 2005 р. № 585) у 2007 році був створений комунальний вищий навчальний заклад нового типу – Житомирський інститут медсестринства, в якому вперше в Україні здійснено перехід від медичної моделі підготовки фахівців до медсестринської ступеневої моделі від молодшого спеціаліста до магістра.

Підготовку магістрів сестринської справи розпочато також в інституті медсестринства Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського, Львівському інституті медсестринства і лабораторної діагностики ім Андрія Крупиньського, Буковинському державному медичному університеті, Харківському Національному медичному університеті. Введення в Україні освітньо-кваліфікаційного рівня магістр за спеціальністю «Сестринська справа» дає можливість зробити значний крок вперед у реформуванні сестринської справи в Україні.

Необхідно опрацювати підходи до ефективного використання такого потужного кадрового ресурсу системи охорони здоров'я в інтересах здоров'я населення держави

У Законі України «Про вищу освіту» (2014 р.) законодавчо затверджено 4 освітні рівні в медсестринстві: молодший бакалавр, бакалавр, магістр і доктор філософії з медсестринства (PhD in Nursing). На перехідний період (до 2020 р.) залишається освітній рівень молодшого спеціаліста з медичною освітою.

Необхідно відмітити, що у новому законі змінилися назви і шифри галузі (галузь тепер називається 22 «Охорона здоров'я»), спеціальностей (221 «Стоматологія»; 222 «Медицина»; 223 «Медсестринство»; 224 «Медична реабілітація та медична психологія»; 225 «Фармація»; 226 «Технологія медичної діагностики та лікування»; 227 «Фізична реабілітація»), а також назви спеціалізації. Зокрема, у спеціальності 223 «Медсестринство» на рівні молодшого бакалавра зявились 3 спеціалізації: «Сестринська справа», лікувальна справа», «Акушерська справа». Назву «магістр за спеціальністю «Сестринська справа» переіменовано в «магістр медсестринства». На сьогодні робоча група МОЗ України активно розробляє освітні стандарти для нових спеціальностей і спеціалізацій за всіма освітніми рівнями

Висновки та перспективні підходи до подальших досліджень у цьому напрямку

1. Зусиллями провідних спеціалістів МОЗ України, вищих медичних навчальних закладів, практичної охорони здоров’я, Асоціації медсестер України у справі модернізації сестринської освіти, стало можливим запровадити повномасштабну реформу системи медсестринської освіти в Україні з метою адаптації її до загальноєвропейської.

2. В українському суспільстві поступово міняються усталені стереотипні уявлення про роль медсестри в комплексі лікувально-діагностичних, профілактичних, реабілітаційних та медико-соціальних заходів; переосмислюється практична роль медсестри-лідера: бакалавра, магістра та доктора філософії з медсестринства.

3. Перед вищими медичними навчальними закладами, що здійснюють підготовку медсестринських кадрів стоїть

завдання поглибити практичну спрямованість освітньо-професійної підготовки медичних сестер; сформувати творчу особистість, інтелектуала з клінічним мисленням і прогресивним науковим світоглядом, організатора сестринської справи.

4. З метою продовження формування умов для підвищення ефективності результатів професійної діяльності медсестринства, реалізації інноваційної і кадрової політики у системі охорони здоров'я, удосконалення системи підготовки медсестринських кадрів, актуальними завданнями є:

-Розробка та затвердження галузевої«Програми розвитку медсестринства України до 2020 року;:

-Затвердження спеціальності «Медсестринство», як наукової;

-Запровадження аспірантури й докторантури та відповідних спеціалізованих вчених рад по захисту наукових ступенів медичними сестрами;

- Переглянути перелік посад наказу МОЗ України № 33 внести зміни і доповнення до посадових інструкцій керівників сестринським персоналом в частині управлінських функцій і освітньо-кваліфікаційних рівнів;.

- Запровадити порядок відбору на посади керівників сестринських служб на конкурсній основі.

- Переглянути та затвердити нормативи навантаження медичних сестер в закладах охорони здоров'я у відповідності до міжнародних стандартів.

-Активізувати міжнародну співпрацю з метою обміну науково-педагогічними працівниками, обміну досвідом в організації навчального процесу і навчальними програмами зі схожими спеціальностями, реалізації спільних наукових проектів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Імператив якості: вчимося цінувати і оцінювати вищу освіту /За ред. Т.Добка, М.Голмянка, О.Кайкової, В.Терзіяна, Т.Тіхонена. –Львів: Вид-во «Компанія Манускрипт», 2014. -572 с.

2. Махновська І. Р. Професійна підготовка магістрів сестринської справи в умовах ступеневої освіти / І. Р. Махновська // Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка. – Житомир : Вид-во ЖДУ, 2013. – Вип. 67. – С. 183-186.

3. Шатило В.Й. Перспективні підходи до удосконалення підготовки медсестер в Україні /В.Й.Шатило, В.З.Свиридюк, П.В.Яворський ,,Магістр медсестринства, -2013. -№ 2(10). –С. 5-11.

4. De Laune S.C. Fundamentals of Nursing: standarts & practice. /S.C. De Laune, P.C.Ladner. –N.Y.: Delmar Pablishers, 2008. -1267 p.

5. Historia ksztalcenia pielegniarek i poloznich. (2011) [Elec] Режим доступу: http://www.mz.gov.pl

6. Marc M. Wybrane uwaruncuwannia pielegniarstwa jako dyscypliny naukowej /M.Marc, A.Kundzic //Master of Nursing. -2015. -№ 2(13). –P. 5-18.

МЕДСЕСТРИНСТВО В УКРАИНЕ: ИСТОРИОГЕНЕЗ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Шатило В.Й., Гордийчук С.В., Махновская І.Р., Васьков К.С., Гречко В.А., Поплавская С.Д., Свиридюк В.В., Свиридюк В.З.
КВУЗ «Житомирский институт медсестринства»

Резюме. *Медсестринство играет важную роль в реализации социальных, психологических, духовных мероприятий, направленных на улучшение качества здоровья и жизни пациентов. ВОЗ рассматривает сестринский персонал как реальный потенциал для удовлетворения растущих потребностей населения в медицинской помощи. Значительным есть и тот факт, что в Украине сестринский персонал составляет до 75% кадрового потенциала здравоохранения.*

Целью работы *есть анализ исторического развития, современного состояния и перспективных подходов к* ***розбудови*** *медсестринства в Украине.*

Результаты и их обсуждение. *В историческом развитии отечественное медсестринство, как и медсестринство других стран, прошло 5 этапов (периодов).*

1. Период возникновения элементов стихийного (досестринского) ухода (V-I тысячелетие до нашей эры).

2. Период зарождения раннего сестринского дела (I тысячелетие до нашей эрфы – XII ст. н.э.).

3. Период создания первых заведений по подготовке работниц по уходу за больными (XIII–XVIII ст.).

4. Период розработки научных засад организации сестринского дела и образования (сер. XIX – конец XIX ст.).

5. Период внедрения ступенчастого медсестринского образования (нач. XX ст. – по нынешнее время).

На современном этапе, после принятия нового Закона Украины «О высшем образовании» (2014 р.) внедряется следующая четырехступенчастая

NURSING IN UKRAINE: HISTORIOGENESIS, PROBLEMS AND CHALLENGES

Shatylo V., Gordiichuk S., Machnovska I., Vaskov K., Grechko V., Poplavska S., Svyrydiuk V.,V., Svyrydiuk V.Z.
Zhytomyr Nursing Institute

Resume. *Nursing plays an important part in the implementation of social, psychological, spiritual measures aiming the improvement of the patients' quality of health and life. The WHO considers the nursing staff as a real potential for meeting the growing needs of the population in medical assistance. Also, the fact that in Ukraine, the nursing staff is up to 75 % of human resources of the healthcare.*

The objecting of the paper *is to analyze the historical development, contemporary state and perspective approaches to development of nursing in Ukraine.*

Results and Discussion. *In historical development, national nursing as nursing in other countries had 5 stages (periods).*

1. The period of the beginnings of spontaneous (pre-nursing) care elements (V-I millennium BC).

2. The period of the nascence of early nursing (I millennium BC – XII centuries AD).

3. The period of creation of the first nursing care training institutions (XIII-XVIII centuries AD).

4. The period of the development of nursing organization and education scientific principles (mid; XIX – late XIX century).

5. The period of consecutive nursing training implementation (early XX century – until the present day).

At the present stage, after the new Law of Ukraine "On the Higher Education" was adopted (2014), the following four-grade training if medical nurses is being implemented:

1. Junior Bachelor grade, which will appear to replace the grade of junior specialist with medical education (apprenticeship term of 3 years);

2. Bachelor grade (apprenticeship term of 4

подготовка медицинских сестер

1. Младший бакалавр, который придее на смену младшему специалисту з медицинским образованием (срок учебы 3 года);

2. Бакалавр (строк навчання 4 і 5 років, 3+1 для медичних сестер і 3+2 для інших спеціальностей і спеціалізацій: фельдшерів, акушерок тощо);

3. Магістр медсестринства (строк навчання 2 роки після бакалаврату);

4. Доктор філософії з медсестринства (4 роки навчання в аспірантурі після магістратури).

***Висновки.** На даному етапі розвитку суспільства перед вищими медичними навчальними закладами України, що здійснюють підготовку медсестринських кадрів, стоїть нагальне завдання - запровадити повномасштабну реформу системи медсестринської освіти в Україні з метою адаптації її до загальноєвропейських стандартів.*

***Ключові слова:** медсестринство, ступенева медсестринська освіта.*

and 5 years, 3+1 for medical nurses and 3+2 for other specialities and specializations: medical assistants, midwives etc.);

3. Master of Nursing (apprenticeship term of 2 years after Bachelor's program):

4. PhD in Nursing (4 years of postgraduate study after Master's program).

***Conclusions.** In the national science and practice of health care organization, the role of medical nurses is underestimated. However, in the Ukrainian society, established stereotyped images of the nurse's role are changing in the complex of diagnostic and curative, rehabilitational and medical and social measures; the practical role of a nurse-leader – Bachelor, Master and PhD in Nursing – is being reconsidered. At the present stage of the society development, higher medical educational institutions training the nursing staff are facing a pressing task –to implement a full scale reform of the nursing education system in Ukraine with the purpose of its adjustment to the common European standards.*

***Key words:** nursing, gradual nursing education.*

МАГІСТР медсестринства

УДК 616.8 -008.44+616 – 092.12+9=613-084

ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК ЗАГРОЗА ДЛЯ СВОБОДИ ЛЮДИНИ. ПРИЧИНИ, НАСЛІДКИ, ШЛЯХИ ВИХОДУ

Лодзіньська Й.
Університет Кардинала Стефана Вишинського. Інститут Соціології

Резюме. *Статтю присвячено вивченню проблеми залежностей людини. Розглядаються різновиди узалежнень та дається їх характеристика, зокрема інтернет-залежності. Особа з інтернет-залежністю, залишається підключеною до Мережі протягом довгих годин, зовсім втрачаючи відчуття часу. Головною проблемою такої людини є неможливість контролювання потреби підключення до мережі, вона ж і стає центром неспокою та розчарування узалежненого суб'єкту. Зловживання Інтернетом впливає на сферу міжлюдських стосунків особи, узалежненої від Інтернету. При збільшенні часу, проведеного перед комп'ютером, зменшується його кількість, присвячена близьким і родині. Також у статті розглядаються проблеми, які можуть виникнути під час онлайн-романів.*

Одним із різновидів залежності є працеголізм. Узалежнення від роботи належить до категорії узалежнень не пов'язаних з психотропними речовинами, і тому її часто недооцінюють. Зазвичай, працеголік через цілковиту відданість роботі, старається багато працювати і через це почувається «багато» вартим – і в такий спосіб позбувається неспокою, порожнечі і покращує самооцінку.

Сексуальна залежність. Людина, яка має залежність від сексу, будує фантастичні стосунки з предметами чи особами, що впливають на її настрій. Поступово віддаляється від друзів, родини, роботи. Його прихована екзистенція стає більш очевидною від явної, хоча з приводу ведення подвійного життя зазнає докорів сумління. Основний елемент здоров'я сягає корінням реальності: якщо його не вистачає, то залежність від сексу стає хворобою.

Залежність від емоцій. Джерелом психологічного отруєння є незадоволені дитячі потреби. Діти, у яких була непомічена потреба в любові, пристосовуються, обмежуючи свої очікування. У них є сильне почуття страху перед відторгненням, перед болем, бракує віри у власні вміння, вони впевнені в тому, що не варто їх любити. Любов для емоційно залежних має маніакальний характер.

У статті проведений аналіз причин виникнення та подані рекомендації щодо профілактики залежностей людини.

Ключові слова: *залежність, зловживання, свобода людини*

Вступ. Про залежність говориться і пишеться відносно багато. Це спричиняє те, що, з однієї сторони, складається враження, що важливість проблеми досягнула широкої сфери суспільства і трактується з належним авторитетом, а з другої, – непомітні дії або взагалі бездіяльність державних органів, соціальних організацій і зацікавлених осіб в цьому напрямку суперечать першому. Під час дискусій з'являються різні думки про шкідливість залежностей, співчуття наслідкам цих явищ. Натомість у багатьох випадках ці самі люди найчастіше несвідомо сприяють поширенню залежності, дозволяють їй бути, не помічаючи проблеми, або ще гірше – самі у них потрапляють. Розвиток цивілізації, науково-технічний прогрес і групування людей у великі агломерації – це видимі ознаки наших часів. На жаль, одночасно з прогресом прийшли також інші проблеми, про які кілька десятків років тому ми і подумати не могли. Однією з таких глобальних проблем, яка посилюється, є

різного виду залежності. Правдою є те, що люди завжди були залежними від чогось, але ще ніколи не було настільки багато чинників, які можуть спровокувати залежність. Окрім алкоголізму і наркоманії, з'явилась залежність від комп'ютерних ігор, соціальних мереж, снодійних, заспокійливих ліків та багато інших, масштаб яких трохи менший.

Світ, в якому існує ряд труднощів, проблем, світ, в якому важко сподіватися на майбутнє, від якого інколи з'являється безсилля, почуття мінімальної вартості щодо явищ глобалізації постійного процесу розвитку, пошуку гармонії життя, багато людей, а особливо молоді, сьогодні задають собі питання: «Що робити з моїм життя і як розвинути свої внутрішні вміння?». Безробіття, особисті, шкільні і сімейні невдачі, труднощі у стосунках, конфлікти з сусідами, насилля, залежність, зубожіння частини популяції – це тільки деякі аспекти, які не сприяють реалізації особистої екзистенції або вірі у себе чи в майбутнє загалом. В такому дисонансі варто знайти своє місце і дозрівати, відкривати сенс буття, кохання, терпіння, дивитися на майбутнє за принципом щастя, до якого покликана кожна людина. Мати надію і прагнути добра. Отже, просто бути людиною, а бути людиною – то бути тим, хто в собі несе любов і хто за допомогою всього, що має, вміє цю любов виражати і підтверджувати. Людина завжди стає перед вибором власного шляху, стає на перехресті життя і не знає, що вибрати. Навіть Ян Павел ІІ говорив, що пошуки власного шляху, відповіді стосовно власного життя – це найважливіша риса молодості.

В цьому контексті варто зауважити, за М. Дзєвєцкім (польською M. Dziewieckim): *бути людиною – це бути тим, хто здатен жити в свободі і радості. Це вміти мислити, кохати, працювати. Але бути людиною означає водночас бути під загрозою. Людина знаходиться під загрозою через егоїстичних і недозрілих людей, але також через самого себе, тобто через власну наївність і слабкість. Драматизм залежності в тому, що вона віддаляє нас від свободи, правди і любові*. Залежна особа – це особа, що живе (...) у світі милих ілюзій. Водночас це хтось підневільний тим установам, які його в той світ ілюзії направляють.

Види залежностей та їх характеристики

Будь-яка залежність швидко руйнує людське життя. В цьому випадку говоримо про нікотинову, алкогольну, сексуальну, азартну і наркотичну, адже саме про це можна знайти дуже багато напрацювань. В цій праці обговорюються нові залежності, що не належать до групи зловживання психотропних речовин, а стосуються лише певних конкретних стилів поведінки.

5.1. Інтернет-залежність

Так, як кожна інновація технологічна, Інтернет полегшив життя багатьом людям на суспільному, психологічному та навчальному рівнях. Його користувачі мають можливість «зустрічі» з іншими користувачами Мережі, швидкого пошуку інформації, додавання нових контактів, забави, пошуку та надання емоційної підтримки, пізнавання інших культур. Інтернет може звільнити від неспокою та депресії, надаючи розваги та корисну інформацію для розв'язання проблем. Зростання доступу до нього викликало появлення і розвиток різного роду відхилень, пов'язаних з поведінкою (бехавіоральних), показуючи нові аспекти проблем, що можуть торкнутися осіб, які знаходяться в Мережі. Всім відомо, що надмірне використання Інтернету, має негативний вплив на індивідуальну суспільну сферу і зв'язки з найближчими. А у випадку, коли особи цілком *підключені до Мережі,* розвивається схильність до реальної залежності.

Особа з інтернет-залежністю залишається підключеною до Мережі протягом довгих годин, зовсім втрачаючи відчуття часу. Головною проблемою такої

людини є неможливість контролювання потреби підключення до Мережі, яка і стає центром неспокою та розчарування залежного суб'єкту. Залежні користувачі проводять в Мережі навіть по сорок годин на тиждень. Говорять, що надмірне використання Інтернету наразило їх на сімейні та професійні проблеми та загалом справило негативний вплив на їхнє життя. Крім того, їм не вдається обмежити свого ангажування. Інтернет для них привабливий навіть своєю анонімністю та доступністю. Він являє собою ефективний ресурс для отримання суспільної підтримки, сексуального задоволення, погляду на самого себе «з іншого боку» і підвищення почуття влади завдяки участі в іграх, що базуються на уяві. Багато патологічних користувачів Мережі описують себе як принижених або самотніх, низько оцінюють самих себе або навіть є цілком охоплені неспокоєм. Для них Інтернет є простором, в якому вони отримують більш привабливі емоції ніж ті, що трапляються їм у реальному житті.

Результати численних досліджень показують, що зловживання Інтернетом впливає на сферу міжлюдських стосунків особи, залежної від Інтернету. За умови збільшення часу, проведеного перед комп'ютером, зменшується його кількість, присвячена близьким і родині. Це може призвести до знищення стосунків між батьками та дітьми, розірвання важливих контактів але передусім подружжя, яке в особливий спосіб уразливе до негативних наслідків зловживання Мережею. Спочатку Інтернет – це чудова річ для втечі від буденності, через яку суб'єкт поступово втрачає зацікавленість, що призводить до нехтування домашніми обов'язками, роботою, самим подружжям. Відомі випадки, коли інтернет-залежні особи забували забрати дітей зі школи або приготувати для них обід. Народження *онлайн* роману часто руйнує життя партнерів: один з них, залежний від Інтернету, шукає втечі у віртуальних стосунках і відділяється від свого реального партнера по життю, який в той час почувається зайвим.

5.2. Працеголізм

Економічні проблеми, з якими сьогодні бореться ціла Європа, перекладаються також на інші країни, суспільства, а в найбільшому звуженні – на родини. Завдяки багатьом чинникам, які безпосередньо вплинули на зміни в розумінні такого поняття, як *робота,* протягом цілої історії, воно піддавалося принциповим змінам. Сьогодні робота є фізичним і розумовим зусиллям, що направлене на досягнення цілі, якою може бути возвеличення матеріального предмету, послуг чи артистичної справи. Робота вже не є символом неволі, але вона є ресурсом, завдяки якому людина може здобути економічну незалежність та інтегруватися в суспільстві, підписуючи свого роду суспільний договір: суспільство приймає тебе, якщо ти робиш свій вклад у вигляді роботи.

Один вчений дилему працівника презентує так: «*Щоб жити на високому рівні, потрібно мати відповідно високу заробітну плату. Щоб мати відповідно високу заробітну плату – не можна мати власного життя»*. В такий суспільно-культурний контекст вписується працеголізм, або іншими словами, залежність від роботи (...). Окреслюються маніакальні розлади, що проявляються у примушенні самого себе до роботи, неможливості керування власними навиками, пов'язаних з роботою, і надмірним ангажування в неї, аж до занедбання іншої життєвої діяльності. Працеголік – це особа, у якої потреба роботи є настільки значною, що її заспокоєння викликає значні недуги та справляє негативний вплив на стан її здоров'я, особисте щастя, міжособові та суспільні відносини.

Залежність від роботи належить до категорії залежностей, не пов'язаних з психотропними речовинами, і тому її часто недооцінюють (...). Зазвичай працеголік через цілковиту відданість роботі

старається *багато робити,* і через це почувається «*багато» вартим* – і в такий спосіб позбувається неспокою, порожнечі і покращує самооцінку.

Залежний від роботи створює матеріальні цінності, заробляє, досягає успіхів, а його залежність сприймається і тлумачиться як суспільно корисна. Особи, яких торкнулася патологія, переконані в своїх здібностях, силі і можливостях. І навіть якщо розуміють, що робота може стати предметом залежності, вважають, що краще мати залежність від неї, ніж від чогось іншого: «*..адже не п'ю і не вживаю наркотиків, не граю цілими днями і не сиджу зі складеними руками. Я працюю!».*

В емпіричних дослідженнях було показано негативні наслідки працеголізму, що проявляються в різних галузях: професійне функціонування, сімейне життя, міжперсональні відносини в праці та поза нею, фізичне та психічне здоров'я. Наслідки працеголізму можна поділити на кілька груп: сімейні, суспільні, оздоровчі та моральні.

5.3 Сексуальна залежність

Для осіб, що мають маніакальне відношення до сексу, від якого вони залежать, він не є грою, формою реакцій, комунікації чи обміну приємностями, ані також привілейованим моментом близькості. Розлади такого типу всюди називаються «залежністю від сексу», а також гіперсексуальністю. Людина, яка має залежність від сексу, будує фантистичні стосунки з предметами чи особами, що впливають на її настрій. Поступово віддаляється від друзів, родини, роботи. Його прихована екзистенція стає більш очевидною від явної, хоча з приводу ведення подвійного життя зазнає докорів сумління. Основний елемент здоров'я сягає корінням реальності: якщо його не вистачає, то залежність від сексу стає хворобою (...). Залежність від сексу окреслюється як хворе ставлення до сексу, де він стає джерелом позбавлення стресу, втечі від неприємних відчуттів і близьких відносин, яких він не може контролювати. Сексуальні відносини стають основною потребою, і узалежнена особа ставить її понад усе, включно з особами, яких трактує як предмети сексуального задоволення. Сексуальна поведінка є для неї частиною думки, почуттів, які знаходяться поза зоною її контролю.

Залежні від сексу не можуть тішитися ним в натуральний спосіб і трактувати його як інтимні відносини обміну приємностями. Секс являється їх манією і займаються вони ним з різних причин, наприклад, для потіхи, для релаксу після стресу, для здоров'я. Такі люди практикують також маніакальну мастурбацію, припадкові сексуальні контакти з незнайомими людьми або проститутками, ексгібіціонізм, воєуризм (*voyeuryzm*), садомазохізм, маніакальні сексуальні фантазії, перегляд порнографічних матеріалів, користування сексуальними послугами через телефон, Інтернет та інше. Секс стає для них головною потребою, якій вони готові присвятити все: здоров'я, родину, друзів, роботу.

Сексуально залежні – це особи, які не можуть сказати «ні». Вони втратили вміння робити вибір. Не мають змоги контролювати сексуальну поведінку, яка є частиною циклу думки, почуттів та дій. Ейфорія, що з'являється під час сексуального акту, триває рівно стільки, скільки сам ритуал, після якого приходить смуток, почуття провини, свідомість того, що вони являються боягузами та шахраями. Негативні думки щодо себе, докори сумління, сором і ненависть до самого себе створюють різновид натиску. Особи, залежні від сексу, шукають в ньому потіхи та приємності. І в такий спосіб з'являється помилкове коло прогресуючої хвороби, яка в подальшому позбавляє їх інтересу до життя.

5.7. Емоційна залежність

Існує багато синонімів для окреслення емоційної залежності: *наркотик любові, психологічне отруєння* та інше. Джерелом психологічного

отруєння є незадоволені дитячі потреби. Діти, у яких була непомічена потреба в любові, пристосовуються, обмежуючи свої очікування. Такий процес адаптації може викликати появлення таких думок, як: «*мої потреби не важливі*» або «*не заслуговую на любов*». Як і дорослі, особи, «*отруєні любов'ю*», узалежнюються від інших шляхом турботи про свої інтереси і розв'язування проблем. В них є сильне почуття страху перед відторгненням, перед болем, бракує їм віри у власні вміння, вони впевнені в тому, що не варто їх любити. Любов для емоційно залежних має маніакальний характер. Це пов'язується з уникненням будь-яких змін. Часто в їх відносинах бракує справжньої близькості. Така любов має паразитичний характер і вимагає від коханої особи абсолютного віддання. Оскільки їх емоційний зріст та розвиток в дуже ранньому віці були порушені, «наркомани любові» ототожнюють себе з коханою особою. Однією із спільних рис всіх відносин узалежнених від кохання осіб, є стагнація (...). Розпачливе прагнення до збереження відчуття безпеки домінує над їх кожним емоційним планом. Їх маніакальні потреби являються неможливими для задоволення, а очікування цілком нереальними. Кохання вимагає щирості та чесності; кохання є динамічною потребою, що полягає на спільному розвитку і обміну між людьми, які люблять. Відносини, що опираються на страх і залежность, являються характерними для *емоційних наркоманів*, і в неминучий спосіб знищують любов.

Висновки

Отже, слід погодитися з тим, що всілякі узалежнення тільки на мить і тільки на початку можуть дати сумнівний замінник щастя у вигляді короткотривалої приємності, шкоди і кривди, що являються наслідками залежностей, бувають гігантських розмірів, довготривалими та часто невідворотними. Слід пам'ятати, що узалежнення є найбільш первинним станом людської істоти, вислизаючим, що призводить людину до ролі невільного в'язня власних імпульсів. Широке розмаїття ситуацій, в яких може з'явитися залежність, як і значний вплив обставин, що провокують залежності. Важливо те, що ніколи узалежнення раптом не з'являється, без *втручання людини*, всупереч його волі, а в деякій мірі - поза нею. Можуть виникнути сприятливі обставини і умови, однак завжди наслідки залежать від даної, конкретної особи. Не підлягає сумніву, що з узалежненнями треба боротися всіма способами та можливостями, треба, передусім, берегти дітей, аби майбутні покоління могли тішитися фізичним та психічним здоров'ям. Тому вся основна інформація про залежності має бути відомою для батьків, щоб вони могли не тільки вчасно попередити небезпеку, але й проводити профілактику. Залежність – це хвороба, і так як більшість хвороб, її можна і потрібно лікувати.

ЛІТЕРАТУРА

1. Dziewiecki M., Pedagogika integralna, Warszawa 2010, s. 17.
2. Dziewiecki M., Zagrożeni alkoholem, chronieni miłością, Częstochowa 2014, s. 7.
3. Dudek B., Pracoholizm – szkodliwy skutek nadmiernego zaangażowania w pracę,. Medycyna Pracy 3(2008), Łódź 2008, s. 247-254.
4. Guerreschi C., Nowe uzależnienia, dz. cyt., s. 29-30, 122, 159.
5. Jankowska M., Wpływ nadmiernego zaangażowania w pracę na rodzinę, w: Przegląd naukowo-metodyczny. Edukacja dla bezpieczeństwa, J. Farysej (red.), Poznań 2013, s. 130.
6. Jan Paweł II, Przekroczyć próg nadziei, Lublin 1994, s. 100-105.
7. Kieszkowska A., Formy wsparcia w profilaktyce uzależnień, w: Wolontariat z pomocą rodzinie w walce z uzależnieniami J. Śledzianowski (red.), Kielce 2001, s. 132.
8. Nowak R., Uzależnienia – pułapki dla szukających szczęścia, Cywilizacja: o nauce, moralności, sztuce i religii: o szczęściu, 25(2008), s. 97.

9. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Zdrowia, Kościół, narkotyki i narkomania. Podręcznik duszpasterski (tł. J. Królikowski), Poznań 2006, s. 99. Por. Jan Paweł II, List do osób w podeszłym wieku (1 październik 1999).

10. Robinson B. E., The Work Addiction Risk test: Development of a tentative measure of workaholism, Perceptual and Motor Skills, 88(1999), s. 199-210.

11. Schultz D., Psychologia a wyzwania dzisiejszej pracy, Warszawa 2002, za M. Jankowska, Wpływ nadmiernego zaangażowania w pracę na rodzinę, w: Przegląd naukowo-metodyczny. Edukacja dla bezpieczeństwa, J. Farysej (red.), Poznań 2013, s. 132.

12. Smoczyński W., Czy uda się zażegnać kryzys w Europie?, www.polityka.pl z dnia 22.04.2015.

13. Tamże, s. 15, 33-34, 47-48, 55, 120, 123, 159-162, 180, 181, 308.

14. Wachowiak J., Dysfunkcjonalne zachowania pracowników. Warszawa 2011, s. 21-25.

15. http://www.duszpasterstwo-trzezwosci.opole.opoka.org.pl/index.phpoption=com_content&view=article&id=6&Itemid8 z dnia 23.04.2015.

16. http://www.duszpasterstwo-trzezwosci.opole.opoka.org.pl/index.phpoption=com_content&view=article&id=6&Itemid8 z dnia 20.04.2015.

ЗАВИСИМОСТЬ КАК УГРОЗА СВОБОДЕ ЧЕЛОВЕКА. ПРИЧИНЫ, ПОСЛЕДСТВИЯ, ПУТИ ВЫХОДА

Лодзинская Й.

Университет Кардинала Стефана Вышинского. Институт Социологии

Резюме. *Статья посвящена изучению проблемы зависимостей человека. Рассматриваются виды зависимостей и предлагается их характеристика, в частности, интернет-зависмость. В статье произведен анализ причин возникновения зависимостей у людей и разработаны рекомендации, направленные на их профилактику.*

Личность с интернент-зависимостью, которая остается подключенной к Сети на протежении нескольких часов, теряет ощущение времени. Главная проблема такой личности – невозможность контролировать потребность в подключении к Сети. Злоупотребление Интернетом влияет на сферу межличностных отношений зависимого от него человека. При увеличении времени, проводимого у компьютера, уменьшается его количество, посвященное

DEPENDENCY AS A THREAT TO HUMAN FREEDOM. CAUSES, CONSEQUENCES, WAYS OUT

Lodzinska J.

Cardinal Stefan Wyszyński University. Institute of Sociology

Summary. *The article is devoted to the study of human addictions. The types of dependencies are investigated and characterised, especially the Internet addiction. A person with Internet addiction remains connected to the network for long hours, completely losing the sense of time. The main problem of such a person is the inability to control the urge to connect to the network, it causes concern and frustration for the addict. Internet overuse affects real-life relationships. More Time Spent in front of Computer reduces the time dedicated to friends and family. Also, the article deals with the problems, which may arise during the on-line romances.*

One of the types of addictions is workaholism. Work addiction belongs to the category of substance-unrelated disorders, therefore, they are often underestimated. Usually, a workaholic, being excessively

родным и близьким. Так же в статье рассматриваются проблемы, которые могут возникнуть в процессе развития он-лайн романов. Один из видов зависимостей – трудоголизм. Зависимость от работы принадлежит к категории зависимостей, не связанных с психотропными веществами, и потому ее часто недооценивают. Обычно, трудоголик из-за его чрезмерной преданности работе, старается много работать и это дает ему ощущение быть «очень» ценным. Таким образом, он лишает себя беспокойства, пустоты и улучшает самооценку.

Сексуальная зависимость. Человек с сексуальной зависимостью строит фантастические отношения с объектами или личностями, которые влияют на его настроение. Его спрятанная экзистенция стает более очевидной от явной ситуации. Основной элемент здоровья своими корнями уходит в реальность: если его не хватает, то зависимость от секса стает болезнью.

Зависимость от эмоций. Источником психологического отравления стают неудовлетворенные детские желания и потребности. Дети, которые были замечены в недостатке любви, приспосабливаются, ограничивая при этом свои ожидания. У них наблюдается сильное чувство страха перед отторжением, болью, недостаток веры в собственные силы, неуверенность в значимости и достойности быть любимыми. Любовь, для эмоционально зависимых людей носит маниакальный характер.

***Ключевые слова**: зависимость, злоупотребление, зависимость человека*

devoted to his job, engages in compulsive work and he feels significant, thus coping with anxiety, emptiness and improving self-esteem.

Sexual addiction. Sexual addicts build fantastic relationships with objects or people affecting their mood. They gradually drift apart from their friends, family or work. Their hidden existence becomes more obvious than public life, though they feel remorse for leading a double life. Health is the main element that makes the addict face reality if he lacks it he becomes dependent.

Emotional Addiction. The unmet childhood needs are the main source of psychological "poisoning". Children whose need for love went unnoticed, adapt, limiting their expectations. They have a strong fear of rejection or pain, they lack faith in their own skills, they believe they are not worth loving. For emotionally dependent love becomes maniacal. The article contains the analysis of the reasons for the occurrence of emotional addiction and recommendations for the dependency prevention.

A lot has been written about addiction problem. (or The addiction problem has been highlighted many times). But this causes contradictions: on the one hand, the large part of society understands the importance of the problem and it is paid proper attention, on the other, the authorities', social organizations' and individuals' inactivity in this sphere is evident. The development of civilization, scientific and technological progress and living in large urban agglomerations are visible signs of our times. Unfortunately, along with the progress, the new problems have arisen (or the progress has created the new problems) that we could not even think of some decades ago. One of such increasing global problems is the emergence of different types of addiction.

***Keywords:** dependency, abuse, human dependency*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 376.1-056.36

МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГІЧНИХ ФЕНОМЕНІВ ЛЮДИНИ ЯК ОСНОВА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Вознюк О. В.
Житомирський державний університет імені Івана Франка

Резюме: *Подається авторська інтегральна модель психологічних феноменів людини та універсальна система психокорекції, що базується на функціональній спеціалізації структур мозку, що беруть участь в генезі емоційних реакцій. На цій основі та концепції функціональної асиметрії півкуль головного мозку будується система психокорекції дітей з синдромом Дауна та дітей-аутистів. Показано, що корекція "дітей сонця" передбачає активізацію лівопівкульового начала, а діти-аутисти корегується завдяки розвитку у них правопівкульового начала.*

Ключові слова: *шизофренія, маніакально-депресивний психоз, психопатологічна вісь, конституціональна вісь.*

Вступ. Аналіз даних Міністерства охорони здоров'я України дозволяє стверджувати, що нині у більш ніж 50% школярів спостерігається функціональні відхилення в діяльності різних систем організму; дані інституту педіатрії, акушерства і гінекології засвідчують, що лише 7-10% немовлят народжуються здоровими; а Міністерство освіти і науки України виявило різні порушення статури дітей шкільного віку приблизно у 60% дітей, відхилення від норми у серцево-судинній системі – у 30-40%, неврози – у 30%. Результати вибіркових досліджень того ж міністерства показали, що 36% учнів загальноосвітніх шкіл України мають низький рівень фізичного здоров'я, 34 %– нижчий за середній, 23 % – середній і лише 7 % – вищий за середній, а 1 % – високий.

Це зумовлює зростання уваги науковців до корекційно-розвивальної роботи з дітьми з особливими потребами (В. І. Бондар, Н. М. Гончарук, В.В. Засенко, І.Г. Єременко, Н. Л. Коломийський, В.Г. Коляденко, М. П. Матвєєва, О. В. Романенко, В. М. Синьов, Т.В. Сак, Т.В. Скрипник, Є.Ф. Соботович, В.В. Тарасун, В.В. Тищенко, М. К. Шеремет, Л. О. Ханзерук М. Д. Ярмаченко та ін.). У цьому зв'язку робляться спроби побудувати систему корекційної педагогіки, яка б у цілісному вигляді подавала інтегрувала множину психокорегувальних методик [16].

Метою статті постає концептуалізація системи психокорекції дітей з синдромом Дауна та дітей-аутистів, яка будується на авторській інтегральній моделі психологічних феноменів людини, котра, у свою чергу, реалізує концепцію функціональної асиметрії головного мозку людини (ФАМ).

Для досягенення мети використано **контент-аналіз** наукових джерел та **методи системного аналізу та логічного узагальнення.**

Результати та їх обговорення. Основні аспекти ФАМ можна представити у деяких принципових положеннях [4, с. 534-436; 1; 2; 8; 9; 19]:

ФАМ людини є виявленням просторово-часової організації мозку, яка пов'язана з особливою диференційованістю матерії, коли залежність свідомості від мозку або формування мозку стало можливим, певно, завдяки еволюції простору та часу, що стало у кінцевому підсумку формами прояву психічних процесів [2, с. 146].

Права півкуля (ПП), яка

функціонально й генетично є більш прадавньою, ніж ліва (ЛП), виявляє більшу генетичну обумовленість на відміну від лівої. Еволюція людини в онто- та філогенезі проходить від ПП до ЛП, а від неї до їх функціонального синтезу.

У парній роботі півкулі мозку функціонують асиметрично у часі: ПП – у теперішньому з опорою на минуле, ЛП – у теперішньому зі зверненістю до майбутнього часу [2, с. 140].

Психічні процеси, які залежать від правої півкулі, включають в себе сенсорні асиметрії, а процеси, що залежать від лівої півкулі, співвідносяться з руховими асиметріями [2, с. 51-52]. При цьому права півкуля наближає предмети до спостерігача, а ліва – віддаляє, права віддає перевагу мелодії, гарячій кольоровій гамі, континуальним геометричним формам, а ліва – ритму, холодній кольоровій гамі, дискретним формам [1]. Активність ПП реалізується у стані гіпнотичного трансу [9], а ЛП – здійснює вольове зусилля [11], коли ПП активна у фазі швидкого, а ЛП – повільного сну [8, с. 44-138; 20, с. 23].

Право- і лівопівкульові функції, що диференціюються за ознаками статевого диморфізму, є своєрідним психосоматичним фокусом (вищим психічним регулятором) людського організму, оскільки співвідносяться з такими сторонами людини, як механізм цілеутворення та механізм пошуку (вибору) засобів досягнення мети, емпатія та рефлексія, екстраверсія та інтроверсія, довільна та мимовільна сфери психічної діяльності, перша та друга сигнальна системи, сила та слабкість, лабільність та інертність, збудження та гальмування нервових процесів, фази сну, ерготропні та трофотропні функції організму та ін. [8, с. 44-138].

Стратегії обробки інформації півкулями мозку протилежні, взаємодоповнювальні та взаємокомпенсаторні. ПП функціонує за принципом позитивного, а ЛП – негативного зворотного зв’язку. Правопівкульовий (ПП) спосіб обробки інформації – це емоційно-образний, предметно-експресивний, цілісно-синтетичний, континуальний тип психічної активності, який виявляє багатозначний лінгвістичний та мотиваційно-смисловий контексти сприйняття та освоєння дійсності. ПП – базис підсвідомого, інтуїтивного прояву людської психіки. ЛП стратегія пов'язана з абстрактно-логічним та понятійно-концептуальним, дискретно-аналітичним світосприйняттям, яке виявляється у однозначному лінгвістичному та мотиваційно-смисловому контекстах розуміння світу. ЛП – базис свідомого прояву людської психіки (як показали дослідження О. Р. Лурія [10], люди, котрі не володіють повною мірою абстрактним – вербальним, лівопівкульовим – мисленням, виявляють неспроможність аналізувати якості своєї особистості і, певно, їх не мають), що реалізує соціальні феномени волі та скепсису.

У психології півкульовий дуалізм відбивається в явищі, що іменується “конституційною віссю”, полюсами якої є два протилежних кречмерівських конституційних типи – шизотимний та циклотимний (астенічний та гіперстенічний).

Цікаво, що в самій назві “*циклотимний*” закладено відношення цього типу людини до сфери *циклопричинності* (пор. з циклічними психозами), в той час як поняття “*шизотимний*”, тобто “розщеплений”, дає нам натяк на відношення цього типу людини до сфери класичної *лінійної причинності*.

У психіатрії півкульовий дуалізм втілено в понятті “психопатологічної осі” [7], що координує відношення між двома полярними типами психічних патологій – шизофренією та циклічними психозами, які співвідносяться з функціями півкуль [19].

Для *шизофренії* характерна

“емоційна тупість та холодність афективного життя... шизофренічну форму мислення часто називають символічною, маючи на увазі ту її особливість, що вона нічого не бере в буквальному сенсі, а все в інакомовному” [6, с. 62-63]. Можна сказати, що шизофреніку притаманне множинне, розщеплене абстрактно-логічне світосприйняття в його крайньому патологічному вираженні, що проявляється в прагненні людини, яка знаходиться під владою цієї патології, все класифікувати, схематизувати. Для другого типу патології характерно крайнє вираження цілісного предметно-образного, чуттєво-експресивного світоспоглядання, що проявляється в тенденції все “тоталізувати”, кристалізувати у формі надцінного тотального уявлення чи ідеї.

Таким чином, ми маємо розщеплене дискретно-множинне (“речовинне”, лінійнопричинне) ***лівопівкульове*** та цілісне континуально-синтетичне (“польове”, циклопричинне, тобто ціліснопричинне) ***правопівкульове*** відображення світу в його патологічному вираженні. При цьому, як пише Л.С. Виготський, “розщеплення розглядається як функція, що однаковою мірою притаманна хворобливій та нормальній свідомості яка виявляється в такій же мірі необхідною при абстракції, при довільній увазі, при утворенні понять, як і при виникненні клінічної картини шизофренічного процесу” [6].

Подібним же чином і для правопівкульового, цілісно-континуального, емпатійного відображення світу характерні різні психічні “рівні” (норма, акцентуація, патологія), які в своїй суті мають загальну психофізіологічну основу. Так П.Б. Ганнушкін, характеризуючи риси конституційно-депресивних осіб, пише, що за їх “похмурою оболонкою звичайно жевріє велика доброта, чуйність та здатність розуміти душевні рухи інших людей” [7].

Психічні модуси людини корелюють як з чотирма типами півкульової активності, так і з чотирма типами неврозів, які П.В. Симоновим пов’язуються з порушенням одного з відділів головного мозку [15].

Так, меланхолік схильний до нерішучості, тривоги, боязкості при загостреній чутливості до незначних сигналів (що відповідає функціональним особливостям гіппокампа, психастенія). Холерик – у полоні прагнення до задоволення домінуючої потреби, мало рахується з одночасно існуючими мотивами (гіпоталамус, істерія). Флегматик характеризується тим, що його активність може бути збудженою сигналами дуже важливих і високоймовірних подій (фронтальний неокортекс, невроз нав’язливих станів). Сангвінік має схильність до позитивних емоцій, високої допитливості, нехтування невдач (міндалини, неврастенія).

Ми вважаємо, що, оскільки півкулі мозку є своєрідним психосоматичним фокусом людини, чотири типи неврозів відповідають одному з психічних модусів (аспектів) людини. На цій основі побудуємо інтегральну модель психологічних феноменів людини. Зазначена модель відповідає типологічній системі Е. Кречмера, який диференціював людей два полярних типи: шизотимний та циклотимний, між якими міститься проміжний віскозний тип. Шизотимний тип включає гіперестетичний (характеризується тонким розумінням естетичної форми), середній шизотимний та анестетичний (холодно-емоційний, педантичний, нечутливий). Циклотимний тип включає гіпоманічний (веселий), практичний (реаліст) та депресивний.

