

УДК 378:005.6+377.36:61+37.015.31

З. П. Шарлович,
здобувач

(Житомирський державний університет імені Івана Франка)

**ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ТЕОРІЙ (МОДЕЛЕЙ)
ПРО РОЛЬ ТА ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СПІВПРАЦІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ
З РОДИНАМИ ЗАДЛЯ ОДУЖАННЯ ПАЦІЄНТІВ**

У статті проаналізовано історичні та порівняльні аспекти розвитку медсестринства, наукові підходи до визначення змісту основних медсестринських теорій (моделей). Встановлено, що проблеми в сімейній медицині вимагають детального дослідження та впровадження сучасних наукових та навчальних технологій з метою модернізації медичної галузі та медсестринства, зокрема загальної практики сімейної медицини, спеціалісти якої повинні володіти професійно-педагогічною компетентністю.

Упродовж багатьох століть існує традиційна медична модель, суть якої полягає в орієнтації на хворобу, де на першому плані знаходиться професійна діяльність лікаря, спрямована на диференціацію клінічних ознак захворювання, встановлення діагнозу, лікування патологічних процесів та станів [1] і лише короткий історичний шлях має медсестринство.

Мета статті полягає в обґрунтуванні ролі тісної співпраці медичної сестри з сім'ями пацієнтів та залучення їх до участі в одужанні пацієнтів. **Завданням даної статті** є аналіз стану дослідженості медсестринських моделей та теоретичного обґрунтування проблеми розвитку медсестринства, ролі професійно-педагогічної компетентності медичної сестри для здійснення діяльності на засадах загальної практики – сімейної медицини.

Функції догляду та обслуговування з часів первіснообщинного ладу, які входять в сферу сестринської справи, виконували жінки, матері, сестри. Жінка як оберіг домашнього вогнища, цілком природно доглядала новонароджених, немовлят, дітей і дбала про збереження всіх членів родини. Радіус охоплення діяльності й опіки хворих, немічних, старих поступово розширювався. Сестринська справа від початку розглядалась як різновид діяльності лише жіночої статі, тобто визнавалось, що для виконання зазначених функцій вимагаються риси та особливості характеру, переважно притаманні жінкам. Часто уявлення про медичну сестру та її роль поєднувались з образом ніжної, доброї, завжди близької, і головне, надійної матері. І хоча вона була неосвічена, проте розумна, завдяки життєвому досвіду.

У середні віки створювались монастирі, лікарні, притулки для догляду за хворими бідняками. Першою запровадила навчання з догляду за хворими римлянка Паула. Сестринська допомога у західних країнах поділялась на допомогу, яку проводили вдома за плату доглядальницям, та в лікарнях, притулках, робітничих будинках монашками та служницями. В Київській Русі княгиня Ольга організувала лікарню, в якій за хворими доглядали жінки. Своїми медичними знаннями першою прославилась Євпраксія Мстиславівна, онучка Володимира Мономаха [1].

В XVIII ст. в Росії з'являються повивальні бабки (акушерки). У 1728 р. медична колегія ввела посадові одиниці жінкам по догляду за хворими, а у 1803 р. в Москві та Петербурзі відкрито "вдовий дом" [1].

Видатний хірург М. І. Пирогов [1-6] був ініціатором використання жінок-сестер милосердя в якості помічників лікаря. Сто двадцять жінок брало участь в Кримській війні, об'єднаних в Хрестовоздвиженську общину сестер піклування про поранених і хворих [1: 199; 6; 7]. Серед них відзначились своїм героїзмом, милосердям та професіоналізмом Д. Севастопольська, К. Хитрова, К. Бакуніна, Є. Карцева, В. Щедрина та ін. У тій же війні брала участь і Флоренс Найтінгейл – засновниця міжнародної системи підготовки кадрів сестринського і молодшого персоналу. У 1899 р. створена Міжнародна Рада медичних сестер (МРМ).

Мати Тереза (1910-1997) доглядала хворих власноруч, створювала хоспіси, притулки для хворих, організовувала школи, будинки для дітей, жінок з небажаною вагітністю, а місію – Орден Благодійності в Індії з 12 медсестер виростила до 3000 у 517 містах 100 країн [1: 244-247].

Теоретики медсестринства світової спільноти за всю історію становлення і розвитку медсестринства обґрунтували і створили декілька медсестринських теорій (моделей), які визначають суть медсестринства.

Розвитку медсестринства як науки передували розробки і дослідження медичних сестер різних країн світу. Основоположницею філософії медсестринської справи, по праву, вважається Флоренс Найтінгейл, яка вивчала вплив оточуючого середовища на видужання хворого, реакцію пацієнта у відповідь на хворобу. Свою позицію вона виклала у книзі "Нотатки про медсестринство" (1859 р.) [8; 9]. Клятву медсестри, розроблену Ф. Найтінгейл, вивчають і приймають випускники вищих медичних навчальних закладів, отримавши диплом медичної сестри [8: 106; 9; 10].

Опираючись на свій досвід, Хільдегард Пеплау [9] дослідила, що в основу медсестринства варто покласти взаємини "медсестра-пацієнт". У виданні "Міжособистісні стосунки в медсестринському

догляді" (1952) вона детально розкрила теорію психодинамічного догляду, що концентрується як на догляді, так і на самій людині. На її погляд, медична сестра повинна була вникати в усі сторони життя пацієнта, при цьому залишаючись для нього сторонньою особою