Структурна модель освітнього середовища школи в її психологічному аспекті відповідає інтегральній моделі психологічних феноменів людини [12, с. 40]:

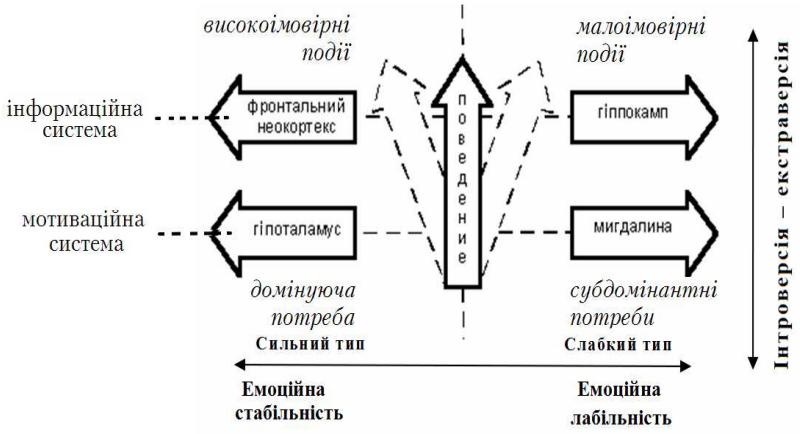


Рис. 1. Схема функціональної спеціалізації структур мозку, що беруть участь в генезі емоційних реакцій

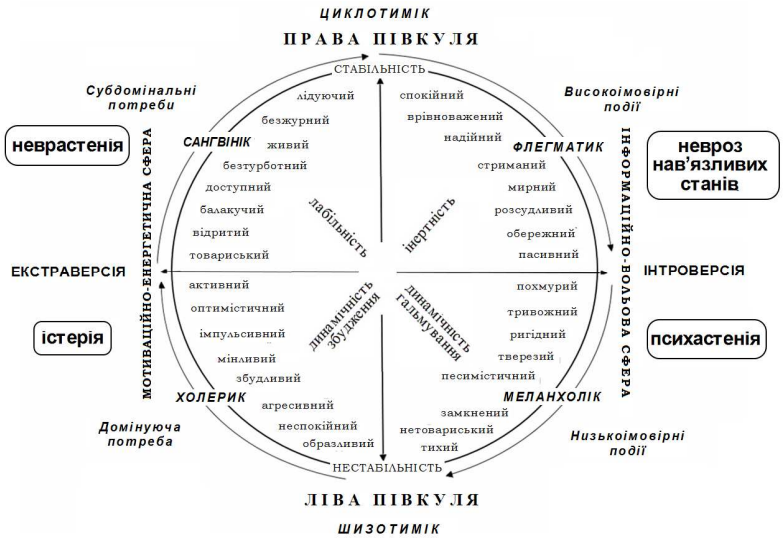


Рис. 2. Інтегральна модель психологічних феноменів людини

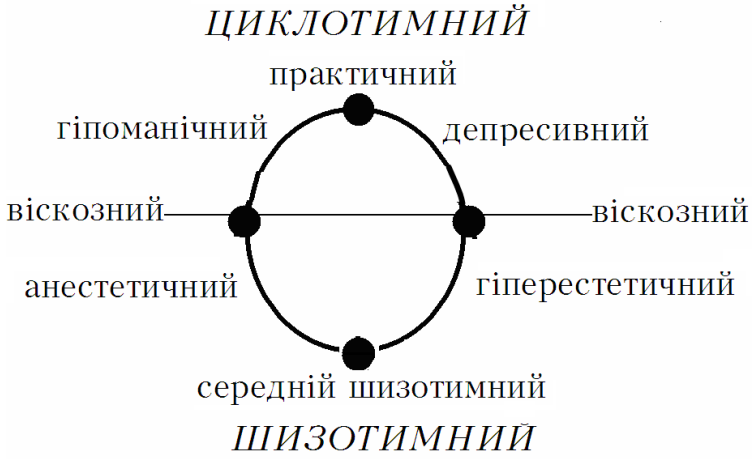


Рис. 3. Типологічна система Е. Кречмера, побудована відповідно до інтегральної моделі психологічних феноменів людини

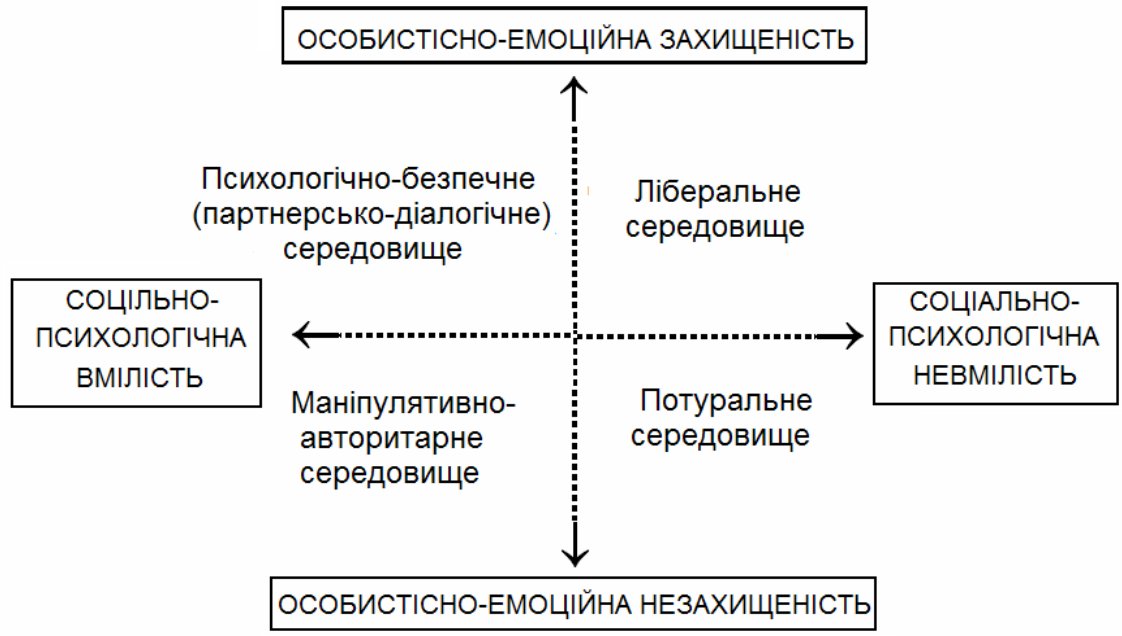


Рис. 4. Структурна модель освітнього середовища школи в її психологічному аспекті

Континуально-енергетичний аспект, правопікульові процеси, 1 сигнальна система	Вектори півкульової інтеграції	Дискретно-інформаційний аспект, лівопікульові процеси, 2 сигнальна система	
(1) інстинктивно-перцептивний рівень *інстинкти відчуття конституція*		*ролі мислення характер* когнітивно-рольовий рівень (3)	Дискретний аспект
(2) емоціойно мотиваційний рівень *мотиви емоції темперамент*		*ідеали (мета) цінності світогляд* ціннісно-світоглядний рівень (4)	Континуальний аспект

Рис. 5. Модель людини, побудована на концепції ФАМ

Чотири психотипи, як і чотири типи неврозів, співвідносяться з *чотирма гострими афективними реакціями* [13]:

– *інтрапунітивні* (що є розрядження агресії шляхом автоагресії – нанесення собі шкоди),

– *екстрапунітивні* (розрядження афекту шляхом агресії на оточення),

– *імунітивна реакція* (розрядження шляхом утечі від афективної ситуації),

– *демонстративні реакції* (коли афект розряджається у "спектакль").

Зазначені чотири аспекти людини в їх структурно-динамічному синтезі кристалізують "Я", особистість людини як ціле, що виявляється в нерозв'язній *чотиьохаспектній* проблемі *"бути собою серед інших"* [див. 17, с. 18]. Ця проблема відбивається в сфері чотирьох аспектів людини – (1) інстинктивно-перцептивного

(“*бути*” – базальный рівень занепокоєння при неврозі страху – психастенія); (2) емоційно-мотиваційного (“бути *серед інших*” – неврастенія); (3) когнітивно-рольового (“*бути собою* серед інших” – істеричний невроз); (4) ціннісно-світоглядного (“бути собою” – невроз нав'язливих станів).

Зазначені чотири аспекти відповідають (згідно з філософським принципом єдності світу) динамічним фазам кристалізації групи (колективу) [див. 17, с. 28]: фаза 1 (орієнтація і залежність, коли виявляється прагнення до пошуку взаємних контактів, точок дотику – рівень перцепції); фаза 2 (конфлікти і протест, коли виявляється взаємна поведінкова неузгодженість членів групи в зв’язку з невідповідністю їх мотивацій і емоційних станів); фаза 3 (розвиток зв'язків і співробітництва, коли кристалізується рольовий початок, що дозволяє свідомо виконувати певні групові ролі, які узгоджують активність членів групи); фаза 4 (цілеспрямована діяльність, реалізована в сфері спільних цілей і світоглядної бази).

Психічні розлади виникають в результаті форсування (укорінення) того чи іншого психологічного стану (аспекту) людини. Так, укорінювання в психологічному стані холерика відповідає, на нашу думку, істерії (демонстративність переживань), оскільки в даному випадку маємо тенденцію до розвитку емоційного правопівкульового (сугестивного: як вважають деякі дослідники, в стані гіпнотичного трансу активна переважно права півкуля) компоненту поведінки, який сполучається з лівопівкульовою поведінкою, що передбачає нагнітання реакції демонстративно-істеричного, екзальтованого характеру.

Укорінювання в психологічному стані меланхоліка відповідає психастенії (стан страху, невпевненості, вагання), що випливає з особливостей лівопівкульового реагування на малозначні, низьковірогідні сигнали.

Укорінювання в психологічному стані флегматика відповідає неврозу нав'язливих станів.

Укорінювання ж у психологічному стані сангвініка відповідає неврастенії (перенапрузі), оскільки в даному випадку наявний розвинутий правопівкульовий емоційний стан збудження, що призводить до виснаження емоційних ресурсів психіки людини.

І якщо активність правої півкулі співвідноситься з нервовими процесами збудження, а лівої – гальмування, то у хворих на неврастенію баланс нервових процесів зсунутий у бік процесів гальмування, а у хворих на невроз нав’язливих станів – у бік процесів збудження [11, с. 97], що пояснюється вищевикладеними міркуваннями.

Крім цього, як ми бачимо на *рис. 2,* психастенія характеризується домінуванням лівопівкульової активності, коли друга сигнальна система переважає над першою, що і підтверджується дослідженнями. А істерія характеризується переходом від лівої до правопівкульової активності, тобто переважанням першої сигнальної системи над другою, що знову ж підтверджується дослідженнями [18, с. 240].

Розглянуті *психопатологічна та конституційна вісі* постають важливим методологічним підґрунтям розуміння взаємовідношення аутичних розладів (ЛП феномену) і хвороби Дауна (ПП феномену).

Відповідно, *хвороба Дауна, яку можна вважати ПП феноменом*, корегується завдяки розвитку в дитині ЛП форм психічної активності. У 1866 році англійський науковець Д. Л. Даун описав хворобу, яка у тому числі проявляється у специфічному зовнішньому вигляді, через який науковець назвав цю хворобу "монголоїдною ідіотією". Це можна пояснити такими даними: як засвідчили дослідження В.В. Аршавського, у представників народів, що живуть у Північно-Східних районах Євразії, у стані

бадьорості відносно посилена активність правої півкулі [14]. Це засвідчує, що у народів, які знаходяться на "правопівкульовому" рівні розвитку, першу скрипку відіграє активність правої півкулі [4, с. 460].

За таких умов корекція "дітей сонця" передбачає активізацію лівопівкульового начала психічної активності (через форми сенсорної активності, притаманні лівій півкулі – ритм, холодна кольорова гама та ін.), у тому числі розвиток в них особистісного начала завдяки створенню такого соціально-педагогічного й тренінгово-терапевтичного середовища, яке дозволяє дитині-сонця усвідомлювати себе через розвиток рефлексії, розширення соціально-рольового репертуару.

Діти з аутичними формами життєдіяльності реалізують стан укорінення у ЛП психічній активності.

Відповідно, ця проблема корегується завдяки активізації у "дітей дощу" ПП активності зі всіма терапевтично-тренінговими наслідками, що з цього випливають.

Зазначені чотири аспекти людини можна репрезентувати у вигляді такої моделі.Кожен із показників чотирьох аспектів характеризується трьома складовими (правопівкульовою, лівопівкульовою і інтегральною). Покажемо ці складові.

Інстинкти: життя (що втілює асимілятивні процеси), смерті (що втілює дисимілятивні процеси), гомеостазу (що втілює процеси організменої рівноваги).

Відчуття: реалізуються в сфері трьох сенсорних модальностей – кінестетичної, аудіальної, візуальної.

Конституція: астенічна, гіперстенічна, нормастенічна, або, відповідно до Е. Кречмера, шизотимний, циклотимний, віскозний.

Мотиви: внутрішні, зовнішні, нейтральні, тобто парадоксальні.

Емоції: позитивні, негативні, нейтральні.

Темперамент (темпераментальні властивості нервової системи): сила, врівноваженість, рухливість.

Ролі (відповідно до Е. Берна і К. Роджерса): роль дитини, дорослого, батька, або активна, пасивна, двоїста роль.

Мислення: передлогічне, логічне, інтегральне, або парадоксальне, що поєднує передлогічне і логічні мислення.

Характер (локус контролю): екстернальний, інтернальний, нейтральний.

Ідеали: свободи (прагнення до якої реалізується на рівні правих політичних сил), рівності (прагнення до якого реалізується на рівні лівих політичних сил) братерство як синтез свободи й рівності.

Цінності: кристалізуються навколо надцінних ідей: “Я”, тобто внутрішнє, “не-Я”, тобто зовнішнє, “Ми” як синтез “Я” і “не-Я”.

Світогляд: випливає з типу детермінації, що дає три світоглядні доктрини: атеїзм, деїзм та теїзм (останній у формі моно-, полі- і пантеїзму).

Відношення між чотирма зазначеними аспектами, що становлять вектори півкульової інтеграції, виявляють ***наріжні сутнісні виміри людської активності:***

1. Відношення між першим і другим рівнями виявляє вимір душевності (несвідомого).
2. Відношення між третім і четвертим рівнями виявляє вимір духовності (свідомого).
3. Відношення між духовністю і душевністю виявляє особистісний вимір, або "Я" людини.
4. Відношення між першим і четвертим рівнями виявляє вимір синестезії
5. Відношення між другим і третім рівнями виявляє вимір емпатії.
6. Відношення між параметрами емпатії і синестезії характеризують любов.
7. Відношення між першим і третім рівнями виявляє вимір погребової сфери.
8. Відношення між другим і четвертим рівнями виявляє волю як

антипотребу (за П. В. Симоновим).

Висновки. Виходячи з вищевикладеного, можна концептуалізувати ***універсальну систему психолого-педагогічних і психотерапевтичних лікувально-коригувальних і превентивних методів*** в межах кожного з восьми вимірів, які можна застосовувати з метою розвитку і гармонізації цих вимірів.

1. Вимір душевності гармонізується і розвивається за допомогою психотерапевтичних технік регресу в минуле (права півкуля, що співвідноситься з параметром душевності, орієнтується на минулий час), методики відреагування, холотропної терапії Ст. Грофа, имаготерапії Дж. Волпера, самовираження і корекції за допомогою мистецтва, методи катарсису, символдрами, гіпнозу (при гіпнозі активна переважно права півкуля).

2. Вимір духовності гармонізується і розвивається за допомогою когнітивно-світоглядних терапій і корекційних методів (спрямованих на подолання перекручувань у засобах прийому, переробки і структурування інформації в процесі когнітивної репрезентації світу й образу "Я", що зумовлює формування дезадаптивних когнітивних схем), розвитком рефлексії майбутнього (ліва півкуля орієнтується на майбутній час), потенційно-можливого аспекту сприйняття дійсності.

3. Особистісний вимір гармонізується і розвивається через розвиток творчих здібностей, застосування методів інтеграції свідомості і підсвідомості, розвиток метафоричного, парадоксального, багатозначного світосприймання, застосування медитації (як показують енцефалографічні дослідження, у стані медитації півкулі функціонально сгармонізовані), прийомів психоаналізу.

4. Вимір синестезії гармонізується і розвивається за допомогою евритмії (особливого виду мистецтва, застосовуваного у системі вальдорфських шкіл: синтез думки і слова, кольору і музики, рухів тіла і душі), технік нейро-лінгвістичного програмування (спрямованих на "розкріпачення" витиснутих сенсорних модальностей людини), одна з яких використовує техніку вербально-ціннісної корекції.

5. Вимір емпатії гармонізується і розвивається за допомогою рольових ігор, психодрами Дж. Морено, що дозволяють сполучити емоційні стани з рольовим репертуаром людини й навчають ставити себе на місце іншого.

6. Вимір любові (як синтез емпатії і синестезії, сприйняття об'єкта любові і себе в єдності всіх психофізіологічних складових двох організмів) гармонізується і розвивається за допомогою гештальттерапії ("цілісної" терапії), онтотерапії, психосинтезу, а також використання методик розвитку синестезії і емпатії.

7. Вимір погребової сфери гармонізується і розвивається за допомогою біхевіорістських методів, що базуються на принципах формування обумовленої поведінки, оскільки потреба функціонує за принципом позитивного зворотного зв'язку.

8. Вимір волі гармонізується і розвивається за допомогою парадоксальних поведінкових методів, таких, як метод парадоксальної інтенції В. Франкла, оскільки воля (будучи антипотребою, за П. В. Сімоновим) функціонує "від противного" за принципом негативного зворотного зв'язку.

Природно, що вищезазначені напрями психокорекції потребують технологічного забезпечення з тим, щоб оптимізувати сам процес діагностики та корекції міжособистісних взаємин дітей, у тому числі дітей з особливими потребами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Балонов Л.Я. Функциональная асимметрия в организации речевой деятельности / Л.Я. Балонов, В.Л. Деглин, Т.В. Черниговская // Сенсорные системы. Сенсорные процессы и асимметрия полушарий. – Л.: Наука, 1985. – С. 99–15.

2. Брагина Н.Н. Функциональные асимметрии человека / Н.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова. – М. : Медицина, 1988. – 288 с.

3. Вознюк А.В. Информационная концепция здоровья личности // Акмеология 2013. Методологические и методические проблемы. Выпуск 22 / Под ред. Н.В. Кузьминой, Е.Н. Жариновой. – СПб.: Из-во "Центр стратегических исследований", 2013. – С. 37-46.

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

5. Вознюк О. Психоаналітичні методи корекції негативних психоемоційних станів / О. Вознюк, Є Романенко // Психолог. – 2007. – № 5. – С. 28-30.

6. Выготский Л.С. К проблеме психологии шизофрении / Л.С. Выготский // Хрестоматия по патопсихологии. – М.: Изд. МГУ, 1984. – С. 60–65.

7. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатологий, их статика, динамика, систематика / П.Б. Ганнушкин. – М.: Медицина, 1964. – С. 14–16.

8 Голубева Е.А. Индивидуальные особенности памяти человека / Е. А. Голубева. – М.: Педагогика, 1980. – 151 с.

9. Каструбин Э.М. Трансовые состояния и "поле смысла" / Э.М. Каструбин. – М.: КСП, 1995. – 215 с.

10. Лурия А. Р. Об историческом развитии познавательных процессов. – М.: Изд. МГУ, 1974. – 258 с.

11. Немчин Е.А. Состояния нервно-психического напряжения / Е.А. Немчин. – Л.: Изд. ЛГУ, 1983. – 167 с.

12. Педагогическая психология: Учебное пособие / Под.ред. Л.А.Регуш, А.В.Орловой. – СПб.: Питер, 2010. – 416 с.

13. Патопсихологические исследования у подростков. – Л.: Изд. ЛГУ, 1981. – 344 с.

14. Ротенберг В.С. Поисковая активность и адаптация / В.С. Ротенберг, В.В. Аршавский. – М.: Наука, 1984. – 192 с.

15. Симонов П.В. Корково-подкорковые взаимодействия в процессе формирования эмоций / П.В. Симонов // Журнал высшей нервной деятельности. Вып. 2. – Т. 41, 1991. – С. 211–220.

16. Скрипник Т. В. Системна психокорекцію дітей з розладами аутичного спектра // Т.В. Скрипник // Педагогічна і психологічна наука в Україні : зб. Наук. Праць : в 5 т. – Т. 2 : Психологія, вікова фізіологія та дефектологія. – К.: Педагогічна думка, 2012. – С. 388-398.

17. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов. – М.: Изд. МГУ, 1988. – 200 с.

18. Справочник по психиатрии под ред. А. В. Снежевского. – М.: Медицина, 1985. – 416с.

19. Спрингер С. Левый мозг, правый мозг / С. Спрингер, Т. Дейч. – М.: Мир, 1983. – 256с.

20. Херсонский Б.Г. Зигмунд Фрейд. Автобиография бессознательного / Б.Г. Херсонский // Фрейд З. Толкование сновидений. – Киев: Здоровье, 1991. – С. 23–24.

МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ ЧЕЛОВЕКА КАК ОСНОВА ПСИХОКОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Вознюк А. В.
Житомирський государственный университет имени Ивана Франка

Резюме: *В статье представлена авторская интегральная модель психологических феноменов человека и универсальная система психокоррекции, которая основывается на функциональной специализации структур мозга, что берут участие в генезисе эмоциональных реакций. На этой основе и концепции функциональной ассиметрии полушарий головного мезга строится система психокоррекции детей с синдромом Дауна и детей аутистов. Показано, що коррекция «детей солнца» предусматривает активизацию левого начала, а детей-аутистов правого.*

Ключевые слова: *шизофрения, маниакально-депрессивний психоз, психопатологическая ось, конституциональна ось.*

HUMAN PSYCHOCORRECTION PHENOMENA MODEL AS THE BASIS FOR CHILDREN'S WITH SPECIAL NEEDS PHYCHOCORRECTION

Vozniuk A.
Zhytomyr Ivan Franko State University

Summary. *The authentic integrated model of human psychological phenomema is proposed as well as universal psychocorrection system backed on brain's structures functional specialization contribute to emotional genesis. The system of psychocorrection for children with special needs Down's syndrome, autists is based on the proposed factors and conception of cerebral functional asymmetry. It's estimated that "sun children" correction means left-half activisation while autists need correction due to their left-half genesis.*

Keywords*: schizophrenia, manic depressive psychosis, psychopathologic auxis, constitutional auxis.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 376.1:0078

РОЛЬ ІНТЕГРАЦІЇ У СФЕРІ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ: ДОСВІД ІТАЛІЇ

Аргіропоулос Д.
Болонський університет

Резюме. *Наведені документи, в яких відображено початок співпраці і сприяння між професійними шкільними фігурами і працівниками місцевих медичних закладів. Ця спеціальна документація називається "Функціональний діагноз", "Функціональний динамічний профіль", "Індивідуальний навчальний план". Наведені роздуми про процеси індивідуалізації і персоналізації засвоєння. Проаналізована об'єднана робота між школою і місцевими медичними закладами.*

Ключові слова: *інвалідність, інтеграція, інклюзія, інклюзивна освіта, соціалізація, емаргінація.*

Вступ. Аналіз проблем інклюзивного навчання дозволяє дійти висновку, що інклюзія орієнтована на всіх учнів, які мають навчальні потреби з різноманітними особливостями, а школа має завдання реагувати на ці потреби за допомогою індивідуальних навчальних програм. Важливо враховувати, що крім сертифікованих учнів, є ще 20% учнів, які стикаються з проблемою засвоювання інформації та спілкування, що вимагає підходящі освітні відповіді.

Фундамент теорії з інтеграції дітей з особливими потребами у соціально-педагогічне середовище в першу чергу пов'язаний з інституційною педагогікою. Йдеться про напрямок в педагогіці, покликаний змінити організацію навчання, щоб покращити її. З такої точки зору, в освітньому контексті мають місце освітні відносини, а отже треба організовувати контекст таким чином, щоб спростити автономність кожного учня. Напрямком досліджень інституційної педагогіки є шкільна інтеграція в проекції дослідження, яке буде дієвим.

Метою роботи є розробка перспективних підходів до інтеграції у сфері інклюзивної освіти.

Для досягнення мети використано **контент-ан**аліз наукових джерел за темою дослідження.

Результати та їх обговорення. Щоб розпочати процес інтеграції необхідно розробити, залучити, і використовувати спеціальну документацію, в якій ми бачимо виникнення тісного взаємозв'язку між професійними фігурами, які працюють в межах школи і працівниками місцевих медичних об'єднань і сімей учнів [2].

Як стверджує Даріо Янс "В основі ефективної шкільної інтеграції є завжди активація гарного Індивідуального навчального плану і поставлення ефективної навчально – виховної діяльності" [6]. Вся шкільна система, вчителі, вихователі, персонал, учні і сім'я повинні долучитися до передачі власних ресурсів, щоб задовольнити навчальні потреби кожного учня [8]

Документація заключає в собі *функціональний діагноз* (Ф.Д.), *динамічний функціональний профіль* (Д.Ф.П.) і *індивідуальний навчальний план* (І.Н.П.), який проаналізуємо нижче.

Необхідно пам'ятати, що складання Індивідуального навчального плану не є завданням тільки вчителя по підтримці, але всі професійні фігури приймають участь в визначенні цілей, так як робота повинна вміщувати в себе сфери шкільного життя, і не обмежуватися декількома заходами з вчителем по підтримці.

В 2001 був розроблений Міжнародною Організацією Охорони Здоров'я (МООЗ) і наданий ICF-CY (Міжнародною Класифікацією

Функціональної Інвалідності і Здоров'я Дітей і Підлітків) "новий засіб інноваційної класифікації, який описує стан здоров'я людей по відношенню до сфери їхнього буття (соціальної, сімейної, робочої) з ціллю зібрати всі "труднощі", які в культурно – соціальному контексті призводять до інвалідності". В віці від 0 до 20 років необхідно приділити більше уваги контексту до якого відноситься учень, і всім факторам, які призводять до затримки розвитку, оскільки інвалідність в цьому періоді зростання дається взнаки набагато більше ніж в зрілому віці. Використання моделі ICF-CY може використовуватися з Ф.Д, Д.Ф.П і І.Н.П і може допомогти зрозуміти реальне становище учня [Canevaro].

Є багато учнів з особливими потребами в навчанні, які знаходяться в проблематичних умовах: важких станах, таких як розумова затримка і більш легких станах, таких як розлади поведінки і засвоєння. Шкільний персонал повинен планувати індивідуальні дидактичні форми, тобто цілі, дидактичну і навчальну діяльність розроблену для окремих вмінь учня.

Є деякі фази програмування і використання різних методик, подивимось більш конкретно, різні функціональні елементи для створення І.Н.П.

Що стосується функціонального діагнозу, то в першу чергу його формулювання (ст. 12 параграф 5 Закону 104/92) викладено в ст. 3 Акту направлення і координування медичними структурами в 1994 р. Мова йде про "аналітичний опис функціональних компромісів психологічного стану суб'єкта" [9, p. 219] ціллю цього документа є поглиблене знання в відновленні учня, який знаходиться в складному становищі.

Складовими Ф.Д. є клінічний діагноз і всі дані учня, він повен бути сформульований на момент зачислення до школи, або коли є перехід від однієї форми навчання до іншої.

Редакція цього документа залежить від побажань батьків, вони повинні засвідчити, що дитина є з обмеженими можливостями. Це необхідно для того, щоб активувати ті служби, які він буде потребувати в процесі реалізації інтегрування в шкільному закладі і для того щоб розпочати дидактичну і навчальну діяльність, які підходитимуть і будуть ефективними для посилення його вмінь.

Функціональний діагноз – це результат роботи багатьох: дисциплінарного об'єднання (соціальний робітник, психолог, педагог, медики спеціалісти), які за моделлю ICF-CY беруть до уваги не тільки саме обмеження, а також звертають увагу на фактори навколишньої середи і на контекст.

Він повинен бути "функціональним" для шкільної інтеграції тим, що "дані по свідомості, які було зібрані при діагнозі, повинні дозволяти діяти безпосередньо в конкретній повсякденній шкільній практиці", крім того, він повинен бути корисним професійним фігурам, які працюють в школі, для вирішення: які методи в роботі використовувати, щоб вони були найефективнішими.

За допомогою цього документу професійні фігури зможуть отримати інформацію, яка стосується функціонування зон розвитку (мова, моторика, пізнавальна діяльність і поведінка), інвалідність, ризики обмежених можливостей і інформація щодо афективних, психологічних, емоційних, товариських динамік [7].

На другому етапі є розробка Динамічно функціонального профілю [1] (ст.12, параграф 5 Закон 104/92), який є в ст. 4 Акту по координуванню Медичними установами 1994.

Для написання цього документу необхідна співпраця між шкільними працівниками, сім'єю і Медичним місцевим закладом. Цей документ характеризується прогнозуванням, тому що складаються можливі рівні відповідей учнів, які мають повне відношення до

розпочатих зв'язків і запланованих зв'язків в когнітивному, комунікативному, товариському, афективному, лінгвістичному, здатних до сприйняття і мілкої моторики напрямку.

За допомогою інформації отриманої з Ф.Д. можливо встановити в Динамічно функціональному профілі довгострокові, середньострокові і короткострокові цілі, які хотілось би досягти, і дозволяє також цілі які будуть інтегровані в класне планування. Необхідно внести сильні сторони, здібності, невміння учня. Крім цього потрібно описати спеціальну діяльність для учня, техніки, засоби, матеріали, навчальні шляхи, якими керуватися повсякденно.

Оперативна група повинна поновлювати і переглядати його періодично, коли це буде необхідно, але обов'язково наприкінці кожного шкільного року.

Згідно Державно – Обласній Згоді від 20 березня 2008 року, до складу Ф.Д. входить Динамічно функціональний профіль, який разом з теорією моделі ICF-CY стає "Функціональним профілем учня".

Використовуючи два вище описані документи, можна перейти до формулювання І.Н.П., який ефективно відповідає особливим навчальним потребам учня; що передбачено в ст.. 5, параграфі 1 Акту по координуванню Медичними установами 1994 [4] і вказаний як основний в Законі 104/92 ст. 12 параграф 5.

Для того, щоб реалізувати право на виховання, навчання, шкільну інтеграцію, складається цей документ в якому описується "глобальний проект" життя учня з обмеженими можливостями і робота яка повинна бути розпочата. Відноситься це до визначеного періоду часу, який може продовжуватися від декількох місяців до року, і коли вона завершиться необхідно провести перевірку і внести можливі зміни.

І.Н.П. складається з початкового стану учня, навчально-виховних проектів, і соціалізації, які передбачені для нього, пізнавальних цілей і діяльності ,яка планується для проведення, матеріалів, які планується використовувати і всієї допомоги, якої він потребує. Необхідно також визначити час для проведення визначеної діяльності.

Важливою постає також і діяльність, матеріали і методи роботи. Ця частина І.Н. П. складається з планування оперативних рішень щодо організації досягнення цілей вказаних в Д.Ф.П.

З початку необхідно встановити структурні і організаційні одиниці, простір, час і людей які будуть корисними для ведення виховної і навчальної діяльності.

Необхідно продумати про використання спеціальних матеріалів, пристосувати шкільні підручники і дидактичні матеріали. Навчальні фігури повинні володіти широкими знаннями робочих моделей , діяльностей, цілей ситуацій, які припускають досягнення ефективних результатів. Необхідно знайти "транспортні засоби" які доставлять нас по правильному шляху, і дозволять досягти намічені цілі.

Для розвитку розуму тіла, можна використовувати, наприклад ,матеріали такі, як ліпку пластиліном, будування з дерева, приготування страв, колаж, розвиток тіла за допомогою спортивної діяльності, складання пазлів і лабіринтів. Ці стратегії дозволяють розвинути моторику за допомогою використання предметів і тіла.

Фаза перевірки досягнення цілей і оцінка складається з перевірки показників, які були отримані в ході діяльності і оцінки доречності цілей. Це повинно бути проведено кожного разу, коли це необхідно, в кінці року, після шкільної інклюзії, після реалізації різної діяльності.

Перш за все, повинні приймати участь всі професійні фігури, які залучені до Життєвого проекту студента. Робиться перевірка розвитку компетенції учня і ступеня її утримання. Протягом року

необхідно оцінювати доцільності і доречності цілей, які були указані в Д.Ф.П. і якщо виявляються недостатніми, необхідно переформулювати зміст документа для сприяння гарному результату роботи з учнем. Всі члени повинні бути згодні з змінами і реалізацією І.Н.П.

Важливим постає й індивідуалізація і персоналізація навчально- виховних планів. Необхідно розрізняти Індивідуалізацію і Персоналізацію, ці два терміни вказують різні цілі в навчальному і дидактичному плані.

Індивідуалізована модель з педагогічної точки зору, відноситься до навчального процесу, який відрізняється в залежності від особливостей учня, вона звертає увагу безпосередньо на його особистість. З дидактичної точки зору, є необхідність пристосовувати процес навчання до характеристик кожного учня, через спеціальний дидактичну роботу.

Індивідуалізувати навчання означає забезпечити досягнення тих же цілей (компетенцій, знань, вмінь), за допомогою різних дидактичних стратегій (час, простір, матеріал) для всіх учнів, і для тих з особливими навчальними потребами, тому що шкільна система повинна вимальовуватися, як інклюзивна громада, яка розвиває процеси сприйняття і соціалізації.

Мова йде про індивідуальне навчання, коли відрізняються напрямки і необхідно "1. Адаптувати зміст шкільної і дидактичної програми; 2.Адаптувати методи і техніки дидактичної роботи; 3.індивідуалізовати і передбачити низку ролей і завдань, які дитина з Особливими навчальними потребами може оволодіти і приймати таким чином участь в роботі невеликої групи, або цілого класу; 4. ідентифікувати ресурси і функціональні вміння, якими часто володіють ці діти, в більш менш явних або скритих формах; 5. Надати низку ресурсів, технічних рішень і допомоги" [10]. Ця практика використовується, щоб досягти базові цілі для всіх учнів, з відповідно необхідним часом.

Процес планування з метою дотримання принципу індивідуалізації [9, p. 98], приймає до уваги дотримання права на навчання і права на рівність, сприяє навчальним пропозиціям, які відповідають можливостям учня інваліда, і які б забезпечили отримання затверджених пізнань в Плані навчальних пропозицій Інституту, передбачені для всіх учнів.

Персоналізована модель навпаки стосується відмінностей навчальних цілей, щоб дати можливість кожному учню розвити власний потенціал і таланти. Необхідно персоналізувати цілі, тому що кожен учень відрізняється і є індивідуальним в своїх вміннях і в можливостях засвоєння.

Ця модель використовується першочергово для хлопця з обмеженими можливостями для реалізації інтегрування і для того щоб дати йому пройти цей особливий шлях, який був би без станів обмеженості і труднощів викликаних недостатністю. Разом з цим, це корисно і для всіх учнів, так як вона поліпшує контексти пізнання і соціалізації.

Як стверджує викладач П. Гаспарі [5] "Індивідуалізація підкреслює право кожного учня користуватися правом рівності, навчально-виховними можливостями, що реалізовується в постійній, виробленій діяльності з дидактичної диференціації, яка може дозволити всім дітям досягти головних і загальних рівнів знань", і воно дійсно використовується для сприяння полегшення шкільного шляху і досягнення успіхів у навчанні школярів.

"Персоналізоване планування" [5, p. 99] здійснюється після ознайомлення з історією учня. Необхідно виділити дидактичні і навчальні стратегії, які б могли оцінити певний потенціал учня і які б сприяли його загальному навчанню, за допомогою індивідуалізації цілей, які будуть дієвими в реалізації його життєвого проекту.

Необхідно приймати рішення по моделі, яку треба використовувати, так як індивідуалізація і персоналізація не можуть співіснувати, як ми побачили, вони мають різні цілі. Розглянемо, разом з роздумами викладачки Сандрі, що процес індивідуалізації потрібно помістити в центр дидактичної діяльності , щоб дозволити всім учням, а також і тим з Особливими навчальними потребами, отримати по закінченню кожного шкільного ступеня документ про навчання, який би був юридично дійсним.

На закінчення хочемо уточнити, що процеси індивідуалізації і персоналізації дозволяють конкретизувати модель планування, яка б була відкрита більшості стратегій, яка б була гнучкою, в плані переходу від одного метода до іншого, якщо перший не підійшов, яка б використовувала персоналізовані методи і необхідні засоби, в часі, які б підходили ситуації суб'єкта.

Все це допоможе підняти рівень інклюзії і участі в труднощах з боку учнів, і посилити навчально – виховні можливості для всіх учнів.

Вихователь повинен підійти до всього, як відкрита людина, готова завжди приймати участь і бути готовим пристосовуватися до кожної педагогічної ситуації, яка виникає. Повинен допомагати учню йти по його життєвому проекту, бути учасником створення його розуміння, з його сильними і слабкими сторонами.

Зазначимо, що важливою є й "точка дотику" між створенням програми для учня з обмеженими можливостями і тим що є для учнів класу. Знайти "точку дотику" між індивідуальними цілями дитини інваліда і всього класу, є одним з важливих елементів для формування І.Н. П., який би був направлений на інтеграцію, а не ізоляцію.

В першому випадку, може бути наближення індивідуальних цілей до цілей класу, в цьому разі необхідно вивчити з особливою увагою цілі направлені на клас і виділити ті, які б найбільш підходили до учня з труднощами, для того щоб запобігти розділенню, яке утворюється в деяких випадках між ним і змістом навчальних програм його товаришів. Наприклад, коли основний вчитель вважає, що тема оговорена в класі була достатньо важкою і просить вихователя супроводити учня з особливими потребами в відведену аудиторію, щоб пояснити в більш простій формі матеріал уроку.

Наведення прикладів пов'язано з досвідом в моїй практиці, я працював з ученицею, яка має загальну затримку розвитку пов'язане це з синдромом Дауна, їй було запропоновано геометричні таблиці на яких вона повинна була порахувати предмети і фігури і об'єднати їх з цифрами; інше завдання, якого ми дотримувалися це було знайомство і впізнавання основних плоских геометричних фігур, в цьому завданні вона повинна була розмалювати кожну фігуру різним кольором. Таким чином були відпрацьовані завдання класу в більш спрощеному варіанті, але адаптовані для її здібностей, приймаючи до уваги, що в середній школі, крім важких тем, як Теорема Піфагора вивчаються також тверді тіла.

В більшості випадків завдання, яких дотримується більшість учнів з особливими потребами, коли знаходяться разом з класом, це слухання, спілкування, і надбання навичок в експериментуванні; ці вміння дозволять знайти показові "точки дотику" для реалізації якісної інтеграції.

Може з'явитися відчуття, що не одне завдання в класному плануванні не адаптується до дитини з обмеженими можливостями, тому що мова йде про яскраво виражену недостатність, в цьому разі необхідно знайти стратегії і максимально полегшити складні завдання, пристосовуючи їх до можливостей учня. Або організувати персоналізоване планування, яке б складалося з завдань по різним предметам, а також з того, що цікаво учню, щоб зробити його учасником в реалізації його життєвого проекту.

Щоб наблизитися до завдань класу можна звернутися до використання стратегій і певних матеріалів для полегшення. Як наприклад малюнки, використовуються, щоб краще пояснити поняття або використання лінії часу для розуміння понять "до" і "після".

Іншою можливістю може бути наближення завдань класу до індивідуальних завдань, за допомогою аналізу І.Н.П. учня з обмеженими можливостями. В класне планування додаються шкільні і позашкільні завдання, які можуть бути достатньо повчальними для кожного учня. В моєму робочому досвіді був випадок, коли я повинен був супроводжувати студента до спеціалістів медичного центру Територіального управління охорони здоров'я міста Болонья. В цю структуру також були запрошені студенти його групи для участі в організації дозвілля пацієнтів, такого ,як театральні і музичні постанови, це дозволило сформувати значиме відношення до "відмінностей" і дозволило підвисити зростання розуміння у кожного учня.

Основною метою проведеного дослідження "точкою дотику" є реалізація інтегрування учня з обмеженими можливостями в групі, класі; окрім пояснень спеціального навчання, розвити в нього почуття приналежності до цієї групи.

Вихователь разом з професійними фігурами повинен поринути в "інклюзивну точку зору" і проаналізувати згідно цих можливостей, обираючи саме ті, які дійсно дають знання і які будуть дійсно ефективними в житті. Необхідно замислитися над упередженнями, які постають, відкидаючи думки про те, що інтегрування завдань учня з обмеженими можливостями до завдань класу може призвести до банального сприйняття, а думати про плюси процесу такі, як порівняння себе з "іншими" людьми і усвідомити що таке "недостатність", це все сприяє зростанню учнів і реалізується інтеграція.

Важливим у цьому процесі є те, як *взаємодіє школа і Територіальне управління охорони здоров'я.*

Реалізація Ф.Д.П. і І.Н.П. є результатом співпраці і інтеграції між школою і Територіальним управлінням охорони здоров'я. для написання подібних документів зазвичай потрібна присутність різних спеціалістів, де кожен зі своєю компетенцією може внести знання, різні точку зору, які будуть відрізнятися одна від іншої і зробити Життєвий план учня ефективною і врівноваженою роботою, для реалізації права на виховання і навчання.

Щоб досягти шкільної якісної інтеграції необхідно щоб відбувалися зустрічі між шкільними фігурами і працівниками Територіальних управлінь охорони здоров'я, на момент зачислення до школи нового учня з обмеженими можливостями. Є основним, щоб відбувався діалог між школою і медичними закладами, таким чином буде оптимізоване використання засобів і ресурсів, про це йдеться в Адресному акті, Декрету президента республіки від 24 лютого 1994 року.

Протягом цих зустрічей йде міркування над діагностикою учнів і отримуються нові знання з "недостатності", для того щоб краще організувати дидактичну і виховну роботу в період навчального року.

Головною метою цієї робочої групи є досягнення повної навчальної і соціальної інтеграції студента з особливими потребами і забезпечення ефективної реалізації Індивідуального навчального плану.

Необхідно конструктивно співпрацювати, поділяючи знання і розмовляючи на одній мові, а для цього необхідно, щоб у кожного професіонала був час на навчання і підвищення кваліфікації.

Висновки. В результаті інтеграції у сфері інклюзивної освіти з'являються проблеми у спілкуванні між шкільними

фігурами і працівниками медичних структур.

Функціональний діагноз складається мультидисциплінарним об'єднанням, в деяких випадках він написаний з використанням технічних і медичних термінів, що не дозволяє школі зрозуміти інформацію, і по цій причині частково втрачає свою функціональність.

Щоб зберегти право на інтеграцію і задовольнити особливі виховні потреби на початку кожного навчального року необхідно встановити зустрічі між Територіальним управлінням охорони здоров'я і школою. Але медичні установи, маючи на обліку багато учнів, зазнають труднощів з узгодженням всіх необхідних зустрічей.

Часто трапляється так, що не всі працівники мають достатньо компетенції, не йдуть на діалог і співпрацю, оскільки не вважають це важливим чинником.

Відтак, значущою важливістю є "безперервність" співпраці між навчальними постатями, які працюють в школах і медичними місцевими службами, для забезпечення успіху в інтеграції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Articolo 12, comma 5, della legge n. 104 del 1992. Dati reperibili nel sito [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.integrazionescolastica.it/article/616.

2. Assirelli F. Le figure a sostegno di un'integrazione di qualità, in CDH Bologna e CDH Modena (a cura di), Bambini imparate a fare le cose difficili. Alunni disabili e integrazione scolastica di qualità / F.Assirelli, P.Sandri, R.Silimbani. – Trento: Erickson, 2003. – 245 p.

3. Canevaro A. Alunni con disabilità. Materiale per ragionare sulla prospettiva inclusiva, Dipartimento scienze dell'educazione, Università di Bologna, articolo // A. Canevaro – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: reperibile nel sito web: http://www.educazione.sm/formazione/testoCanevaro.pdf.

4. Dati reperibili nel sito [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.integrazionescolastica.it/article/616.

5. Gaspari P. Individualizzare e personalizzare la didattica in prospettiva inclusiva (a cura di), Inclusione e diversità. Teorie e itinerari progettuali per una rinnovata didattica speciale // P.Gaspari, P.Sandri. – Milano: Franco Angeli, 2010. – P. 28-29.

6. Ianes D. Il Piano Educativo Individualizzato, il Progetto di vita e la "Speciale Normalità" delle risorse aggiuntive // D. Ianes – Il Piano educativo individualizzato. Progetto di vita, Volume 1, Erickson, Trento, 2009. – P. 32.

7. Ianes D. Nuova guida al Piano educativo individualizzato. Diagnosi, profilo dinamico funzionale, obiettivi e attività didattiche / D. Ianes, F. Celi. – Trento: Erickson, 1995.

8. Ianes D. Handicap e risorse per l'integrazione // D. Ianes, M. Tortello. – Trento: Erickson, 1999. – 234 p.

9. Sandri P. Gli spazi, i tempi, le relazioni nella scuola inclusiva // P. Sandri. – Inclusione e diversità. Teorie e itinerari progettuali per una rinnovata didattica speciale, Milano: Franco Angeli, 2010. – P. 88-219.

10. Suzic N. Passi verso una scuola inclusiva. Dai principi alle competenze necessarie // N.Suzic. – Trento: Erickson, 2009. – P. 63-64.

1

РОЛЬ ИНТЕГРАЦИИ В СФЕРЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ОПЫТ ИТАЛИИ

Аргиропоулос Д.
Болонский университет

***Резюме**. Предложены документы, в которых отображены начало сотрудничества и содействие между профессиональными фигурами и работниками местных медицинских учреждений. Эта специальная документация называется «Функциональный диагноз», «Функциональный динамический профиль», «Индивидуальный учебный план». Предложены рассуждения про процессы индивидуализации и персонализации усвоения. Проанализирована совместная работа между школой и местными медицинскими учреждениями.*

***Ключевые слова:** инвалидность, интеграция, инклюзия, инклюзивное образование, социализация, емаргинация.*

INTEGRATION IMPORTANCE WITHIN THE INCLUSIVE EDUCATION: ITALIAN EXPERIENCE

Argipopoulos D.
Bologna University

***Summary.** The documents are given which reflect the beginning of cooperation and assistance between the school of professional figures and staff of local medical institutions. This special documentation is called «Functional diagnosis», «Functional dynamic profile", Individual educational plan». The reflections on the processes of individualization and personalization of learning are outlined. The joint work between school and local health agencies is analyzed.*

***Keywords:** disability, integration, inclusion, inclusive education, socialization, emargination.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК *657:001-378*

BADANIA NAUKOWE W PRAKTYCE PIELĘGNIARSKIEJ

Graf L., Śleziona M., Mroczkowska R.
Studium Doktoranckie, Katedra Filozofii i Nauk Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Streszczenie. Badania w pielęgniarstwie są na etapie rozwoju, ich celem jest dążenie do doskonałości nauk pielęgniarskich oraz promocji wykształcenia metodologicznego. Zaś celem praktycznego wykorzystywania wyników badań jest podniesienie jakości opieki, rozwijanie i doskonalenie oraz poszerzenie wiedzy pielęgniarskiej. W tym celu zarówno pielęgniarki zajmujące się głównie kwestią badań naukowych, jak i pielęgniarki pracujące zawodowo będą musiały poprawić swoje umiejętności badawcze w celu użycia ich do sprostania pojawiającym się ciągle nowym problemom, dotyczącym tak profesji jak i pacjentów. Działalność naukowa dla wielu pielęgniarek nie jest zbyt popularnym obszarem zainteresowań, dlatego celem niniejszej pracy jest zwiększenie wiedzy i świadomości na temat badań naukowych prowadzonych przez pielęgniarki, możliwości i celu wprowadzania wyników tych badań do praktyki. Praca oparta jest na podstawie przeglądu dostępnych źródeł informacji dotyczących prowadzenia badań naukowych w pielęgniarstwie.

Słowa Kluczowe: pielęgniarstwo, badania naukowe, wykorzystywanie badań w praktyce zawodowej

WPROWADZENIE

W dzisiejszych czasach społeczeństwo stawia wobec pielęgniarek coraz większe wymagania wobec ich kompetencji i profesjonalizacji. Chcąc spełnić powyższe oczekiwania pielęgniarki coraz częściej angażują się w planowanie i prowadzenie badań, co niewątpliwie korzystnie wpływa na ich zawód, podnosząc jego prestiż, na poprawę jakości opieki nad pacjentami, a także na rozwój osobisty poprzez ulepszane i poszerzanie wiedzy. Pielęgniarki przez całe życie muszą uczyć się i śledzić oraz przyswajać nowe osiągnięcia nauki oraz wyniki badań. Jako profesjonalistki są gotowe do podejmowania działań w zakresie aktywności naukowo-badawczej. Obszarem zainteresowań pielęgniarek są różne aspekty zdrowia, promowanie zdrowia, zapobieganie chorobom, opieka nad chorymi w czasie choroby i rekonwalescencji niezależnie od wieku, a także aspekty dotyczące umierania i śmierci. Badania naukowe w pielęgniarstwie polegają na teoretycznym rozważaniu i systematycznym pozyskiwaniu nowej, dostępnej wiedzy, dla dobra chorych i ich rodzin oraz całej społeczności. Badania mają na celu wykrycie ważnych zależności pomiędzy zjawiskami, którymi interesuje się pielęgniarka/badacz. Zaś wyniki tych badań powinny być wykorzystywane w pracy zawodowej, dzięki czemu pielęgniarki mogą znaleźć odpowiedzi na wiele pytań oraz rozwiązywać nurtujące je problemy. Praktyka powinna być oparta na faktach, wynikach oraz badaniach naukowych. Celem praktycznego wykorzystywania wyników badań jest podniesienie jakości opieki, rozwijanie i doskonalenie oraz poszerzenie wiedzy pielęgniarskiej. Działalność naukowa dla wielu pielęgniarek nie jest zbyt popularnym obszarem zainteresowań. Jednak pielęgniarki zajmują się tą działalnością i podejmują wysiłek, by budować naukę o pielęgniarstwie. Celem niniejszej pracy jest zwiększenie wiedzy i świadomości na temat badań naukowych prowadzonych przez pielęgniarki, na podstawie przeglądu dostępnych źródeł informacji dotyczących prowadzenia badań naukowych w pielęgniarstwie.

HISTORIA BADAŃ NAUKOWYCH W PIELĘGNIARSTWIE

Działalność naukową zapoczątkowała Florencja Nightingale, która w czasie trwania wojny krymskiej prowadziła badania podczas, gdy opiekowała się chorymi i rannymi żołnierzami, badała wówczas wpływ środowiska na stan tych żołnierzy.

Następnie w 1912 roku wśród amerykańskich pielęgniarek środowiskowych rozpoczęto badania, których celem było zbadanie zainteresowania pielęgniarek własnym przygotowaniem do wykonywania pracy zawodowej, badano także terenowe rozmieszczenie wśród pacjentów oraz koszty usług świadczone przez pielęgniarki.

Zaś w 1920 roku amerykańska pielęgniarka J. Goldmark badała w szkołach pielęgniarskich stan sal demonstracyjnych. Badania przeprowadzane w USA w kolejnych latach wpływały na rozwój badań naukowych. Obszarem badawczy były zagadnienia związane z jakością usług świadczonych przez pielęgniarki oraz edukacja pielęgniarek.

Natomiast brak jest doniesień dotyczących prowadzenia badań naukowych przez polskie pielęgniarki w pierwszej połowie XX wieku. Źródła donoszą, iż w 1935 roku, przez lekarzy, zostały przeprowadzone badania psychotechniczne wśród uczennic Krakowskiej Szkoły Pielęgniarstwa. W kolejnych latach (1964-1966) pielęgniarka Rachela Hutner będąc kierownikiem Centralnego Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych w Warszawie rozpoczęła planowe prace badawcze związane z organizacją pracy pielęgniarek. Pierwszą placówką w Polsce prowadzącą planową, statutową działalność naukową w pielęgniarstwie był Wydział Pielęgniarski Akademii Medycznej w Lublinie, który w 1969 roku rozpoczął akademickie kształcenie pielęgniarek, dzięki czemu do planowania działalności naukowej został stworzony dobry klimat i warunki sprzyjające rozwojowi badań naukowych w pielęgniarstwie. Rok 1982 miał dla pielęgniarek szczególne znaczenie, ponieważ od tego roku pielęgniarstwo znalazło się w wykazie dziedzin naukowych.

Wybitnymi przedstawicielkami naukowego pielęgniarstwa były:

- Amerykańska pielęgniarka Hildegarda Peplau, profesor, która zajmowała się teorią pielęgniarstwa, stworzyła teorię relacji międzyludzkich w pielęgniarstwie, na którym opiera się model psychodynamicznego pielęgniarstwa[2].
- Amerykańska pielęgniarka Virginia Hendrson, która pielęgniarstwo postrzegała jako asystowanie człowiekowi choremu i zdrowemu, dzięki jej działaniu został opracowany model oparty na rozpoznawaniu potrzeb.
- Dorora Orem dzięki, której rozwinęła się koncepcka teorii samoopieki realizowanej przez określenie potrzeb
- Callista Roy, która jest autorką modelu adaptacyjnego, który zakłada, że celem pielęgnowania jest pomoc człowiekowi w osiągnięciu możliwie pełnej adaptacji do środowiska[3]

Evidence-based Medicine (EBM) tego określenia użył jako pierwszy w 1991 roku Gordon Guyatt, profesor medycyny i epidemiologii klinicznej na McMaster University w Hamilton w Kanadzie. W polskiej literaturze przedmiotu oznacza „praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach", „medycyna oparta na dowodach"[4]. Pojęcie EBM zostało z czasem uwzględnione w innych dziedzinach klinicznych, takich jak: pielęgniarstwo, stomatologia, fizjoterapia, farmakologia itd. Powstało pojęcie EBNP – „*Evidence Based Nursing Practice*", czyli „opieka pielęgniarska oparta na faktach". EBNP wdraża podobne zasady jak EBM promując rozwiązywanie dylematów klinicznych, pielęgnacyjnych w oparciu o wykorzystanie oryginalnych doniesień[5].

BADANIA NAUKOWE W PIELĘGNIARSTWIE

Badania naukowe są systematycznym procesem pozwalającym odpowiadać na nurtujące pytania i rozwiązywać problem badawczy. Celem ich jest rozwijanie, poszerzanie i ulepszanie zakresu wiedzy, czyli „poznanie i zrozumienie mechanizmów, które

wpływają na zdolność do utrzymania i rozwoju optymalnego poziomu funkcjonowania człowieka, rodziny lub społeczności oraz do zminimalizowania negatywnych skutków choroby"[6].

Badania pielęgniarskie są usystematyzowanym procesem badawczym mającym na celu rozwijanie wiedzy z zakresu istotnych aspektów zawodu pielęgniarskiego, dotyczących praktyki, edukacji, zarządzania i technik informatycznych oraz systemach przygotowujących pielęgniarki do realizacji bieżących i przyszłych zadań społecznych[6,7]. Badania naukowe w pielęgniarstwie w dużej mierze opierają się o założenia nauk medycznych,[8] prowadzone są i rozwijane w zakresie promowania zdrowia, budowania modelu zachowań prozdrowotnych oraz edukacji pacjentów. Badania naukowe w pielęgniarstwie pozwalają poznać politykę zdrowotną, system efektywnej i skutecznej realizacji opieki sprawowanej przez pielęgniarki. Badania promują historyczny rozwój zawodu oraz świadomość zawodową, pozwalają rozumieć etyczne zasady profesji,

Badania kliniczne z zakresu pielęgniarstwa są procesem badawczym nastawionym na zdobywanie i poszerzanie wiedzy użytecznej w praktyce pielęgniarskiej, jak również na polepszanie poziomu zdrowia społeczeństwa oraz jakości życia pacjentów i osób będących pod opieką personelu pielęgniarskiego[7].

Duże zainteresowanie obserwuje się badaniami dotyczącymi czynności technicznych i fizycznych wykonywanych przez pielęgniarki oraz opieki psychospołecznej, również wiele publikacji i badań dotyczy edukacji pielęgniarek, natomiast coraz mniejszym zainteresowaniem cieszą się badania dotyczące rozwoju zawodu na tle historycznym. Z obserwacji wynika, że pielęgniarki swoje zainteresowania dostosowują do panujących trendów i nauk wspomagających pielęgniarstwo.

Działalność naukową w pielęgniarstwie może realizować każda pielęgniarka oraz pielęgniarki będące pracownikami naukowo-dydaktycznymi na wyższych uczelniach kształcącymi pielęgniarki. Badania naukowe powinny wynikać z ciekawości i zainteresowań pielęgniarek oraz powinny być oparte na podstawach metodologicznych nabytych w trakcie kształcenia zawodowego, wykorzystując do badań nauki medyczne, humanistyczne i pedagogiczne. Działalność naukowa może być realizowana w ramach różnych prac, jednak , aby przygotować się do przeprowadzenia badań naukowych ważny jest wybór metody badań. Należy wspomnieć, że pielęgniarstwo jest stosunkowo młodą dziedziną i nie ma jeszcze wypracowanych własnych metod badań, dlatego posługuje się wcześniej wspomnianymi metodami wykorzystywanych w naukach medycznych, humanistycznych i pedagogicznych, wykorzystując je do własnych potrzeb.

Pielęgniarki prowadzą badania indywidualne i zespołowe oraz małe, czyli kilkuosobowe i duże, czyli wieloosobowe, a nawet interdyscyplinarne. Do prowadzenia badań stosują metody ze względu na cechę zebranego materiału, zarówno ilościowe, jak i jakościowe.

Badania ilościowe informują o częstotliwości, intensywności i wielkości badanego przedmiotu. Dostarczają dane policzalne, dlatego mogą być zestawiane w formie liczb i poddawane procedurom statystycznym i matematycznym. Badania te uściślają i konkretyzują wyniki badań. Pozwalają poznać związki między zmiennymi, na przykład oddziaływaniem a skutkami.

Badania jakościowe przedstawiają badane zjawisko z pogłębionej i zindywidualizowanej perspektywy, dostarczają danych w formie opisu słownego. Badania polegają na systematycznym poszukiwaniu informacji pozwalających zrozumieć naturę człowieka, jego zachowania, transakcje i negocjacje z samym sobą i swoim otoczeniem w zróżnicowanych warunkach życia. Celem tych badań jest wnikanie w głąb badanego fenomenu, odkrywaniu, odsłanianiu nowego wnętrza, znaczenia, rozumienia. W tych badaniach

możliwe jest podejmowanie problemów wykraczających poza to, co obiektywne, mierzalne, dające się powtórzyć. Badania jakościowe stosuje się wówczas,gdy chcemy przyjrzeć się zjawiskom w ich kontekście, pragniemy je poznać takimi, jakie one są, a nie stwierdzić, czy zgadzają się z naszym o ich mniemaniem, oraz gdy badane zjawisko jest drażliwe, dotyczy problemów uznawanych za intymne, osobiste, takie jak ból, cierpienie, umieranie, śmierć[1,9,10].

Warunkiem rozwoju profesjonalnej praktyki pielęgniarskiej jest podejmowanie działalności badawczej. Naukowa postawa pielęgniarek oraz dokonywanie analiz wyników badań służy przede wszystkim poprawie jakości świadczonych usług. Badania powinny opierać się na praktyce zawodowej oraz współuczestnictwie w badaniach naukowych prowadzonych przez inne grupy zawodowe. W polskim pielęgniarstwie zakres badań naukowych powinien być zbliżony do badań naukowych prowadzonych na świecie, zaś obszary badawcze pielęgniarki powinny wykorzystywać do celów praktycznych, naukowych, dydaktycznych oraz eksperckich.

ZADANIE BADAŃ NAUKOWYCH W PIELĘGNIARSTWIE

W coraz większym stopniu od pielęgniarek oczekuje się wdrażania praktyki opartej na dowodach, to znaczy stosowania najlepszych możliwych metod wynikających z wyników badań podczas podejmowania decyzji w procesie pielęgnacji. Nurt medycyny opartej na faktach, wynikach i badaniach naukowych zaczął rozwijać się na początku lat dziewięćdziesiątych, został zapoczątkowany przez badaczy z Uniwersytetu McMaster w Ontario[6]. Badania polegają na systematycznym zdobywaniu wiedzy, dla dobra pacjentów i ich rodzin, którą wykorzystuje się w codziennej praktyce pielęgniarskiej, podnosi jakość opieki i obniża koszty pielęgniarskich interwencji. Wzrasta świadomość pielęgniarek dotycząca potrzeb oparcia czynności oraz decyzji pielęgniarskich na dowodach, dzięki czemu ich działania są właściwe i efektywne prowadzące do poprawy wyników terapii pacjentów. Należy zaznaczyć, że stosowanie w codziennej praktyce pielęgniarskiej wyników badań naukowych, wpływa na wizerunek zawodu, wzrasta prestiż, gdyż w odbiorze społecznym te pielęgniarki traktowane są, jak profesjonalistki.

Według Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (International Council of Nurses – ICN) badania naukowe odgrywają istotną rolę w rozwoju współczesnego pielęgniarstwa, są koniecznością dla prawidłowego wykonywania zawodu. Stanowisko ICN w sprawie badań naukowych jasno wskazuje je jako warunek kształtowania i aktualizowania wiedzy, oceniania i realizacji praktyki i świadczeń pielęgniarskich oraz dostarczania dowodów, które umożliwiają interpretację istoty praktyki, badań oraz zarządzania w pielęgniarstwie[11].

Należy wiedzieć, że badania powinny być prowadzone w oparciu o zasady dobrej praktyki badań naukowych do których zaliczamy: przestrzeganie podstawowych zasad pracy naukowej, właściwe kierownictwo i współpracę w zespołach naukowych, szczególne uwzględnienie potrzeb młodych badaczy, zabezpieczenie i przechowywanie wyników badań, przestrzeganie zasad autorstwa publikacji naukowych, unikanie konfliktów interesów[11]. Zasady dobrej praktyki, zakładają, że dobro pacjenta jest nadrzędne, a wyniki badań powinny być rzetelne i wiarygodne.

ROZWÓJ DZIAŁALNOŚCI NAUKOWEJ W PIELĘGNIARSTWIE

Ważną kwestią w rozwoju działalności naukowej w pielęgniarstwie zarówno w Polsce, jak i na świecie jest przede wszystkim istota i zakres podejmowanych działań.

Kunecka podaje, że w ostatnich kilkunastu latach następuje wzrost badań naukowych w pielęgniarstwie prawdopodobnie z powodu zmian w systemie kształcenia pielęgniarek na wyższym poziomie, gdyż proces kształcenia uwieńczony jest indywidualną pracą naukową

popartą przeprowadzonymi badaniami. Równocześnie stwierdziła, że „wzrost liczby prac dyplomowych nie jest jednoznaczny z rozwojem badań naukowych"[12].

Pielęgniarki uczestniczą w procesie badań naukowych wykorzystywanych w praktyce klinicznej i cały czas się uczą. Od pielęgniarek wymaga się krytycznej oceny w odniesieniu do praktyki opartej na wynikach badań, sprawdzenia wiarygodności akademickiej danych oraz analizy konkretnej sytuacji,w jakiej nowe informacje mają być wykorzystane. Zaś ocenianie jest ważnym momentem do wprowadzania badań do praktyki. Pielęgniarka powinna przeanalizować czy istnieją wystarczające podstawy dla zmiany dotychczasowej praktyki, czy dane wyniki mogą być zastosowane w konkretnej jednostce, czy jest możliwe wdrożenie opisanej procedury, czy są możliwe konsekwencje finansowe, dla personelu i pacjentów, czy wyniki mają znaczenie kliniczne[6].

Istnieje potrzeba zrozumienia wyników badań oraz planowanie wdrożenia ich do praktyki, dlatego konieczna jest mobilizacja wiedzy, czyli proces znajdowania pomysłów i ich rozpowszechniania. Motywacją do wdrażania praktyki opartej na dowodach są zespoły terapeutyczne, które budują partnerstwo, współpracują ze sobą, dzielą się swoją wiedzą, uczą innych, tworzą wspólną wizję i mają poczucie wspólnego celu.

Rozwojowi praktyki powinny też sprzyjać podmioty lecznicze, które cenią nowe pomysły, innowacje i dowody naukowe. Jednak często zdarza się, że podmioty lecznicze zamiast wsparcia stanowią barierę we wprowadzaniu zmian.

Należy promować działalność naukową polskiego pielęgniarstwa ze względu na rosnące potrzeby zarówno w praktyce, jak i edukacji, a także ze względu na dostosowanie dziedzin działalności zdrowotnej do standardów Unii Europejskiej[1].

WYKORZYSTYWANIE WYNIKÓW BADAŃ

W praktyce zawodowej pielęgniarek zarówno w Polsce, jak i na świecie coraz większy nacisk kładzie się na wykorzystywanie wyników badań naukowych w celu zapewnienia najwyższej jakości opieki nad pacjentem, zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i personelowi medycznemu, skuteczności wykonywania procedur medycznych i efektywności finansowej[13].

Wdrożenie pielęgniarskiej praktyki opartej o wyniki badań wymaga skoordynowanych działań ministerstwa zdrowia, edukacji, pracowników służby zdrowia i prywatnej opieki medycznej. Dobre partnerstwo zachęca do współpracy, zmniejsza ryzyko dublowania działań, ogranicza współzawodnictwo o środki, sprzyja lepszym wdrożeniom EBP i uczeniu się od siebie nawzajem[6].

Według Gotlib i wsp., aby badania naukowe były prawidłowo prowadzone i ich wyniki były wdrażane do praktyki klinicznej zmiany powinny nastąpić na wyższych uczelniach medycznych poprzez zwiększenie nacisku na kształcenie w zakresie metodologii prowadzenia badań naukowych, krytycznej analizy ich wyników, krytycznego czytania tekstów naukowych. Przykładem są Stany Zjednoczone, gdzie od 2003 roku wprowadzono do programu kształcenia pielęgniarek I semestru studiów nowy przedmiot „*Evidence-Based nursing interventions",*który znacząco wpłynął na jakość kształcenia oraz poprawił przygotowanie studentów do rozpoczęcia zajęć klinicznych podczas kolejnych semestrów[14]. W polskich programach kształcenia pielęgniarek elementy problematyki EBNP są włączane do takich przedmiotów, jak na przykład badania naukowe w pielęgniarstwie i nie stanowią odrębnego przedmiotu w programie kształcenia. Większość światowych publikacji zwraca uwagę na fakt, iż problematyka dotycząca stosowanie EBNP częściej dotyczy codziennej praktyki klinicznej lub podstawowej opieki zdrowotnej niż programów kształcenia studiów pielęgniarskich[13].

Podobne opinie opisali autorzy innych krajów między innymi z Iranu, Szwecji,

których wyniki badań potwierdzają, że podstawą nauczania klinicznego powinien być paradygmat EBNP, gdyż tradycyjne metody są mniej efektywne. Wyniki ich wskazały, że podczas kształcenia przedklinicznego nacisk na kształcenie umiejętności z zakresu EBP był zdecydowanie większy niż podczas zajęć klinicznych, bezpośrednio z pacjentem.

W dalszym ciągu wiedza specjalistów nauk o zdrowiu na temat zastosowania wiarygodnych badań naukowych w praktyce zawodowej jest na niewystarczającym poziomie, dlatego też bardzo wyraźnie podkreślana jest konieczność propagowania tej idei w tym środowisku. Brakuje też w polskim piśmiennictwie naukowym artykułów poświęconych tematyce EBM, zaś problematyka *Evidence – based Nursing Practice,* poruszana jest głównie w kontekście podnoszenia jakości opieki nad pacjentem oraz jej efektywności. Szczegółowa znajomość *Evidence – based Nursing Practice* konieczna jest dla efektywnej, bezpiecznej i nowoczesnej praktyki zawodowej, wpływa na podniesienie poziomu profesjonalizmu oraz zwiększa pozycję zawodową w zespole terapeutycznym. Gotlib i wsp. wskazuje na bariery ograniczające możliwość korzystania z najnowszych wyników badań naukowych w codziennej praktyce klinicznej, dlatego wymagane są zmiany systemowe w organizacji pracy oraz systemu kształcenia ustawicznego pielęgniarek[13]. Badania w pielęgniarstwie są na etapie rozwoju, ich celem jest dążenie do doskonałości nauk pielęgniarskich oraz promocji wykształcenia metodologicznego. W tym celu zarówno pielęgniarki zajmujące się głównie kwestią badań naukowych, jak i pielęgniarki pracujące zawodowo będą musiały poprawić swoje umiejętności badawcze w celu użycia ich do sprostania pojawiającym się ciągle nowym problemom, dotyczącym tak profesji jak i pacjentów

PIŚMIENNICTWO

1. Wrońska I.: Badania naukowe w pielęgniarstwie, Pielęgniarstwo 2000, (30),97
2. https://pl.wikipedia.org/wiki/Hildegarda_Peplau
3. Ślusarczyk, Zarzycka, Zahradniczek. Podstawy pielęgniarstwa, Czelej, Lublin 2004
4. Gotlib J, Belowska J, Panczyk M, Dykowska G, Wójcik G. Evidence-based Medicine i Evidence-based Nursing Practice — przegląd polskiego piśmiennictwa naukowego. Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (2): 223–227
5. https://pl.wikipedia.org/wiki/Evidence-based_medicine
6. IND
7. Stodolak A. Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wyd. I . Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy. Legnica 2011
8. K. Szmaglińska, Rodzaje projektów badawczych w medycynie [w:] Metodologiczne podstawy badań naukowych w medycynie z elementami ogólnej metodologii nauk, red. A. Jonkisz, L. Niebrój, e-skrypt,Wyd. ŚUM, Katowice, 2010, s. 104-107
9. Górajek-Jóźwik J.: Pielęgniarstwo. [w:] Pielęgniarstwo. Ćwiczenia pod red. Ciechaniewicz W., Warszawa 2001
10. Lenartowicz H., Kózka M.: Metodologia badań w pielęgniarstwie, Warszawa 2010
11. Fry S.T., Johnstone M.J., Etyka z praktyce pielęgniarskiej. Zasady podejmowania decyzji etycznych, tłum. M. Witkowska, E. Mielczarek-Pankiewicz, Wyd. Makmed, Lublin 2009, s. 172-173
12. Kunecka D. Aspekty etyczne badań naukowych w polskim pielęgniarstwie. Annales. Etyka w życiu gospodarczym / Annales. Ethics in Economic Life 2015, Vol. 18, No. 3/09 2015, 109-118
13. Gotlib J. Belowska J, Panczyk M. Sienkiewicz Z. Wójcik G. Wiedza i postawy pielęgniarek wobec wykorzystywania wyników badań naukowych w codziennej praktyce klinicznej – doniesienia wstępne. Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (2): 281–287

14. Aronson B.S., Rebeschi L.M., Westrick-Killion S. Enhancing Evidence Bases for Interventions in a Baccalaureate Program. Nursing Education Perspectives 2007; 5: 257–262

НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ В ПРАКТИЦІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

Граф Л., Шлежона М.,Мрочковська Р.

Відділ наук про здоров'я
Сілезький медичний університет
в Катовіце

Резюме: *Наукові дослідження в медсестринстві на разі знаходяться на етапі інтенсивного розвитку у світовій спільноті. Метою проведення наукових досліджень медичними сестрами є покращення якості медсестринського догляду, розвиток і вдосконалення медсестринства як науки. Отже, в запропонованій статті представлені напрями та рекомендації щодо зацікавлення медичних сестер до проведення наукових досліджень та спрямувати ці дослідження на покращення медсестринської практики. Особливий наголос зроблений на тому, що дослідження повинні мати прикладний характер і робити посильний вклад якість медсестринської діяльності.*

Ключові слові: *наукові дослідження, медична сестра, медсестринство*

RESEARCES IN NURSES' PRACTICE

Graf L., Śleziona M., Mroczkowska R.

Department of Health Sciences,
Medical University of Silesia in
Katowice

Summary. *Researches in nursing are intensively developing in the world scientific community. They are aimed at improving nursing quality care, elaboration and advancing nursing science. The approaches and recommendations concerned stimulating nurses for investigations in nursing and advancing care quality are presented in the given paper. The special accent is made upon applying the research results in practice.*

Keywords*: researches, nurse, nursing.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 621-003:370

UNDERSTANDING THE EFFECTS OF BIORHYTHM CYCLES ON STUDENTS' CAPACITY

K. Zinkevich, A. Yezhova
Zhytomyr Nursing Institute

Resume: *Biorhythm is one of the latest topics in the field of identifying mind's ergonomics. It can be quite effective on reducing incidents and mistakes without any visible reason and on reducing students'sudden performance by identifying the physical, intellectual, and emotional aspects of the individual. The purpose of present research is to study the effects of biorhythm cycles on students' capacity, their emotional and physical state. The purpose of this article is to find reasons of negative emotional and physical cycles of biorhythm and ways to change critical days into positive. In modern life students often interfere with their own body clocks, either deliberately and directly or indirectly and by accident. To determine biorhythms were 30 2nd year students of Zhytomyr Nursing Institute studied. It was used a questionnaire consisting of 7 questions, determined by the parameters of biorhythms and got the results. 30 students taking a test, only 8 had favorable biorhythms (both emotional, intellectual, physical positive), of the remaining 22, 16 had unfavorable biorhythm (either emotional, intellectual positive or physical negative, or emotional and physical positive but intellectual negative) and 10 had very unfavorable biorhythms (either an intellectual or physical critical day) .*

Biorhythms, our internal regulatory clocks, have been shown to be an important variable in controlling the day to day functioning of our bodies. The value of biorhythms is large enough in everyday life. Knowing the individual biorhythms can build their plans for the month so that their implementation would have been the most productive. Biorhythms play a big role in the overall well-being and health.It is important to keep a regular sleep schedule and allow plenty of time for quality sleep, rest and physical activities. Keeping a certain mode that supports biorhythms, a person can stay healthy and young longer.

Keywords: *biorhythms, activity, a mode of day emotions.*

INTRODUCTOION

Biorhythm is one of the latest topics in the field of identifying mind's ergonomics. It can be quite effective on reducing incidents and mistakes without any visible reason and on reducing students' sudden performance by identifying the physical, intellectual, and emotional aspects of the individual. The purpose of present research is to study the effects of biorhythm cycles on students' capacity, their emotional and physical state.

If we take a thoughtful look at our environment, we understand that everything is repeated and changed periodically like the moon orbiting around the earth, the earth orbiting around the sun, emergence of day and night, change of seasons and migrating or hibernating of birds and animals, falling of trees' leaves and growing again, etc. Human beings are no exception to this rule, undergoing internal changes periodically. Regarding this matter, scientists discovered cycles named biorhythm in people's body. [11].

The word "Biorhythm" is derived from two Greek words of bios meaning life and rhythmus meaning regular or thought-out motion [7]. In the Oxford dictionary, biorhythm is defined as any repeated pattern of physical, emotional, and intellectual activities which some believe to affect human's behavior.

A biorhythm is a theoretical process by which the human body and mind are regulated according to set patterns. Biorhythms are usually separated into three distinct groups: the emotional, mental, and physical cycles.

Classically, the lengths of these cycles are 28 days, 33 days, and 23 days respectively.

The practice of tracking the body's biorhythm dates back to the end of the 19th century, when a number of doctors began observing what they perceived as repeating cycles in a number of ailments and immune-system weaknesses. The lengths of the biorhythm cycles date from this period and are based on the early observations of these physicians.

Objective of the research is to examine students' biorhythms and their interdependence from biophysical factors, thus, understanding the effects of biorhythm cycles on students' capacity.

Also among the objectives we deal out to find reasons of negative emotional and physical cycles of biorhythm and ways to change critical days into positive.

Materials and methods:

To determine biorhythms 30 4th year students were studied. The inclusion criterion was being a student and the desire to participate in the survey. There were no exclusion criteria. We used authentic anonymous questionnaire consisting of 7 questions, determined by the parameters of biorhythms; a biorhythm calculator to find out the critical days and on the basis of the calculations were plotted individual biorhythms. The polling period covered 2 stages: the first one – during the week – 6 days; the second – once a week during the month. It gave us the possibility to study students' biorhythms' changes during the given periods. The tools used in this research include online Biorhythm calculator and questionnaire relating to designated factors of physical, emotional and intellectual activity of the students

According to biorhythm theory, everyone spends days of life in a regular harmony from birth to death, and their behavioral pattern follows three physical, emotional, and intellectual cycles which start up based on the individual's exact birth date [8].

This theory emerged in Europe in late 19th century, but it was first formed by a Berlin surgeon named William Fleiss in 1890s somehow different from its 1970 version [3]. In 1890, a German physician named William Fleiss discovered the existence of biorhythm cycles in human body. He carried out a lot of research on his patients' states and discovered the existence of 23-day physical cycles and 28-day emotional cycles in his patients. The reason and incentive for this research was that it was strange for him why some children who got an infectious disease exactly at the same time got cured at different times [10] , while at Fleiss's time and without knowing his results, in Austria a psychologist named professor Hermann Swoboda got the periodically 23-day physical and 28-day emotional results, which these same and independent results surprisingly verified the biorhythm theory by some scientists like Freud and their interest and conducting other tests in this field [10].

Alfred Teleshter discovered the 33-day intellectual cycle by studying the powers of learning and thinking and believed that this rhythm is adjusted by spattering of certain glands like thyroid and pineal [11]. Hermann Swoboda claimed that he discovered 23-day and 28-day cycles through researches he had done [8]. This psychology teacher of the University of Vienna claimed that many patients he had been curing of psychological disorders had dreams, beliefs, and projections which seemed to repeat based on a certain regulation. He, later on, claimed that a lot of these patients had suffered from problems like fever, heart attack, or asthma which appeared periodically and whose cycles of occurrence were different from their emotional cycles. Therefore, he inferred that physical disorders happened almost in 23- day cycles and emotional disorders happened in 28-day cycles [12]. Fleiss believed that 23-day physical cycle emerged from muscular tissues and affected physiological activities of the body. It also had effects on body endurance against ailments, physical power, the speed of doing physical activities, strength, stamina,

adaptability, and other physiological factors [9].

The 28-day period of emotional cycle dominates the nerves system and mostly includes things like creativity, sensitiveness, health, perception, and other emotional factors which are impressed by this period. The 33-day period of intellectual cycle is emerged from brain's cells. Some researchers believed that the gland of thyroid is synchronized with the intellectual cycle and has period of 33 days and affects the intellectual issues [3]. At the time of birth, every three cycles starts from zero and they intersect at the zero point in a specific period after 21252 days which means the age of 59.

We have mentioned, the biorhythm theory has been based on a certain harmony regarding body's physical, emotional, and intellectual cycles.

Physical cycle effects the physical aspect of the body. It encompasses our energy levels, our resistance, and our overall physical strength and endurance. During the positive half of cycle is when we will feel at our best. This cycles influences physical factors such as eye-hand coordination, strength, endurance, and resistance to disease. During the peak of cycle we will feel physically fit to work on projects requiring physical strength and endurance. During the down half of cycle we are likely to have less energy and less vitality.

Few studies have been done and described emotional cycle. It governs the nervous system and also is referred to as the sensitivity rhythm. This cycle influences our emotional states, affecting love/hate, optimism/pessimism, passion/coldness, depression/elation.

Intellectual cycle supposedly originates in the brain. It influences our memory, alertness, speed of learning, reasoning ability, accuracy of computation.

The research results

Our study has shown that we function best physiologically and psychologically when our internal cycles are well-synchronized with those of the external world. Most of us would agree that we feel good on some days and not so good on others. To determine biorhythms 30 4th year students were studied. The inclusion criterion was being a student and the desire to participate in the survey. There were no exclusion criteria. We used authentic anonymous questionnaire (table 1) consisting of 7 questions, determined by the parameters of biorhythms; a biorhythm calculator to find out the critical days and on the basis of the calculations was plotted individual biorhythms. The polling period covered 2 stages: the first one – during the week – 6 days; the second – once a week during the month. It gave us the possibility to study students' biorhythms' changes during the given periods. The tools used in this research include online Biorhythm calculator and questionnaire relating to designated factors of physical, emotional and intellectual activity of the students.

Thus, the 30 (100 %) students taking a test, only 8 (26.6%) had favorable biorhythms (both emotional, intellectual, physical positive), of the remaining 22, 16 (53,3%) had unfavorable biorhythm (either emotional, intellectual positive or physical negative, or emotional and physical positive but intellectual negative) and 10 (20,1%) had very unfavorable biorhythms (either an intellectual or physical critical day) (fig 1.). Only 8 (26.6%/100%) had favorable biorhythms (both emotional, intellectual, physical positive. 16 (53,3%) had unfavorable biorhythm (either emotional, intellectual positive or physical negative, or emotional and physical positive but intellectual negative). 10 (20,1%) had very unfavorable biorhythms (either an intellectual or physical critical day). In modern life students often interfere with their own body clocks, either deliberately and directly or indirectly and by accident. On the one hand, a student may drink coffee to stay awake at night, but he also may experience a sleep disorder as a result of some other situation, which may or may not be the result of purposeful action.

Table 1

Authentic anonymous questionnaire

	Question	**Data**					
1	**In terms of your general spirits, do you feel**						
	In good spirits						
	In quite good spirits						
	As you usually feel						
	Somewhat depressed						
	Quite depressed						

	Question	**Data**					
	How do you feel people see you today:						
	Particularly “up”						
	Moderately “up”						
2	About average						
	Somewhat “down”						
	Quite “down”						

	Question	**Data**					
	When you got up this morning , did you feel:						
	Exceptionally alert						
	Quite alert						
3	About average						
	Quite foggy						
	Exceptionally foggy						

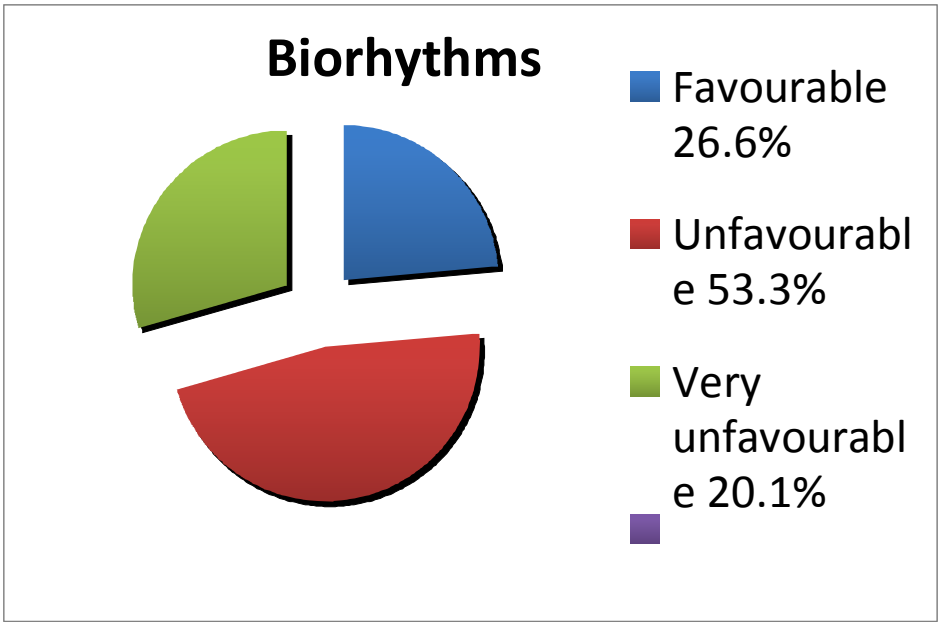
	Question	**Data**					
4	**While doing your most critical work today, did you:**						
	Concentrate very well						
	Concentrate quite well						
	Concentrate as usual						
	Have some difficulty concentrating						
	Have great difficulty concentrating						

	Question	Data					
5	**In your physical activities today, were you:**						
	Extremely active						
	Very active						
	Average active						
	Somewhat inactive						
	Very inactive						

	Question	Data					
	In your activities today, were your reactions:						
6	Very quick						
	Quick						
	Average						
	Slow/						
	Very slow						

	Question	Data					
7	**Did you have any trying or stressful incidents today:**						
	A great deal more than usual						
	More than usual						
	Same as usual						
	Less than usual						
	A great deal less than usual						

The results of data analyses due to anonymous questionnaire



The causes for interference with a person's body clock may be outside that person's control to one degree or another. The most common disorder of biological clock is studying or preparing for classes at night, for instance, a condition that almost never suits a human being, no matter how much a person may insist that he is a "night person." Nevertheless, student may be required by circumstances, such as schedule, economic necessity, or part-time job availability. Another example of interference with the body clock would be narcolepsy (a condition characterized by brief attacks of deep sleep) or some other condition that is either congenital (something with which a person is born) or symptomatic (a symptom of some other condition rather than a condition in and of itself).

There are numerous classes of sleep disorders, among them circadian rhythm disorders—those related to jet lag or work-study schedules. As we have seen, the pineal gland can adjust easily from a natural 25-hour cycle to a 24-hour one, but it can do so only gradually, and it cannot readily adapt to sudden changes of schedule, such as those brought about by air travel. Jet lag is a physiological and psychological condition in humans that typically includes fatigue and irritability; it usually follows a long flight through several time zones and probably results from disruption of circadian rhythms.

Another common reason of screwing up internal clock is electronic light. Darkness is biggest natural clue that bedtime is approaching. Artificial light, whether it comes from a lamp, the TV or even just your smartphone, can trick the brain into thinking it's time to stay awake and alert rather than settle down.

What can be done about these common problems related to light and our internal clock, how to change critical days for positive? Melatonin is a hormone released from the brain's pineal gland. It is involved in our internal clock and its secretion is influenced by light-dark cycles. However, taking it by mouth does not appear to be a good solution. Dosages found in over the counter melatonin preparations result in body concentrations that are many times higher than normal levels. It has not been established that such large amounts are safe.

If students follow body's natural cues regarding when to go to sleep and wake up, circadian rhythm should stay balanced, The first thing that should mentioned is to stick to a consistent sleep schedule. A regular bedtime is one part of the equation, but waking up at the same time daily will also help keep circadian rhythm in check. It may be tempting to grab some extra shut-eye on weekends, but doing so can throw off body clock during the week.

Next important fact is to spend some time outdoors. In the morning, exposure to the sun, won't just give an energy boost—it can also reset circadian rhythm. A quick outdoor stroll in the morning will give enough sun exposure to signal to brain that it's time to start the day. [12]

Bright lights in the evening hours can throw off body clock by confusing brain into thinking it is still daytime. Artificial blue light (the type that laptops, tablets and cell phones emit) is the worst culprit, students have to try to power-down tech devices at least two to three hours before bed.

RECOMMENDATIONS.

1. Doctors found people who rise between 5.22am and 7.21am have higher levels of the stress hormone cortisol in their bloodstream. Cortisol makes you more prone to stress-induced heart attacks, so waking up after 7.21am could offer protection.

2. Ditch the lie-in. You can keep your body clock synchronised and, therefore, sleep better by getting up at the same time each day. It is found people who sleep at least nine hours a night are almost twice as likely to develop Parkinson's disease as those who get by on six hours or less [14].

3. Eat breakfast. Never miss this meal as you need to stabilize blood sugar levels. Try porridge oats - they have a low glycaemic index, which means they release energy slowly to make you feel fuller for longer.

4. Apply sun screen. Even on cloudy or cool days, the skin can be damaged by UV rays. UVB causes skin cancer and an SPF of 15 or above will help to protect you.

5. Walk to work. People who walked every day had 25 per cent fewer colds than those who were sedentary [5].

6. Take a screen break. If you use a computer, take three-minute vision breaks at least once an hour. The lens of the eye is held by a muscle which pushes and pulls it.

When we read on a screen, the focusing mechanism is locked in place. As a result, the muscle can tire, leading to eye strain. Our blinking rate - needed to keep the eye moist - also diminishes when we look at a computer screen leading to tired, gritty eyes [14; 16].

7. You need a lunch to satisfy your appetite and provide slow-release energy. Baked beans are full of fibre and the tomato sauce means they count as one portion of fruit and veg. Chew sugar-free gum. This stimulates the flow of saliva, which contains minerals that protect enamel under attack from sweet or acidic foods. Chewing gum suppresses appetite. Those containing xylitol reduce harmful bacteria.

8. Take a nap. Our body clock is designed to have a dip in wakefulness. People who took a nap for 30 minutes or more at least three times a week were 37 per cent less likely to die from heart disease.

9. Go to the gym. According to our body clock, 5pm - 7pm is the best time to exercise. Our core body temperature is at its optimal level, which mean the heart and lungs function at their best, muscles are warm, tendons are flexible, reaction time is at its sharpest, and the stress hormone cortisol, which can damage the immune system, is low. Swimming is particularly good. A 20-minute session burns 240 calories, as well as giving the body a full muscle and aerobic workout.

10. Have a light dinner. A large meal of carbohydrates prompts a rise in blood sugar and puts the digestive system into overdrive, affecting sleep. It can take seven hours for food to go from the mouth into the small intestine. Too many carbo-hydrates can lead to fermentation in the gut, resulting in bloating and possibly disrupted sleep. Opt instead for a meal high in vegetables, with smaller portions of carbohydrates and protein. Eat slowly and chew properly. It takes 15 minutes for your brain to recognize your stomach is full, so if you rush your food you can end up eating far more.

11. Go to bed in time. It's important to get more than five hours' sleep if you want to stay slim. Women who sleep five or fewer hours per night are at risk of major weight gain. This may be because sleeping less may affect changes in the basal metabolic rate. Keeping to the same bedtime will also help synchronize your body clock so you sleep well [16].

CONCLUSION: Biorhythms, our internal regulatory clocks, have been shown to be an important variable in controlling the day to day functioning of our bodies. The value of biorhythms is large enough in everyday life. Knowing the individual biorhythms can build their plans for the month so that their implementation would have been the most productive. Biorhythms play a big role in the overall well-being and health. It is important to keep a regular sleep schedule and allow plenty of time for quality sleep, rest and physical activities. Keeping a certain mode that supports biorhythms, a person can stay healthy and young longer.

REFERENCES

1. Y. Berezyuk, K. Zinkevich, A. Yezhova Biorhythm Cycles: Their Impact On Students' Capacity. Збірник маттеріалів студ. наково-практ.конф «Професійні мовні компетенції сучасного фахівця» 26 листопада 2015 р. – Житомир:вид-во КВНЗ «Житормирський інститут медсестринства». – С.54-58.

2. Ashikari, M., Higuchi, S., Ishikawa, F., and Tsunetsugu, Y., "Interdisciplinary Symposium on 'Human Beings and Environments': Approaches from Biological Anthropology, Social Anthropology and Developmental Psychology". 25 August 2012

3. Chobar DW. Biorhythms and the prediction of educational performance of industrial education students at Wichita State University: Kansas State University; 2000.

4. Hines, T.M., "Comprehensive review of biorhythm theory". Psychology Department, Pace University, Pleasantville, NY. Psychol Rep. 2011 Aug;83(1):19–64. (ed. concluded that biorhythm theory is not valid.)

5. Levitan RD; The chronobiology and neurobiology of winter seasonal affective disorder. Dialogues Clin Neurosci. 2007;9(3):315-24.

6. McConnell JV. Biorhythms: A report and analysis. Journal of Biological Psychology. 1978;20(1):13-24.

7. Pandi-Perumal SR, Srinivasan V, Maestroni GJ, et al; Melatonin: Nature's most versatile biological signal? FEBS J. 2006 Jul;273(13):2813-38.

8. Parikh RH, Askhedkar RD, Singh MP. Biorhythms for accident prevention. International Jof Multidispl Research & Advcs in Engg. 2010;2 (1):217-32.

9. Reilly T. The body clock and athletic performance. Biological Rhythm Research. 2008;40(1):37-44

10. Srinivasan V, De Berardis D, Shillcutt SD, et al; Role of melatonin in mood disorders and the antidepressant effects of agomelatine. Expert Op in Investig Drugs. 2012 Oct;21(10):1503-22. Epub 2012 Aug 9.

11. V. Svyrydjik, Y. Berezyuk, K. Zinkevich, A. Yezhova Understanding The Effects Of Biorhythm Cycles On Students' Capacity / V. Svyrydjik, Y. Berezyuk, K. Zinkevich, A. Yezhova //Магістр медсестринства. – 1(16)2016. – С.23-27.

12. .Агаджанян Н.А., Шабатура Н.Н., Биоритмы, спорт, здоровье. - М.: Физкультура и спорт,2013. – 208с.

13. Гласс Л., Мэки М. От часов к хаосу. Ритмы жизни. – М.: Мир,2011.- 248 с.

14. Чумаков В.И., Солдатов А.А., Дымочкин В.Н. Существует ли 48-часовой биологический ритм? // Физиология человека, т. 26, № 4, 2011. С.

ПОНИМАНИЕ ЕФЕКТИВНОСТИ ЦИКЛОВ БИОРИТМА НА СПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ

Зинкевич К., Ежова А.
КВУЗ «Житомирский институт медсестринства»

Резюме: *Биоритмы - одна из последних тем в области определения эргономики ума. Это может быть очень эффективным в плане снижения числа случаев и ошибок, которые возникают без каких-либо видимых причин, и проявляется снижением студенческой производительности путем выявления физических, интеллектуальных и*

РОЗУМІННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЦИКЛІВ БІОРИТМА НА ЗДІБНОСТІ СТУДЕНТІВ

Зінкевич К., Єжова А.
КВНЗ «Житомирский інститут медсестринства»

Резюме. *Біоритми – одна з останніх тем в області визначення ергономіки розуму. Це може бути дуже ефективним в плані зниження числа випадків і помилок,які виникають без будь-яких видимих причин , і проявляється зниженням студентської продуктивності шляхом виявлення фізичних, інтелектуальних і емоційних аспектів особистості. Метою даного дослідження є*

эмоциональных аспектов личности. Целью данного исследования является изучение влияния циклов биоритмов на умственную способности студентов, их эмоциональное и физическое состояние. Цель данной статьи состоит в том, чтобы найти причины негативных эмоциональных и физических циклов биоритмов и способов изменить критические дни в положительные.

У современных студентов режим жизни часто мешает нормальному функционированию личного внутренних часов, это не всегда происходит намеренно.

Для определения биоритмов было опрошено 30 студентов 2 курса Житомирского института медсестринства. Был использован опросник, состоящий из 7 вопросов. Мы определили параметрами биоритмов и получили результаты. С 30 студентов только 8 имели благоприятные биоритмы. Из оставшихся - 16 имели неблагоприятный биоритм. 10 имели очень неблагоприятными биоритмов.

Биоритмы - наш внутренний часы-показывают, что правильный режим дня очень важно для нашего организма Их значение достаточно велико в повседневной жизни. Зная индивидуальные биоритмы, можно строить свои планы на месяц, чтобы их реализация была самой продуктивной .. Это важно- уделять много времени и быть внимательным ко сну и физической активности .. Сохраняя определенный режим, который поддерживает биоритмы, человек может оставаться здоровой и моложе дольше.

Ключевые слова: *биоритмы, активность, режим дня, эмоции.*

вивчення впливу циклів біоритмів на розумову здатності студентів, їх емоційний і фізичний стан. Мета даної статті полягає в тому, щоб знайти причини негативних емоційних і фізичних циклів біоритмів і способів змінити критичні дні у позитивні.

У сучасних студентів режим життя часто заважає нормальному функціонуванню особистого внутрішнього годинника , це не завжди відбувається навмисно.

Для визначення біоритмів було опитано 30 студентів 2 курсу Житомирського інститути медсестринства. Був використаний опитувальник, що складається з 7 питань. Ми визначили параметрами біоритмів і отримали результати. Із 30 студентів тільки 8 мали сприятливі біоритми. З решти - 16 мали несприятливий біоритм . 10 мали дуже несприятливими біоритмів .

Біоритми - наш внутрішній годинник-показують , що правильний режим дня є дуже важливим для нашого організму Їх значення досить велике в повсякденному житті. Знаючи індивідуальні біоритми, можна будувати свої плани на місяць, щоб їх реалізація була найпродуктивнішою.. Це важливо- приділяти багато часу і бути уважним до сну і фізичної активності.. Зберігаючи певний режим, який підтримує біоритми, людина може залишатися здоровою і молодшою довше.

Ключові слова: *біоритми,активність, режим дня ,емоції.*

МЕДИЧНА ОСВІТА

УДК 378.147 + 811.111+ 811.112.2

ОСОБИСТІСНО - ОРІЄНТОВАНА ВЗАЄМОДІЯ ВИКЛАДАЧА І СТУДЕНТА – СКЛАДОВА ПЕДАГОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ В ВИВЧЕННІ ІНОЗЕМНОЇ МОВИ ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ

Довгорук Л. П.
Новгород – Сіверське медичне училище

Анотація. *В даній статті розглянуто значення та необхідність вивчення іноземної мови за професійним спрямуванням, використовуючи особистісно – орієнтовану взаємодію викладача і студента. Завдяки особистісно – орієнтованому підходу навчальний процес набуває атмосфери довіри, креативності та позитивної мотивації. Професійні вміння та педагогічне спілкування відіграють важливу роль в даній взаємодії, бо допомагають педагогу не тільки якісно та незвично подати матеріал, а й також розкрити особистісні якості кожного студента.*

Мета вказаної роботи в тому, щоб визначити шляхи реалізації особистісно – орієнтованого навчання іноземної мови за професійним спілкуванням і виявити оптимальні педагогічні умови, які сприятимуть формуванню позитивної мотивації.

Для досягнення поставленої мети були використані певні матеріали та методи дослідження.

Результати дослідження доводять, що дослідники постійно працюють над вирішенням проблеми особистісного підходу.

Дана робота висвітлює основні складові компоненти та психолого - педагогічні аспекти вищевказаної взаємодії викладача зі студентами в навчальному процесі.

Стаття подає правила організації професійно – педагогічного спілкування викладача і студента, здібності, які необхідні для здійснення особистісно – орієнтованого спілкування та уміння педагогічного спілкування.

Особлива увага сконцентрована на шляхах реалізації особистісно – орієнтованих технологій навчання іноземної мови за професійним спрямуванням та формуванні в студентів позитивної мотивації навчання даного фаху. На успіх останньої впливають деякі чинники.

Опитування студентів у Новгород – Сіверському медичному училищі виявило певні фактори, які є найбільш значними та ґрунтовними в створенні позитивної мотивації в вивченні іноземної мови за професійним спрямуванням.

Стаття описує висловлювання студентів щодо особистості викладача, його кваліфікації та світогляду, вміння викладача встановлювати коректні педагогічні стосунки зі студентами. Відношення та любов педагога до дисципліни, яку він викладає, його знання, професійні та педагогічні якості та методика викладання також зазначені в опитуванні.

Створення необхідних педагогічних умов, шляхи реалізації цих умов допомагають якісно здійснювати особистісно – орієнтовану взаємодію викладача і студента та підняти вивчення іноземної мови за професійним спрямуванням на новий рівень, який відповідає сучасним вимогам підготовки фахівців.

Ключові слова: *особистісно – орієнтована взаємодія, навчальний процес, професійно - педагогічне спілкування, іноземна мова за професійним спрямуванням.*

Актуальність проблеми. Педагогічні технології на основі особистісної орієнтації педагогічного процесу навчання іноземної мови за

професійним спрямуванням повинні переважати в сьогоднішній професійно - орієнтованій освіті, так як за їх допомогою в навчально-виховному процесі створюється атмосфера довіри, турботи, співробітництва, вони створюють умови для творчості та підвищення позитивної мотивації щодо вивчення іноземної мови за професійним спрямуванням. Найвагомішими професійними багатствами викладача є ті, що засновані на його комунікативній силі, на його вміннях взаємодіяти зі студентами в процесі педагогічного спілкування. Навчально-виховний процес базується на спілкуванні викладача зі студентами. Саме воно первинне в навчальній взаємодії, надає кожній педагогічній дії особистісний зміст, забарвлює навчальний матеріал або ж педагогічну вимогу неповторною гамою почуттів, без яких ніколи не досягнути схованок людської душі. Тому особистісно – орієнтована взаємодія викладача і студента як складова педагогічного процесу в навчанні іноземної мові за професійним спрямуванням набуває сьогодні особливої актуальності.

Мета дослідження: розкрити структурні компоненти успішної реалізації особистісно – орієнтованої взаємодії викладача і студента в ході навчання іноземної мови за професійним спрямуванням; виокремити певні правила професійного спілкування викладача зі студентами; навести низку здібностей, необхідних для здійснення особистісно – орієнтованого спілкування; проаналізувати уміння педагогічного спілкування, якими має володіти викладач; визначити шляхи реалізації особистісно – орієнтованого навчання іноземної мови за професійним спрямуванням; виявити оптимальні умови педагогічних умов, що сприяють формуванню позитивної мотивації під час навчання іноземної мови як фахової дисципліни.

Матеріали та методи:

- опрацювання науково – теоретичної та психолого – педагогічної літератури;
- педагогічне спостереження;
- опитування студентів III – IV курсів Новгород – Сіверського медичного училища, які вивчають іноземну мову за професійним спрямуванням;
- узагальнення.

Результати та їх обговорення. Вивчення науково – теоретичної літератури дозволяє підкреслити**,** що значний внесок у вирішення проблеми особистісного підходу в педагогічній діяльності зробили О. В.Бондаревська, А.А. Плігін, С.І. Подмазін, В. В.Суриков, А. В. Хуторський та інші дослідники. Вони зазначили, що особливість особистісно - орієнтованого навчання полягає в створенні атмосфери для становлення індивідуальності, особистісного розвитку, самореалізації, здатності до рефлексії, адаптації, самозахисту, самовиховання, самовираження, самоствердження студентів; прагненні майбутніх фахівців до адекватного аналізу власних якостей, результатів діяльності, самостійного осмислення й самооцінки результатів власного навчання; усвідомленні необхідності постійного самовдосконалення та взаємодії з людьми, природою, культурою, цивілізацією. [7; 9]

Основними структурними компонентами особистісно - орієнтованого навчання є мета, завдання, зміст, технології, контроль, оцінки суб'єктивному досвіду життєдіяльності, набутому молоддю до навчання у вищому навчальному закладі [8; 10]. Тому, організація особистісно - орієнтованого

навчання потребує переорієнтації від спрямованості на запам'ятовування готових знань до формування особистісних новоутворень, тобто, опрацьовуючи наукові знання і суспільний практичний досвід, студенти повинні навчитися творчо мислити та застосовувати набуті знання в нестандартних ситуаціях. [1]

Зарубіжний вчений N Brieger засвідчує, що майстром і творцем викладач стає не тільки в силу своїх особистісних

якостей. Ці якості мають поєднуватися з професійними знаннями та вміннями. [12]

На думку багатьох психологів і педагогів, першочергове значення для успішної особистісно – орієнтованої взаємодії викладача і студента в навчальному процесі відіграють такі якості особистості: конгруентність (уміння бути собою), емпатія (розуміння внутрішнього світу іншої людини); безкорисна доброзичливість і теплота (безумовне поняття внутрішніх переживань співрозмовника).

Робота зі студентами є неперевершеним мистецтвом і перш, ніж виховувати та вчити когось, викладачу потрібно оволодіти цим мистецтвом і бути готовим до постійного вдосконалення свого професійного рівня протягом усього життя. Тільки найвищі етичні аспекти спілкування здатні дати студентам силу самозбереження, самодопомоги, самоорганізації.

Молоді люди не завжди отримують відповіді на найважливіші для себе питання, тому при організації професійно – педагогічного спілкування викладачу зі студентами потрібно дотримуватися певних правил:

1. Не можна виходити тільки з педагогічних цілей і завдань, хоча саме вони завжди лежать в основі педагогічної діяльності. Таке замикання веде до того, що викладач будує спілкування від себе: “Це пов'язано з педагогічними цілями та завданнями”, “Це витікає з програми і плану” та ін. Викладач сконцентрований на своїх навчальних турботах, із яких випадає з-під уваги жива людина з її інтересами та сподіваннями. Обов'язково потрібно будувати спілкування “від них”. У такому випадку студент потрапляє в радіус педагогічного бачення викладача, де найточніше виявляються його особистісні потреби.

2. Необхідно намагатися точно й адекватно орієнтувати свою мову на групу студентів, враховуючи індивідуально-педагогічні особливості, позицію групи, систему міжособистісних відносин у колективі.

3. Пам'ятати, що спілкування в педагогічному процесі неможливо обмежувати тільки інформаційною функцією. Необхідно реалізовувати також діагностичну, мотиваційну, регулятивну функції.

4. Не організовувати контакт зі слухачами “по вертикалі”. Тут не повинна проявлятися влада викладача над студентами. Посада викладача не дає йому права бути ведучим у взаємовідносинах зі своїми слухачами.

5. Намагатися відчувати психологічну атмосферу в аудиторії, розвиваючи вміння: спостерігати за студентами, сприймати враження очей студентів, їх міміку,звертати увагу на настрій студентів; бути пластичним і оперативним у своїх реакціях на поведінку аудиторії.

6. Слухати та чути студентів, що є найважливішим показником уваги викладача до особистості студента.

7. Враховувати індивідуальні особливості студентів, рівень їх фізичного, розумового, естетичного, духовного розвитку.

8. Уникати конфліктів. Конфлікт може бути результатом безграмотності викладача; зіткненням вимог, установок, орієнтацій, звичок.

9. Бути ініціативним у спілкуванні зі студентами. Ініціатива дозволяє викладачу організовувати співробітництво, а саме: швидко встановлювати психологічний контакт із людьми; цілеспрямовано управляти міжособистісною взаємодією, на основі якої розвивається навчальна й виховна діяльність; перебудовувати взаємодію зі студентами у відповідності із ситуаціями, які виникають; використовувати різноманітні форми міжособистісної взаємодії студентів між собою в якості фактора оптимізації навчального процесу.

10. Не забувати, що є неконтактні студенти. Необхідно допомагати їм долати

пасивність і відчуженість у педагогічному процесі, сприяти енергійному включенню їх у різноманітну діяльність через активне спілкування.

11. Уникати шаблонів у спілкуванні зі студентами.

12. Намагатися долати негативні установки стосовно деяких студентів. Причиною негативної установки можуть слугувати: негативне ставлення колег чи однолітків до конкретного студента, його слабка успішність, непосидючість.

13. Критика студента (поведінки, знань, умінь, життєвої позиції) не повинна бути домінуючою, бо вона руйнує комунікативну взаємодію. Не допускати критики конкретного студента у присутності інших; доцільніше це зробити наодинці. Не переходити до погроз; використовувати не тільки догани, але й жарт, гумор.

14. Частіше посміхатися студентам. Посмішка - свідчення добродійності, бажаності комунікативної взаємодії. Вона створює сприятливий психологічний настрій в аудиторії.

15. Слідкувати за своєю мовою (логічністю, точністю, зрозумілістю, виразністю, емоційністю) та постійно готуватися до спілкування зі студентами на занятті. [2; 4; 5]

Вищезазначені правила, по-перше, спонукають спрямовувати навчальну діяльність студентів на розвиток низки здібностей, необхідних для здійснення особистісно – орієнтованого спілкування: особистісних (витримка, наполегливість, терпіння); академічних (володіння знаннями в певній галузі знань); організаторських (зацікавлення інших будь-якою справою); дидактичних (цікава подача матеріалу, пробудження інтересу до нього); комунікативних (встановлення правильних взаємин із людьми); експресивних (висловлення чітко й ясно думки, почуттів за допомогою мовлення, міміки, жестів); перцептивних (педагогічна спостережливість, бачення внутрішнього світу); прогностичних (передбачення наслідків своїх дій, здатність проектувати особистість). По-друге, дозволяють об'єднати уміння педагогічного спілкування, якими має володіти викладач, в чотири групи:

1. **Комунікативні уміння педагогічного спілкування:** уміння створювати систему відношень між вербальними та невербальними засобами педагогічного спілкування.

2. **Інтерактивні уміння педагогічного спілкування:** уміння створювати систему соціально-педагогічних відносин.

3. **Узагальнені етичні уміння педагогічного спілкування:** уміння усвідомлювати справедливе та несправедливе в педагогічному спілкуванні; уміння виховувати особистісну достойність.

4. **Узагальнені естетичні уміння педагогічного спілкування:** уміння усвідомлювати прекрасне в педагогічному спілкуванні.

На основі поданих умінь виділяємо шляхи реалізації особистісно – орієнтованих технологій навчання іноземної мови за професійним спрямуванням:

♦ наближення процесу навчання до реальних умов спілкування;

♦ рівноправний діалог викладача зі студентами;

♦ використання різних форм і методів організації навчальної діяльності, які дозволяють розкривати суб'єктний досвід студентів;

♦ створення позитивної емоційної атмосфери на заняттях;

♦ створення ситуацій успіху на заняттях;

♦ управління спілкуванням за допомогою рольових ігор;

♦ навчання з опорою на використання автентичних підручників;

♦ надавання можливості і допомоги студентам реалізувати себе;

♦ повага до кожної особистості студента, віра в неї (вбачати в кожному студенті унікальну особистість);

♦ вибір актуальніших проблем для обговорення та вирішення;

♦ спонукання до порівняння, співставлення і протиставлення фактів, явищ, правил і дій і їх узагальнення;

♦ оцінка не тільки кінцевого результату (правильно - неправильно), а й процес діяльності студента. [2; 11]

Додаємо, що вказані шляхи реалізації особистісно – орієнтованих технологій навчання будуть успішними за умов формування позитивної мотивації до навчання іноземної мови за професійним спрямуванням. Для цього необхідно:

• створити психолого-педагогічні умови для найбільш ефективного навчання іноземної мови за професійним спрямуванням;

• пам’ятати про методи навчання, педагогічну діяльність викладача, міжособистісні взаємини в студентській групі;

• враховувати основні шляхи формування мотивації як психічного явища.

Праці вчених показують, що на створення позитивної мотивації навчання іноземної мови за професійним спрямуванням у студентів впливають багато факторів. [3; 4; 6] Необхідно відібрати ті умови, які є ґрунтовними в процесі мотивації та є найбільш значними з точки зору самих студентів. Для цього було проведено дослідження, опитування студентів III—IV курсів Новгород – Сіверського медичного училища. Студентам було запропоновано написати декілька психолого-педагогічних факторів, які на їх думку впливають на процес формування позитивної мотивації навчання іноземної мови за професійним спрямуванням. У результаті опитування ми отримали 35 факторів. Після цього ми відібрали 17 факторів, які зустрічалися найчастіше у відповідях студентів.

Основні пункти, які виділили студенти з цього опитування були:

1. Бажання отримати нові знання з дисципліни, яка вивчається.

2. Використання сучасних технічних засобів.

3. Відзначення активності студентів на заняттях за допомогою схвалення, позитивної оцінки.

4. Віра викладача в пізнавальні можливості студентів.

5. Глибокі знання дисципліни викладачем.

6. Доброзичливі взаємовідносини між викладачем та студентами.

7. Доброзичливі взаємовідносини між студентами на заняттях.

8. Доповнення існуючих знань.

9. Досягнення позитивного результату.

10.Любов викладача до своєї дисципліни.

11. Організація пізнавальної діяльності на доступному рівні.

12. Перспектива і відстрочена оцінка: роз'яснення тих умов, за яких студент в перспективі може одержати найвищу оцінку.

13. Поглиблення знань, вдосконалення вмінь та навичок.

14. Професійна спрямованість іноземної мови.

15. Різноманітність форм та видів пізнавальної діяльності.

16. Розширення уявлення студентів про навколишній світ за допомогою іноземної мови.

17. Спокійна, різна за темпом спільна діяльність викладача та студентів.

Треба зазначити, що дана експериментальна робота сподобалася нашим студентам і вони охоче приймали в ній участь; вступали в діалог; висловлювали свої припущення щодо особистісних якостей викладача, організації навчально – виховного процесу, використання методики та методів викладання тощо. Нижче подаємо

приклади найяскравіших висловлювань студентів.

“Викладач - це головна фігура навчально-виховного процесу у вищому закладі. Він самостійно ставить цілі, обирає засоби своєї діяльності, розвиває у студентів інтерес не тільки до майбутньої професії, а й до науки взагалі”.

“Функція викладача вищого навчального закладу полягає в тому, щоб підготувати спеціаліста відповідно до потреб суспільства, з врахуванням особистісних якостей, кваліфікації та світогляду. Для цього викладач повинен володіти знаннями основ педагогічних наук та вміти встановлювати коректні педагогічні стосунки зі студентами”.

“Особистісно – орієнтований підхід навчання займає важливу позицію в педагогічній діяльності викладача, особливо коли це стосується іноземної мови за професійним спрямуванням”.

“Ми цінуємо не тільки глибокі знання викладача, а в першу чергу його відношення та любов до дисципліни, яку він викладає”.

Отже, стратегія сталої позитивної мотивації у вищому навчальному закладі може бути вирішена за реалізації вищевказаних факторів, які будуть тісно взаємопов’язані між собою під час навчання іноземної мови за професійним спрямуванням.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Формування позитивної мотивації, професійно – педагогічне спілкування, сучасні технології навчання і створення необхідних педагогічних умов для їх впровадження в навчально-виховний процес, шляхи реалізації цих умов допоможуть здійснювати особистісно-орієнтовану взаємодію викладача і студента та підняти викладання іноземної мови за професійним спрямуванням на якісно новий рівень, що має відповідати сучасним вимогам підготовки фахівців. Глибоке знання дисципліни та методики її викладання є однією з суттєвих вимог викладача. Успіх підготовки спеціалістів вищої школи залежить від удосконалення методики викладання у вищому начальному закладі, котра буде враховувати тенденцію особистісно – орієнтованої взаємодії у начальному процесі. Завершимо словами великого вченого А. Берга : “І якщо вища школа буде мати дійсно науково обґрунтовану методику, що відображає найсучасніший рівень розвитку знань та враховує особливість кожного, хто навчається, – можна бути впевненим у високій якості підготовки практично всіх випускників”.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бігич О.Б. Теоретичні основи формування методичної компетенції майбутнього вчителя іноземної мови початкової школи: Автореф. дис. докт. пед. наук: 13.00.02 / Київськ. держ. лінгв. ун-т. - К.. 2005. - 36 с.

2. Бондаревская Е.В. Гуманистическая парадигма личностно-ориентированного образования // Педагогика. - 1997. № 4. - С. 11-17.

3. Вітковська О.І. Професійне самовизначення як життєва проблема особистості // Педагогіка і психологія. -№ 3.- 1998. -С. 171-179.

4. Лівенцова В.А. Формування культури професійного спілкування у майбутніх менеджерів невиробничої сфери: Методичні рекомендації. - Вінниця: РВЦ ВДПУ ім. М. Коцюбинського, 2002. - 59 с.

5. Лузан П.Г. Активізація навчання студентів. - К.: Педагогіка, 1999. - 220 с.

6. Москаленко А.М. Педагогічне спілкування у професійній підготовці вчителя // Теоретичні питання освіти та виховання. - К.: Вид. центр КНЛУ, 2002. - № 21. - С. 16-19.

7. Плигин А.А. Личностно-ориентированное образование: история и практика: Монография. -М.:КСП, 2003.-432 с.

8. Подмазин С.И. Личностно-ориентированное образование: Соціально-философское исследование.- Запорожье: Просвіта, 2000. - 250 с.

9. Суриков В.В. Образование и личность: теория и практика проектирования педагогических систем.- М.: Логос, 1999. - 272 с.

10. Хуторской А.В. Методика личностно-ориентированного обучения. Как обучать всех по-разному?: Пособие для учителя. - М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005. - 383 с.

11. Якиманская И.С. Технология личностно-ориентированного образования. - М.: Сентябрь, 2000. - 175 с.

12. Brieger N. Teaching Business English Handbook. - York Associates, 1998. - 192 p.

ЛИЧНОСТНО – ОРИЕНТИРОВАННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ И СТУДЕНТА – СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЧАСТЬ ПЕДАГОГИЕСКОГО ПРОЦЕССА В ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО НАПРАВЛЕНИЯ

Довгорук Л.П.
Новгород – Северское медицинское училище

Аннотация. *В статье рассмотрено значение и необходимость обучения иностранному языку профессионального направления, используя личностно – ориентированную взаимосвязь преподавателя и студента. Благодаря личностно – ориентированному подходу учебно – воспитательный процесс насыщенный атмосферой доверия, креативности, позитивной мотивацией. Профессиональные умения и педагогическое общение играют большую роль в личностном взаимодействии преподавателя со студентами, так как помогают педагогу не только качественно и необычно подать учебный материал, а также раскрыть личностные качества каждого студента.*

Цель указанной работы в том, чтобы определить пути реализации личностно – ориентированного обучения иностранному языку профессионального направления и определить оптимальные педагогические условия, которые будут влиять на формирование положительной мотивации.

Для достижения поставленной цели были использованы определенные материалы

THE PERSON – CENTERED TEACHER - STUDENT APPROACH– A PART AND A PARCEL OF THE PEDAGOGICAL PROCESS IN STUDIES OF A FOREING LANGUAGE FOR PROFESSIONAL PURPOSE

Dovhoruk L. P.
Novhorod – Siverskyy medical school

Summary. *The article reviews the value and the necessity of the person – centered teacher – student approach during studies of a foreign language for professional purpose. The educational process is filled with the atmosphere of confidence, creativity and the positive motivation due to the person –centered interaction. The professional skills and the pedagogical companionship play an important role in this approach because they help an educator not only present his educational material in an unusual and highly qualified way, but also reveal personal features of every student.*

The aim of the work is to determine the strategies of realization of the person - centered approach in studies of a foreign language for professional purpose and discover the optimal pedagogical agents which can form the positive motivation.

The definite materials and methods of the investigation have been used to achieve the indicated target.

The results of the investigation prove that the researchers have been constantly dealing with the problem of the personal approach.

и методы исследования.

Результаты исследования подтверждают, что ученые постоянно работают над решением проблемы личностного подхода.

Данная работа освещает основные составные компоненты и психолого – педагогические аспекты вышеуказанного взаимодействия преподавателя со студентами в учебном процессе.

Статья отображает правила организации профессионально – педагогического общения преподавателя и студента, способности, необходимые для осуществления личностно – ориентированного общения, умения педагогического общения.

Особенное внимание сконцентрировано на реализации личностно – ориентированных технологий обучения иностранному языку профессионального направления и формировании положительной мотивации у студентов к обучению указанного предмета. Успех мотивации зависит от некоторых факторов.

Опрос студентов Новгород – Северского медицинского училища раскрыл некоторые факторы, которые являются наиболее значительными и основательными относительно проявления положительной мотивации в процессе обучения иностранному языку профессионального направления.

Создание необходимых педагогических условий, пути реализации этих условий помогают качественно осуществлять личностно – ориентированную взаимосвязь преподавателя и студента и поднять преподавание иностранного языка профессионального направления на новый уровень, который отвечает современным требованиям подготовки специалистов.

Ключевые слова: *личностно – ориентированное взаимодействие, процесс обучения, профессионально – педагогическое общение, иностранный язык профессионального направления.*

The paper highlights the basic components and some pedagogical and psychological aspects of the mentioned interconnection in the educational process.

This report contains the rules of organization of the professional and pedagogical teacher – student companionship, the skills which are necessary for the fulfillment of the person – centered communication and the ability of the pedagogical communication.

Special attention is paid to the strategies of realization of the person – centered technologies in studies of a foreign language for professional purpose and the formation of the positive students' motivation concerning this course of study. The last one depends upon some factors.

The interview of the students of Novhorod – Siverskyy medical school has revealed the most significant and reasonable factors in development of the positive motivation in studies of a foreign language for professional purpose.

The article describes the statements of the students concerning the personality of an educator, his qualification and outlook, the ability of a teacher to establish the correct pedagogical relationships with students. The attitude and the love of a pedagogue to the subject he has been teaching, his knowledge, professional and pedagogical features, the teaching methodology are also pointed in the interview.

The creation of the necessary pedagogical conditions and their strategies of realization help fulfill the person – centered teacher - student approach and elevate a foreign language for professional purpose to higher standards according to the modern requirements of preparation of specialists.

Key words: *the person – centered approach, educational process, professional and pedagogical companionship, a foreign language for professional purpose.*

МАГІСТР медсестринства

УДК 6591:81'271811.111

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СИНТАКСИЧНИХ ЗАСОБІВ ЕТИКЕТИЗАЦІЇ АНГЛОМОВНОГО РЕКЛАМНОГО ДИСКУРСУ

Іваненко І.В.
КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»

Резюме. *У статті розглядаються аналіз впливу вікових особливостей адресата на етикетизацію англомовного рекламного дискурсу, та вплив синтаксичних засобів які є проявами цієї категорії у англомовних рекламних текстах. Пропонується аналіз застосування синтаксичних засобів етикетизації рекламного дискурсу.*

Для досягнення поставленої мети були використані певні матеріали та методи дослідження.

Процес створення якісної реклами є досить тривалим і вимагає від рекламодавців значних зусиль: не лише застосування своїх креативних здібностей, а й виваженого використання мовного потенціалу, зокрема й мистецтва правильного добору синтаксичних засобів.

Отже, в проаналізованих рекламних текстах виявлено широкий спектр вживання синтаксичних конструкцій, кожна з яких має свою етикетизацію.

Результати дослідження статті зумовлюють можливість їх використання у викладанні практичного курсу англійської мови з метою формування у студентів фонових соціокультурних знань про країни, мову яких вони вивчають

Ключові слова: *рекламний текст, рекламний дискурс, етикетизація, синтаксичні засоби етикетизації,вік*

Реклама вже давно стала невід'ємною частиною життя сучасного суспільства. В останні десятиліття вивченню рекламного дискурсу присвячено багато досліджень Л.А. Кочетової, В.І. Карасика, М.Л. Макарова, Є.П. Гаран, Є.В. Степанової та інших науковців. Вони зосереджували свою увагу саме на рекламних текстах та їхній структурі.

Тому **актуальність** вибраної теми зумовлена тим, що реклама відіграє важливу роль у формуванні суспільної думки про події, явища, факти дійсності, також реклама впливає на вікові особливості людини, проте є малодослідженою з погляду лінгвістики.

Мета – проаналізувати вплив вікових особливостей адресата на етикетизацію англомовного рекламного дискурсу, та вплив синтаксичних засобів які є проявами цієї категорії у англомовних рекламних текстах.

У ході дослідження ми використовували метод аналізу для опрацювання та узагальнення англомовних рекламних текстів. Матеріали - англомовні рекламні тексти з реклам британських та американських мас медіа.

Результати та їх обговорення. У дослідженнях рекламного дискурсу найчастішими ознаками синтаксису в рекламі зазначають експресивність і розмовний характер. Експресивність визначається як сукупність семантико-стилістичних особливостей мовної одиниці, які зумовлюють її здатність у комунікативному акті виражати суб'єктивне ставлення мовця [3, с. 133; 6, с. 687].

Етикетизація у дискурсі виступає як характер способу переконання адресата в істинності повідомлення і спонуканні його, тобто реалізація цієї категорії сприяє досягненню кінцевої мети комунікації [2, с. 421].

Етикетизацію англомовного рекламного дискурсу (АРД) розуміємо як дискурсну категорію, що характеризує поліпшення перебігу англомовної

рекламної комунікації та досягнення цілей колективного адресанта з огляду на фактор цільового адресата [5, с. 20].

Споживачі різного віку при купівлі товару керуються різними мотивами. Якщо дорослі ще можуть опиратися небезпечному впливу реклами, то діти ще не здатні до цього. Тому часто рекламодавці занадто акцентують увагу на яскравому дизайні упаковок товарів, таким чином привертаючи увагу маленьких споживачів.

Наприклад, реклама зубної пасти *"Aquafresh"* прищеплює дітям звичку регулярно чистити зуби та розповідає про шкідливість вживання продуктів з великою кількістю цукру:

Voice: In a world, that's under attack from sugar, and more sugar, and even more sugar comes a new hero. In oral care he's in the right place, at the right time. Will sugar meet its match? Introducing Captain Aquafresh. Appearing soon, in a bathroom, near you [8].

Текст цієї реклами побудований на основі складних, складнопідрядних речень з підрядним означення : *…that's under attack from sugar, and more sugar, and even more sugar comes a new hero. In oral care he's in the right place, at the right time* [8]. Саме вони містять основне смислове навантаження. Додаткового відтінку набуває перше речення завдяки семантично активним моделям надлишковості, а саме наявності однорідних додатків (*…attack from sugar, and more sugar, and even more sugar* [8]), які відображають занепокоєння батьків тим, що їх діти їдять багато солодкого. У другому реченні також наявна семантично активна модель надлишковості – однорідні обставини (*…in the right place, at the right time* [8]). Етикетизованість їхнього вживання полягає у прагненні переконати споживачів (дітей та їхніх батьків) у тому, що *капітан Aquafresh* здатен впоратися навіть із значною загрозою здоров'ю зубів. Також еліптичними конструкціями є *Introducing Captain Aquafresh* та *Appearing soon, in a bathroom, near you* [8]. У першому реченні за змістом пропущені елементи *we* (підмет, тобто фірма й розробники засобу) та *are* (структурний елемент часової форми Present Continuous), тому що маємо лише дієслово з закінченням *–ing*. У другому випадку пропущеними є підмет *he* (тобто *капітан Aquafresh*) та дієслівна зв'язка, структурний елемент часової форми Present Continuous *is*. Ці компоненти також легко вичленувати з контексту висловлювання, тому особливого смислового навантаження вони не несуть. Загальне запитання *Will sugar meet its match?* [8] можна вважати риторичним, оскільки прямої відповіді споживач не отримує на нього, проте із контексту висловлювання зрозуміло, що рекламований товар є якісним, тому зуби дітей будуть захищені від карієсу.

А ось реклама фірми *"Aquafresh"*, проте вже для дорослої аудиторії. Цей рекламний ролик орієнтований на всіх, хто переймається проблемою неприємного запаху з ротової порожнини:

Did you know that the bacteria on your tongue are a major source of bad breath? That's why Aquafresh has created the first brush designed to clean both your teeth and your tongue to remove five times more bacteria. Aquafresh Tooth & Tongue Brush – take the thing and clean to the extreme! [7]

Текст цієї реклами починається з загального запитання до потенційного адресата, відповіді на яке ми напевне не знаємо, проте представники рекламованої компанії впевнені, що факт взаємозалежності між кількістю бактерій на язиці та неприємним запахом для більшості споживачів був невідомий. Таким чином, етикетизація вживання такого типу запитання зумовлена намаганням рекламодавців, з одного боку, поінформувати споживачів, а з іншого – створити образ компанії, яка піклується про здоров'я людей. Також у рекламному тексті маємо просте двоскладне речення, якому наявний інверсований порядок

головних членів речення, а саме: *That's why Aquafresh has created the first brush designed to clean both your teeth and your tongue to remove five times more bacteria* [7]. У реченні наголошено на тому, що саме компанія *"Aquafresh"* створила нову зубну щітку, незважаючи на те, що тут вжита пасивна конструкція *has created,* яка стосується саме продукту (зубної щітки), а не фірми, тому за правилами речення мало б виглядати таким чином: *That's why the first brush has created by Aquafresh, designed to clean both your teeth and your tongue to remove five times more bacteria* [7]. Саме прагнення наголосити на ролі компанії в розробці цього товару пояснює цю синтаксичну трансформацію.

Еліптичним з точки зору синтаксису є речення *Aquafresh Tooth & Tongue Brush – take the thing and clean to the extreme!* [7] Проте відсутність підмета жодним чином не впливає на зміст самого висловлювання, оскільки основне смислове навантаження зосереджене на імперативних дієслівних інфінітивах *take* та *clean.*

Рекламні ролики, які зорієнтовані на представників старшого покоління (людей похилого віку), в англомовному рекламному дискурсі мають зовсім інше смислове навантаження. Оскільки ці люди дуже занепокоєні своїм станом здоров'я, товаровиробники пропонують широке різноманіття технічних пристроїв для діагностики та лікування різних захворювань.

Наприклад, рекламний ролик, який представляє дистанційний пристрій виклику цілодобової аварійної служби медичного реагування *"Life Call":*

Woman: Recently, when I became deathly ill, I was able to summon an ambulance, my next door neighbour, my family and my doctor without picking up a telephone. I used this remote-controlled contact Life Call – my 24-hour emergency medical response service. Just press this button and speak into the air.

Patient (man): I'm having chest pain!

Serviceman: I'm calling paramedics and your family, Mr. Miller.

Patient (woman): I've fallen and I can't get up!

Serviceman: We're sending help immediately, Mrs. Fletcher.

Woman: See! Protect yourself with life call and you're never alone. To get complete free information by mail about this affordable medical emergency response system call toll free now. "Life call" can save your life. So call to get free details by mail right away. For free information about life call call 1 800 872 9100 [9].

Текст цієї реклами побудований на основі простих та складних речень. Прикладами простих двоскладних речень є: *I'm having chest pain! I'm calling paramedics and your family, Mr. Miller. We're sending help immediately, Mrs. Fletcher* [9]. Етикетизація вживання цих синтаксичних конструкцій зумовлена тим, що в екстремальній ситуації люди намагаються якнайпростіше висловити свої бажання або попросити про допомогу, а в цьому випадку на прохання пацієнтів допомогти (у репліках вживаються часові форми Present Continuous, Present Perfect, Present Simple, щоб передати критичний стан хворого) оператор служби екстреної медичної допомоги відповідає, що допомога терміново виїжджає (у реченнях використовується часова форма Present Continuous, щоб передати те, що служба негайно реагує на виклики пацієнтів). Речення *Recently, when I became deathly ill, I was able to summon an ambulance, my next door neighbour, my family and my doctor without picking up a telephone* [9] є складним, складнопідрядним з підрядною часу (…*when I became deathly ill*… [9]). Також у ньому наявна семантично активна модель надлишковості – однорідні додатки (…*to summon an ambulance, my next door neighbour, my family and my doctor*… [9]), які використані у реченні з метою роз'яснення (пристроєм *"Life Call"* можна не лише викликати "швидку допомогу", а й повідомити сусідів, родину та свого лікаря

про певну ситуацію, що дуже зручно). Серед синтаксичних засобів у цьому рекламному тексті можна виділити наявність односкладних неповних речень типу: *Just press this button and speak into the air. See! Protect yourself with life call and you're never alone* [9]. В них головний член, співвідносний з присудком, виражений наказовою формою дієслова (*press, speak, see, protect)*. Незважаючи на їхню неповноту з точки зору синтаксису, вони абсолютно зрозумілі адресату завдяки контексту висловлювання: їхня мета – запевнити адресата, що новий пристрій простий у використанні та здатен допомогти будь-якої хвилини. Моделі злиття предикативних ліній, які визначаються як синтаксичні конструкції з безособовими формами дієслова (semi-composite sentences) (М.Я. Блох), здатні компактно (порівняно з первинно-предикативними структурами) репрезентувати пропозицію у поверхневій структурі речення, що і пояснює їх етикетизованість. Використання моделей злиття предикативних ліній може передавати у компресованому вигляді причиново-наслідкові відношення, значення мети, умови, способу дії або характеризувати елементи рекламного повідомлення атрибутивно [1, с. 9]. У цьому рекламному тексті також наявні моделі злиття предикативних ліній, наприклад: *To get complete free information by mail about this affordable medical emergency response system call toll free now; So call to get free details by mail right away* [9]. Ці приклади ілюструють намагання рекламодавців стисло передати відношення мети адресата: у випадку, якщо він зацікавиться товаром, йому варто зателефонувати на безкоштовну "гарячу лінію".

Висновки. На основі вищезазначеного можна зробити висновок, що синтаксичні засоби етикетизації, використані в аналізованих текстах англомовного рекламного дискурсу, є досить різноманітними. Відповідно за показником віку рекламні тести розподілялися на рекламу для дітей, дорослих та людей похилого віку. Загалом найінтенсивніше використовуються неповні речення, особливо в рекламі для дорослих. Прості двоскладні та складнопідрядні речення різних типів властиві більше рекламі для дітей. Найбільше моделей надлишковості спостерігаємо в рекламних текстах для дорослої аудиторії. Приклади складносурядних речень знаходимо лише у рекламі для дітей. Загальні запитання є характерними конструкціями для усіх вікових категорій. Моделі злиття предикативних ліній та єдності "запитання – відповідь" не вживаються активно, проте деякі приклади цих конструкцій маємо у рекламі для дітей, людей похилого віку та дорослих споживачів. Єдності запитання – відповідь вживаються у текстах реклами для дітей, проте більшу кількість маємо у рекламі для дорослої аудиторії. Спеціальні запитання були виявлені лише у рекламі для дітей. Отже вибір синтаксичних засобів у рекламному тексті залежить не лише від типу товару але й від вікових особливостей потенційного споживача.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бове А. Современная реклама / Пер. с англ. – Тольятти: Издательский Дом Довгань, 1995. –с.704. – Режим доступу: http://htbiblio.yolasite.com;
2. Ільченко О. М. Етикетизація англо-американського наукового дискурсу: дисертація доктора філол. наук: 10.02.04 / Ольга Михайлівна Ільченко. – К., 2002. – 421 с.
3. Почепцов Г. Г. (мл.) Коммуникативные аспекты семантики / Г. Г. Почепцов (мл.). – К.: "Вища школа", 1987. – 133 с.
4. Тельминов Г.Н. Интернет-реклама как вид креолизованного текста / Тельминов Г.Н. // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.unn.ru/pages/issues/vestnik/99999999_West_2009_5/47.pdf;

5. Топачевський С. К. Синтаксичні засоби етикетизації англомовного рекламного дискурсу: автореф. дисс. на здобуття наук. ступеня канд. філол. наук : спец. 10.02.04 “Германські мови” / С. К. Топачевський. – Х., 2011. – 20 с.
6. Языкознание. Большой энциклопедический словарь / [гл. ред. В. Н. Ярцева]. – 2-е изд. – М.: Большая российская энциклопедия, 1998. – 687 с.
7. Aquafresh ‘Tongues’ TV ad 20 sec advert. – Режим доступу: https://www.youtube.com/watch?v=W7mudcjztCI;
8. Introducing Captain Aquafresh. – Режим доступу: https://www.youtube.com/watch?v=2SkSctdVYGk;
9. Life Call Commercial "I've fallen and I can't get up!". – Режим доступу: https://www.youtube.com/watch?v=bQlpDiXPZHQ;

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИНТАКСИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ЭТИКЕТИЗАЦИИ АНГЛОЯЗЫЧНОГО РЕКЛАМНОГО ДИСКУРСА

Іваненко І.В.
Житомирський інститут медсестринства

Резюме. *В статье рассматриваются анализ влияния возрастных особенностей адресата на этикетизацию англоязычного рекламного дискурса, и влияние синтаксических средств, которые являются проявлениями этой категории англоязычных рекламных текстах. Предлагается анализ применения синтаксических средств этикетизации рекламного дискурса.*

Для достижения поставленной цели были использованы определенные материалы и методы исследования. Процесс создания качественной рекламы является достаточно длительным и требует от рекламодателей значительных усилий: не только применение своих креативных способностей, но и взвешенного использования языкового потенциала, в том числе и искусства правильного подбора синтаксических средств. Результаты исследования статьи обусловливают возможность их использования в преподавании практического курса английского языка с целью формирования у студентов фоновых социокультурных знаний о странах, язык которых они изучают

Ключевые слова : *рекламный текст, рекламный дискурс, этикетизация, синтаксические средства этикетизации, возраст.*

SYNTACTIC MEANS OF ENGLISH ADVERTISING DISCOURSE ETIQUETTIZATION IN THEIR RELATION TO THE FEATURES OF AGE

Ivanenko I.V.
Zhytomyr Nursing Institute

Summary. *The article deals with analysis of the impact on the recipient's age characteristics etiquettization of English advertising discourse, and the influence of syntactic means, which are manifestations of this category of English advertising texts. It presents an analysis of use of syntactic means etiquettization of English advertising discourse.*

The definite materials and methods of the investigation have been used to achieve the indicate target.

So, analyzed ad texts detected a wide range of using syntactic constructions each of them has its etiquettization.

The process of creating high-quality advertising is quite lengthy and requires great efforts from advertisers, not only use their creative abilities but also a careful use of language potential, including art of correct selection of syntactic means.

The results of the research article determine conditioned by the possibility of their use in practical English courses to form the background cultural knowledge.

Keywords*: advertising text, advertising discourse, etiquettization, syntactic means of etiquettization, age.*

МАГІСТР медсестринства

УДК 616.314-083:9(0)

ШЛЯХИ СТАНОВЛЕННЯ ПРОФЕСІЇ ГІГІЄНІСТ ЗУБНИЙ: СВІТОВИЙ ДОСВІД

Косенко В. М., Полчанова Г.С.
КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»

Анотація. *Досвід багатьох країн світу свідчить про високу результативність попереджувальних програм за участю гігієніста зубного.*
Мета дослідження – *проаналізувати світовий досвід становлення професії гігієніст зубний в країнах Західної Європи, США та Японії.*
Методи дослідження: *бібліосемантичний, системного аналізу та логічного узагальнення.*
Результати та їх обговорення. *Проаналізовано світовий досвід становлення професії гігієніст зубний. Акцентована увага на розвитку та легалізації стоматологічної гігієни в країнах Західної Європи, США, Японії.*
Висновки. *Професійна підготовка допоміжного стоматологічного персоналу (гігієністів стоматологічних) за кордоном розпочалася ще у 19-20 ст. Відповідно до традицій кожної країни сформувалися різні моделі фахової підготовки.*
В наш час в більшості країн Європи та США зменшується кількість лікарів-стоматологів та збільшується кількість гігієністів, що дозволяє суттєво вплинути на рівень стоматологічної захворюваності. Нові соціально-економічні умови в Україні ставлять на одне із перших місць запровадження нових спеціальностей, яких очікує ринок праці. Зокрема, у галузі стоматологічної допомоги відчувається потреба у добре підготовленому допоміжному стоматологічному персоналі (гігієністах зубних).
Спираючись на світовий досвід, потрібно встановити чітке розмежування функціональних обов'язків між стоматологом та гігієністом , гігієністом та асистентом стоматолога.
Майбутнє цієї перспективної професії залежить від того, як швидко будуть проведені необхідні організаційно-методологічні та правові перетворення, спрямовані на організацію профілактики стоматологічних захворювань та впровадження відповідних попереджувальних програм
Ключові слова*: гігієніст зубний, світовий досвід,розвиток*

Актуальність проблеми. Дієвим шляхом підвищення ефективності профілактики стоматологічних захворювань є удосконалення її організації [2;6;9;11]. Досвід багатьох країн світу свідчить про високу результативність попереджувальних програм за участю гігієніста зубного [2;6;9;13]. Численні наукові дослідження переконують,що повноцінна гігієна порожнини рота стабілізує й усуває запальні процеси в тканинах пародонта, запобігає розвитку карієсу, продовжує терміни служби ортопедичних конструкцій [5;6;12;14].

У США, Японії, Швеції, Фінляндії, Норвегії, Великобританії, Нідерландах, Данії з метою удосконалення надання профілактичної стоматологічної допомоги, зменшення навантаження на лікаря-стоматолога, виконання превентивних заходів покладено на спеціально підготовлений молодший персонал з медичною освітою (гігієністів зубних) [1;3;8;9;11].

Мета дослідження – проаналізувати світовий досвід становлення професії гігієніст зубний в країнах Західної Європи, США та Японії.

Методи дослідження: бібліосемантичний, системного аналізу та логічного узагальнення.

Результати дослідження та їх обговорення

Професії гігієніст зубний понад 100 років. Гігієністи надають профілактичну допомогу в 30 країнах світу. Вони

планують та організують оздоровчі заходи, долучаються до наукових досліджень та працюють в індустрії здоров'я порожнини рота[1;3;9;11].

За кордоном гігієністи не тільки працюють у команді зі стоматологами, а й навчаються. Так, у Школах дентальної гігієни Амстердамського та Єрусалимського університетів гігієністи та стоматологи вже під час навчання відчувають, що вони – одна команда, кожний член якої має свої функціональні обов'язки та завдання, спрямовані на збереження та зміцнення стоматологічного здоров'я [1;2;9;15].

Вперше гігієністи зубні з'явилися в 1843 р. у США. Розвиток спеціальності пов'язують з ім'ям Альфреда Фоунза, який першим увів термін "гігієна порожнини рота". А Фоунз був засновником Школи дентальної гігієни в університеті м. Бридж-Порт (штат Коннектикум), яка й досі носить його ім'я [15].

У наш час стоматологічна гігієнічна діяльність займає одне з перших місць в галузі охорони здоров'я США. Гігієністів зубних навчають у 250 коледжах та університетах [15].

Основне питання, яке активно обговорюється науковцями США – введення програми Advanced dental hygienist, тобто пропонується запровадити ще один додатковий рік навчання гігієністів, після якого вони можуть вважатися фахівцями вищого рівня – магістрами гігієни [15].

Бюро трудової статистики США встановило, що професія гігієніста буде користуватися все більшим попитом на ринку праці. З 1985р. по 1995 р. число гігієністів у США зросло на 20%, у той час як кількість стоматологів зменшилася на 23% [1;2;15].

Розвитку професії допомагає американська Асоціація стоматологічних гігієністів (American Dental Hygienists' Association, ADHA), членом якої бути дуже важливо. Це надає можливість своєчасно отримувати інформацію щодо змін у нормативно-правовій базі, графіку проведення семінарів, конференцій, майстер-класів з демонстрацією нових інструментів та матеріалів [1;15].

Практично однакова кількість стоматологів (130 000) та гігієністів (140 000) вказує на те, що розподіл функціональних обов'язків у стоматології США успішно завершено. За даними соціологічного опитування мешканці цієї країни віддають перевагу кваліфікованій профілактичній допомозі, аніж лікуванню чи видаленню зубів. У наш час один гігієніст стоматологічний обслуговує 2000 чоловік [1;2;15].

Досвід країн Західної Європи переконливо свідчить, що тільки цілеспрямовані ефективні попереджувальні програми здатні суттєво вплинути на рівень стоматологічної захворюваності. У країнах, де попереджувальні заходи виконуються постійно та в повному обсязі, стоматологічну патологію вдалося зменшити в 2–4 рази. Досягти таких результатів можливо лише у разі роботи гігієністів зубних, які весь робочий час можуть присвятити профілактиці основних захворювань порожнини рота [3;9;11;15].

Профілактична стоматологія в країнах Європи тісно пов'язана з профілактикою в США [9;11;15].

У таких країнах як Норвегія, Швеція, Фінляндія, Данія, Бельгія, Великобританія, Франція, Канада за останні десятиріччя рівень ураження карієсом зубів у дітей значно зменшився й на сьогодні оцінюється як «низький» і навіть «дуже низький», завдяки впровадженню програм стоматологічної профілактики за участю гігієніста зубного [3;9;11].

Норвегія була однією з перших країн Європи, де за ініціативи стоматологів була введена професія гігієніста стоматологічного. Беручи приклад модель США, стоматологічний факультет університету Осло і Народна стоматологічна захисна асоціація Осло створили свою першу спільну програму

підготовки гігієністів. Із 1924 р. по 1947 р. було набрано чотири курси, на яких навчались спочатку лише 24 гігієніста, а з 1948р. по 1971 р. підготовку пройшли 130 представників відповідної спеціалізації. В 1971 р. навчальний курс розширився до двох років. Другий навчальний центр відкрився в 1976 р. в Бергенському університеті, а третій – в 1994 р. у місті Тромс. Законодавча база сформувалась у 1979 р [3;11;15].

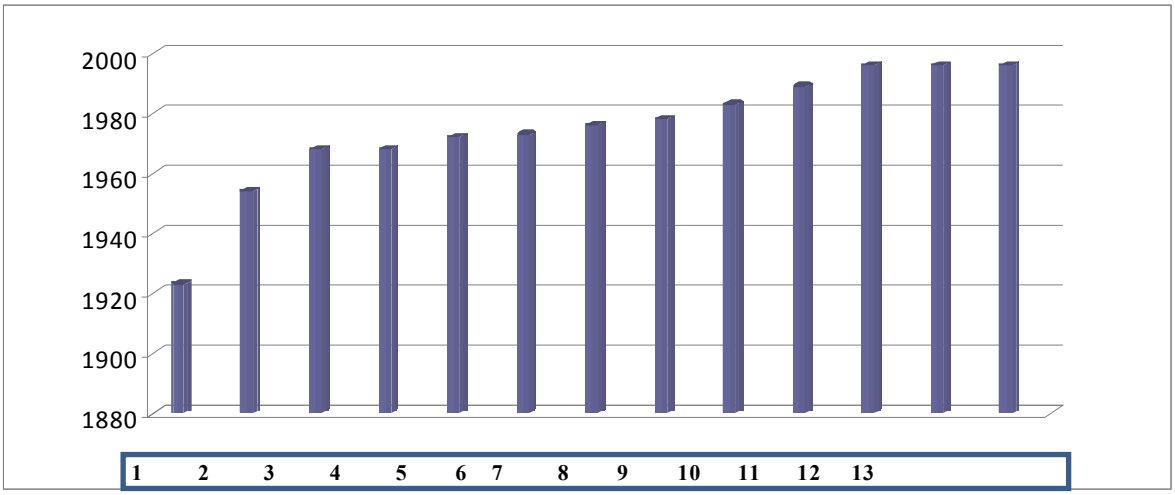
Стоматологічна гігієна в Швеції пов'язана з асистентами стоматологів, яким була надана можливість пройти навчання з питань гігієни порожнини рота за кордоном, а після свого повернення вони могли працювати спільно з лікарями над плануванням першого навчального курсу, набраного в 1968 р. У цей час уперше розгорілися дискусії навколо нової професії. Стоматологи відчули загрозу втрати прибутків, коли на початку 1980 р. на ринку праці з'явилися гігієністи. Поступово суперечки вщухли. Повноваження стоматологів та гігієністів розширилися та розмежувалися. В 1991 р. гігієністи зубні отримали дозвіл на роботу від Національної ради здоров'я та благополуччя. Це дозволило їм працювати незалежно від стоматологів. Їх діяльність у Швеції супроводжувалась науковими розробками і показала свою ефективність і надійність [3;9;11;15].

Перший навчальний курс стоматологічної гігієни в Данії відноситься до 1972 р. Його ініціаторами стали стоматологи, які визнали, що для виконання профілактичних процедур потрібно витрачати багато часу. Члени Асоціації стоматологів сформували робочу групу для розробки освітньої програми, яка була створена за зразком Норвегії. Уряд почав фінансувати її та дозволив застосовувати в університетських стоматологічних клініках. Задуми лікарів отримали швидке державне визнання. Офіційне врегулювання (нормативно-правова база) пов'язане з 1986 р. У 1996 р. навчальний курс було продовжено до 2,5 років [3;9;11;15].

Перший гігієніст в Ісландії почав працювати в 1978 р. Це була жінка-медичний працівник, яка отримала освіту гігієніста в США. У наш час в Ісландії не існує спеціалізованих навчальних закладів, проте зубна гігієна дозволена законом. Гігієністи можуть працювати, якщо отримують певну освіту за кордоном. У більшості випадків вони навчаються в Данії та Швеції. Для цього студенти отримують спеціальні державні позики. Гігієністи стоматологічні Ісландії надають профілактичну допомогу у приватних закладах під керівництвом стоматологів. Вони можуть навчати асистентів-стоматологів, працювати в Міністерстві охорони здоров'я, плануючи та впроваджуючи нові навчальні програми. Гігієністи, громадяни іншої держави, повинні бути включені в Асоціацію стоматологічних гігієністів Ісландії, яка перевіряє рівень кваліфікації спеціаліста. В Ісландії працює 250-300 стоматологів та 27 гігієністів, які обслуговують 270 000 чоловік (загальна кількість населення). Співвідношення гігієністів та стоматологів становить 1 до 10 [3;9;11;15]. У Росії велику роль у становленні спеціальності гігієніста стоматологічного відіграли О. Г. Авраамова, Е. М. Кузьмина, В. К. Леонтьев, О. В. Шевченко [7;8]. У зоні особливої уваги проведення наукових досліджень у галузі організації діяльності та підвищення професійного рівня даного спеціаліста, а також популяризація знань з профілактики стоматологічних захворювань серед населення. В наш час у країні близько 3000 гігієністів, з яких найбільша кількість працює в Москві, Санкт-Петербурзі та інших містах з населенням понад 1 млн. чоловік [7;8;10;12;15].

Найчастіше показником стоматологічного здоров'я, який використовується у світі, є відсоткове співвідношення беззубих людей старших за 65 років.

На рис.1, 2 показано хронологію розвитку та легалізації стоматологічної профілактичної допомоги в Європі.



Примітка:1-Норвегія,2-Великобританія,3-Нідерланди,4-Швеція,5-Данія,6-Швейцарія,7-Фінляндія,8-Італія,9-Португалія,10-Іспанія,11-Латвія,12-Литва,13-Чеська Республіка

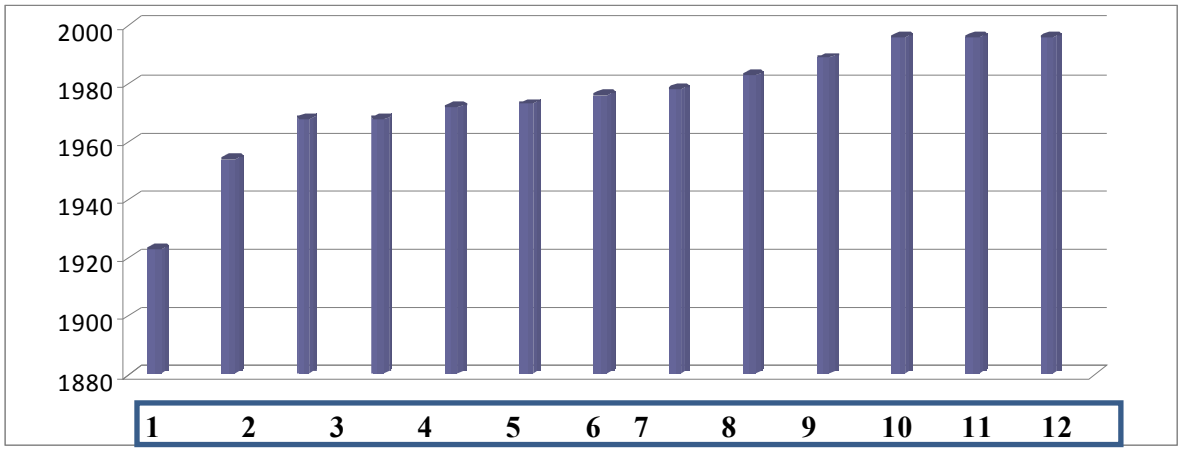


Рис.1.Роки введення першого навчального курсу в країнах Європи

Примітка:1-Норвегія,2-Великобританія,3 Нідерланди,4-Швеція,5-Данія,6-Швейцарія,7-Фінляндія,8-Італія,9-Португалія,10-Іспанія,11-Латвія,12-Чеська Республіка

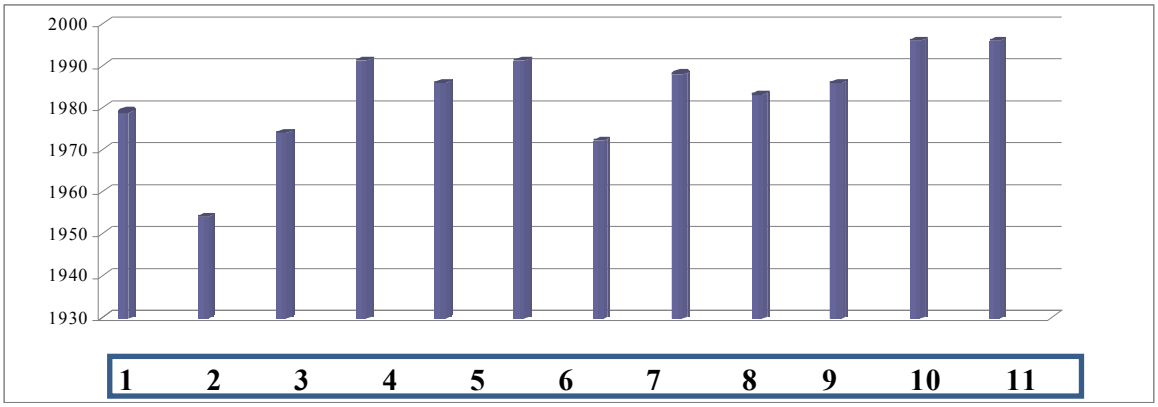


Рис.2. Роки легалізації стоматологічної гігієни в країнах Європи.

У країнах Європи та Америки цей показник складає 25-30%, в Японії – лише 10%. Даний результат був досягнутий завдяки доступності стоматологічного обслуговування, яке включає технології високого рівня, найсучасніші матеріали і обладнання, а також традиційні методи лікування, спрямовані на збереження власних зубів пацієнта. Безпечне стоматологічне обслуговування на найвищому рівні поєднується з індивідуальним підходом до кожного хворого. Значна увага приділяється профілактиці, забезпеченню повноцінних функцій зубів і ротової порожнини в різні періоди розвитку дитини. В Японії до складу бригад включають: стоматологів, зубних техніків та гігієністів, що сприяє підвищенню якості стоматологічної допомоги [15].

Широке впровадження програми гігієнічного навчання й виховання в Україні було дещо обмежено внаслідок низки причин, однією з яких є відсутність спеціалістів, які б повністю змогли б присвятити свій робочий час профілактиці стоматологічних захворювань [4;5;6].

В Україні функції гігієністів виконують стоматологи, які значну частину свого робочого часу приділяють професійній чистці зубів та іншим профілактичним втручанням. Поява на ринку праці висококваліфікованих гігієністів дозволить лікарям-стоматологам звільнити час для проведення більш складних втручань.

У нашій державі підготовка "Гігієністів зубних" проводиться ВМНЗ I-II рівнів акредитації з 2006 р. відповідно наказу МОЗ України від 20.06.2006 р. №407 "Про затвердження та введення навчального плану підготовки фахівців за спеціальністю 5.11010106 "Стоматологія" (кваліфікація «Гігієніст зубний»)".

Прийняті першочергові нормативно-правові документи:

1. Наказ МОЗ України № 407 від 20.06.2006 р. «Про затвердження та введення навчального плану підготовки фахівців за спеціальністю 5.110106 «Стоматологія», кваліфікація «Гігієніст зубний».
2. Державний класифікатор № 003-95 та доповнення до нього К 3222 – гігієніст зубний.
3. Наказ МОЗ України № 305 від 22.11.2000 р. «Про затвердження критеріїв медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на I, II, III рівнях (амбулаторна допомога)»

Не дивлячись на це, існує ряд проблем,які потребують негайного вирішення: не розроблені клінічні протоколи та алгоритми медичних маніпуляцій, не визначені критерії якості роботи, і, найголовніше, посада зубного гігієніста не введена до штатного розпису медичних закладів [4;5;6].

Проблема профілактики захворювань, зокрема стоматологічних, викликає велику зацікавленість серед міжнародних медичних організацій. Європейським регіональним бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я був розроблений програмний документ «Здоров'я XXI – здоров'я для всіх у XXI столітті». Дана програма акцентована на проблемах, які характерні для різних країн Європи, у тому числі й України.

Реалізувати європейські цілі збереження та зміцнення стоматологічного здоров'я в Україні неможливо без введення посади гігієніста зубного до штатних розписів обласних, міських, районних та дитячих стоматологічних поліклінік.

Висновки та перспективи подальших досліджень.

Професійна підготовка допоміжного стоматологічного персоналу (гігієністів стоматологічних) за кордоном розпочалася ще у 19-20 ст. Відповідно до традицій кожної країни сформувалися різні моделі фахової підготовки.

У наш час в більшості країн Європи та США зменшується кількість лікарів-стоматологів та збільшується кількість гігієністів, що дозволяє суттєво вплинути на рівень стоматологічної захворюваності.

Нові соціально-економічні умови в Україні ставлять на одне із перших місць запровадження нових спеціальностей, яких очікує ринок праці. Зокрема, у галузі стоматологічної допомоги відчувається потреба у добре підготовленому допоміжному стоматологічному персоналі (гігієністах зубних).

Спираючись на світовий досвід, потрібно встановити чітке розмежування функціональних обов'язків між стоматологом та гігієністом, гігієністом та асистентом стоматолога.

Майбутнє цієї перспективної професії залежить від того, як швидко будуть проведені необхідні організаційно-методологічні та правові перетворення, спрямовані на організацію профілактики стоматологічних захворювань та впровадження відповідних попереджувальних програм.

В подальшому необхідно глибоко та всебічно проаналізувати світовий досвід підготовки гігієністів зубних з метою становлення спеціальності в Україні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вилфорд Р. Обзор экономических показателей работы частных стоматологических практик США за 2005г. / Р. Вилфорд // Экономика и менеджмент в стоматологии. -2005. -№3 (17). - С. 80 -83

2. Гуменюк О. М. Досвід організації роботи фахівців стоматологічного профілю в США та Канаді та перспективи реформування стоматологічної освіти в Україні // Новини стоматології. - Львів, 1998. -№ (15). – С.15-20.

3. Гуменюк О.М. Моделі професійної підготовки допоміжного стоматологічного персоналу (з досвіду зарубіжних країн). // Педагогіка і психологія професійної освіти. -2002. - №5. - С.316-325

4. Деньга О.В. Асоціація гігієністів зубних України – перші, але впевнені кроки / О.В. Деньга, Є.Г. Шварцнау, С.В. Шпак // Вісн. стоматолог. -2012. -№ 1. - С. 15-18

5. Косенко К.Н., Деньга О.В., Рейзвих О.Э. Гигиенисты зубные – коллеги в области профилактики // Вестник стоматологии.- 2009. -№ 4.- С. 88-90

6. Кузняк Н.Б.,Годованець О.І. Перші кроки на шляху відновлення профілактичної стоматології в Україні// Клінічна анатомія та оперативна хірургія .-2014.- Т. 13.-№ 2.-С.120-123

7. Кузьмина Э. М. Гигиенист стоматологический / Э. М. Кузьмина. -М., 2005.-231 с.

8. Леус П. А. Интегральный показатель качества стоматологической помощи населению / П. А. Леус // Стоматологический форум. -2003. - №1.-С. 4-8

9. Олсеан Г. Роль стоматологического гигиениста в профилактике стоматологических заболеваний населения Швеции / Гуннар Олсеан // Материалы международной конф. (Псков, 27-28 сентября 2007г.).- Псков, 2007.-С. 165- 166

10. Пироженко А.Е. Анализ подготовки гигиенистов стоматологических в ГОУ СПО "Медицинский колледж №2" Волгограда //Саратовский научно-медицинский журнал.-2011.-Т.7.-№1

11. Ховиус М. Система образования гигиенистов стоматологических в Европе / М. Ховиус // Стоматологический колледж. -2007. - №1. –С.2

12. Чебакова Т. И. Роль гигиениста стоматологического в осуществлении плановой санации / Т. И. Чебакова // Стоматологический колледж.- 2007. -№1.-С. 4

13. Чуйкин С. В. Организация амбулаторной стоматологической помощи детскому населению Республики Башкортостан / С. В. Чуйкин, Т. А. Чудинова, Г. Г. Акатьева.- Уфа, 2005. - 76 с.

14. Чуйкин С. В. Эффективность школьной образовательной программы профилактики стоматологических заболеваний / С. В. Чуйкин, Г. Г. Акатьева, Т. А. Чудинова, Е. Ш. Мухаметова // Профилактика стоматологических заболеваний. - 2004. - № 9. - С. 7 -10.

ПУТИ СТАНОВЛЕНИЯ ПРОФЕССИИ ГИГИЕНИСТ ЗУБНОЙ: МИРОВОЙ ОПЫТ

Косенко В. Н., Полчанова Г.С.
КВУЗ «Житомирский институт медсестринства»

Аннотация. *Опыт многих стран мира свидетельствует о высокой результативности предупредительных программ с участием гигиениста зубного.*

Цель исследования *- проанализировать мировой опыт становления профессии гигиенист зубной в странах Западной Европы, США и Японии.*

Профессиональная подготовка вспомогательного стоматологического персонала (гигиенистов стоматологических) за рубежом началась еще в 19-20 вв. В соответствии с традициями каждой страны сформировались различные модели профессиональной подготовки. В настоящее время в большинстве стран Европы и США уменьшается количество стоматологов и увеличивается количество гигиенистов, что позволяет существенно повлиять на уровень стоматологической заболеваемости. Новые социально-экономические условия в Украине ставят на одно из первых мест введения новых специальностей, которых ожидает рынок труда. В частности, в области стоматологической помощи ощущается потребность в хорошо подготовленном вспомогательном стоматологическом персонале (гигиенистах зубных).Опираясь на мировой опыт, нужно установить четкое разграничение функциональных обязанностей между стоматологом и гигиенистом, гигиенистом и ассистентом стоматолога.Будущее этой перспективной профессии зависит от того, как быстро будут проведены необходимые организационно-методологические и правовые преобразования, направленные на организацию профилактики стоматологических заболеваний и внедрение соответствующих предупредительных программ.

Ключевые слова: *гигиенист зубной, мировой опыт, развитие.*

THE EVOLUTION OF DENTAL HYGIENE CAREER : THE WORLD EXPERIENCE

Kosenko V. M., Polchanova G.S.
Zhytomyr Nursing Istitute

Summary. *The experience of different countries demonstrates the effectiveness of prevention programs for dental hygienists.*

The aim *- to analyze the international experience of the dental hygiene career development in Western Europe, the USA and Japan.*

The professional training of dental assistants (dental hygienists) abroad began in 19 – 20 centuries. According to the traditions of each country different models of training developed. Nowadays in most European countries and the United States the total number of dentists continue to decrease due to the increase in number of dental hygienists that reduces the risk of oral diseases.

New socio-economic conditions in Ukraine make the introducing new specializations increasingly important in the labor market a top priority. In particular the field of dentistry needs well-trained dental assistants (dental hygienists).

Using the international experience, it is necessary to establish a clear distinction between the functional responsibilities of the dentist and hygienist, the hygienist and dental assistant.

The future of this promising profession depends on how quickly the necessary organizational, methodological and legal transformations aimed at the oral disease prevention and the appropriate prevention programs implementation will be made.

Key words: *dental hygienist, international experience, development.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

УДК 371.153+15

ПСИХОЛОГІЧНА КУЛЬТУРА СТУДЕНТА ЯК ОДИН ІЗ ВАЖЛИВИХ КОМПОНЕНТІВ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ

Матузаєва Н.О.
Ківерцівський медичний коледж

Резюме. *Освітній процес передбачає широкий спектр діяльності, інтегровану та координовану систему усієї навчально-виховної роботи вищих навчальних закладів. Завдання особистісно-професійного розвитку майбутніх фахівців медичного профілю зобов'язують викладачів вкотре осмислити проблему формування психологічної культури студента як професійного феномену, що є своєрідним необхідним складником кваліфікації сучасного спеціаліста. Саме тому актуальними лишаються пошуки проявів психологічної культури, яка враховувала б сучасні культурно-історичні реалії й могла бути ефективно використана у сфері вищої школи.*

Ключові слова: *психологічна культура, професійна компетентність, особистісне самовизначення, професійне самовизначення, саморегуляція, самореалізація.*

Постановка проблеми та її зв'язок з важливими практичними завданнями. Питання психологічної культури студентів як одного з важливих компонентів підготовки майбутнього фахівця випливає з проблеми формування власної концепції життєвого досвіду студентської молоді. Саме психологічна культура забезпечує стійке гармонійне функціонування особистості. Вона допомагає майбутньому фахівцеві зрозуміти та закріпити на рівні власної особистості систему якостей і цінностей, потрібних для успішної кар'єри і спланувати свої дії на найближчу та віддалену перспективу. Тому актуалізується пошук нових підходів до розуміння психологічної культури як інтегративної якості людини, що розкриває її психологічну компетентність, творчу активність, особистісне і професійне самовизначення та самореалізацію.

Аналіз останніх досліджень і публікацій, у яких започатковано розв'язання даної проблеми. Термін «психологічна культура» сьогодні все частіше вживається в науковій літературі, проте він відсутній в довідниках і навіть психологічних тлумачниках. Утім, це певною мірою компенсується наявністю цього визначення в науковій літературі з філософії, психології та педагогіки. У роботах, присвячених вивченню психологічної культури, існує ряд підходів, які розглядають феномен психологічної культури з різних кутів зору. В контексті проблеми загальнокультурного розвитку людини (крізь розвиток психологічного компонента культури або крізь формування певних властивостей, якостей особистості) психологічна культура особистості розглядається в роботах О.Бодальова, Л.Виготського, А.Деркача, А.Добровича, Ю.Забродіна, О.Зубри, Є.Клімова, Л.Колмогорової, О.Моткова, М.Обозова, Т.Титаренко та ін.

О.Бодальов розглядає психологічну культуру особистості в контексті проблеми спілкування. У його дослідженнях виділені ті якості, які необхідні, на його думку, для успішного спілкування: спрямованість, певний рівень розвитку пізнавальних процесів, вихованість емоційного середовища (здатність до співпереживання), ситуативна поведінкова адаптивність (пластичність і варіабельність в середовищах взаємодії), адекватна самооцінка, здатність до саморегуляції [1].

На думку Л. Колмогорової, базисна психологічна культура може бути розкрита в трьох основних аспектах:

гносеологічному, процесуально-діяльнісному, суб'єктивно-особистісному. Досліджуючи питання формування психологічної культури, вона вводить поняття «загальна психологічна культура особистості», яку визначає так: «складова частина базової культури особистості як системна характеристика людини, дозволяє їй ефективно самовизначатися і самореалізовуватися в житті, сприяє успішній соціальній адаптації, саморозвитку і задоволеності життям. Вона включає грамотність і компетентність у психологічному аспекті розуміння людської сутності, внутрішнього світу людини і самого себе, людських відносин і поведінки, гуманістично орієнтовану ціннісно-смислову сферу (прагнення, інтереси, світогляд, ціннісні орієнтації), розвинену рефлексію, а також творчість у власному житті». [7].

О.Мотков вважає, що «психологічна культура включає комплекс культурно-психологічних прагнень, що активно реалізуються у відповідних уміннях. Розвинена психологічна культура включає: систематичне самовиховання культурних прагнень і навичок, досить високий рівень звичайного і ділового спілкування, психічну саморегуляцію, творчий підхід до справи, вміння пізнавати і реалістично оцінювати власну особистість та інших» [8]. Становлення психологічної культури автор розуміє як актуалізацію культурно-психологічного потенціалу.

Є.Клімов характеризує психологічну культуру як «частину загальної культури людини (як члена родини, громадянина, фахівця), що передбачає засвоєння нею системи знань у галузі наукової психології, основних умінь у справі розуміння особливостей психіки (своєї та навколишніх людей) і використання цих знань в буденному житті, в самоосвіті і професійній діяльності» [6]. Крім того, він вводить поняття психологічної грамотності як деякий рівень психологічної культури і виділяє в ній наступні складові: «душезнавчу спрямованість мислення, інтерес до сторонньої людини, володіння елементами психологічного пізнання» - і далі він підкреслює - «...важливо, щоб психологічна спрямованість розуму поєднувалася у людини з культивуванням в особистості високого рівня терпимості до індивідуальної неповторності інших людей» [6].

О.Євдокімова, розглядаючи психологічну культуру в рамках психологічної антропології, визначає її як складне, цілісне, особистісне утворення, що включає емоційно-мотиваційний, когнітивний, діяльнісний компоненти і характеризується не тільки певним рівнем теоретичних психологічних знань, але і психологічною компетентністю, адекватним застосуванням знань, умінь, навичок для вирішення психологічних проблем щодо себе, інших людей і світу в цілому [4].

У дослідженнях О. Зубри культура особистості розглядається як цілісна система, тобто як «комплекс впорядкованих вибірково залучених підсистем, компонентів і якостей, в яких взаємини і взаємодія приймає характер сприяння на здобуття корисного результату: усвідомлення і розуміння особистістю самоцінності власного життя і довкілля, активізація діяльності інтелекту і внутрішньої духовної роботи. Від стихійного стилю і діяльності студент може перейти до саморегуляції, до самоудосконалення своєї неповторності, унікальності» [5].

Таким чином, аналіз філософської, психологічної та педагогічної літератури, присвяченої проблемі психологічної культури, дозволяє констатувати, що в даний час відсутні роботи, в яких цей феномен розглядався як цілісне утворення. Кожен автор, розглядаючи психологічну культуру, спирається на певну концепцію, в рамках якої він аналізує дане поняття. Вищеперелічені визначення розкривають

істотні характеристики психологічної культури, але жодне з них не є вичерпним.

Мета статті: Розгляд проблеми формування психологічної культури в освітньому процесі вищих медичних навчальних закладів як однієї з найважливіших умов ефективної професійної діяльності майбутнього фахівця.

Виклад основного матеріалу. Психологічна культура – достатньо висока якість самоорганізації і саморегуляції життєдіяльності людини, її орієнтацій, потреб, відносин особи до себе, до оточуючих, до живої і неживої природи, до світу в цілому.

А який він, сьогоднішній світ? У нас більше експертів, але і більше проблем. У нас більше медикаментів, але менше здоров`я. У нас більше розваг, але менше радощів. Наші будинки виглядають яскравіше зовні, але в них живуть розбиті сім`ї.

І тим не менше, знаючи парадокси нашого часу, ми просто зобов`язані навчити студентів оптимально організовувати життя, активізувати творчий потенціал, звернений до феноменальних проявів психіки кожного з них, вчити їх розширювати простір свого «Я», що дозволить усвідомити ними власне «Я» і зберегти його відносно інших «Я». Саме позитивні орієнтири, концентрація своїх думок не на негативних, а позитивних аспектах світу, що нас оточує, є дуже важливим для самореалізації молодої людини.

У сучасній літературі поняття «психологічна культура» обговорюється як інтегративна якість людини, яка розкриває її психологічну компетентність, творчу активність, особистісне та професійне самовизначення, самореалізацію. Можна стверджувати, що психологічна культура – це мислення, що базується на системі теоретичних знань з психології і виявляється в здатності використовувати ці знання, оперувати ними в практичній діяльності. Тобто основою психологічної культури як мислення виступають психологічні знання.

Психологічні знання – це «ази» психологічної культури, з яких починається її засвоєння з врахуванням вікових, індивідуальних, національних та інших особливостей особистості. Це здатність до конструктивної міжособистісної взаємодії в процесі діяльності, готовність до продуктивної професійної діяльності, спрямованої на результат. Психологічні знання характеризуються наявністю сукупності комунікативних, перцептивних, інтерактивних знань та умінь, вміння використовувати їх на практиці, здатність до рефлексії, аналізу власних професійних вчинків. Це знаряддя регуляції практичної діяльності, засіб для прийняття самостійних рішень у конкретних ситуаціях, принцип, що спрямовує і організовує наші дії, а також критерій, за допомогою якого можна оцінювати результативність своєї роботи. Ми розуміємо, що чим краще студент буде обізнаний про себе, тим вищою буде його психологічна культура, тим успішнішою буде його самореалізація у майбутньому.

Формуючи психологічну культуру студентів, ми допомагаємо їм формувати власну концепцію життєвого досвіду. Саме психологічна культура допомагає майбутньому фахівцеві зрозуміти та закріпити на рівні власної особистості систему якостей і цінностей, потрібних для успішної кар`єри і спланувати свої дії на найближчу та віддалену перспективу.

Закони світової гармонії дарують нашим студентам шанс по можливості найбільш оптимально скористатися дарами життя, навчитися жити гармонійно, гнучко, творчо і повно. Зосереджуємо увагу студентів на визначальній філософській категорії «ЧАС».

Просимо студентів уявити банк, який кожного дня на їхньому рахунку відкриває кредит на 86400 гривень. Але баланс не переходить на наступний день. Кожного вечора з цього рахунку списується все, що

вони не використали за день. Як тоді бути? Звичайно, зняти все до останньої копійки. Акцентуємо увагу студентів на тому, що кожен з нас має такий банк. Його ім`я - ЧАС. Щоранку він відкриває кожному кредит на 86400 секунд. Щовечора він списує, як втрачене, все, що ми не змогли використати корисно. Він не веде балансу. Кожної ночі він спалює залишки дня. Якщо ми не зуміли використати денний вклад – це наші збитки. Неможна взяти кредит у завтрашнього дня. Маємо вкластися в кредит на сьогоднішній день. Спонукаємо студентів інвестувати Час у Здоров`я, Щастя, Успіх таким чином, щоб одержати найбільший зиск. Годинник йде. Закликаємо студентів використати сьогоднішній день з максимальною віддачею, цінувати кожну мить і пам`ятати, що Час не чекає. Вчора – це історія. Завтра – це таємниця. Сьогодні – це дарунок.

Поведінка кожного в значній мірі залежить від установок, переконань, стереотипів мислення, що відображають життєву позицію. Вирішення завдання формування концепції життєвого досвіду тісно пов`язане з якістю навчально-виховного процесу. Для реалізації цього завдання вивчаємо особистості студентів за допомогою психологічних тестів, методик, анкет, психолого-педагогічних спостережень, аналізу продуктів діяльності студентів. Проводимо як первинні дослідження, так і більш глибоку діагностику таких компонентів, як психофізіологічна сфера, особистісні якості та особливості взаємовідносин у колективі. Проводимо тренінги і тренінгові програми: особистісного зростання, організації самовиховання, досягнення успіху. Належним чином організована робота гуртків та спортивних секцій. Студентське самоврядування забезпечує розвиток ініціативності, самостійності, активності. Це реальний шанс спробувати свої сили у вирішенні багатьох питань.

Справжнім медиком як особистістю може стати лише особа, яка, крім глибоких професійних знань і умінь, в обов`язковому порядку оволоділа мистецтвом емоційного впливу на психіку хворого, його родичів, своїх колег. Ось чому розуміння суті емоцій, волі, їх значення для повсякденного життя і вміння виховувати їх є важливою складовою формування психологічної культури майбутніх фахівців. Учимо студентів регулювати свою емоційно-вольову сферу, інтуїтивно знаходити «золоту серединку» між емоціями і розумом.

Робота медпрацівників стресогенна. Своє завдання вбачаємо в тому, щоб навчити студентів виробляти програму свого емоційного захисту. Адже медик повинен володіти стрес-витривалістю, щоб зберегти свої емоційні ресурси і попередити появу симптомів професійної деформації чи емоційного згорання. Акцентуємо увагу студентів на необхідності здійснювати емоційне оцінювання кожного пацієнта, прогнозувати його поведінку і моделювати власну. Цього досягають завдяки використанню таких механізмів сприймання людини людиною, як ідентифікація, емпатія, рефлексія та ін. Рефлексія засвідчує перехід від повного включення самосвідомості в діяльність до формування нового ставлення суб'єкта не лише до діяльності, а й до себе у цій діяльності [2]. Саме це дозволяє нам констатувати те, що використання цього перцептивного механізму розуміння іншої людини є важливим компонентом формування психологічної культури майбутнього фахівця.

Для особистості медика емпатія є своєрідною «естетикою діяльності», яка проявляється у співчутті, порадах, допомозі, дружньому ставленні, корекції недоліків. Оцінюючи емпатію як суб'єктивну психічну властивість особистості, можна вважати її, по-перше, професійно важливою в медичній діяльності, по-друге, тим, що ця властивість проявляється певною мірою як

сума знань і вмінь з організації комунікативної діяльності [2].

Досліджуючи рівень емпатичних тенденцій студентів, приходимо до висновку, що у 67% студентів ІІІ курсу сестринсько-акушерського відділення чутливість стає спонукальною силою, спрямованою на допомогу іншим. Високий рівень емпатичних тенденцій спостерігається у 57% третьокурсників, а низький – у 11%.

На реалізацію завдання забезпечення інтеграції соціальних цінностей та норм до структури особистості спрямований весь навчально-виховний процес коледжу. Форми вирішення цього завдання різні: це і бесіди, і виховні години, і диспути, конференції, тематичні вечори. На цей напрям працюють літературно-мистецькі клуби «Юність» та «Ліра». Основна мета - набуття соціального досвіду, успадкування духовних надбань українського народу, досягнення високої культури (художньо-естетичної, правової, трудової, психологічної). Реалізуємо це завдання наступними шляхами: зустрічі з ветеранами медицини, випускниками навчального закладу, свята, екскурсії, тематичні години, усні журнали.

Психологічна культура – це в першу чергу культура спілкування. Мистецтву спілкування вчимо щоденно. Адже основними мотивами, які спонукають пацієнтів до спілкування з медиками, є усвідомлена або підсвідома потреба у пораді, заспокоєнні, консультації й, нарешті, природна потреба виговоритись і тим самим полегшити свій душевний стан. Медики використовують спілкування як могутній засіб впливу на моральний і психічний стан хворих та їх родичів, який є невід`ємною частиною успішного лікування.

У статті 12. Повага до своєї професії «Етичного кодексу медичної сестри України» читаємо:«Медична сестра повинна мати відповідну психологічну підготовку, вміти володіти собою та конкретною ситуацією в практичній діяльності» [3]. Тому знання студентами компонентів, що сприяють розвитку комунікації як основи для побудови взаємовідносин, сприятимуть підвищенню рівня культури майбутніх медичних працівників.

Психологічна культура - це і культура почуттів. В основі духовності і спрямованості особистості лежать вищі почуття. Вони визначають душевні пориви, життєву позицію і стиль життя. Найвищим почуттям є безкорислива і висока любов. Недаремно, згідно з християнським катехізисом, серед дев'яти благодіянь Святого Духа (любов, радість, мир, терпеливість, доброта, милосердя, віра, лагідність, поміркованість) саме вона стоїть на першому місці. Наголошуємо студентам, що самореалізація в любові потребує розвитку в кожному не лише прагнення, а й здібності любити: віри в свої сили, безкорисливості, внутрішньої свободи. Навпаки, залежність від думок оточуючих, заздрість, жадібність, самозакоханість, маніпулювання іншими руйнують любов.

Формування психологічної культури – це формування відповідального ставлення до власного здоров`я. Бути здоровим – модно, стильно, красиво. Наші студенти знають, що їхнє здоров`я залежить від таких чинників: спадковості – на 20%; рівня медицини - на 10%; рівня екології – на 20%; способу життя – на 50%. Наше завдання – підвищувати мотивацію до збереження і зміцнення репродуктивного здоров`я і планування сім`ї. Адже прагнення увійти в компанію, відповідати певним стандартам можуть штовхати молоду людину на необдумані вчинки, стати причиною виникнення шкідливих звичок. Наші студенти ризикують, коли починають жити статевим життям, коли мають кілька статевих партнерів, коли вживають алкоголь, тютюн. Наголошуємо, що «безпечна поведінка» - це поведінка, яка відображає відповідальне ставлення до свого життя, вчинків, дій. Переконуємо, що знання про

безпечну поведінку, дотримання здорового способу життя допоможуть їм зберегти здоров'я та життя. Вчимо їх переборювати безвілля, позбавлятися шкідливих звичок, розвиваємо їх вольові якості.

У наших найближчих планах – підготовка волонтерів-консультантів з питань популяризації здорового способу життя та планування сім`ї. Ми тісно співпрацюємо з Центром практичної психології сім'ї «Любисток», обласним центром планування сім`ї і репродукції людини. Наша спільна мета – об'єднати зусилля громадськості, освітніх закладів, органів місцевого самоврядування для розробки та впровадження сучасної моделі підготовки студентської молоді до самостійного дорослого життя.

Переконуємо студентів у тому, що знання деяких психологічних технологій і прийомів, усвідомлення гендерної рівності, позбавлення комплексу меншовартості, взяття на себе відповідальності в подальшому сприятимуть їхньому активному професійному становленню та підтримуватимуть їх на шляху до самореалізації.

Суть позитивного мислення полягає в тому, щоб підсилити позитивний образ власного «Я» шляхом успішних вчинків та дій і не дати йому погіршитись або зруйнуватись у разі невдач або помилок поведінки, діяльності, взагалі – життя. При культивуванні у молодої людини такого ставлення до себе та своїх дій психологічний образ «Я» впливає на «Я» природне, невдачі виконують коригуючу функцію, а успіхи – підсилюючу. Така координація «Я» означає особистісне зростання людини. Образ власного «Я» є ключем до щасливого життя. Якщо змінюється цілісний образ власного «Я», то життєві проблеми, в тому числі психотравмуючі, які узгоджуються з цим новим образом, розв'язуються значно легше, без надмірних зусиль.

Позитивне ставлення до дійсності є рушійною силою подолання багатьох перешкод. Важливо навчити молоду людину знаходити позитивні орієнтири навіть за дуже складних обставин. Негативні думки роблять людину фізично хворою, знижують її життєву енергію. Дуже важливо вірити в те, що ті, хто тебе оточує, прихильні і не ворожі до тебе; вірити в те, що сили Добра в кінцевому результаті перемагають Зло. Це життєва позиція сильної людини з високим рівнем психологічної культури. Така людина в житті отримує підтримку з найнеочікуваніших джерел.

Таким чином, основними проявами психологічної культури студентів є: глибоке розуміння і схвалення себе; переважаюче хороше самопочуття; позитивні гармонізуючі орієнтації на конструктивне спілкування; висока задоволеність життям – своїм здоров'ям, способом життя, процесом творчості; високий рівень саморегуляції своїх бажань, емоцій, дій, звичок, волі.

Психологічна культура забезпечує стійке гармонійне функціонування особистості. Це повсякденний шлях до вдосконалення всіх структур навчально-виховного процесу.

Висновки. Розгляд проблеми формування психологічної культури студентів дає підстави вважати:

а) поняття «психологічна культура» ще не має чіткого, загальноприйнятого визначення; на сьогоднішній день відсутня цілісна, несуперечлива системна теорія психологічної культури, тому теоретико-методологічні засади феномена «психологічна культура» потребують подальшого дослідження;

б) психологічна культура – оптимально організований і протікаючий процес життя, що є особливим особистісним утворенням з певною структурою та функціями, динамікою розвитку, рівнями формування;

в) психологічна культура характеризується такими показниками, як сформованість морально-ціннісних орієнтацій та переконань, які ґрунтуються

на почуттях професійного обов'язку, професійної честі, гідності, ділової репутації та престижу професії, тим самим забезпечує оперативність і успішність адаптації студентів у професійному середовищі;

г) розвиток професійної культури – запорука ефективності навчання, формування професійної компетентності майбутніх фахівців, шлях розширення спектру діяльності навчального закладу, інтегрованої і координованої системи усієї навчально-виховної роботи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бодалёв А.А. Психология общения : Изб. психол. тр. / А. А. Бодалёв. - 2-е изд. - М.: Моск. психолого-соц. ин-т; Воронеж : НПО «МОДЭК», 2002. - 256 с.
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. Євдокімова О.О. Програма формування психологічної культури студентів [Електронний ресурс] Режим доступу : http://referatu.net.ua/newreferats/27/187081. – Назва з титул. екрану.
5. Зубра А.С. Педагогические основы формирования культуры личности студентов высшей школы: автореф. дис. доктора пед. наук / Зубра Александр Сергеевич. - Минск, 1996. - 35 с.
6. Климов Е.А. Психология профессионала / Е.А. Климов. - М.: Ин-т практ. психологии; Воронеж : ППО «МОДЭК», 1996. -400 с.
7. Колмогорова Л.С. Становление психологической культуры личности как ориентир современного образования [Электронный ресурс] // Журнал «Педагог». – 1998. – № 3. – Режим доступа: http://sci.informika.ru/text/magaz/pedagog/pedagog_3/at14.html. – Название с титул. экрана.
8. Мотков О.И. Психология самопознания личности: Практическое пособие / О.И. Мотков. - М.: Педагогика, 1993. - 96 с.
9. 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.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА СТУДЕНТА КАК ОДИН ИЗ ВАЖНЫХ КОМПОНЕНТОВ ПОДГОТОВКИ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА

Матузаева Н.А.
Киверцовский медицинский колледж

Резюме. *Образовательный процесс предусматривает широкий спектр деятельности, интегрированную и координированную систему всей учебно-воспитательной работы высших учебных заведений. Задачи личностно-профессионального развития будущих специалистов медицинского профиля обязывают преподавателей ещё раз*

THE PSYCHOLOGICAL CULTURE OF THE STUDENT AS ONE OF THE MOST IMPORTANT COMPONENTS OF THE FUTURE SPECIALIST TRAINING

Matuzayeva N.O.
Kivertsi Medical College

Summary. *Educational process provides a wide range of activities as well as an integrated and coordinated system of the educational work of higher educational institutions. The tasks of personal-professional development of future medical specialists oblige teachers to comprehend once again the problem of formation of psychological culture of the student as a professional phenomenon, which is a*

осмыслить проблему формирования психологической культуры студента как профессионального феномена, который является своеобразной необходимой составляющей квалификации современного специалиста. Именно поэтому актуальными остаются поиски проявлений психологической культуры, которая учитывала бы современные культурно-исторические реалии и могла быть эффективно использована в сфере высшей школы.

Ключевые слова: *психологическая культура, профессиональная компетентность, личностное самоопределение, профессиональное самоопределение, саморегуляция, самореализация.*

necessary component of the qualifications of the modern specialist. That's why the searches of the manifestations of psychological culture that would take into account the modern cultural and historical realities and could be effectively used in the field of higher education remain relevant.

Keywords: *psychological culture, professional competence, personal self-determination, professional self-determination, self-regulation, self-actualization.*

МАГІСТР медсестринства

УДК 374.7:811.162.1

З ДОСВІДУ НАВЧАННЯ ПОЛЬСЬКОЇ МОВИ ДОРОСЛИХ

Місяць Н.
Житомирський державний університет імені Івана Франка

Резюме. *В умовах нової парадигми відносин між Україною та Польщею активізувались різні форми вивчення польської мови не тільки етнічними поляками, а й українцями, представниками інших національностей, не тільки школярами та студентами, а й людьми старшого віку. Стаття представляє досвід навчання польської мови дорослих, що ґрунтується на використанні лінгвістичних компетентностей тих, хто навчається.*

Сучасна педагогічна наука чітко розмежовує поняття «компетенція» та «компетентність», які характеризуються динамічністю, що вимагає постійного навчання, оновлення і розвитку компетентностей. У сучасному світі навчання не закінчується ніколи, а трансформується у постградуальне, яке охоплює дорослу частину суспільства.

В Україні у дорослих осіб, які починають вивчати польську мову, є позитивне підґрунтя для використання лінгвістичних компетентностей на усіх рівнях мови. Їх навчання слід будувати за принципом компетентісного підходу, тобто з урахуванням лінгвістичних компетентностей слухачів, що вимагає обізнаності викладача з компаративними дослідженням української та польської мов.

Лінгвістична компетентність на лексичному та семантичному рівнях може використовуватися для тлумачення слів, засвоєння фонетико-графічної та граматичної систем і орфографії польської мови, а її корекція сприяє запобіганню інтерферентних помилок.

Висновки. Особливості представленого досвіду навчання польської мови дорослих полягають у використанні компетентісного та структурного підходів до процесу навчання другої мови на усіх рівнях мови (фонетико-графічному, орфографічному, лексико-семантичному, граматичному тощо). Структурування навчальних одиниць значно оптимізує процес навчання дорослих, під час занять сприяє активізації розумової діяльності, інтерактивній взаємодії, формує багатогранну лінгвістичну особистість.

Ключові слова*: досвід, навчання дорослих, компетенція, компетентність, зона транспозиції та інтерференції, структурний підхід.*

Постановка проблеми та актуальність дослідження. Нова парадигма відносин між Україною та Польщею, що склалася на кінець XX століття, засвідчила радикальна зміна на краще у ставленні українців до поляків, оскільки поляки вітали державотворення українців, сприяли йому, підтримали прагнення України увійти в європейське співтовариство. В Україні була закладена законодавча база нової національно-мовної концепції, про що свідчить ряд документів, серед яких Декларація прав національностей України 1 листопада 1991 р., Закон про освіту, Закон про громадянство, Закон про свободу совісті і релігійні організації, Тимчасове положення про недільну школу національних меншин в Україні тощо. Усе це сприяло стрімкому зростанню інтересу до Польщі в українському середовищі. Активізувались різні форми вивчення польської мови (навчальний предмет в загальноосвітніх школах, факультативи, заняття у суботніх та недільних школах, курси при польських культурно-освітніх товариствах та парафіях, тренінги, приватні уроки тощо). Польську мову активно почали вивчати не тільки етнічні поляки, а й українці та представники інших національностей, не тільки школярі та студенти, а й люди старшого віку. **Метою** статті є узагальнення та висвітлення досвіду навчання польської мови дорослих

осіб. Головною освітньою ідеєю цього досвіду є використання лінгвістичних компетентностей тих, хто навчається.

Виклад основного матеріалу. Сучасна педагогічна наука чітко розмежовує поняття «компетенція» та «компетентність» [4], розуміючи під компетенцією задані нормативні вимоги, а під компетентністю – вже сформовані особистісні якості та наявний досвід, які продовжують розвиватися і удосконалюватися. У документах про критерії оцінювання досягнень в системі загальної середньої освіти України [1] компетенції визначаються, як загальна здатність, що базується на знаннях, досвіді, цінностях, набутих у навчанні. У працях зарубіжних вчених Р. Дж. Стернберга та Дж. Б. Форсайта компетентністю називають володіння компетенцією. Важливо зазначити, що і компетенція, і компетентність характеризуються динамічністю: кожні п'ять років компетенції оновлюються, зумовлюючи оновлення компетентностей. Саме це ставить будь-якого фахівця та й будь-якого члена суспільства взагалі перед невідворотністю постійного навчання, вимагає оновлення і розвитку його компетентностей. Сучасний світ визнає, що справжнє навчання не закінчується ніколи, воно набуває розвитку, трансформуючись у постградуальне навчання, яке реалізується у різноманітних формах (друга освіта, тематичні курси, тренінги, стажування з отриманням сертифікатів, самоосвіта тощо) і охоплює дорослу частину суспільства.

В Україні дорослі особи, які починають вивчати польську мову, є носіями української, а нерідко також російської мов. Ці три мови належать до слов'янських і характеризуються структурно-семантичною близькістю, мають у своєму складі значну кількість однокореневих лексем, їхні граматичні системи також багато у чому подібні. Крім того, коли дорослі особи були школярами, вони вивчали одну з германських або романських мов (рідше дві) і тому знайомі з латиницею, призвичаєні до користування нею, що важливо для вивчення польської мови, оскільки саме латиниця складає основу польської графіки. Усе перераховане вище створює позитивне підґрунтя для використання лінгвістичних компетентностей дорослих на усіх рівнях мови, сприяє оптимізації процесу навчання польської мови.

Вивчення польської мови у дорослій аудиторії (зазвичай це курси з більшою або меншою кількістю слухачів у групах) починається зі вступного заняття, на якому слухачам репрезентуються загальні відомості про Польщу, а саме:

- місце Польщі на сучасній політичній мапі Європи;
- сучасна державна атрибутика Польщі (герб, гімн, прапор);
- географічна мапа Польщі (ріки, гори, найбільші міста тощо);
- участь Польщі в світовому цивілізаційному процесі (діячі науки і техніки, культури і мистецтва, у тому числі лауреати Нобелівської премії та папа римський);
- основні віхи боротьби за незалежність Польщі (постаті Ярослава Домбровського, Юзефа Пілсудського, Леха Валенси та інш.);
- позиція сучасної Польщі в об'єднаній Європі.

Мова розповіді адаптується до аудиторії (використовуються короткі речення, прості за будовою конструкції, дещо уповільнений темп мовлення), а сама розповідь супроводжується відеорядом і звукозаписом (презентація з анімацією, фрагменти відеороликів тощо), в окремих випадках подаються короткі коментарі українською мовою.

Вже на цьому етапі викладач прагне надати процесу навчання інтерактивного характеру, тобто будує його на основі спілкування та взаємодії за допомогою інтерактивних технологій, методів та форм організації навчальної діяльності. Наш досвід проведення таких занять засвідчує активність слухачів, їх швидку адаптацію

до умов навчальної роботи, виникнення в аудиторії атмосфери розкутості, взаємодії та доброзичливості. Наприклад, у певні моменти заняття слухачі розглядають фото та малюнки у журналах, книжках, альбомах і вперше називають зображене польською мовою, використовуючи модель «*To jest ...*», наприклад: *To jest Wisła. To jest godło Polski. To jest Józef Pilsudski* тощо. При цьому застосовується принцип множинного вибору. Так, про зображення можна сказати: *To jest Polska* або *To jest mapa Polski*, *To jest pomnik* або *To jest Mikołaj Kopernik*. Це дає змогу усім слухачам включитися в інтеракцію, використовуючи свої компетентності.

Викладач, який працює з дорослими, має бути добре підготовленим для роботи, побудованої за принципом компетентісного підходу, тобто з урахуванням лінгвістичних компетентностей слухачів. Ця підготовка включає обізнаність з компаративними дослідженням української та польської мов на усіх рівнях (лексико-семантичному, фонетико-графічному, морфемно-словотворчому, граматичному) [2]. Слід знати, що подібне в українській та польській мовах входить у зону транспозиції і утворює підґрунтя для використання компетентностей, а те, що не збігається у мовах або становить специфіку кожної з них, входить до зони інтерференції, гальмує процес засвоєння другої мови, унеможливлює використання компетентностей, спричиняє помилки у мовленні. Зокрема, у польській та українській мовах до подібного (зона транспозиції) можна віднести систему частин мови, явища синонімії, антонімії, паронімії та омонімії, типи речень за інтонацією, метою, будовою тощо. Тому вивчення такого матеріалу на основі лінгвістичних компетентностей слухачів сприятиме ефективності його засвоєння та активності використання у мовленні. До зони інтерференції входить, зокрема, вимова м'яких шиплячих, міжмовні омоніми, граматичні форми, зумовлені категорією чоловічої особи (mos. / nie mos.) і под. Вивчення такого матеріалу вимагатиме більшої уваги, ретельнішого відпрацювання, що стане запобіжником інтерференції.

Найбільш переконливо лінгвістична компетентність слухачів курсів виявляє себе на лексичному рівні. Будь-хто з українців, коли чує польську мову, в цілому розуміє її. На це звертали увагу вчені та письменники. Так, мовознавець А. Мейе зазначав, що мовна єдність слов'ян повсюдно кидається в вічі. Про це відомий польський письменник Ян Парандовський у книзі «Алхімія слова» зазначав: «Хто мандрував сторінками етимологічного словника польської мови Олександра Брюкнера, на кожній сторінці зустрічав слова, що належать загальнослов'янської спадщини. Перенесені з епохи спільності слов'янських племен… ці слова, іноді навіть не змінившись у звучанні, є головним кістяком нашої мови і складають одну чверть слів нашого повсякденного мовлення» [5]. Саме цим можна, зокрема, пояснити швидке засвоєння польської лексики та поповнення словника при вивченні польської мови дорослими українцями, адже для значної кількості слів польської мови вони легко знаходять відповідники у рідній мові, наприклад: *żyć – жити, wielki – великий, dom – дім, banan – банан, pomidor – помідор, kasztan – каштан, jechać – їхати* та багато інших. Наш досвід переконує, що саме спільний фонд польської та української мов складає лінгвістичне підґрунтя компетентностей на лексичному рівні, забезпечує українцям адекватне сприйняття польських текстів, особливо на слух.

Лінгвістична компетентність на лексичному та семантичному рівнях може з успіхом використовуватися у навчальному процесі для тлумачення слів. Наведемо декілька прикладів: польське слово *ćwicienie* (укр. *вправа*) однокореневе з українським *досвідчений, досвід. Л*юдина, яка робить багато *вправ*, стає *вправною*, *досвідченою*, набуває *досвіду* (пол. *doświadczenie*). Польське слово *bezzwłoczny*

має значення *терміновий, негайний*, такий, що *не терпить зволікання, без зволікання.* Польське слово *apelować* цілком зрозуміле, оскільки є інтернаціоналізмом, запозиченим з французької мови (*apel* – звати, звертатися); *апелювати* – звертатися з метою перегляду справи. Польське слово *akurat* означає *точно*. В українській мові *акуратним* називають людину, яка усе робить ретельно, *точно*. Корінь польського слова *buńczuczny* в українській мові присутній у слові *бундючний* (*пихатий*, *чванькуватий*, *принда*) та похідному від нього *набундючитися*. Польське слово *boleć* (укр. сумувати з приводу горя від втрати людини) відповідає російському *соболезновать*. Польським словом szczegół називають *особливість*, а у російській мові *щеголем* називають людину, яка приділяє *особливу* увагу одягу, манерам поведінки. Польське слово sprawdzić означає *перевірити*, тобто пересвідчитись у *правді*, звіритись із *правдою*. Подібних прикладів значна кількість.

Лінгвістична компетентність на фонетичному та графічному рівнях може бути активно використана при вивченні польського алфавіту. Слухачам пропонується подивитися на плакат, що має подвійну назву «Abecadło» і «Alfabet». Далі організується спостереження. Перше, що вони помічають, це латиниця. Латинські літери їм знайомі. Викладач звертає увагу на перші чотири літери алфавіту (**A, B, C, D**), вони й складають назву **Abecad**ło. Назву **Alfabet** слухачі пояснюють самі, спираючись на компетентності (перші літери латинського алфавіту **альфа**, **бет**а; український алфавіт **Аб**етка теж названий за першими літерами **а, бе**). Далі увага звертається на те, що на плакаті деякі літери розміщенні в червоному та зеленому віконечках. У червоних віконечках три літери (ą, ę, ł). Викладач пояснює особливість літер *ą, ę* (вони ніколи не починають слів), одразу ж слухачі розкривають різні польські словники (тлумачний, орфографічний, фразеологічний, економічний, філософський тощо) і переконуються у цьому. Другою ознакою цих літер є особливі звуки, які вони позначають. Це носові голосні, що відсутні в українській мові. Уявлення про специфічні польські носові звуки *ą, ę* можна сформувати у слухачів, описуючи їх артикуляцію у польській мові (рух язика по горизонталі та вертикалі, рух повітряного потоку через ніс) або використовуючи компетентності з французької мови, де такі звуки є, слухачі їх вміють вимовляти. Засвоєнню найбільш специфічного польського звуку [ł] можуть слугувати артикуляційна база української мови та фонетичні компетентності українців. Викладач пояснює артикуляційні дії (слухачі їх здійснюють): губи витягуються вперед, як для українського [у], а вимовляється [в], у результаті виходить нескладовий [Ў], що зустрічається в деяких українських діалектах, а у польській мові виходить [ł]. Далі відпрацьовуються літери у зелених віконечках (*ć, ń, ó, ś, ź, ż*). Тут польська мова використовує латинські літери з додаванням діакритичних знаків (*kreska, kropka*). Вони позначають м'які приголосні звуки (окрім *ó*, яким позначається голосний [у] та *ż* для позначення твердого приголосного [ж]). Польські м'які приголосні звуки [ć], [ś], [ź] тільки частково схожі з українськими, їх артикуляція потребує корекції компетентностей слухачів курсів. Відпрацьовуючи артикуляцію польських м'яких звуків, викладач попереджає, що їх не слід плутати з українськими м'яким звуками [*ц'*], [*с'*], [*з'*], адже при вимові українських м'яких звуків губи витягуються, як для посмішки, а при вимові польських м'яких губи округлюються, як для звука [о]. Слухачам дається практична порада: вимовляйте польські [ć], [ś], [ź] «на О», а не «на посмішці». Усвідомленню дорослими українцями звукової природи польських дифтонгів *dz, dż, dź* допомагають лінгвістичні компетентності, сформовані при вивченні української мови (дифтонги

української мови *дж* та *дз* :*джерело, сиджу, дзенькнути, дзиґа, кукурудза, дзбан*.

Лінгвістична компетентність дорослих відіграє надзвичайно активну роль при формуванні деяких норм польської орфографії. Наведемо декілька прикладів. При засвоєнні правопису літер **ó – u** увага звертається на те, що в українських словах, однокореневих з польськими, на місці **ó** пишуться літери ***o, e, i*** (*r**ó**g – p**i**г*, or**ó**g*ek – ог**і**рок, kr**ó**tki – кор**о**ткий*). Літера **u** пишеться, коли в однокореневих словах української або російської мови також звучить і пишеться [у] (порівняймо: *sz**u**kać – шукати, **u**lica – вулиця, sm**u**tny – смутний*). Лінгвістичні компетентності, що забезпечені володінням українською мовою, значно полегшують дорослим засвоєння орфографічного правила написання **ż – rz** у польській мові. Можна орієнтуватися на те, що літера **ż** у польській мові позначає звук загальнослов'янського походження, йому в однокореневих українських словах відповідають звуки [ж], [з], [с] (порівняймо: *żona – **ж**інка, żelazny – **з**алізний, ryż – рис)*. При засвоєнні орфограми „Pisownia ch – h" курсанти враховують, що в однокореневих польських і українських словах польському **ch** відповідає українське **х,** а польському **h –** відповідно українське **г** (порівняймо: ***ch**usteczka – **х**усточка, te**ch** – мо**х**, **h**iacynt – **г**іацинт, **h**ymn – **г**імн*). Виконання спеціально дібраних вправ привчає дорослих включати лінгвістичну компетентність на фонетико-графічному та орфографічному рівнях.

При вивченні граматики, враховуючи лінгвістичну компетентність слухачів курсів, викладач приділяє увагу співвідношенню польських та українських термінів, чим значно активізує пізнавальну діяльність і полегшує засвоєння польської мови. 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 граматичних категорій цієї частини мови – категорію *часу;* термін *przysłówek* за будовою схожий на термін *прислівник*.

Спираючись на лінгвістичну компетентність, дорослі легко засвоюються назви родів у польській мові (żęński – укр. *жіночий*), (*męski* – рос. *мужской*). Термін (*nijaki*) для середнього роду у їх свідомості наближається до нетермінологічного виразу (це не чоловічий і не жіночий, тобто *ніякий*). Назви минулого і майбутнього часів дієслова у польській мові розрізняються лише одним звуком (*prz**e**szły – prz**y**szły*). Залучення компетентності студентів полегшує сприйняття та засвоєння цих граматичних термінів. Термін *przeszły* починається з *prze*, якому в українській мові відповідає *пре* (рос. *пере*). Відповідно до цього *przeszły* – це такий, що *перейшов*, минув, тобто минулий час. Термін *przyszły* починається з *przy,* якому в українській мові відповідає *при*, отже *przyszły* – це такий, що *прийде*, настане, має бути, тобто майбутній час.

Складніше врахувати лінгвістичну компетентність, якщо мовний матеріал входить у зону інтерференції (це те, що у польській та українській мовах не збігається або є специфічним для польської мови). На лексичному рівні цю зону утворюють лексичні одиниці, які за звучанням збігаються в обох мовах або дуже подібні, однак мають різне семантичне наповнення. За філологічною традицією їх називають «міжмовними омонімами», або образно «підступними друзями перекладача». Наведемо декілька прикладів. Польське слово *wazon* перекладається українською як *ваза,* а за звучанням схоже на *вазон* (пол. *doniczka*), у свою чергу d*oniczka* українцям фонетично нагадує слово *донечка* (пол. *córeczka*). Польське слово *pensja* перекладається українською як *зарплата,* а для українців воно фонетично збігається зі словом *пенсія* (пол. *emyrytura*). Польське слово *szczyt* перекладається українською мовою як

вершина, а українцями воно фонетично пов'язується зі словом *щит* (пол. *tarcza*). Польське слово *dzierżawa* перекладається як *оренда*, а в українській мові воно схоже за звучанням на слово *держава* (пол. *państwo*). Польське слово *portfel* перекладається як *гаманець,* а в українській мові воно схоже на слово *портфель* (пол. *teka*). Польське слово *czaszka* перекладається як *череп,* а в українській мові воно збігається у звучанні зі словом *чашка* – посуд для пиття чаю, кави (пол. *filiżanka*).

Наш банк даних польсько-українських міжмовних омонімів та спостереження за польським мовленням українців дає підстави стверджувати, що на початковому етапі оволодіння польською мовою міжмовні омоніми можуть суттєво утруднювати сприйняття текстів, спричиняти різного роду помилки та недоречності у спілкуванні. Наведемо декілька прикладів. Слухачі курсів почули речення Os*iemnastoletnia Ania otrzymała pierwszą pensję.* Вони дивуються, чому на самому початку трудової діяльності, у вісімнадцять років, дівчина отримала не заробітну плату, а пенсію, на яку йдуть після шістдесяти років. Їм не зрозуміло, як можна повісити *диван* (*Mama powiesiła dywan na płocie),* адже слово *диван* в українській мові означає вид меблів, а у польській – *килим*. Їм дивно, чому розгубився офіціант у ресторані, коли почув від них фразу *Chcemy zrobić zakaz dań.* Буквально польською мовою це звучить так: *Хочемо забороніть страви*. Причиною збентеження офіціанта стало слово *zakaz*, яке у польській мові означає *заборону*. Використовуючи слово *zakaz*, мовці насправді думали, що говорять про *замовлення* (порівняймо: рос. *заказ* – пол. *zamówienie* – укр. *замовлення*).

Запобіганню подібних помилок та корекції лінгвістичної компетентності сприяє самостійна робота над навчально-дослідним проектом «Міжмовна польсько-українська омонімія», при виконанні якого слухачі курсів вибирають зі словників, а потім репрезентують і коментують в аудиторії приклади цього явища. Ця робота активізує поповнення словникового запасу дорослих, попереджає комунікативно значущі помилки. Учасники проекту вносять в нього елементи жартів і драматизації, що надає серйозним заняттям гумору, інтерактивності, перетворює їх на гру, забаву і цим сприяє доброзичливій атмосфері в аудиторії, активізує учасників взаємодії, значно полегшує навчання.

Наш багаторічний досвід навчання польської мови українців переконує у необхідності приділяти особливу увагу граматичній категорії «чоловічої особи», яка відсутня в українській мові. Саме ця категорія у багатьох випадках провокує інтерферентні помилки. Граматична категорія чоловічої особи у польській мові системно пов'язана з утворенням багатьох граматичних форм (множини іменників та прикметників, форм числівників, множини займенників, минулого часу дієслів), вона має неабияку комунікативну значущість. Незнання категорії чоловічої особи може викликати неправильну граматичну форму, яка в свою чергу спричинить неправильне сприйняття змісту усього речення і врешті буде перешкоджати комунікації. Наведемо приклади. Речення *Razem z Olą śpiewaliśmy w chórze* і *Razem z Olą śpiewałyśmy w chórze* несуть суттєво різну інформацію про їх автора. Перше повідомлення робить юнак, а друге – дівчина, про що свідчать граматичні форми минулого часу дієслова: *śpiewa<u>liśmy</u>* (хлопець і його подруга Оля) та *śpiewa<u>łyśmy</u> (*дівчина і її подруга Оля*)*.

Компетентісний підхід до побудови процесу навчання польської мови дорослих органічно доповнюється структурним підходом до навчального матеріалу, який передбачає укрупнення навчальних одиниць. Для кращого усвідомлення категорії чоловічої особи ми пропонуємо дорослим опорний конспект [3], що складається з шести частин:

1) поділ іменників за категорією чоловічої особи;

2) вплив категорії чоловічої особи на вибір форми множини іменників;

3) вплив категорії чоловічої особи на вибір форми множини прикметників;

4) вплив категорії чоловічої особи на вибір форми числівників;

5) вплив категорії чоловічої особи на вибір форми множини займенників;

6) вплив категорії чоловічої особи на вибір форми дієслів минулого часу.

Робота з конспектом при виконанні численних вправ привчає слухачів курсів включати граматичну компетентність. Наведемо два приклади: 1. При вивченні іменника одна з вправ передбачала переклад речень: *Мої сусіди були симпатичними. Мої сусідки були симпатичними. Наші чоловіки були розумними. Наші жінки були розумними.* В українській мові ці речення відрізняються лише лексемами *сусіди – сусідки, чоловіки – жінки,* а у польській мові, окрім цієї різниці, різними будуть також форми займенників, дієслів та прикметників *(Mo**i** sąsiedzi by**li** sympatyczn**i**. Moj**e** siąsiadki by**ły** sympatyczn**e**. Na**si** mężczyźni by**li** rozumn**i**. Na**sze** kobiety **były** rozumn**e**)*. 2. При вивченні прикметника одна з вправ пропонує відповісти на два питання: *Jacy są mężczyźni? Jakie są kobiety?* При виконанні вправи слід утворити відповідні форми прикметників, що подані у формі однини чоловічого роду (*Mężczyźni są weseli, pracowiti... Kodiety są wesołe, pracowite…).*

Під час паузи для перепочинку зі слухачами проводиться невеличкий лінгвістичний експеримент з текстом жартівливої пісеньки „Zdenek Abracham". У тексті йдеться про дії синів, які *siedli, nie jedli, śpiewali.* Пропонуємо уявити, що у Zdeneka Abrachama було семеро не синів, а дочок. Як тоді слід було б сказати про їх дії? (*siadły, nie jadły, śpiewały*). На зміни в тексті вплинула граматична категорія чоловічої особи.

Цікавою і корисною для розвитку граматичної компетентності слухачів є робота зі складання матриці дієслівних форм в українській і польській мовах та їх порівняння. Переважна більшість позицій у матрицях буде однаковою у двох мовах (спосіб – tryb, час – czas, число – liczba, особа – osoba), проте у польській мові матриця дієслова у минулому часі повна (дієслова змінюються за особами, числами і родами), а в українській мові матриця неповна (дієслова змінюються лише за родами і числами і не змінюються за особами). До того ж наявність у польській мові категорії чоловічої особи зумовлює утворення у минулому часі окремих форм для 1 та 2 особи однини (*czytałem – czytałam; czytałeś – czytałaś*) та 1, 2, 3 особи множини (*czytaliśmy – czytałyśmy; czytaliście – czytałyście; czatali – czytały*). Отже, при порівнянні матриць дієслівних форм польської та української мов у матриці української мови будуть виявлені лакуни (відсутність у минулому часі форм 1 та 2 осіб однини та множини, відсутність чоловічо-особових форм у 1,2,3 особах множині). Робота з матрицями дієслівних форм української та польської мов включає лінгвістичну компетентність слухачів курсів на граматичному рівні, активізує навички аналізу і порівняння, попереджає помилки в польському мовленні.

Висновки. Підсумовуючи аналіз нашого досвіду навчання польської мови дорослих, можна відмітити його особливості, які полягають на використанні компетентісного та структурного підходів до процесу навчання другої мови. Використання лінгвістичних компетентностей можливе на усіх рівнях мови (фонетико-графічному, орфографічному, лексико-семантичному, граматичному тощо). Включення лінгвістичних компетентностей дорослих, а також укрупнення навчальних одиниць значно оптимізує процес навчання польської мови дорослих, сприяє активізації їх розумової діяльності під час занять, інтерактивній взаємодії, формує багатогранну лінгвістичну особистість.

ЛІТЕРАТУРА

1. Загальні критерії оцінювання навчальних досягнень у системі загальної середньої освіти // Інформаційний збірник Міністерства освіти України. – 2000. – № 19. – С. 28 – 32.
2. Кононенко В.І., Кононенко І.В. Контрастивна граматика української та польської мов: Навч. посіб. – К.: Вища шк., 2006. – 391 с.
3. Місяць Н.К. Польська мова для українців: Навчальний посібник. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім.. І. Франка, 2006. - С. 66 - 68.
4. Словник-довідник з методики української мови / [Н. М. Захлюпана, І. М. Кочан]. – Львів: Видавничий центр ЛНУ ім. І. Франка, 2002. – 250 с.
5. Ян Парандовский. Алхимия слова: Пер. с польского /Сост. и вступ. ст. С. Бэлзы. – М., 1990. – с. 141.

ИЗ ОПЫТА ОБУЧЕНИЯ ПОЛЬСКОМУ ЯЗЫКУ ВЗРОСЛЫХ

Месяц Н.
Житомирский государственный университет имени Ивана Франко

Резюме. *В условиях новой парадигмы отношений между Украиной и Польшей активизировались разные формы изучения польского языка не только этничными поляками, но и украинцами, представителями других национальностей, не только школьниками и студентами, но также людьми старшего возраста. В статье представлен опыт обучения польскому языку взрослых, который основывается на использовании лингвистических компетентностей тех, кто обучается.*

Современная педагогическая наука четко разграничивает понятия «компетенция» и «компетентность», которые характеризуются динамикой, что требует постоянного обучения, обновления компетентностей. В современном мире обучение не заканчивается никогда, а трансформируется в постградуальное, которое охватывает взрослую часть общества.

В Украине у взрослых, которые начинают изучать польский язык, есть положительная основа для использования лингвистических компетентностей на всех уровнях языка. Их обучение следует строить на основе компетентностного подхода, то есть с учётом лингвистических компетентностей обучаемых, что требует

EMPIRICAL NOTES ON TEACHING POLISH TO ADULTS

Mesyats N.
Zhytomyr State Ivan Franko University

Summary. *A new paradigm of the Ukrainian-Polish relations environment brought to the fore various forms of learning Polish not only by ethnic Poles, but by Ukrainians, representatives of other nationalities; not only by schoolchildren and students but by adults as well. The article highlights the experience gained during teaching Polish to adults and it is based on involving learner' linguistic competences.*

Modern pedagogics unambiguously differentiates the notions of "competence" and "competency", both characterized by dynamics that requires continuous education and competency upgrade. In modern world education is a never-ending process that transforms into a post gradual one embracing adult population.

In Ukraine adults who start learning Polish have a positive ground for using their competencies at all language levels. The teaching process should be based on the competency approach which means taking into account learners' competencies necessitating teachers' knowledge of Ukrainian and Polish comparative researches.

Lexical competency at lexical and semantic levels can be used for interpreting words, mastering Polish phonetic and graphic system and its orthography. Its correction

осведомленности преподавателя с компаративными исследованиями украинского и польского языков.

Лингвистичебская компетентность на лексическом и семантическом уровнях может использоваться для объяснения слов, усвоения фонетико-графической системы и орфографии польского языка, а её коррекция содействует предупреждению интерферентных ошибок.

***Выводы**. Особенности представленного опыта обучения польскому языку взрослых состоят в использовании компетентностного и структурного подходов к процессу обучения второму языку на всех уровнях языка (фонетико-графическом, орфографическом, лексико-семантическом, грамматическом и др.) Структурирование учебных единиц значительно оптимизирует процесс обучения взрослых, содействует активизации умственной деятельности во время занятий, интерактивному взаимодействию, формирует многогранную лингвистическую личность.*

***Ключевые слова**: опыт, обучение взрослых, компетентность, компетенция, зона транспозиции и интерференции, структурный подход.*

facilitates interference-caused mistakes prevention.

***Conclusions**. Peculiarities of the given experience in teaching adults Polish lie in employing competency- and structural approaches to the second- language teaching at all language levels (phonetic and graphic, orthographic, lexico-semantic, grammar, etc.). Well-structured educational materials will considerably optimize adults' teaching process ,will boost brainwork during studies and promote interaction; will form many-sided linguistic personality.*

***Key words**: experience, teaching adults, competency, competence, transposition and interference zone, structural approach.*

МАГІСТР медсестринства

УДК 613.71-057.875

ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Чупракова І. Є.,Павленко Т. В.
КВНЗ «Бердичівський медичний коледж»

Резюме. *Незадовільний стан здоров'я сучасної молоді і зневажливе ставлення до основних норм здорового способу життя породжує загальнонаціональну проблему. Вона виливається в різке зменшення чисельності населення країни, зниження загального рівня фізичного і психічного здоров'я нації. В сучасних умовах одним з ефективних і доступних засобів профілактики захворюваності, підвищення розумової і фізичної працездатності, проведення дозвілля молоді є фізична культура. Для сучасних навчальних закладів вкрай актуальним постає питання формування у молоді культури збереження власного здоров'я та ведення здорового способу життя. Тому актуальність досліджуваної проблеми, її недостатня теоретична і практична розробленість зумовили вибір даної теми. Метою роботи є виявлення і дослідження взаємозв'язків, взаємовпливу засобів фізичної культури на організм факторів впливу (позитивних і негативних) на здоров'я молоді й теоретичне обґрунтування системи формування здоров'я молоді. Принцип оздоровчої спрямованості фізичної культури полягає в організації фізичного виховання, таким чином, щоб вони сприяли профілактиці захворювань молоді, зміцненню їх здоров'я. В ході фізичного виховання слід забезпечувати таке поєднання роз'яснювальної, виховної роботи і різних форм практичних занять фізичними вправами, при якому фізична культура стає усвідомленим обов'язковим компонентом режиму для студентів. В навчальному закладі система занять студентів фізкультурою і спортом здійснюється такими взаємопов'язаними між собою формами: навчальні заняття та позаучбові заняття. Всі форми фізкультурно-оздоровчих занять, які проводяться в процесі навчальної і поза навчальної роботи повинні відповідати головній вимозі – всемірно сприяти залучення кожного студента до щоденних самостійних занять фізкультурою і спортом. Отже, оздоровча фізична культура є важливим засобом підвищення соціальної і рухової активності студентів, задоволення її моральних, естетичних та творчих запитів. Основними напрямами впровадження фізичної культури є фізкультурно-оздоровча діяльність, фізичне виховання та розвиток масового фізкультурно – спортивного руху. Специфічною основою змісту фізичної культури є раціональна рухова активність людини.*

Ключові слова: *здоров'я, фізична, культура, спосіб, життя, молодь.*

Актуальність. На сьогодні стан здоров'я молоді України є вкрай незадовільним, а сама проблема охорони здоров'я позначена як найгостріша соціальна проблема України. І цьому є достатні підстави. Надто високою (у порівнянні з економічно розвиненими країнами світу) в Україні є передчасна смертність населення; помітним є високий рівень захворюваності населення на тлі значного поширення чинників ризику захворювання, зокрема, тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків; підвищений рівень захворюваності серед малозабезпечених сімей; поширення епідемій туберкульозу і ВІЛ-інфекції/СНІДу. Досить поширеними є серцево-судинні захворювання.

Формування культури зміцнення здоров'я студентів постає як завдання, без вирішення якого суспільство може понести досить помітні й невідтворні втрати людського потенціалу, що поза всяким сумнівом негативно позначиться на виробничій інфраструктурі, добробуті, якості життя та культурі. Аналіз цієї

проблематики є актуальним, тому що здоров'я належить до першочергових, непересічних цінностей людини. Збереження здоров'я, дотримання здорового способу життя вважається найбільш вагомою нормою загальної культури людини цивілізованого суспільства.

Вивчення практики показує, що переважна більшість сучасних студентів культуру здорового способу життя сприймають досить помірковано, якщо й взагалі не скептично. Соціологічні обстеження засвідчують, що категорія «здоров'я» знаходиться далеко на периферії їх суспільних цінностей. Усім своїм способом життя сучасна молодь скоріш демонструє зневагу до свого здоров'я. Проведення педагогічних досліджень, формування на цій основі ідеологічних та психологічних установок, загальної культури особистості й здорового способу життя є завданням актуальним і невідкладним. Стан здоров'я молоді сучасної України має тенденцію до погіршення. Це обумовлюється посиленням негативних впливів екологічних, економічних, соціальних та інших чинників. В сучасних умовах одним з ефективних і доступних засобів профілактики захворюваності, підвищення розумової і фізичної працездатності, проведення дозвілля студентів є фізична культура.[1, 2, 4, 5, 6].

Встановлено, що однією з причин різноманітних відхилень у фізичному розвитку і стані здоров'я студентів є недостатня рухова активність, об'єм якої з кожним роком зменшується. Заняття фізичної культури компенсують необхідний для студентів об'єм рухової активності лише на 11 – 13 %.

Природна потреба людини в рухах починає помітно знижуватися на перших курсах, а на старших курсах все більша кількість студентів не бажає займатися фізичною культурою. Тому, дуже важливо своєчасно сформувати у студентів потребу в систематичній фізичній активності. Найсприятливішим для цього вважається підлітковий вік, оскільки в цьому віці відбуваються значні зміни у фізичному і психічному розвитку людини, закладаються основи здоров'я, формуються майбутні звички, погляди на життя, інтереси, риси вдачі і свідомість. Багатьма науковими дослідженнями підтверджено той факт, що загальна рухова активність підлітків зі вступом до коледжу знижується в декілька разів [4, 5].

Аналіз досліджень та публікацій, результати багатьох медико-педагогічних експертиз свідчать про край небезпечну ситуацію із здоров'ям молоді. Зростання багатьох хронічних захворювань найчастіше пов'язують з недостатністю рухової активності людини в режимі традиційно організованої форми навчально-виховного процесу [1, 2, 3].

Для сучасних навчальних закладів вкрай актуальним постає питання формування у молоді культури збереження власного здоров'я та ведення здорового способу життя. Тому актуальність досліджуваної проблеми, її недостатня теоретична і практична розробленість зумовили вибір даної теми.

Мета, завдання роботи.

Метою роботи є виявлення і дослідження взаємозв'язків , взаємовпливу засобів фізичної культури на організм, факторів впливу(позитивних і негативних) на здоров'я студентів в сучасній Україні, теоретичному обґрунтуванні системи формування культури здоров'я студентів.

Методи дослідження.

Для вирішення поставлених завдань були використані наступні методи:

1. аналіз і узагальнення науково – ме5тодичної літератури з теми дослідження;
2. соціологічне дослідження (анкетування);
3. статистична обробка отриманих даних.

Результати дослідження.

У результаті проведеного дослідження виявлено , що незадовільний

стан здоров'я сучасної молоді , зневажливе ставлення більшості з них до основних норм здорового способу життя , породжує загальнонаціональну проблему , що виливається в різке зменшення чисельності населення країни, зниження загального рівня фізичного і психічного здоров'я нації; доведено, що головною причиною останнього є загальна невизначеність і недостатня авторитетність культури здорового способу життя , відсутність установки і мотивації на здоров'я як суспільну та індивідуальну цінність; обґрунтовано, що формування та впровадження культури здорового способу життя вимагає проведення комплексних цільових досліджень причин існуючого стану речей у сучасному середовищі, підвищення рівня знань студентів, щодо особливостей формування , збереження і зміцнення здоров'я та здорового способу життя. Теоретично обґрунтовано педагогічні умови вдосконалення культури зміцнення здоров'я студентів, доведено, що реалізація системних заходів та їх позитивний результат у формуванні культури здорового способу життя може бути досягнутим тільки на основі глибокої взаємодоповнюючої взаємодії освіти, діяльності медичних закладів. [6,7, 8].

В цьому плані на фізичну культуру студентів слід покладатись не тільки як заняття руховими вправами і процедурами загартовування. Поняття «фізична культура» включає ще і широкий круг розумінь, які відносяться до занять про правильний режим раціонального харчування, дотримання правил гігієни, вироблення корисних звичок, тощо. Можна сказати, що фізична культура студента – це принцип його відношення до свого здоров'я, до розвитку і збереженню можливостей свого організму. На основі цього принципу будується повсякденне життя молоді, дякуючи фізичній культурі являється складовою частиною загальної культури. Завдання із зміцнення здоров'я вирішуються у процесі фізичного виховання на основі вдосконалення властивих кожній людині фізичних якостей, особливо тих, розвиток яких призводить до піднесення загального рівня функціональних можливостей організму. Принцип оздоровчої спрямованості фізичної культури полягає в організації фізичного виховання, і зокрема занять фізичними вправами, таким чином, щоб вони сприяли профілактиці захворювань студентів, зміцненню їх здоров'я. В ході фізичного виховання слід забезпечувати таке поєднання роз'яснювальної, виховної роботи і різних форм практичних занять фізичними вправами, при якому фізична культура стає усвідомленим обов'язковим компонентом режиму для студента.

Система занять студентів фізкультурою і спортом включає такі пов'язані між собою форми:

- навчальні заняття (практичні, індивідуальні заняття; консультації).
- позаучбові заняття (заняття у фізкультурно-оздоровчих центрах, групах за інтересами, секціях; самостійних занять фізичними вправами; масових оздоровчих, фізкультурних і спортивних заходів; занять в продовж дня по забезпеченню працездатності, після навчального відновлення, психорегуляції, корекції).

Систематичні заняття фізкультурою позитивно впливають на фізичний розвиток студентів, спонукають дотримуватися правильного режиму і вимог гігієни. Заняття з фізичного виховання є основною формою фізичного виховання студентів [1] . Заняття повинні активно сприяти успішному здійсненню навчальної і позаучбової роботи з фізичного виховання, формуванню в студентів інтересу і звички до занять фізичними вправами в повсякденному житті. Необхідно підвищувати вплив занять фізкультурою на вдосконалення інших форм фізичного виховання . Відомо, що навіть при якісному проведенні занять їх безпосередній вплив на фізичний розвиток студентів недостатній. Науковими дослідженнями встановлено,

що заняття з фізичної культури забезпечує в середньому лише 11% рухової активності студента. У зв'язку з цим, необхідно збагачувати і правильно поєднувати різні форми фізичного виховання студентів і фізкультурно-оздоровчої роботи.

Спрямованість навчальної і поза навчальної роботи фізичної культури на масове охоплення студентів систематичними заняттями фізичною культурою і спортом великою мірою сприяє зміцненню здоров'я, підвищенню рівня їх фізичної і розумової працездатності. Всі форми фізкультурно-оздоровчих і спортивних занять, які проводяться в процесі навчальної та поза навчальної роботи, повинні відповідати головній вимозі – всемірно сприяти залученню кожного студента до щоденних самостійних занять фізкультурою і спортом. Здоров'я людини також великою мірою залежить від обсягу її знань та практичних умінь у використанні оздоровчих сил природи (в тому числі й холоду) для зміцнення здоров'я й профілактики захворювань Свідоме застосування загартовуючих процедур потребує від людини певного рівня фізичної культури. Вона формується в студентів протягом усіх років навчання в навчальному закладі шляхом роз'яснювання, переконання, організації їх практичної діяльності на заняттях в навчальний і поза навчальний час [5,6].

Висновки та перспективи подальших досліджень. Незадовільний стан здоров'я сучасної молоді, зневажливе ставлення більшості з них до основних норм здорового способу життя, породжує загальнонаціональну проблему, що виливається в різке зменшення чисельності населення країни, зниження загального рівня фізичного і психічного здоров'я нації. Отже, оздоровча фізична культура є важливим засобом підвищення соціальної і трудової активності людини, задоволення її моральних, естетичних та творчих запитів, життєво важливої потреби взаємного спілкування. Основними напрямами впровадження фізичної культури є фізкультурно-оздоровча діяльність,фізичне виховання та розвиток масового фізкультурно-спортивного руху. Специфічною основою змісту фізичної культури як особливої і самостійної галузі культури є раціональна рухова активність людини як фактор її підготовки до життєдіяльності через оптимізацію фізичного стану. Формування та впровадження культури здорового способу життя вимагає проведення комплексних цільових досліджень причин існуючого стану речей у сучасному студентському середовищі, підвищення рівня знань студентів щодо особливостей формування, збереження та зміцнення здоров'я та здорового способу життя.

Подальші дослідження передбачається провести в напрямку вивчення інших проблем формування навичок здорового способу життя засобами оздоровчої фізичної культури.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України Про фізичну культуру і спорт. Зібрання законодавства України. Звід законів України. – К.; Укр-й інформаційно – правовий центр, 200.-№ 3.- с 66-97.
2. Баєва Т. Формування здорового способу життя в особистісно- орієнтованому виховному процесі життя / Т. Баєва // Соціально- педагогічні проблеми сучасної середньої та вищої освіти в Україні. – Житомир : ЖДПУ, 2002. – С. 172–173.
3. Бальсевич В.К. Физическая культура для всех и каждого/ В.К.Бальсевич.-М.: Физкультура и спорт. 1988. – 202 с.
4. Ведмеденко Б.Ф. Теоретичні основи і практика виховання молоді засобами фізичної культури / Б.Ф. Ведмеденко.- Київ 1993.- 33с.
5. Петровская Е.К. Здоровий образ жизни Е.К. Петровстая физическая культура в школе,1995.-№2.-С.74

6. Демінська Л.О. Оздоровча фізична культура в системі в системі загальноосвітньої школи / Л.О. Демінська //Педагогіка ,психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту:наукова монографія за ред..проф.Єрмакова С.С – Харків: ХДАДМ (ХХПІ),2006-№10 .- С.90-92

7. Козленко Н.А. Школьникам в привичку заниматься физкультурой / Н.А. Козленко.- Київ: Радянська школа , 1985.- С.87-88

8. Шиян Б.М. Теорія і методика фізичного виховання школярів .- Ч.1 / Б. М. Шиян. –Тернопіль: Начальна книга – Богдан, 2010. – 62с.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ С ПОМОЩЬЮ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Чупракова И.Е .,Павленко Т.В.
КВУЗ «Бердичевский медецынский коледж»

Резюме: *Неудовлетворительное состояние здоровья современной молодежи и пренебрежительное отношение к основным нормам здорового образу жизни порождает общенациональную проблему. Она выливается в резкое уменьшение численности населения страны, снижение общего уровня физического и психического здоровья нации.*

В современных условиях одним из эфективных и доступных средств профилактики заболеваемости, повышения умственной и физической работоспособности, проведение свободного времени молодежи является физическая культура.

Для современных учебных заведений актуальным становится вопрос формирования у молодежи культуры сохранения собственного здоровья и ведения здорового образа жизни. Поэтому актуальность исследовательской проблемы, её недостаточная теоретическая и практическая разработка определили выбор данной темы.

Целью работы является определение и наследование взаимосвязей, взаимовлияния средств физической культуры на организм, факторов влияния (позитивных и негативных) на здоровье студенческой молодежи и теоретическое обоснование системы формирования здоровья молодежи.

Принцип оздоровительной направленности физической культуры

HEALTH PROMOTION OF STUDENTS BY MEANS OF PHYSICAL CULTURE

Chuprakova I. E., Pavlenko T.V.
Berdichev Nursing College

Resume: *The unsatisfactory health state of modern youth and scornful attitude toward the basic norms of healthy way of life generates a national problem. It is outpoured in the sharp diminishing of quantity of population of the country, decline of general physical and psychical health of nation level. In modern terms one of effective and accessible facilities of prophylaxis of morbidity, increase of mental and physical capacity, lead through of leisure of young people, there is a physical culture. For modern educational establishments is the question of forming in the young cultures of maintains of own health and conduct the healthy way of life appears actual. Therefore actuality of the probed problem, its insufficient theoretical and practical developing is stipulated the choice of this theme. The purpose of work is an exposure and research of intercommunications of physical culture facilities, on the factors of influence (positive and negative) on the health of young people and theoretical ground of the forming health system of young people. Principle of health orientation of physical culture consists of the organization of P.E, thus, that they assisted the prophylaxis of diseases of young people, strengthening of their health. During P.E it follows to provide such combination of educator's work and different forms of the practical engaging in physical exercises, where a physical culture becomes the realized obligatory component of the mode for students. In educational establishment the engaging system of students' physical education*

состоит в организации физического воспитания таким образом, чтобы они способствовали профилактике заболеваний молодежи, укреплению их здоровья. В процессе физического воспитания необходимо обеспечивать такую взаимосвязь разъяснительной, воспитательной работы и разных форм практических занятий физическими упражнениями, при которых физическая культура становится сознательным и обязательным компонентом режима для студента.

В учебном заведении система занятий студентов физкультурой и спортом осуществляется такими взаимосвязанными между собой формами: учебные и вне учебные занятия. Все формы физкультурно-оздоровительных занятий , которые проводятся в процессе учебной и вне учебной работы, должны отвечать основному требованию - всемерно содействовать вовлечению каждого студента к ежедневным самостоятельными занятиям физкультурой и спортом.

Таким образом, оздоровительная физическая культура является важным средством повышения социальной и двигательной активности студента, удовлетворения её моральных, эстетических и творческих потребностей.

Основными направлениями внедрения физической культуры является физкультурно-оздоровительная деятельность, физическое воспитание и развитие массового физкультурно – спортивного движения. Специфической основой содержания физической культуры является рациональная двигательная активность человека.

Ключевые слова: *Здоровье, физическая, культура, способ, жизнь, молодежь***.**

and sport comes true by such forms: lessons and sport clubs. All forms of athletic-health employments, those are conducted in the process of educational pose of educational work must respond to the main request, there are every kind to promote bringing to every student the daily independent engaging in physical education and sport. Thus, a health physical culture is the important means the increase of the social and motive students' activity, satisfaction of their moral, aesthetic and creative queries. Basic directions of introduction of physical culture are athletic-health activity, P.E and development mass athletic is sport motion. Specific basis of maintenance of physical culture is rational motive activity of man.

Key words: *health, physical culture, method, life, young people.*

МАГІСТР МЕДСЕСТРИНСТВА

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

УДК 634:90.321

ANALGEZJA WCZORAJ I DZIŚ – STRATEGIE WALKI Z BÓLEM

Śleziona M., Graf L, Mroczkowska M.
Studium Doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Streszczenie: Badania epidemiologiczne wykazały, że co najmniej 4 miliony ludzi na świecie cierpi z powodu niewłaściwego leczenia przeciwbólowego w przebiegu chorób nowotworowych. Objawy bólowe występują u połowy chorych aktywnie leczonych przyczynowo, i u 70 - 90% chorych w terminalnym okresie życia. Proces powstawania odczucia bólowego nosi nazwę „nocycepcji".

Słowa Kluczowe: Analgezja, historia, ból, leczenie

CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie rozwoju anestezji, potrzeby działań przeciwbólowych, i zastosowania alternatywnych metod hamowania bólu.

ROZWINIĘCIE

Od wieków człowiek podejmował walkę z bólem za pomocą różnych metod i środków. W starożytności używano opium i wykorzystywano efekt rażenia prądem przez ryby elektryczne. Później odkryto analgetyczne działanie koki, chloroformu, kurary, eteru, morfiny, czy nadtlenku azotu. Opracowano pierwsze urządzenia do podawania narkozy. Rozwinęła się wiedza na temat środków znieczulenia miejscowego. Wprowadzono znieczulenie przewodowe, i zastosowano blokady (miejscowe wstrzyknięcia środków przeciw bólowych i przeciw zapalnych).

PODSUMOWANIE

Ból jest przykrym doznaniem zmysłowym, które utrudnia człowiekowi prawidłowe funkcjonowanie, wpływa na jego aktywność, sprawność i psychikę, oraz obniża jakość życia. Aby zniwelować ból często uciekano się do niekonwencjonalnych metod takich jak: akupunktura, krioterapia, hipnoza, leczenie ciepłem, joga, pilates, laseroterapia, leczenie ultradźwiękami, czy prądem. Doświadczenia w walce z bólem zdobyte przez lata, niosą nadzieję chorym cierpiącym, na lepszą jakość życia.

WSTĘP

Badania epidemiologiczne wykazały, że co najmniej 4 miliony ludzi na świecie cierpi z powodu niewłaściwego leczenia przeciwbólowego w przebiegu chorób nowotworowych. Objawy bólowe występują u połowy chorych aktywnie leczonych przyczynowo, i u 70 - 90% chorych w terminalnym okresie życia[1].Według definicji Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (IASP, International Association for the Study OfPain), ból to „przykre i negatywne wrażenie zmysłowe i emocjonalne, powstające pod wpływem bodźców uszkadzających tkanki lub zagrażających ich uszkodzeniem"[2]. Proces powstawania odczucia bólowego nosi nazwę „nocycepcji". Obejmuje cztery etapy: transdukcję, przewodzenie, modulację i percepcję. Procesie transdukcji odbywa się w obwodowych zakończeniach nerwowych neuronu nocyceptorowego, gdzie dochodzi do zamiany energii bodźca uszkadzającego (termicznego, mechanicznego, chemicznego), na impuls elektryczny przewodzony włóknami nerwowymi. Impuls dociera w procesie przewodzenia do zwoju korzeni grzbietowych nerwów rdzeniowych. Uwalniane aminokwasy pobudzają substancje, które są transportowane do synaps tworzonych przez ośrodkowe zakończenia neuronu nocyceptorowego, w rogu tylnym rdzenia kręgowego. Wraz z innymi

czynnikami pełnią funkcję neuromodulatorów. Dalej informacja jest przekazywana do wyższych pięter OUN. Końcowym etapem procesu nocycepcji jest percepcja mająca miejsce w mózgowiu. Tam informacja jest rozpoznawana (uświadomienie stymulacji bólowej, ocena oraz odpowiedź w postaci reakcji afektywneji emocjonalnej [3]. Ból jest symptomem ostrzegawczym, który informuje, że doszło do uszkodzenia organizmu, lub toczą się w nim niepożądane procesy chorobowe. Brak doznań bólowych jest sytuacja patologiczną i niebezpieczną, ze względu na brak wrażliwości czuciowej, przed sytuacjami zagrażającymi zdrowiu i życiu człowieka. Istnieją różne rodzaje bólu. Dzielimy je ze względu na: lokalizację bólu, przyczynę , czasu trwania , częstotliwość występowania, skojarzenia związane z odczuwaniem bólu. Doznania bólowe są bardzo indywidualnie, subiektywnie odczuwane przez każdego chorego. Ból może zlokalizować się w różnym miejscu, stąd wyróżniamy: bóle kostne, tkanek miękkich, przeniesione, rozlane, trzewne oraz nerwobóle. Różne są też przyczyny powstawania tych przykrych doznań. Istnieje kilka źródeł bólu jak: ból receptorowy, psychogenny i neuropatyczny. Według nasilenia odczuć bólowych można dokonać podziału na ból ostry i tępy , a ze względu na częstotliwość występowania: ból epizodyczny lub przewlekły. Odczuwanie bólu można wyrazić następującą klasyfikacją: ból uciskający, rozrywający, gniotący, kłujący, piekący, dławiący, świdrujący, opasujący, narastający, malejący, pulsujący lub mieszany. Istnieją również bóle fantomowe, pojawiające się po amputacji kończyn, charakteryzujące się, bólami mającymi swe źródła w psychice chorego a dotyczącymi odczuć związanych z amputowaną częścią ciała. [4,5]**.**

CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie rozwoju anestezji, potrzeby działań przeciwbólowych, i zastosowania alternatywnych metod hamowania bólu.

ROZWINIĘCIE

RYS HISTORYCZNY WALKI Z BÓLEM

Od wieków ludzie próbowali walczyć z bólem w najprzeróżniejszy sposób. Historycy medyczni odnaleźli źródła mówiące o stosowaniu opium już 2500 lat p.n.e. jako składnik mieszanki stosowanej przeciwko kolce brzusznej u dzieci [6]. Już w starożytnej kulturze Inków używano rośliny o nazwie czerwik kokainowy (uznawanej za święty, królewski krzew), do zmniejszenia doznań bólowych. Do dziś mieszkańcy Andów wkładają liście koki w ranę, uzyskując znieczulenie miejscowe [7]. W starożytnym Egipcie wykorzystywano naturalną energię elektryczną pochodzącą z organizmów węgorza, zębacza i drętwy. Odrętwiające właściwości tych ryb wykorzystywali też Rzymianie i Grecy, lecząc nimi bóle głowy i podagrę. Ryby elektryczne do uśmierzania bólu stosują do dziś niektóre prymitywne plemiona. Prąd wykorzystywany jest również współcześnie do znieczulania m.in. w urządzeniu o nazwie elektryczny przezskórny symulator nerwów (TENS), używany do blokowania bólu krzyża i minimalizowania bólów porodowych [8]. Między VI a VIII wiekiem naszej ery Arabowie wprowadzili opium do Persji, Indii, a w okresie średniowiecza do Chin. Chińczycy wyrywali zęby, znieczulając pacjentów ziołowymi wywarami (zwłaszcza naparem z ziaren maku), stosowali również akupunkturę do zniesienia bólu [6,9]. W wiekach średnich we Włoszech (w szkole medycznej w Salerno), podczas zabiegów chirurgicznych, pacjentów znieczulano podając różne środki odurzające doustnie, za pomocą gąbki, lub te same środki stosowano doodbytniczo w postaci wlewów. Środki te nie zawsze były bezpieczne, często stosowanie ich kończyło się dla operowanego śmiercią [10,11]. W XVI wieku zaczęto odchodzić od tego typu praktyk, na rzecz szybkości wykonywanych zabiegów. Zdecydowanie wpłynęło to na sprawność operowania, i choć skracało czas cierpienia chorego, to nie eliminowało go. Aby operowany nie ruszał się za bardzo i swym

krzykiem nie przeszkadzał w zabiegu, wykonywano jednoczesne upusty krwi z żył łokciowych, by w ten drastyczny sposób, doprowadzić chorego do omdlenia i unieruchomienia. Stosowano też do znieczulenia alkohol, lub opium (doustnie), a podczas amputacji kończyny ochładzano ją lodem. W tym czasie żył wybitny niemiecki lekarz, przyrodnik, filozof i alchemik Phippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493–1541), zwany Paracelsusem. Wprowadził on do medycyny leczenie jatrochemią, twierdząc, że zachodzą w organizmie ludzkim reakcje chemiczne (głównie z udziałem siarki, rtęci, i soli), które zawiadują procesami życiowymi przebiegającymi w ustroju człowieka. Uważał, ze zaburzenie tych procesów chemicznych jest przyczyną choroby. Odkrył też nasenne właściwości tzw. białego nitrylu – siarczanu cynkowego, ale wówczas nikt nie wykorzystał do znieczulania odkrycia Paracelsusa. [10, 12]. Inny niemiecki medyk żyjący i działający w tamtym czasie Valerius Cordus, przeszedł do historii jako odkrywca środka nazwanego przez niego *Oleum vitrioli dulco* (znanego później jako eter), który nie został doceniony przez współczesnych lekarzy. Musiało minąć blisko 300lat, by anestezja została wdrożona do działań chirurgicznych [13]. W XVIII wieku dokonał się ogromny postęp w wielu dziedzinach nauki, w tym medycynie. Pod koniec tego wieku nastąpiło odkrycie wielu substancji chemicznych, które przyczyniły się do przełomu w walce z bólem,i tym samym spowodowały dynamiczny rozwój chirurgii. Warto wymienić kilku wielkich odkrywców końca XVIII wieku takich jak Joseph Priestley, który w 1771 roku wyodrębnił kilka rodzajów „powietrza": zasadowe (NH3), kwaśne siarkowe (SO2), oraz gaz, któremu Antoine Lavoisier nadał nazwę oxygenium (O2), a także kwaśne powietrze azotowe (NO2) oraz niepalne powietrze azotowe – podtlenek azotu (N2O). Odkryty przez Priestleya podtlenek azotu (zaliczany do wziewnych narkotyków), zapoczątkował nowy rozdział walki z bólem, jednak jego niezwykłe właściwości odkrył dopiero 1799 roku angielski chemik Humphry Davy, eksperymentując na sobie samym. Stwierdził, że związek spowodował u niego zmniejszenie bólu jamy ustnej, krótkotrwały sen i radosne przebudzenie. Ten ostatni efekt działania sprawił, że Davy nazwał podtlenek azotu „ gaz rozweselający|" i dowodził, że można go wykorzystywać do niwelowania bólu w czasie zabiegów. Europa nie zachwyciła się wówczas tym odkryciem, jednak za oceanem amerykański dentysta Horacy Wells z powodzeniem stosował go do znieczulenia przy ekstrakcjach zębów. Zachwycony działaniem podtlenku azotu, zademonstrował jego działanie w Bostonie przed Komisją Ekspertów. Demonstracja nie powiodła się. Wykpiony przez profesorów i studentów załamał się porażką i popełnił samobójstwo. To wydarzenie zahamowało na pewien czas zainteresowanie zastosowaniem „gazu rozweselającego". Pierwsze bezbolesne usunięcie zęba z użyciem podtlenku azotu do narkozy miało miejsce dopiero w 1867 roku, a pierwsza poważna operacja z jego użyciem rok później [14]. W 1790 londyński aptekarz Frobenius wznowił badania nad specyfikiem Cordusa, docenił jego własności narkotyczne i to on nadał mu nazwę eter. Trzy dekady później Faraday oprócz działania nasennego wykazał, że eter ma własności znieczulające [10]. Narkotyczne działanie eteru doceniono dopiero w latach czterdziestych XIX wieku, za sprawą Amerykanina o nazwisku Craford Long, który jako pierwszy użył eteru do wywołania narkozy. W 1846 roku, William Morton amerykański stomatolog zastosował eter do narkozy podczas operacji swojego pacjenta [11,14]. Lekarze w Europie również wykazali zainteresowanie eterem jako środkiem narkotycznym i w 1846 roku, londyński chirurg Robert Liston, wykorzystał go do znieczulenia chorego podczas amputacji nogi. W tym samym roku Pirogow rosyjski chirurg używał eteru w swej pracy podczas działań wojennych na Kaukazie, a później wydał pracę naukową na temat interpretacji działania narkozy, co przyczyniło się do postępu w medycynie. W 1847 roku

James Simpson (profesor położnictwa w Edynburgu), jako pierwszy zastosował chloroform (odkryty w 1831) do narkozy. Kościół w tamtych czasach nie był przychylny rozwojowi anestezji. Dostojnicy kościelni uważali bowiem, że uśmierzanie bólu jest sprzeczne z naturą i nauką kościoła. Szczególnie sprzeciwiano się stosowaniu znieczulenia przy porodach, odwołując się do słów Biblii „ W boleści będziesz rodzic dzieci swoje". Simpson okazał się równie doskonałym lekarzem co dyplomatą, odpierając zarzuty kościoła argumentem również odwołującym się do zapisów w Biblii. Zasugerował on, że sam Stwórca posłużył się znieczuleniem usypiając Adama przed wyjęciem mu żebra. Wobec takich argumentów, oponenci nieco ustąpili a sama królowa angielska Wiktoria wyraziła zgodę na użycie chloroformu w czasie jej porodu, zaś Simpsonowi nadała tytuł lorda. Termin „anestezja" wprowadzony został w 1846 przez Holmesa. Inny doskonały wiedeński chirurg ChristianTheodor Billroth zmodyfikował środki do narkozy mieszając eter z chloroformem (stosowany do czasów współczesnych). Kolejnym milowym krokiem w anestezji było wyodrębnienie morfiny z opium przez niemieckiego aptekarza Fryderyka Serturnera. Odkrycie morfiny utorowało drogę do uzyskania alkaloidów, wyciągów z leczniczych surowców roślinnych [10]. Rozwój stosowania miejscowego znieczulenia przypadł na połowę XIX wieku. Aleksandr Wood (klinicysta z Edynburga), rozpoczął wstrzykiwanie podskórnie wyciągów z makowca, w celu wywołania znieczulenia miejscowego [11,12]. Wyodrębnienie (w1860 roku) kokainy posiadającej silne działanie znieczulające, umożliwiło wykonywanie mniejszych zabiegów chirurgicznych w znieczuleniu miejscowym, bez konieczności usypiania chorego. Pierwszy raz kokaina została wykorzystana jako środek znieczulający, przy usuwaniu zaćmy przez Karola Kollera. Miejscowe znieczulenie udoskonalił na początku XX wieku Henryk Braun, który eksperymentując na sobie odkrył, że połączenie kokainy z adrenaliną znacznie wzmacnia działanie znieczulające. Z czasem jednak zaczęto odchodzić od stosowania kokainy powszechnie, gdyż powodowała odurzenie i wywoływała uzależnienie. Obecnie kokaina używana jest do znieczuleń w okulistyce. Podjęto próby chemicznego przekształcenia kokainy w substancję, która nie uzależniałaby a jednocześnie zachowała właściwości znieczulające. Działania te doprowadziły do opracowania wielu syntetycznych leków miejscowo znieczulających np., nowokainy [10,11]. Osiągnięciem na skalę światowa było wprowadzone przez amerykańskiego lekarza Williama Halsteda w1885 roku znieczulenia przewodowego, zamiast eteru podczas zabiegów stomatologicznych. Inny amerykański chirurg James Corning wprowadził znieczulenie dolędźwiowe w 1894 roku, a opracował go metodycznie pięć lat później chirurg niemiecki August Bier [10,11]. Dynamiczny rozwój badań i odkryć dotyczących walki z bólem w datuje się na XIX i początek XX wieku. Przodowali w tych odkryciach naukowych Anglicy, Francuzi, Amerykanie i Niemcy. Umożliwiały to odpowiednie warunki ekonomiczno – przemysłowe i kulturowo – społeczne. W tym czasie Polska pozostawała pod zaborami, pozbawiona swej tożsamości narodowej. Naukowcy polscy mieli znacznie ograniczone możliwości badawcze, ale żywo reagowali na nowinki ze świata medycznego dotyczące sposobów znieczulania. Polski chirurg, profesor UJ w Krakowie wykonał w 1847 roku, doświadczenie na studentach (ochotnikach), podając im parę eteru siarkowego. Po tych udanych doświadczeniach jeszcze tego samego roku wprowadził eter etylowy do znieczulenia ogólnego chorych w trakcie zabiegów [10,15]. W roku 1867 w krakowskim „ Przeglądzie Lekarskim" , ukazała się informacja o zastosowaniu do znieczulenia niedokwaskiem azotu. Autor informacji podpisujący się jako „ dr K", opisywał przebieg doświadczeń i donosił, że tym sposobem wykonano już 24000 znieczuleń.

Dwa lata później warszawski dentysta Aleksander Scheller na łamach tej samej gazety opublikował artykuł pt. „ Znieczulenie (anesthesia) za pomocą tlenku azotu". Zdaniem autora warunkiem dokładnej anestezji podtlenkiem azotu jest jego czystość. Opisał jak samodzielnie produkował z prażenia azotanu N2O, przepuszczał go przez trzy butelki z roztworami : siarczanu żelaza, wodorotlenku sodu i węglanu wapnia, znacznie podnosząc jego czystość. Gaz gromadzony był w pojemnikach o pojemności 50 galonów, z których podawany był pacjentom [16,17,18]. Kolejnym polskim uczonym, który przyczynił się do rozwoju anestezji w Polsce był Stanisław Klimowicz. Jako pierwszy na świecie wprowadził do zniesienia bólu porodowego mieszaninę N2O i O2, a jego ideę kontynuował położnik Heliodor Święcicki – konstruktor inhalatora do podawania mieszanki N2O i O2. Aparat ten zaprezentowano z powodzeniem 1890 roku w Berlinie na X międzynarodowym kongresie medycznym [19]. Seweryn Parkowski, wybitny chirurg polski jako pierwszy wypróbował stosowanie działanie czystej (sterylizowanej) wody do iniekcji podskórnych, jako metodę niwelowania bóli reumatycznych [20]. Schleich rozszerzył badania Parkowskiego dodając do wody, w różnych ilościach sól kuchenną, morfinę, kokainę i kwas karbolowy, co przyniosło mu z czasem sławę wynalazcy znieczulenia miejscowego [12]. Kolejnym z wielkich naukowców, który wniósł wiele do światowych osiągnięć medycznych w zakresie uśmierzania bólu był Jan Mikulicz-Radecki autorytet w skali europejskiej. Na zjeździe naukowym w Berlinie poparł on metodę znieczulenia miejscowego opracowana przez Schleicha i Przybyszewskiego, uznając ją za największe osiągnięcie współczesnej medycyny [21,22]. Nazwisko Antoniego Cieszynskiego również zapisało się wśród polskich pionierów walki z bólem. Położył wielkie zasługi dla anestezji jamy ustnej i szczęki, leczeniu neuralgii nerwu trójdzielnego, przy użyciu nowokainy [21]. Na początku XX wieku wprowadzono do użytku proste aparaty do znieczulenia ogólnego. W 1947 Stanisław Pokrzywnicki zastosował kurarę do znieczulenia, co stworzyło zupełnie nowe możliwości w anestezji [24]. Dziś nie stosuje się już kurary, wyparły ją bezpieczniejsze i skuteczniejsze leki syntetyczne. Rapakuronium najnowszy z leków syntetycznych jest już bardzo bliski farmakologicznemu ideałowi, leku zwiotczającego mięśnie [25].

ALTERNATYWNE METODY WALKI Z BÓLEM

Z bólem można walczyć na wiele sposobów od oddziaływania na psychikę chorego, środki farmakologiczne, przez zabiegi zmniejszające doznania bólowe aż po niekonwencjonalne metody blokowania bólu. Jedną z alternatywnych metod zwalczania bólu jest termolezja polegająca na zastosowaniu igły przewodzącej prąd wysokiej częstotliwości. W ten sposób. blokuje się fragmenty **nerwów** przewodzących ból. Zabieg przeprowadzany jest w znieczuleniu miejscowym (znieczulenie ogólne stosuje się tylko w przypadku, gdy zabieg dotyczy głowy). Dobre efekty w łagodzeniu bólu przynosi również akupunktura wywodząca się z medycyny Chińskiej, polegająca na nakłuwaniu igłami ściśle określonych miejsc na przebiegu meridianów, wzdłuż, których według chińczyków przebiega energia w organizmie człowieka. W Polsce, nadzorowana przez Polskie Towarzystwo Akupunktury, metoda ta uznana jest za oficjalną technikę terapeutyczną [26]. Inną metodą leczenia bólu jest oddziaływanie zimnem. Podczas zabiegu kurczą się naczynia krwionośne, krew płynie wolniej, wolniejsze stają się też procesy przemiany komórkowej. Krioterapia sprawdza się zwłaszcza w leczeniu bólów reumatycznych, mięśniowych, bólów kręgosłupa i w nerwobólach. Działanie ciepła również może minimalizować doznania bólowe. Powietrze rozgrzewa się do 40^{o}C wsypując do specjalnego urządzenia kaszę, kukurydzę, lub małe szklane kuleczki masujące. Zwykle po 8 -10 zabiegach 15 minutowych, chory odczuwa ulgę w

nawracających bólach reumatycznych i przewlekłych zwyrodnieniowych. Ból zwalcza się także stosując laseroterapię mechaniczną, polegającą na skierowaniu strumienia lasera na bolące miejsce, lub naświetlanie pleców od karku aż po pośladki z pominięciem kręgosłupa. Metoda ta sprawdza się w przypadku naczyniowych i napięciowych bólów głowy, neuralgiach, oraz bólach reumatycznych. Często stosuje się też blokady jako sposoby przeciwdziałania bólom pochodzenia pourazowego, reumatycznego, czy nowotworowego. Można w ten sposób zablokować ból częściowo, czasowo lub na stałe wyłączyć przewodnictwo czuciowe. Wstrzykuje się w określone miejsca środki przeciwbólowe, przeciwzapalne, lub środki chemiczne takie jak alkohol, fenol, glicerol. Podaje się je dostawowo, zewnątrzoponowo, można też zablokować nerwy na większym obszarze wstrzykując lek dożylnie. W przypadku nerwobóli, napięcia i zmęczenia mięśni, w nieneurologicznych bólach krzyża, dyskopatiach, w bólach neuropatycznych dużych pni nerwowych, po operacji dyskopatii, często stosuje się neurostymulację elektryczną.

Używa się prądu o niskim natężeniu, przykładając elektrodę w odpowiednim miejscu drażni się cały nerw, pobudzając go do działania. Jeszcze inną metodą przeciwbólową jest wykorzystanie ultradźwięków. Przykłada się w bolące miejsce głowicę emitującą ultradźwięki o wysokiej częstotliwości (powyżej 20 tys. Hz). Aby ułatwić przewodzenie fal ultradźwiękowych, miejsce przyłożenia głowicy smaruje się specjalnym żelem. Fale dźwiękowe czasowo wyłączają, lub niszczą włókna nerwowe i hamuje działanie komórek, które biorą udział w procesie zapalnym [26]. Z Indii przyszła do nas metoda radzenia sobie z bólem, metodą zwaną jogą. To słowo oznacza „łączyć, integrować, scalać" i polega na integracji ciała, umysłu i ducha, oraz na ćwiczeniach, które maja na celu likwidację bólów kręgosłupa. Innym rodzajem ćwiczeń jest pilates. Jest z powodzeniem praktykowany przez osoby skarżące się na bóle kręgosłupa. Wsparciem dla innych metod walki z bólem są masarze, które wykonuje się zgodnie z kierunkiem przepływu krwi żylnej (czyli od serca). Siła masażu uzależniona jest od rodzaju schorzenia oraz wrażliwości pacjenta na ból [27]. Kolejną metodą zapobiegającą utrzymywaniu się bólu jest hipnoza. Pierwsze doniesienia na temat hipnotycznej analgezji pochodzą ze źródeł nienaukowych. W latach trzydziestych XIX wieku wielu pojawiły się pierwsze doniesienia na temat hipnotycznej analgezji. Pierwsze udokumentowane próby zastosowania hipnozy na doznania bólowe, opisał w roku 1843 prekursor naukowych badań nad tym zagadnieniem J. Braid. Ludzie w walce z bólem zwracają się w różną stronę po pomoc, od sprawdzonych udokumentowanych osiągnięć farmakologicznych, nowoczesnych technik anestezjologicznych, metod medycyny ludowej, orientalnej, poprzez eksperymentalne techniki walki z bólem, psychoterapię, czy hipnozę, bowiem ból to potężny przeciwnik [23].

PODSUMOWANIE

Ból towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów. Jest „przykrym i negatywnym wrażeniem zmysłowym i emocjonalnym, powstającym pod wpływem bodźców uszkadzających tkanki lub zagrażających ich uszkodzeniem"[2]. Nic więc dziwnego, że ludzie od dawna próbują z nim walczyć rożnymi sposobami. Już 2500 lat p.n.e. stosowano opium do niwelowania bólu, wykorzystywano naturalną energię elektryczną pochodzącą z organizmów węgorza, zębacza i drętwy, a w wiekach średnich stosowano liście koki by stłumić doznania bólowe [6,7]. W XVI wieku aby chorego unieruchomić do zabiegu operacyjnego i zmniejszyć cierpienie, stosowano barbarzyńskie metody-upusty krwi aż do utraty przytomności chorego[12]. Valerius Cordus żyjący w tamtych czasach wynalazł eter, który jednak znalazł powszechne zastosowanie wiele lat później. Odkryty przez Priestleya w XVIII wieku

podtlenek azotu (gaz rozweselający), znalazł swoje szerokie zastosowanie w chirurgii i stomatologii, jako środek znieczulający[13,14]. W 1847 roku James Simpson (profesor położnictwa w Edynburgu), jako pierwszy zastosował chloroform (odkryty w 1831) do narkozy. Termin „anestezja" wprowadzony został w 1846 przez Holmesa. Inny doskonały wiedeński chirurg ChristianTheodor Billroth zmodyfikował środki do narkozy mieszając eter z chloroformem (stosowany do czasów współczesnych). Odkrycie morfiny utorowało drogę do uzyskania alkaloidów, wyciągów z leczniczych surowców roślinnych [10]. Rozwój stosowania miejscowego znieczulenia przypadł na połowę XIX wieku, i zawdzięcza swe początki wstrzykiwaniu wyciągów z makowca, powodujących zniesienie miejscowe dolegliwości bólowych. Miejscowe znieczulenie udoskonalił na początku XX wieku Henryk Braun, który odkrył, że połączenie kokainy z adrenaliną znacznie wzmacnia działanie znieczulające[10,11]. Ponieważ kokaina szybko uzależniała, poszukiwano jej pochodnych nie mających tak silnych efektów uzależniających, i tak wynaleziono nowokainę. Osiągnięciem na skalę światowa było wprowadzone przez amerykańskiego lekarza Williama Halsteda w1885 roku znieczulenia przewodowego, które zastąpiło użycie eteru podczas zabiegów stomatologicznych. Inny wybitny lekarz - James Corning wprowadził znieczulenie dolędźwiowe, stosowane później z powodzeniem do zabiegów operacyjnych i porodów. Polacy również zapisali się w historii, jako wynalazcy metod uśmierzających ból. Jednym z wielu, którzy zasłużyli się w tej dziedzinie był Seweryn Parkowski, wybitny chirurg, który jako pierwszy wypróbował stosowanie czystej (sterylizowanej) wody do iniekcji podskórnych, jako metodę niwelowania bóli reumatycznych. Schleich rozszerzył badania Parkowskiego dodając do wody, w różnych proporcjach sól kuchenną, morfinę, kokainę i kwas karbolowy, co przyniosło mu z czasem sławę wynalazcy znieczulenia miejscowego [12, 20]. W XX wieku wprowadzono do użytku proste aparaty do znieczulenia ogólnego. W 1947 Stanisław Pokrzywnicki zastosował kurarę do znieczulenia, co stworzyło zupełnie nowe możliwości w anestezji [24]. W poszukiwaniu sposobów znieczulenia i uśmierzania bólu, uciekano się często do niekonwencjonalnych metod walki z nim. Poszukiwania „cudownej" metody blokowania bólu trwały nieustannie przez stulecia. Dobre efekty w łagodzeniu bólu przynosi również akupunktura wywodząca się z medycyny Chińskiej. Inną metodą leczenia bólu było oddziaływanie zimna lub ciepła. Ból zwalcza się także stosując laseroterapię mechaniczną, polegającą na skierowaniu strumienia lasera na bolące miejsce. Często stosuje się też blokady jako sposoby przeciwdziałania bólom pochodzenia pourazowego, reumatycznego, czy nowotworowego. Wstrzykuje się w określone miejsca środki przeciwbólowe, przeciwzapalne, lub środki chemiczne takie jak alkohol, fenol, glicerol. Używa się również prądu o niskim natężeniu, lub ultradźwięków. Z Indii przyszła do nas metoda walki z bólem zwana jogą. co oznacza „łączyć, integrować, scalać" i polega na integracji ciała, umysłu i ducha, oraz na ćwiczeniach, które maja na celu likwidację bólów kręgosłupa. Sprawdzają się też różne sposoby ćwiczeń gimnastycznych (pilates), oraz masarze lecznicze. Próbowano również niefarmakologicznych metod walki z bólem. Pierwsze udokumentowane próby zastosowania hipnozy na doznania bólowe, opisał w roku 1843 prekursor naukowych badań nad tym zagadnieniem J. Braid [23]. Dziś funkcjonują już poradnie walki z bólem, a doświadczenia zdobyte przez lata, niosą nadzieję chorym cierpiącym, na lepszą jakość życia.

BIBLIOGRAFIA

1. http://konferencje.pzwl.pl/download/geriatria/PROFILAKTYKA%20B%C3%93LU%20W%20STARO%C5%9ACI.pdf (data wejścia 15.02.2016)
2. https://www.google.pl/?gws_rd=ssl#q=alternatywne+sposoby+walki+z+b%C3%B3l em+pdf (data wejścia 15.02.2016)
3. Dobrogowski J., Wordliczek J. Medycyna Bólu. PZWL, Warszawa 2004:17–39
4. Kolęda I., Malec-Milewska M. Pacjent z przewlekłym bólem - diagnozowanie, leczenie, wytyczne. Praktyka Lekarska, 11/2010: 15-16
5. Dobrogowski J., Wordliczek J. Medycyna Bólu. PZWL, Warszawa 2004:17–39
6. http://www.poradnia.pl/leczenie-bolu-opium-i-morfina-zarys-historyczny.html (data wejścia 15.02.2016)
7. Wielka era odkryć środków znieczulających http://www.swiat zdrowia.pl/artykul/wielka-era-odkryc-srodkow-znieczulajacych (data wejścia 13.02.2016)
8. Ból niszczy jak nowotwór http://info.rp.pl/artykul/740445.html?print=tak&p=0 (data wejścia 13.02.2016)
9. http://pacjenci.dentonet.pl/artykul/2932851-jak-leczyli-zeby-starozytni-chinczycy/ (data wejścia 13.02.2016)
10. Drygas A: Walka z bólem w aspekcie historycznym. Farm Pol 1983, 39, 4: 225-230.
11. Seyda B: Dzieje medycyny w zarysie. Wyd. 3 zm. Warszawa 1977, str. 282, 291-295
12. Pawela T: Seweryn Perkowski – prekursor metody znieczulenia miejscowego. Czas Stomatol 1999, 52, 3: 203-209
13. Bartoszowa M: Nieznany przyczynek do historii anestezji. Nowiny Lek 1995, 64, 2: 265-269
14. Zajączewski Z: Anestezjologia – dzieło współpracy medycyny z farmacją. Biuletyn Informacyjny CF„Cefarm" i ZPF„Polfa" 1966, 12: 375-378
15. Kostrzewski P., Ziółkowski J. (red.): Mała encyklopedia medycyny. PWN, Warszawa: 1999; 91
16. Dr K: Znieczulanie niedokwaskiem azotu. Przegl Lek 1867, 6: 355–356
17. Kus M: Pierwsze zastosowanie podtlenku azotu w Polsce. Anest Inten Ter 1992, 24, 51-54
18. Scheller A: Znieczulenie (anesthesia) za pomocą tlenku azotu. Gazeta Lek 1869, 6:753-756
19. Święciki H: Transportabler Apparat zur N2O + O2 Anasthesie in der Gebursthilfe. W Verhandlungen des X internationalen medizi-nischen Congresen. Beslag 1891, vol. 3, 73-75
20. Perkowski S: O znieczuleniu miejscowym i środkach miejscowo znieczulających. Medycyna 1888, 36: 605-609; 37: 621-628; 39: 653-657
21. Cieszyński T, Tarmas J: Cieszyński Antoni (1882–1941), lekarz, stomatolog, chirurg. Red. Z. Podgorska-Klawaw: Słownik Biograficzny polskich Nauk Medycznych XX w. Inst. Hist. Nauki Oświaty i Techniki PAN, Warszawa 1991, str. 16-19
22. Czarnowski W: Przybyszewski – krwawy fizjolog. Problemy 1950, 2: 121-122
23. http://www.psychotekst.pl/artykuly.php?nr=74 (data wejścia 15.02.2016)
24. http://www.anest.eu/prasa/Historia%20anestezjologii%20na%20swiecie%20i%20w%20Polsce.pdf (data wejścia 13.02.2016)
25. http://www.sluzbazdrowia.com.pl/artykul.php?numer_wydania=2891&art=1 (data wejścia 15.02.2016)
26. http://www.poradnikzdrowie.pl/szukaj/termolezja (data wejścia 15.02.2016
27. https://dbamokregoslup.pl/6-alternatywnych-metod-leczenia-bolu-kregoslupa/(data wejścia 15.02.2016)

АНАЛГЕЗІЯ ВЧОРА І СЬОГОДНІ – СТРАТЕГІЯ БОРОТЬБИ З БОЛЕМ

Шлежона М., Граф Л., Мрочковська Р.

Відділ наук про здоров'я
Сілезький медичний університет в Катовіце

Резюме. *В статті представлені зміст та сутність аналгезії, принципи та історія її впровадження і застосування, пробеми сьогодення. Зазначено, що щонайменше 4 мільйони людей на світі потерпає від болю в ході лікування. Больові прояви проявляються у половині хворих, які активно лікуються і у 70-90% в термінальному періоді життя.*

Ключові слова*: аналгезія, історія, біль, лікування.*

ANALGESIA YESTERDAY AND TODAY – THE STRATEGY OF PAIN FIGHTING

Śleziona M., Graf L., Mroczkowska R.

Department of Health Sciences, Medical University of Silesia in Katowice

Summary. *Analgesia in its scope and essence as well as the history and problems of its using are presented in the paper. It's distinguished that at least 4 million people in the world suffer fron pain while being treated. The half of actively treated patients have painful implications while 70-90% exercise pain in the terminal life period.*

Keywords*. analgesia, history, pain, treatment.*

МАГІСТР медсестринства

УДК 617.75-053.6

ВИВЧЕННЯ ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ ЗОРОВИХ ПОРУШЕНЬ У ПІДЛІТКІВ

Алексейчук Л. М., Ващук О. В.
Загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів № 19 м. Житомира

Резюме. *У статті розглядається проблема виникнення вад зору за період навчання у школі. Мета статті: проаналізувати причини та наслідки виникнення вад зору у підлітків, динаміку функціонального стану зорової системи дітей і підлітків.*

Проаналізовано основні причини розвитку спазму акомодації та міопії у підлітків, наведено результати вивчення динаміки функціонування зорового аналізатора у школярів за останні п'ять років навчання. Встановлено, що основними причинами формування дисфункцій зорового аналізатора є надмірне навантаження за рахунок роботи за ПК, перегляду телевізора, читання книг з порушенням санітарно-гігієнічних вимог.

Проаналізувавши показники здоров'я 92 учнів ЗОШ № 19 м. Житомира, встановили, що за останні 5 років набули захворювання зору 20 учнів (21,8%). З наявних захворювань зору в 16 учнів виявлено міопію (17,4% від усіх респондентів), у 3 учнів – спазм акомодації (3,3%) і у 1 учня – астигматизм (1%).

Результати експерименту показали, що в учнів 11 класу за добу зоровий аналізатор працює 11,82 год. З них 3,45 год. на комп'ютері, 1,7 год. – смартфоні чи планшеті, 1,95 год. – перегляд телевізора, 2 год. на читання книг і 2,72 год. – письмо. Тобто більшу частину дня очі відчувають значне навантаження, що може викликати перевтому, спазм акомодації і, як наслідок, розвиток міопії. Ці дані вказують, що час роботи за комп'ютером значно перевищує безпечну норму навантаження на очі, що може викликати вади зору. Також час перегляду телевізора є на межі критичного.

Ключові слова: *спазм акомодації, міопія, порушення зору, навантаження на зоровий аналізатор.*

Постановка проблеми. Порушення зору у дітей – поширена проблема в усьому світі. За даними ВООЗ, зорові порушення мають близько 19 млн. дітей, у світі живе біля 1,5 млн. сліпих дітей та щохвилини сліпне одна дитина. Вважається, що при збереженні таких негативних тенденцій до 2020 року кількість сліпих дітей у світі сягне 2 млн. осіб (WHO, 2000). За даними МОЗ України впродовж останніх 10 – 15 років значно зросла кількість дітей з патологією зору. Близько 840 тис. дітей страждають на різні офтальмологічні захворювання: короткозорість, далекозорість, косоокість, астигматизм (ЦМС МОЗ України, Київ, 2012).Відповідно, проблема охорони зору дітей та підлітків в Україні має надзвичайно важливе соціальне і медичне значення [1].

У межах програми ВООЗ «Зір – 2020. Право на зір» проблемам патології органа зору у дітей виділена як один з пріоритетних напрямків для роботи медичних установ. Загальнодержавна програма «Здорова дитина», Загальнодержавна програма «Здоров'я 2020 – Український вимір» передбачають вивчення проблеми профілактики порушень зору та проведення наукових досліджень з даної проблеми.

Мета статті: проаналізувати основні причини та наслідки виникнення вад зору у підлітків, проаналізувати динаміку функціонального стану зорової системи дітей і підлітків.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Про актуальність піднятої проблеми свідчать дослідження, що проводяться медиками в останні десятиліття, і в яких констатується, що стан зорових функцій у школярів значно погіршився (Коваленко В. В., Бесєдіна О. О., Рудавіна Н. Ф., 1994; Кочина М. Л., 1999; Кужда І. М. , 2008). Протягом останніх 30 років в Україні

виявляється щорічно 5 – 8% дітей із зниженим зором. У 72% хворих набутою короткозорістю слабкого ступеня, її появу передував спазм акомодації (Аветісов Є.С., Розенблюм Ю.З., Савицкая Н.Ф., 1976; Терлецька О. Ю., 2005).

Період навчання у школі є одним з істотних періодів життя, оскільки значною мірою змінюється соціальний та інформаційний статус особистості [2]. У зв'язку з тим, що найбільш поширеним видом навантаження для школярів є текстове, на цьому етапі основне навантаження лягає на зоровий аналізатор [3]. Очам під час читання доводиться виконувати колосальну роботу, пов'язану з необхідністю розглядати текст, рухатися вздовж рядка й від рядка до рядка. Розглядання тексту, розпізнавання літер, особливо в недосвідченого читача, корелює зі значним напруженням акомодації та конвергенції, що може несприятливо позначитися на розвитку зорових функцій і станові зору взагалі й стати причиною виникнення спазму акомодації та короткозорості [4, 5]. У всіх країнах світу швидко зростає кількість осіб, які використовують у своїй діяльності персональні комп'ютери (ПК) і відеодисплейні термінали (ВДТ). За оцінками фахівців в Україні більше 9,5 мільйонів осіб є користувачами ПК (це, фактично, кожен 5 громадянин), причому більше половини з них *діти, підлітки та особи молодого віку* [6].

Окрім того, науковці звертають увагу на вікові особливості розвитку зорового аналізатора, що характерні для підліткового віку. Зокрема, Маслова Н.М. відзначає наявність несприятливих періодів росту в дівчат у віці 9 –11, у хлопців – 14–15 років, коли функціональні показники мають явну тенденцію до погіршення [7, 8]. Багато авторів вказують на те, що однією з основних причин появи спазму акомодації і міопії є дисбаланс вегетативної нервової системи (Ватченко А.А., Одинцова Л.М., Дроздов А.Г., 1985). Також значну роль в появі даної патології грають неправильні умови освітлення, надмірні зорові навантаження, тривала робота за комп'ютером [9].

Виходячи з вище сказаного, можна твердити, що акомодаційна дисфункція та міопія є найбільш актуальними і складними проблемами офтальмології.

Виклад основного матеріалу дослідження. Спазм акомодації (помилкова короткозорість) являє собою надмірне напруження циліарного очної м'яза, яке зберігається, навіть коли око цього не потребує. Це порушення виявляється зниженням гостроти зору вдалину, болем в очах, скронях і області чола, швидким стомленням при виконанні зорової роботи поблизу. Короткозорість (міопія) – це порушення зору, при якому людина добре бачить лише близько розташовані предмети.Причинами, що сприяють розвитку короткозорості, виступають недотримання вимог гігієни зору: тривалі зорові навантаження на близькій відстані, недостатня освітленість робочого місця, тривала робота за комп'ютером або перегляд телевізора, читання в транспорті.

Організація та процедура дослідження. Відповідно до поставленої мети, провели дослідження динаміки виникнення порушень функціонування зорового аналізатора. З цією метою проаналізували медичну документацію ЗОШ № 19 м. Житомира за 2009 – 2015 роки, сформовану на основі результатів обстеження учнів школи під час щорічного медичного огляду. Вивчалися показники здоров'я 92 учнів ЗОШ № 19 м. Житомира.

Окремо учням 6, 10, 11 класів було запропоновано провести самоспостереження. З метою виявлення причин набутих порушень зору, школярі фіксували тривалість різних видів навантажень на зоровий апарат протягом тижня. Учням пропонували фіксувати щоденно час, який вони витрачають на роботу за комп'ютером, гру на смартфоні, перегляд передач по телевізору, читання книг.

Результати дослідження. Встановлено, що з 92 учнів старших класів

за останні 5 років набули захворювання зору 20 учнів (21,8%). З наявних захворювань зору в 16 учнів виявлено міопію (17,4% від усіх респондентів), у 3 учнів – спазм акомодації (3,3%) і у 1 учня – астигматизм (1%).

За результатами самоспостережень визначено середній час навантажень на зоровий аналізатор, визначено, що в учнів 11 класу за добу зоровий аналізатор працює 11,82 год. З них 3,45 год. на комп'ютері, 1,7 год. – смартфоні чи планшеті, 1,95 год. – перегляд телевізора, 2 год. на читання книг і 2,72 год. – письмо (Табл. 1). Тобто, більшу частину дня очі відчувають значне навантаження, що може викликати перевтому, спазм акомодації і, як наслідок, розвиток міопії.

Ці дані вказують, що час роботи за комп'ютером значно перевищує безпечну норму навантаження на очі, що може викликати вади зору. Також час перегляду телевізора є на межі критичного. Аналогічне дослідження навантаження на очі протягом тижня провели серед учнів 6 класів (Табл.2).

В учнів 6-х класів навантаження на очі менше, але сумарне навантаження на очі впродовж дня є також досить значним і може загрожувати здоров'ю очей. Крам того варто враховувати, що учень 6 класу повинен працювати за комп'ютером не більше 1 години, з перервами через кожні 15 хвилин.

Отже, серед основних причин, що можуть викликати захворювання на міопію і спазм акомодації є значне навантаження на зоровий аналізатор при роботі за комп'ютером, при перегляді телебачення, читання та письмо з порушенням гігієнічних норм освітлення.

Висновки дослідження і перспективи подальших розвідок. Встановлено, що найбільш поширеними порушеннями функціонування зорового аналізатору є спазм акомодації та міопія. Причинами є значне навантаження на очі під час навчання (письмо, читання), робота за комп'ютером, тривалий перегляд телевізора, порушення санітарно-гігієнічних норм освітлення. У процесі навчання в школі можна виділити три основні шляхи адаптації зорової системи до власного стану й навантаження, які зумовлюють формування: 1) зорової системи з високими функціональними показниками; 2) зорової системи з низькими функціональними показниками; 3) міопічної зорової системи.

Проаналізувавши показники здоров'я 92 учнів ЗОШ № 19 м. Житомира, встановили, що за останні 5 років набули захворювання зору 20 учнів (21,8%). З наявних захворювань зору в 16 учнів виявлено міопію (17,4% від усіх респондентів), у 3 учнів – спазм акомодації (3,3%) і у 1 учня – астигматизм (1%). Результати експерименту показали, що в учнів 11 класу за добу зоровий аналізатор працює 11,82 год. З них 3,45 год. на комп'ютері, 1,7 год. – смартфоні чи планшеті, 1,95 год. – перегляд телевізора, 2 год. на читання книг і 2,72 год. – письмо. Тобто більшу частину дня очі відчувають значне навантаження, що може викликати перевтому, спазм акомодації і, як наслідок, розвиток міопії. Ці дані вказують, що час роботи за комп'ютером значно перевищує безпечну норму навантаження на очі, що може викликати вади зору. Також час перегляду телевізора є на межі критичного.

Результати дослідження можуть бути використані вчителями, батьками, старшокласниками для розумінні особливостей розвитку зорового аналізатора у шкільні роки та наслідків надмірного навантаження на очі у процесі навчання, і організації певних заходів для зниження рівня захворювань набутого характеру.

Результати дослідження були представлені на Всеукраїнській учнівській конференції «Універсіада – 2016» (диплом І ступеню), засіданні шкільного гуртка «Основи наукового пізнання і науково-дослідницької

роботи», під час виступу перед учнями 11, 10, 6 класів.

Представлене дослідження не претендує на вичерпне вирішення всіх аспектів піднятої проблеми. Одержані результати підтверджують необхідність подальших досліджень проблеми порушення зору у шкільному віці та розробки заходів профілактики захворювань очей. Перспективними напрямами роботи вважаємо розробку заходів та матеріалів, що сприятимуть покращенню зору.

Табл. 1.

Середньодобове навантаження на зоровий аналізатор у учнів 11 класів

Клас	Вид навантаження					Σ
	Комп'ютер	Смартфон, планшет	Телевізор	Книги	Письмо	
11-А	3,57 год.	1,43 год.	2,29 год.	1,65 год.	2,54 год.	
11-Б	3,3 год.	1,9 год.	1,6 год.	2,4 год.	2,9 год.	
	3,45 год.	1,7 год.	1,95 год.	2 год.	2,72 год.	11,82 год.

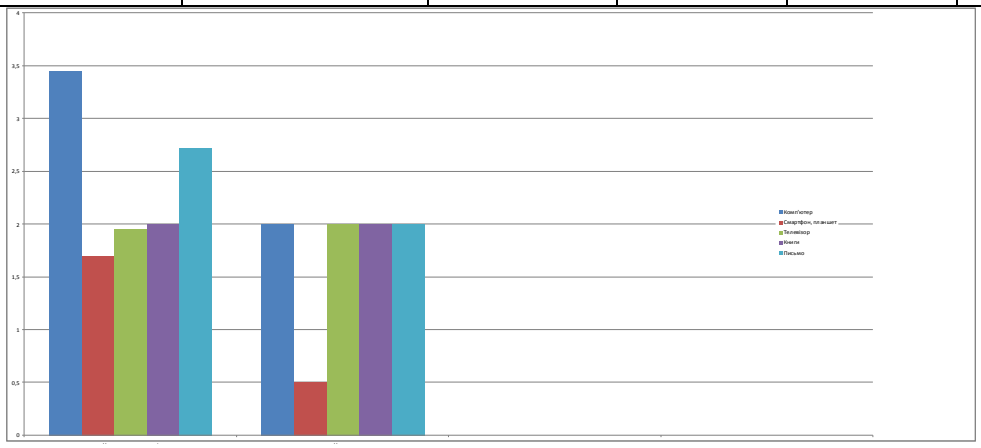
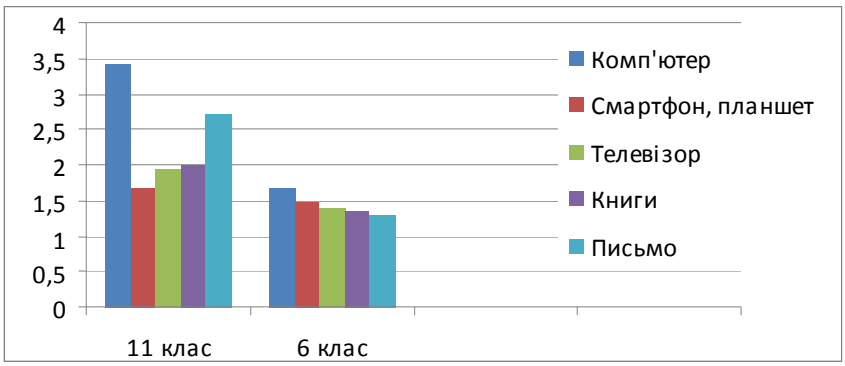


Рисунок 1. **Середньодобове навантаження на зоровий аналізатор у учнів 11 класів**

Табл. 2.

Середньодобове навантаження на зоровий аналізатор у учнів 6 класів

Клас	Вид навантаження					
	Комп'ютер	Смартфон, планшет	Телевізор	Книги	Письмо	Σ
6-В	2,1 год.	1,1 год.	1,8 год.	1,65 год.	1,2 год.	
6-А	1 год.	1,57 год.	1 год.	1,32 год.	1,42 год.	
6-Д	1,9 год.	1,73 год.	1,4 год.	1,05 год.	1,25 год.	
	1,7 год.	1,5 год.	1,4 год.	1,34 год.	1,29 год.	7,23 год.



ЛІТЕРАТУРА

1. Баранов А. А. Оценка здоров'я детей и подростков при профилактических медицынских осмотрах / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. – М.: Династия, 2004. – 164 с.

2. Костецька А.О. Медико-організаційна технологія оптимізації моніторингу порушення зору у школярів: Дис. на здобуття наукового ступеня канд..мед.наук: 14.02.03 – соціальна медицина / Костецька Анна Олександрівна. – Київ. − 2014. – 190 с.

3. Кочина М. Л., Подригало Л. В., Синайко В. М., Яворский А. В., Маслова Н. М. Особенности реакции школьников при чтении текстов с различными показателями оформления // Український вісник психоневрології. – 1999. – Т. 7, Вип. 4 (22). – С. 55–57.

4. Кочина М. Л., Подригало Л. В., Яворский А. В., Маслова Н. М., Попов О. И. Гигиеническая оценка влияния игровых средств отображения информации на зрительную систему детей // Довкілля та здоров'я. – 2000. – № 3 (14). – С. 37–38.

5. Кочина М. Л., Яворский А. В., Маслова Н. М. Визуально-агрессивное окружение ребенка и "школьная миопия" // Гігієна населених місць. – 2001. – Т. II, Вип. 38. – С. 355–357.

6. Ковтун М. І. Організація адаптаційних процесів у зоровій системі користувачів у динаміці роботи на комп'ютері: Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : 14.03.03 / Ковтун Михайло Іванович. – Донецьк. − 2008. – 25 с.

7. Маслова Н. М. Результаты исследования закономерностей формирования зрительной системы детей в процессе обучения в школе // Гігієна населених місць – 2003. – Вип. 41. – С. 323–326.

8. Маслова Н. М. Динамика функционального состояния зрительной системы школьников в процессе обучения в школе // Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України: Тези доповідей науково-практичної конференції. – Київ, 2003. – С. 197–198.

9. Визуальное окружение современного человека как офтальмологическая проблема / М.Л. Кочина, А.В. Яворский, М.И. Ковтун, С.Н. Лад, Н.Г. Лабортас // Роль сучасних методів діагностики в лікуванні та реабілітації хворих: матеріали конференції. – Харків, 2004. – С. 35–36.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ЗРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Алексейчук Л., Ващук Е.

Резюме. *В статье рассматривается проблема возникновения дефектов зрения за период обучения в школе.*

Цель статьи: проанализировать основные причины и последствия возникновения недостатков зрения у подростков, проанализировать динамику функционального состояния зрительной системы детей и подростков.

Проанализированы основные причины развития спазма аккомодации и миопии у подростков, приведены результаты изучения динамики функционирования зрительного анализатора у школьников за последние пять лет обучения. Установлено, что основными

STUDYING THE CAUSES OF ORIGIN OF TEENAGERS' EYESIGHT DISORDERS

Alekseychuk L., Vashchuk O.

Summary. *The article is devoted to the problem of the origin of teenagers' eyesight disorders during the period of their studying at school.*

The aim of the article is to analyze the causes and consequences of appearing teenagers' eyesight disorders, the dynamics of functional state of children and teenagers' visual system.

The main causes of appearing of a spasm of accommodation and myopia were analyzed, the results of studying the dynamics of functioning of students' visual analyzer during their last five years of studying at school were given. It was determined that the main cause of

причинами формирования дисфункций зрительного анализатора является чрезмерная нагрузка за счет работы за ПК, просмотра телевизора, чтения книг с нарушением санитарно-гигиенических требований.

Проанализировав показатели здоровья 92 учеников школы № 19 г. Житомира, установили, что за последние 5 лет у 20 учеников (21,8%) развились заболевания зрения. Среди которых доминирует нарушение зрения в виде миопии (16 учеников, 17,4% от всех респондентов), в 3 учеников - спазм аккомодации (3,3%) и у 1 ученика - астигматизм (1%).

Результаты эксперимента показали, что у учащихся 11 класса в течении суток зрительный анализатор работает 11,82 ч. Из них 3,45 ч. – работа за компьютером, 1,7 ч. – на смартфоне или планшете, 1,95 ч.–просмотр телевизора, 2 ч.– на чтение книг и 2,72 ч. – письменная работа. Следовательно, большую часть дня глаза испытывают значительную нагрузку, что может вызвать переутомление, спазм аккомодации и, как следствие, развитие миопии. Эти данные указывают, что время работы за компьютером значительно превышает безопасную норму нагрузки на глаза, что может вызвать проблемы со зрением. Также время просмотра телевизора находятся на грани критического.

Ключевые слова: *спазм аккомодации, миопия, нарушение зрения, нагрузка на зрительный анализатор.*

appearing of visual analyzer dysfunctions is overloading of a visual analyzer because of violation of health and hygienic requirements whileexcessive working on a computer, watching TV, reading books.

Having analyzed the indicators of the health of 92 pupils of school № 19 of Zhytomyr city, we found out that during 5 last year's 20 pupils (21, 8%) damaged their eyes. Among those pupils 16 had myopia (17,4%), 3 pupils had the spasm of accommodation (3,3%) and 1 pupil had astigmatism (1%).

The results of our research showed that visual analizator of students of 11 Form works 11,82 hours a day. From them they spend 3, 45 hours on the computer, 1,7 hours on the smartphone, 1,95 hours – watching TV, 2 hours – reading books and 2,72 hours writing. So during the day the student's eyes are under the strain, and this can cause fatigue, the spasm of accommodation and as a result the development of myopia. These facts show that the time of working on the computer exceeds the norm, which can cause visual impairments. And the time of watching TV is also crtical.

Key words: *spasm of accommodation, myopia, eyesight disorders, load on a visual analyzer.*

МАГІСТР медсестринства

УДК 617. 723 – 002

КАТАРАКТА: ЕТІОПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

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

Резюме. *За даними ВООЗ, катаракта є одним з найбільш розповсюджених хвороб очей (18 млн осіб у світі втратили зір через катаракту, що складає 48 % усіх сліпих). Ця хвороба частіше виникає у старшому віці. Моніторинг первинної інвалідності по зору в Україні засвідчує стабільність питомої ваги інвалідів з катарактою. Особливої гостроти питання лікування катаракти набуває при підвищених вимогах до якості зору. Дослідження катарактогенезу, пошуки нових та удосконалення існуючих способів медикаментозної профілактики, консервативного і оперативного лікування є актуальними для сучасної офтальмології.*

Метою *статті є висвітлення патологічної морфології катаракт, метаболізму нормального та змутнілого кришталика, перспективних підходів до діагностики, консервативного та хірургічного лікування цього захворювання, що сприятиме фаховій підготовці сімейного лікаря та середнього медичного персоналу. Для досягнення поставленої мети були використані методи системного аналізу та логічного узагальнення.*

Катаракта – це втрата прозорості кришталика. Відомості про клінічну оцінку катаракти важливі у виборі методу її лікування. У сучасній офтальмології є чимало теорій щодо механізму розвитку катаракти. Досягнення у галузі біохімії ока розширили уявлення про метаболізм у кришталику при віковій катаракті та стали підґрунтям для її консервативного лікування. Наукові дослідження та широка офтальмологічна практика підтверджують, що консервативне лікування катаракт доцільне лише на початкових стадіях, тому основним методом залишається оперативне лікування, яке постійно удосконалюється.

Висновки. *Сучасна офтальмологія має широкий спектр медикаментозних засобів для гальмування катаракт на початкових стадіях та для покращення процесів метаболізму в кришталику, прогресуюча катаракта в умовах стаціонару може успішно лікуватися оперативним шляхом, проте актуальним залишається профілактика катаракти.*

Ключові слова: *катаракта, змутніння кришталика, реклінація, екстракція, факоемульсифікація, інтраокулярна лінза.*

Актуальність. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, катаракта є одним з найбільш розповсюджених хвороб очей. Вісімнадцять мільйонів осіб у світі втратили зір через катаракту, що складає 48 % усіх сліпих. Згідно з прогнозами відділу народонаселення ООН число сліпих внаслідок катаракти до 2025 року може збільшитись до 40 мільйонів осіб [6].

Катаракта виникає в основному після 60 років, у віці 70-80 років нею хворіють 260 чоловіків та 460 жінок на 1000 осіб, а після 80 років – практично кожен. Як показує моніторинг первинної інвалідності по зору, в Україні протягом останніх десяти років питома вага інвалідів з катарактою стабільна (0,7 % від загальної кількості при інтенсивному показнику 0,03). Особливої гостроти питання лікування катаракти набуває для пацієнтів молодого віку, які мають підвищені вимоги до якості зору. Тому дослідження катарактогенезу, пошуки нових та удосконалення існуючих способів медикаментозної профілактики, консервативного і оперативного лікування

катаракти є актуальними для сучасної офтальмології.

Метою статті є висвітлення патологічної морфології катаракт, метаболізму нормального та змутнілого кришталика, перспективних підходів до діагностики, консервативного та хірургічного лікування цього захворювання, що сприятиме фаховій підготовці сімейного лікаря та середнього медичного персоналу. Для досягнення поставленої мети були використовані методи системного аналізу та логічного узагальнення.

Катаракта отримала свою назву від грецького слова (katarrhaktes – водоспад). Ще у сиву давнину люди шукали способи порятунку від цього захворювання, хоча не знали його причин. Зі стародавніх рукописів Єгипту та Ассирії до нас дійшли описи операцій на очах. У окремих висловлюваннях Корнелія Цельса (50-25 рр. до н.е.) і Галена (131- 201 рр. н.е.) згадувалось про операції з приводу катаракти. Одні вчені вважали, що катаракта – це проникнення в око патологічної сірої рідини з мозку (Гален), інші уявляли її у вигляді випоту в ділянці зіниці (Цельс), медики Стародавнього Китаю називали катаракту «білою внутрішньою перешкодою». Лише Іоган Кеплер (1571-1630 рр.) висловив думку, що кришталик заломлює промені, а французький лікар Брісco у 1705 р. препаруючи очі померлих, що втратили зір за життя, довів, що причини втрати зору криються у змутнінні кришталика.

Сучасні офтальмологи розглядають катаракту як втрату прозорості кришталика (його часткове або повне змутніння). Подібно до матового скла змутнілий кришталик перешкоджає доступу світла до сітківки.

При виборі методу оперативного лікування має значення клінічна оцінка катаракти з урахуванням локалізації змутніння, консистенції, часу розвитку та перебігу. У віці до 40 років катаракта буває м'якою (у цей час твердого ядра в кришталику нема), після 40 років – твердою (у кришталику є тверде ядро). У залежності від характеру перебігу катаракти ділять на дві групи: 1) часткові, не прогресуючі (стаціонарні) катаракти, при яких часткові помутніння кришталика не збільшуються; 2) прогресуючі катаракти, при яких помутніння розповсюджуються поступово на весь кришталик. За часом розвитку катаракти поділяються на вроджені та набуті.

У етіології всіх вроджених катаракт велике значення мають: обмін речовин у матері в період вагітності, запалення судинного тракту у плода через токсоплазмоз, вірусні інфекції. Нерідко вроджені катаракти поєднуються з іншими вадами розвитку дитини (гідрофтальм, глухонімота, ністагм, вади серця). Майже усі набуті катаракти є прогресуючими. Серед них виділяють: травматичні, ускладнені, вікові (25 % причин сліпоти).

Травматичну катаракту викликає будь-яке пошкодження капсули кришталика (рана, контузія). При цьому камерна волога проникає у лінзу (кришталик), де викликає набряк і помутніння волокон. Якщо пошкодження незначне, ранка швидко склеюється, а помутніння не збільшується. У молодому віці, коли ядро у кришталику відсутнє, змутніння може розсмоктатися повністю. При наявності ядра повного розсмоктування не відбувається, що може викликати запалення ока, набряк кришталикових мас і підвищення внутрішньоочного тиску.

Ускладнені катаракти виникають внаслідок важких запальних і дистрофічних процесів, що відбувалися в очному яблуці (увеіти, увеопатії, пігментна дистрофія сітківки, міопія, глаукома, відшарування сітківки тощо). Змутніння з'являється біля полюса і розповсюджується по задній капсулі, набуваючи форми чаші (задня чашоподібна катаракта). Нерідко така катаракта не досягає повної зрілості, тобто не поширюється на весь кришталик.

Серед ускладнених катаракт виділяють наступні:

- увеальна катаракта, що розвивається після утворення задніх синехій і ексудату в ділянці зіниці та наростання сполучно-тканинної плівки на передню капсулу кришталика;
- катаракта при глаукомі, яка розвивається внаслідок обмінних процесів, що відбуваються в очному яблуці (може виникати на будь-якій стадії глаукоми);
- міопічна катаракта, що виникає при прогресуючій короткозорості високого ступеню, така катаракта прогресує повільно.

Нерідко катаракта виникає при загальних захворюваннях, що викликані порушеннями в ендокринних системах, а також у обміні речовин. Так, вже давно встановлений зв'язок між цукровим діабетом і змутнінням кришталика, це є найбільш поширеним проявом діабету (від 2 до 50 % хворих). Діабетична катаракта може розвиватися у дітей, молоді та людей похилого віку. Якщо катаракта з'явилась у молодому віці, при важкому перебігу діабету вона швидко прогресує і приводить до інвалідності. Характерними ознаками початкової діабетичної катаракти є дрібні змутніння на передній та задній поверхні кришталика, що виявляються шляхом біомікроскопічного аналізу. З часом змутніння поширюються на глибші відділи, волокна кришталика розсуваються, утворюючи вакуолі. Діабетична катаракта швидко прогресує. Ще до появи видимих змін у кришталику він насичується водою, що веде до змін у рефракції ока і провокує короткозорість частіше, ніж у осіб, які не хворіють на діабет. Своєчасне лікування діабету здатне гальмувати прогресування катаракти.

Тетанічна катаракта зумовлена порушенням функцій паращитоподібних залоз. Якщо з віком тетанія припиняється, змутніння відсуваються у зону центру кришталика, а шари, що утворюються пізніше, залишаються прозорими. Тому таку катаракту ще називають зонулярною, шароподібною. Дерматогенні катаракти розвиваються при дерматологічних захворюваннях у поєднанні з захворюваннями нервової системи (нейродерміт, склеродермія, екзема, пойкілодермія тощо). У людей молодого віку змутніння з'являються біля переднього та заднього полюсів кришталика одразу на обох очах. Така катаракта швидко прогресує.

Катаракта при міотонічній дистрофії нагадує картину змутніння кришталика при діабетичній катаракті, перебіг хвороби схожий на інші види набутих катаракт.

Вікова катаракта (cataracta senilis) зазвичай розвивається у віці 50-60 років на обох очах, проте не одночасно. У країнах з тропічним кліматом вікові катаракти вражають молодих осіб частіше, ніж у середніх широтах, що зумовлено впливом сонячної радіації. У розвитку вікової катаракти вирізняють чотири стадії:

- початкова катаракта (cataracta incipiens),
- незріла катаракта (cataracta nondum matura),
- зріла катаракта (cataracta matura),
- перезріла катаракта (cataracta hypermatura).

При початковій катаракті на червоному тлі очного дна (це червоний рефлекс зіниці при дослідженнях у світловому потоці) спочатку з'являються окремі чорні штрихи або крапки у кортикальних шарах кришталика поблизу екватора. Хворі можуть не здогадуватися про захворювання, оскільки при цьому гострота зору не знижується або знижується несуттєво. Зазвичай вони звертаються до лікаря, коли змутніння доходить до центру і починає заважати при читанні. Початкова катаракта може довго залишатися в одному положенні, проте врешті решт вона прогресує і переходить у другу стадію.

У початкових стадіях катаракти через набряк кришталика виникає

міопізація ока, з'являється кришталиковий астигматизм. При цьому потрібно контролювати і корегувати рефракцію ока не рідше двох разів на рік. Найбільшу ефективність дає застосування засобів, що зменшують оптичні недоліки зору (окуляри). При полярних катарактах, коли хворі відчувають незручності від яскравого світла, корисно призначати затемнені окуляри.

Незріла катаракта характеризується тим, що змутніння збільшується і поступово закриває зіницю. У світловому потоці рефлекс очного дна тьмяно-червоний, оскільки променям важко проходити крізь змутнілі шари кришталика. При бічному освітленні ділянки зіниці кришталик набуває виразно сірого відтінку. Поступово знижується гострота зору і доходить до рахунку пальців біля обличчя.

При зрілій катаракті рефлекс з очного дна щезає, а гострота зору зазвичай дорівнює світосприйняттю (світло/темрява).

Перезріла катаракта може розвиватися двома шляхами. При першому – кришталик втрачає багато рідини, стає щільним, утворюються зморшки. При другому – змутнілі шари розріджуються, ядро опускається, кришталик стає схожим на краплю. Таку катаракту називають морганієвою за іменем автора, який її описав. При цьому кришталик тисне на циліарне тіло, що порушує відтік внутрішньоочної рідини і може викликати вторинну глаукому.

У сучасній офтальмології з'явилось чимало теорій щодо механізму розвитку катаракти і відповідних методів її лікування. З точки зору біохімії змутніння кришталика становить коагуляцію білка і є незворотнім процесом (порівняємо з яйцем, в якому не можна повернути варений білок до стану сирого). У цьому пояснення того, що консервативне лікування не сприяє розсмоктуванню змутнінь у кришталику і його капсулі, а сприяє просвітленню і тому воно показане лише на початкових стадіях для профілактики прогресування катаракти.

Для медикаментозного лікування катаракти використовується дві основні групи засобів. До першої групи відносять засоби, що розсмоктують вогнища змутнінь або затримують їх розвиток, а до другої – засоби, що покращують процеси метаболізму. Умовно друга група поділяється на декілька підгруп: а) засоби, що містять неорганічні солі, які потрібні для нормалізації електролітного обміну та зменшення дегідрації кришталика; б) засоби, що корегують метаболічні процеси; в) засоби, що містять органічні сполуки і нормалізують окислювально-відновні процеси в кришталику.

У терапії катаракт було запропоновано чимало засобів. Так, у першій третині XX століття для гальмування розвитку катаракт і розсмоктування змутнінь пропонувалися препарати солей йоду (очні краплі, мазі, ванночки, аерозолі, субкон'юнктивальні ін'єкції, електрофорез). Однак з часом з'ясувалось, що капсула кришталика непроникна для йоду. Вводили також натрій , кальцій, дигідротахістерол, мобілізуючий кальцій. Проте це доцільно у випадку тетанічної катаракти, а при віковій катаракті вміст кальцію збільшується і провокує його кристалізацію.

У середині XX століття гомеопати пропонували нафталін та динітрофенол, а також місцеву гіпереміє, що викликалась шляхом інстиляції діоніну, гліцерину, борної кислоти. У ті роки застосовувались фізичні методи пневмомасажу, електротерапії, опромінення радієм. Імунотерапія з використанням антигенів кришталика також не давала результатів. Вікові катаракти не піддавались лікуванню сульфаніламідами, а також тканинними препаратами. У 60-ті роки було встановлено дефіцит вітамінів B_1, B_2, PP, а також аскорбінової кислоти при катарактах, тому для стимуляції

метаболізму кришталика застосовувалась вітамінотерапія.

Природно, що найбільш перспективним шляхом терапії катаракти є медикаментозне корегування метаболізму для усунення або зменшення його вад [7: 145]. Якщо етіопатологічні фактори змутніння кришталика відомі (наприклад, при діабетичній, галактоземічній та гіпокальціємічній катарактах) успішне лікування загального захворювання гальмує процес змутніння кришталика. Якщо нема ясності у факторах катаракти (наприклад, при віковій катаракті), результати значно скромніші.

У кінці XX – на початку XXI ст. досягнення у галузі біохімії ока розширили уявлення про метаболізм у кришталику при віковій катаракті. Встановлено, що зниження інтенсивності синтезу білка у кришталику викликає його старіння, прискорює цей процес збільшення вмісту кальцію (біохімічна гіпотеза), тривале ультрафіолетове випромінення (фотохімічна гіпотеза), що змутніння кришталика – це наслідок сполучення його білків з хінонами (хіноїдна теорія С. Огіно). Серед патогенетичних механізмів вікової катаракти також відмічають гіперглікемію, інтолерантність до глюкози, геперхолестеринемію, накопичення у кришталику важких металів та 5-оксиантранілової кислоти тощо.

Перераховані концепції стали підґрунтям для використання певних методів консервативного лікування катаракт. Найбільш обґрунтованим вважається медикаментозний вплив на метаболічні процеси в кришталику, адже саме їх порушення викликають змутніння. Тому на початкових стадіях лікування корисним є комплекс вітамінів, біогенних стимуляторів і гормонів. Традиційно у лікуванні катаракт широко застосовується цистеїн (краплі), а також як інгредієнт у складі крапель Смирнова, віцеїн, вітайодурол. Серед лікарських засобів ефект дає інгібітор взаємодії хіноїдної речовини і кришталика, наприклад, сенкаталін, дослідження якого підтвердили, що він гальмує вікову катаракту (стабілізує мембрану, протистоїть фотоокисленню, впливає на ліпідний перекис, пригнічує альдозоредуктазу).

Серед нових засобів слід відмітити Офтан-катахром [3], квінакс [2]. Офтальмологами широко використовуються метацил, інстиляції таурину, а також розчину сульфату цинку, різноманітні прописи очних крапель, що містять рибофлавін, глютамінову та аскорбінову кислоту, цитраль, тауфон тощо. В якості антикатарактальних засобів у наш час активно застосовуються флавоноїди, наприклад, кверцетин [8]. На фармацевтичному ринку України з'явився таблетований препарат Факовіт, який сприяє уповільненню початкових катаракт, а саме: підтримує баланс амінокислот у кришталику, нейтралізує вільні радикали, бере участь в системі антиоксидантного захисту групи розчинних білків (SH), відновлює білки, зберігає зоровий пурпур в сітківці, нормалізує проникність капілярів. Препарат забезпечує комплексний підхід до патогенетичного лікування катаракти на рівні цілісного організму. Антикатарактогенні препарати використовуються зазвичай у формі крапель, парентеральне введення, а також електрофорез застосовуються рідко.

Наукові дослідження та широка офтальмологічна практика підтверджують, що консервативне лікування катаракт доцільне лише на початкових стадіях. Тому основним методом залишається оперативне лікування. У розвинених країнах операція з видалення катаракти здійснюється так само часто, як апендектомія. На думку президента Міжнародного агентства по попередженню сліпоти К. Капфера, сучасна екстракція катаракти у 95 % випадків проходить успішно і, хоча є однією з найбільш складних операцій на оці, вважається безпечною та ефективною. Ця операція

справедливо розцінюється як критерій професійної зрілості офтальмолога.

Операції з приводу катаракти почали робити 2500 років до н.е. Їх сутність полягала в тому, що за допомогою спеціальних голок, які вводились через склеру і рогівку, змутнілий кришталик розгойдувався і зміщувався у склоподібне тіло. Довгий час операції робились «бродячими хірургами» всліпу, тому викликали численні ускладнення (глаукома факогенної природи, гемофтальм, відшарування сітківки, інфекції), проте вони були єдиним методом оперативного лікування катаракт майже до середини ХУШ століття. У 1785 р. М. Вільбург удосконалив операцію: кришталик не тільки зміщувався у склоподібне тіло, а й відхилявся у задню його частину. Від французького слова (reclination – відхилення назад) операція отримала назву «реклінація». Важкі ускладнення спонукали лікарів шукати нові методи боротьби з катарактою. У 1745 році французький окуліст Жак Давіель вперше виконав екстракцію катаракти (видалення змутнілого кришталика). Через технічні складності екстракція катаракти виконувалась лише професійними лікарями, і тому вона стала більш відомою. У подальшому конкуренція між реклінацією та екстракцією сприяла удосконаленню обох методів. Так, сучасний розвиток офтальмології розкриває перед реклінацією нові можливості [5: 26].

Екстракція катаракти широко використовується офтальмологами, які постійно удосконалюють її техніку та інструментарій, прагнучи видалити кришталик повністю і максимально безпечним шляхом (пінцетний, вакуумний, сорбційний способи, кріоекстракція, ферментативний зонулолізис, факоемульсифікація з імплантацією інтраокулярної лінзи – штучного кришталика тощо).

Повна відсутність кришталика – афакія (від грецьк. а – заперечення, phakos – чечевиця) у більшості випадків є наслідком екстракції катаракти, рідше – важкої травми, дуже рідко вона вроджена. У сучасній офтальмології корекція афакій здійснюється шляхом застосування окулярів, контактних [1] та інтраокулярних лінз [4].

Отже, сучасна офтальмологія має широкий спектр медикаментозних засобів для гальмування катаракт на початкових стадіях, для покращення процесів метаболізму в кришталику. Прогресуюча катаракта в умовах стаціонару може успішно лікуватися оперативним шляхом. У той же час не вирішеною проблемою залишається профілактика катаракти.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белоус В.И. Контактная коррекция зрения. – Житомир: Волынь, – 2001. – 144 с.
2. Білоус В.Й. Ефективність застосування квінаксу в консервативному лікуванні катаракт. – Тези доповідей IX Конгресу Світової федерації українських лікарських товариств. – Луганськ, Київ, Чикаго, 2002. – С. 353 – 354.
3. Білоус В.Й. Офтан катахром в лікуванні катаракт: віддалені результати застосування // Тези XIУ Міжнародного наукового симпозіуму “Одесса – Генуя” “Дистрофічні захворювання органу зору”. – Одеса, 2005. – С. 143 – 144.
4. Боровенская Н.П., Белоус В.И. Результаты одномоментной экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы и антиглаукоматозной операции // Тези 5 Міжнародної конференції офтальмологів країн Причорномор’я. – Одеса, 2007. – С. 17 – 19.
5. Катаракта и основы её лечения: Учебное пособие / В.С. Беляев, В.И. Барашков, В.В. Кравчинина, Н.В. Душин, П.А. Гончар. – М.: Изд-во УДН, 1991. – 48 с.

6. Ковтун М.И., Лапкина И.И., Кочина М.Л. Особенности заболеваемости катарактой в разных возрастных группах // Матеріали науково-практичної конференції офтальмологів з міжнародною участю «Філатовські читання». – Одеса, 2012. – С. 71 – 72.

7. Мальцев Э.В. Хрусталик. – М.: Медицина, 1988. – 192 с.

8. Сичко А.В. Влияние препаратов кверцетина на оптические свойства хрусталика у больных с начальной формой возрастной катаракты // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Філатовські читання – 2015», присвяченої 140-річчю з дня народження академіка В.П. Філатова. – Одеса, 2015. – С. 41.

КАТАРАКТА: ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

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

Резюме. *По данным ВОЗ, катаракта – одно из самых распространенных заболеваний глаз (18 млн людей в мире потеряли зрение из-за катаракты, что составляет 48 % всех слепых). Это заболевание чаще возникает в старшем возрасте. Мониторинг первичной инвалидности по зрению в Украине свидетельствует о стабильности удельного веса инвалидов с катарактой. Особенной остроты вопрос лечения катаракты приобретает при повышенных требованиях к качеству зрения. Исследования катарактогенезиса, поиски новых и усовершенствование существующих способов медикаментозной профилактики, консервативного и оперативного лечения актуальны для современной офтальмологии.*

Цель *статьи – освещение патологической морфологии катаракт, метаболизма нормального и помутневшего хрусталика, перспективных подходов к диагностике, консервативного и хирургического лечения этого заболевания, что будет содействовать профессиональной подготовке семейных врачей и среднего медицинского персонала. Для достижения цели были использованы методы системного анализа и логического обобщения.*

Катаракта – это утрата прозрачности хрусталика. Сведения о клинической оценке катаракты важны для выбора метода её лечения. В современной

CATARACT: ETHIOPATHOGENESIS, CLINIC, DIAGNOSTICS AND TREATMENT

Belous V.I.
Zhitomir Central City Hospital № 1

Summary. *According to the WHO data, cataract is one of the most wide-spread eye diseases (18 million people in the world lost their eyesight on account of cataract, which makes 48 per cent of all the blind). This disease most often develops in older age. The monitoring of primary eye disability reveals the stability of the numbers of the disabled because of cataracts. The issue of cataract treatment becomes particularly acute with increased requirement for eyesight quality. Research on cataract genesis, search for new ways of medical prevention, therapeutic and surgical treatment for cataract remains topical in contemporary ophthalmology.*

The ***aim*** *of the article is to illuminate the pathological morphology of cataracts, the metabolism of the darkened lens, promising approaches to diagnostics, therapeutic and surgical treatment for this disease, which will contribute to the professional training of family doctors and nurses. To achieve the aim set, methods of systemic analysis and logical generalization have been used.*

Cataract is the loss of lens transparency. Data on clinical evaluation of cataract are important for choosing appropriate methods of its treatment. There are quite a few theories on the mechanisms of cataract development in contemporary ophthalmology. Achievements in the field of eye biochemistry have broadened the understanding of the metabolic processes in the lens in case of age-related cataracts and laid the

офтальмологии есть немало теорий механизма развития катаракты. Достижения в области биохимии глаза расширили представление о метаболизме в хрусталике при возрастной катаракте и стали основой для её консервативного лечения. Научные исследования и широкая офтальмологическая практика подтверждают, что консервативное лечение катаракт целесообразно только на начальных стадиях, поэтому основным методом остаётся оперативное лечение, которое постоянно усовершенствуется.

Выводы. *Современная офтальмология имеет широкий спектр медикаментозных средств торможения катаракт на начальных стадиях и для улучшения процессов метаболизма в хрусталике, прогрессирующая катаракта в условиях стационара может успешно лечиться оперативным путём, однако актуальным остаётся профилактика катаракты.*

Ключевые слова*: катаракта, помутнение хрусталика, реклинация, экстракция, факоэмульсификация, интраокулярная линза.*

foundations for its therapeutic treatment. Scientific research and wide ophthalmological practice prove that the therapeutic treatment for cataracts is advisable only on the initial stages, therefore surgical treatment remains the main method of treatment and is constantly developing.

Conclusions. *Contemporary ophthalmology has a wide range of medications for the inhibition of cataracts on their initial stages and for the improvement of the metabolic processes in the lens; progressive cataracts can be effectively operated for; however, prevention of cataracts remains topical.*

Key words: *cataract, lens darkening, reclination, extraction. phacoemulsification, intraocular lens.*

МАГІСТР медсестринства

УДК: 616.071-053+614.253.52

ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ПОМИЛОК В КЛІНІЧНІЙ ЛАБОРАТОРНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ТА РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ЇХ ПОПЕРЕДЖЕННІ

Свиридюк В.З., Васьков К.С., Гречко В.А.
Житомирський інститут медсестринства

Резюме. *Вірогідність результатів лабораторних досліджень залежать від багатьох чинників, серед яких важливу роль відіграють ті з них, які безпосередньо залежать від медичної сестри.*

Мета роботи – аналіз чинників, що зумовлюють помилки в лабораторній діагностиці, та розроблення перспективніх підходів до їх попередження за участі медичних сестер.

Лабораторні методи дослідження мають важливе значення в діагностиці більшості захворювань за умови правильного дотримання вимог на всіх етапах їхнього проведення – від підготовки пацієнтів і взяття біоматеріалу, до обговорення з пацієнтом отриманих результатів. На підготовчому етапі роль медичної сестри є визначальною. Проблема клінічного тлумачення результатів лабораторних досліджень ускладнюється незнанням лікарями, медичними сестрами і лаборантами основ метрології. Зокрема, більше половини опитаних не розуміють суті і не надають значення і не враховують при оцінці результатів таких чинників як чутливість і специфічність лабораторних методів дослідження.

Лабораторне обстеження пацієнтів має наступну етапність: підготовка пацієнтів до дослідження, взяття біоматеріалу, його маркування, зберігання, доставка до лабораторії, виконання лабораторного дослідження та клінічне тлумачення (оцінка) отриманих результатів. На кожному з етапів, за виключенням процесу виконання самого дослідження, роль медичної сестри є визначальною. Чітке розуміння медичними сестрами причин можливих помилок в лабораторній діагностиці дозволяє попередити їхнє виникнення.

Ключові слова: *лабораторна діагностика, діагностичні помилки, роль медичної сестри в попередження помилок лабораторної діагностики.*

Вступ. Лабораторні методи обстеження пацієнтів мають важливе значення для діагностики більшості захворювань. Вірогідність результатів лабораторних досліджень залежать від багатьох чинників, серед яких важливу роль відіграють ті з них, які безпосередньо залежать від медичної сестри. А саме: підготовка пацієнта до лабораторного дослідження, дотримання правил взяття біологічного матеріалу, оформлення супровідної документації, забезпечення відповідних умов зберігання і транспортування біологічного матеріалу, як це передбачено методикою дослідження. Чітке розуміння причин можливих помилок в лабораторній діагностиці дозволяє попередити їх виникнення [2, 3].

Мета роботи – аналіз чинників, що зумовлюють помилки в лабораторній діагностиці, та розроблення перспективніх підходів до їх попередження за участі медичних сестер. Для досянення мети використано **медико-соціологічне дослідження (анкетування).** Нами вивчалися питання доступності: як фізичної, так і фінансової, лабораторних досліджень, рівень задоволення пацієнтів якістю підготовки до здачі біоматеріалу для лабораторного дослідження, інформаційне забезпечення та причини

можливих помилок лабораторної діагностики. Опитування лікарів, медичних сестер, лаборантів і пацієнтів проводилося в 7 центральних районних лікарнях (ЦРЛ) Житомирської області. Відповідно до мети дослідження, було опитано 105 медичних працівників (15 лаборантів з вищою освітою, 30 лаборантів із середньою медичною освітою, 30 лікарів-клініцистів, 30 медичних сестер різних спеціальностей), а також 162 пацієнтів ЦРЛ, що проходили лабораторне обстеження в амбулаторних умовах.

Отримані результати та їх обговорення. Проведення лабораторних досліджень умовно можна поділити на наступні етапи [3].

1. Підготовка пацієнтів до дослідження.
2. Взяття біологічного матеріалу (крові, сечі, калу, харкотиння, слини, сперми, спинно-мозкової рідини тощо).
3. Зберігання біологічного матеріалу та доставка (транспортування) його до лабораторії.
4. Виконання власне лабораторного дослідження.
5. Клінічне тлумачення результатів лабораторного дослідження.

На кожному з етапів можуть бути допущені специфічні помилки. Умовно їх можна поділити на позалабораторні, внутрішньолабораторні і клінічні, які виникають внаслідок неправильного тлумачення результатів лабораторного дослідження. До лабораторних помилок відносяться ті, що виникають безпосередньо в лабораторії і залежать від кваліфікації лаборантів, якості реактивів, метрологічної точності (надійності) апаратури і обладнання, а також правильного вибору методики та ретельного дотримання технології дослідження. Наприклад, щоб виявити в калі паразитів та яйця гельмінтів, фекалії необхідно досліджувати безпосередньо після акта дефекації або через кілька хвилин, застосовувати метод збагачення (флотації), пошук яєць гельмінтів проводити впродовж 20-30 хвилин. Працівники ж більшості поліклінічних і лікарняних лабораторій, лабораторій діагностичних центрів та лабораторій санепідслужби України вищезазначених вимог не дотримуються.

До типових внутрішньолабораторних помилок відноситься неврахування фізичної і біохімічної інтерференції. Фізична інтерференція виникає тоді, коли при флуорометрії, спектрометрії та колоритметрії досліджувані зразки можуть давати додаткову флуорисценцію, яка спотворює результати визначення рівня досліджуваних речовин у біологічних зразках. Так, підвищені рівні рібофлавіну і бета-каротину імітують підвищення рівня білірубіну. Прийом саліцилатів, антибіотиків тетрациклінового ряду, хінідіну, допегіду, резерпіну, вітамінів групи В завишають рівні визначення в крові, сечі та інших біологічних рідинах організму кортикостероїдів, катехоламінів, порфіринів, жовчних кислот, амінокислот тощо. Хімічна інтерференція полягає в тому, що ліки вступають у хімічні реакції з деякими речовинами в організмі і дають хибнопозитивні або хибнонегативні результати при лабораторних дослідженнях. Так, саліцилати, парааміносаліцилова кислота, кофеїн, аскорбінова кислота, хлоралгідрат призводять до гіперглікемії. Пероральні протидіабетичні препарати можуть викликати хибнопозитивну реакцію на білок в сечі [1, 2, 3]. Сучасний рівень лабораторного технічного оснащення, широке використання автоматичних біохімічних і гематологічних аналізаторів, використання піпеток-дозаторів, високоякісних тест-систем, стандартизованих реактивів і постійний контроль якості дозволяють значною мірою позбавитись частини внутрішньолабораторних помилок [3].Позалабораторні помилки пов'язані з неправильною підготовкою пацієнта до дослідження, неправильним взяттям біоматеріалу, недотриманням правил

зберіганням і доставкою досліджуваного біоматеріалу до лабораторії.

Загальновідомою є вимога відміни прийому медикаментів за 5 днів до лабораторного дослідження, яка в умовах стаціонару ніколи не дотримується, через те, що її дотримання призвело б до істотного подовження перебування хворих в лікарні (збільшення ліжко-дня). Тому оцінка результатів лабораторних досліджень повинна проводитись із врахуванням можливого спотворення результатів внаслідок впливу медикаментів. Перед лабораторним дослідженням, особливо це стосується амбулаторних пацієнтів, безпосередньо і напередодні, необхідно виключити фізичне навантаження, прийом алкоголю, наркотичних речовин, тютюнопаління, та дотримуватися звичного режиму харчування. Для деяких різновидів лабораторних досліджень необхідні спеціальні умови, наприклад рівень цукру в крові визначається натще, перед взяттям крові для ліпідограми необхідне голодування впродовж 12 годин. Для попередження гемолізу посуда (пробірки) і шприци повинні бути чистими і сухими.

Кров необхідно доставити в лабораторію впродовж кількох хвилин або ж відділяти сироватку від згустка, тому що довге (впродовж години і більше) зберігання крові, особливо на світлі без зняття сироватки приводить до вирівнювання градієнтів між сироваткою і клітинами крові, що спотворює справжні показники концентрації електролітів, ферментів, гормонів, амінокислот тощо. Сироватка не повинна зберігатися на світлі, оскільки за одну годину перебування на світлі рівень білірубіну знижується на 50,0%. Зберігання сироватки на світлі при кімнатній температурі призводить до окислення атмосферним киснем і перетворення в метаболіти деяких речовин. Так глюкоза крові при кімнатній температурі перетворюється в молочну кислоту зі швидкістю 0,8 ммоль/год, при цьому у зразку крові знижується pH і вдвічі підвищується рівень залишкового азоту [1, 2, 3]. Вирішальне місце щодо помилок лабораторних досліджень посідає неправильне тлумачення результатів медичними працівниками і пацієнтами. При цьому, якщо несприятливої дії більшості вищезазначених чинників можна запобігти шляхом правильної підготовки пацієнтів до лабораторного дослідження, правильного забору, зберігання, доставки біоматеріалу до лабораторії і в процесі виконання власне лабораторного дослідження, то можливість похибок, спричинених наступними чинниками потрібно просто враховувати.

Серед останніх важливе значення належить тривалому лікуванню, що передує лабораторному дослідженню, певними медикаментами, які можуть чинити істотний вплив на обмін речовин, Більшість ліків метаболізуються в печінці за участю мікросомальних окислювальних ферментів. Якщо мікросомальні окислювальні ферменти не в змозі знешкодити токсичну дію медикаментів, то виникає медикаментозне ушкодження гепатоцитів, яке проявляється внутрішньопечінковим холестазом - підвищенням у крові рівня білірубіну, збільшенням активності печінкових ферментів та жировим гепатозом. Виражену гепатотоксичну дію мають: бутадіон, ізоніазид, фенотиазин, рентгенконтрастні діагностичні речовини. Наслідки гепатотоксичної дії медикаментів можуть хибно трактувані клініцистами як захворювання печінки вірусної етиології [3, 4, 5]. Крім нікотину, алкоголю, наркотиків на результати лабораторних досліджень впливає тривалий прийом гормональних контрацептивів, нестероїдних протизапальних препаратів, глюкокортикоїдив тощо [3].

Більшість протипухлинних препаратів, сульфаніамідів та антибіотиків викликають лейкопенію і тромбоцитопенію, що може призвести до агранулоцитозу. Прийом саліцилатів,

анальгіну, парааміносаліцилової кислоти, ізоніазиду знижує осмотичну стійкість еритроцитів і може хибно трактуватися клініцистами як прояв гемолітичної анемії [4, 5].Проблема клінічного тлумачення результатів лабораторних досліджень ускладнюється незнанням лікарями, медичними сестрами і лаборантами основ метрології. Так, при опитуванні лаборантів із середньою медичною освітою, лаборантів із вищою немедичною освітою, (біологів, мікробіологів і біохіміків), лікарів-клініцистів і медичних сестер різних спеціальностей, більше половини з них не надали правильної відповіді щодо визначення і суті таких понять як: похибка, чутливість і специфічність лабораторних методів дослідження та, яким чином їх потрібно враховувати при оцінці отриманих результатів. Результати опитування пацієнтів дозволили виявити цілу низку проблем, пов'язаних з лабораторним обстеженням. Серед них проблема доступності. Результати оцінки пацієнтами доступності лабораторних досліджень наведено в таблиці 1. Перше, що звертає на себе увагу, - більше, ніж у третині випадків (36,4%) пацієнти не мають змоги пройти лабораторне обстеження, призначене лікарем, у закладах охорони здоров'я за місцем проживання. Це змушує пацієнтів звертатись до приватних клінік або їхати до обласного центру. Через незадовільну доступність у 6,2% випадків призначене лікарем лабораторне обстеження взагалі не проводилось. Лише у 14,8% випадків пацієнти мають змогу здати біоматеріал для лабораторного дослідження у день прийому лікарем. Ще менший відсоток (1,2%) тих, хто має можливість у той же день отримати результати.

Таблиця 1

Оцінка доступності лабораторних досліджень для пацієнтів

Показник	Міські жителі		Сільські жителі	
	абс.	M±m, %	абс.	M±m, %
Можливість здачі біоматеріалу для лабораторних досліджень				
В день прийому лікарем	11	6,8±2,0	13	8,0±2,1
На наступний день	30	18,5±3,0	39	24,1±3,4
Всіх призначених аналізів впродовж 3-х днів	24	14,8±2,8	45	27,8±3,5
Можливість отримати результати дослідження				
В день здачі біоматеріалу	1	0,6±0,6	1	0,6±0,6
На наступний день	21	13,0±2,6	79	48,8±3,9
Через 2 і більше днів	27	16,7±3,0	33	20,4±3,1
Хто передає лікарю результати лабораторних досліджень				
Пацієнт самостійно забирає результати дослідження з лабораторії	21	13,0±2,1	38	23,5±3,4
Результати дослідження передаються з лабораторії до кабінету лікаря медичними працівниками	33	20,4±3,1	61	37,6±3,8
Випадки втрати результатів лабораторного дослідження	5	3,1±1,3	4	2,5±1,3
Лікар змушений направляти пацієнтів до лабораторій інших закладів				
Неможливо здати рекомендовані аналізи в лабораторії за місцем проживання	34	21,0±3,2	25	15,4±2,8
У таких випадках обстеження проведено:	17	10,5±2,4	12	7,4±2,0
- в державних (комунальних) закладах охорони здоров'я	5	3,1±1,3	4	2,5±1,3
– в приватних клініках	6	3,7±1,5	5	3,1±1,3
Рекомендоване лікарем обстеження не проведено	6	3,7±1,5	4	2,5±1,3

Встановлено, що 40,8±3,5% сільських та 39,2±4,3% міських пацієнтів не отримали від лікаря або медичної сестри роз'яснення щодо підготовки до лабораторного обстеження.

При вивченні фінансової доступності лабораторного обстеження було встановлено, що 22,2±3,3% пацієнтів проходили обстеження безкоштовно, оплачували частину проведених досліджень 61,1±3,8% пацієнтів, оплачували проведення повністю всіх досліджень 16,7±3,0% пацієнтів.

Вивчення інформаційного забезпечення лабораторного дослідження як невід'ємної складової лікувально-діагностичного процесу дозволило отримані наступні результати:

1. Результати лабораторного обстеження сповіщені пацієнту лікуючим лікарем з відповідним коментарем у 48,8±3,9% випадків;
2. Результати лабораторного обстеження на прохання пацієнта прокоментовані лаборантом у 17,9±3,0%);
3. Результати лабораторного обстеження сповіщені пацієнту на його прохання медичною сестрою у 27,8±3,5% випадків;
4. Результати лабораторного обстеження із лабораторії доставлені лікуючому лікарю і з пацієнтом не обговорювались у 5,5±1,9% випадків.

Лабораторні методи дослідження мають важливе значення в діагностиці більшості захворювань за умови правильного дотримання вимог на всіх етапах їхнього проведення – від підготовки пацієнтів до взяття біоматеріалу, до обговорення з пацієнтом отриманих результатів. На підготовчому етапі роль медичної сестри є визначальною. У більшості випадків взяття біоматеріалу для лабораторного дослідження виконується також медичними сестрами. Крім того, за оформлення супровідної документації, забезпечення відповідних умов зберігання і транспортування біологічного матеріалу, також несуть відповідальність медичні сестри. Чітке розуміння медичними сестрами причин можливих помилок в лабораторній діагностиці дозволяє попередити їх виникнення. Нарешті, медичні сестри повинні вміти правильно оцінювати результати лабораторних досліджень та пояснити пацієнту їхню клінічну значимість.

Висновки. 1. Лабораторне обстеження пацієнтів має наступну етапність: підготовка пацієнтів до дослідження, взяття біоматеріалу, його маркування, зберігання, доставка до лабораторії, виконання власне лабораторного дослідження та клінічне тлумачення (оцінка) отриманих результатів.

2. На кожному з етапів, за виключенням процесу виконання самого лабораторного дослідження, роль медичної сестри є визначальною.

3. Чітке розуміння медичними сестрами причин можливих помилок в лабораторній діагностиці дозволяє попередити їхнє виникнення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Екологічна хімія. /Б.М.Федишин, В.І.Дорохов, Г.В.Павлюк та ін. –Херсон: ОЛДІ-ПЛЮС, 2014. -516 с.

2. Медсестринство у внутрішній медицині. /О.С.Стасишин, Н.Я.Іванів, Г.П.Ткачук та ін. –К.: ВСВ: «Медицина», 2014. -536 с.

3. Мхитарян Л.С. Источники ошибок в клинической лабораторной диагностике /Л.С.Мхитарян //Doctor. -2004. -№1. –С. 59-61.

4. Gotlib J. Ocena wiedzy pielegniarek na temat aseptyki i antyseptyki w wybranych procedurach medycznych /J. Gotlib, K. Kosonog //Problemi Pielegniarstwa. -2010. -№ 1(18). –P. 30-40/

5. Sleziona M. Zapobieganie “Cichej epidemii” – swiadomosc pielegniarek dotyczaca profilaktyki WZW //Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи. –Житомир: Видавець О.О.Євенок, 2015. –С. 366-379.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ОШИБОК КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ И РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ

Свиридюк В.З., Васьков К.С., Гречко В.А.

КВУЗ «Житомирский институт медсестринства»

Резюме. *Достоверность результатов лабораторных исследований зависит от многих факторов, среди которых важная роль принадлежит тем из них, которые непосредственно зависят от медицинской сестры.*

Цель работы – анализ факторов, которые обуславливают ошибки в лабораторной диагностике, и разработка перспективных подходов до их предупреждения с помощью медицинских сестер.

Лабораторные методы исследования имеют важное значение в диагностике большинства заболеваний при условии правильного соблюдения требований на всех этапах их проведения – от подготовки пациентов и взяттия биоматериала, до обсуждения с пациентом полученных результатов. На подготовительном этапе роль медицинской сестры есть определяющей. Проблема клинической интерпретации результатов лабораторных исследований усложнена незнанием врачами, медицинскими сестрами и лаборантами основ метрологии. В частности, больше половины опрошенных не понимают существа, не придают значения и не учитывают при оценке результатов таких факторовв как чувствительность и специфичность лабораторных методов исследования.

THE MAIN CAUSES OF PITFALLS IN CLINICAL LABORATORY DIAGNOSTICS AND NURSES ROLE IN THEIR PREVENTION

Sviridiuk V.Z., Vaskov K.S., Grechko V.A.

Zhytomyr Nursing Institute

Summary. *The authenticity of laboratory exploring results depends upon great variety of factors among which the important role play the ones connected with nurses activity.*

The objective of the paper is to analyze the factors stipulating mistakes in laboratory diagnostics and nurses support in elaborating new strategies of their prevention.

The laboratory methods play the crucial role in diagnosing the majority of diseases during all processual stages – from pations building –up to final results. Nurse’s role on the very first stage is defining as well as the last one. Patients’ laboratory diagnostics has also its structure: setting up patients, biological sampling, marking, storing, lab delivery, carring out laboratory exploration and results interpreting. The role of a nurse is defining at these stages.

Key words. *laboratory diagnostics, diagnostics pitfall, nurses role in prevention laboratory diagnostics pitfalls.*

Лабораторное обследование пациентов имеет следующую этапность: подготовка пациентов к исследованию, забор биоматериала, его маркировка, хранение, доставка в лабораторию, выполнение лабораторного исследования иа клиническое истолкование (оценка) полученных результатов. На кождом этапе, за исключением процесса выполнения собственно самого исследования, роль медицинской сестры есть определяющей. Четкое понимание медицинскими сестрами причин возможных ошибок лабораторной диагностики позволяет их предупреждать.

Ключевые слова: *лабораторная диагностика, диагностические ошибки, роль медицинской сестры в предупреждении ощибок лабораторной диагностики.*

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 обґрунтуванням 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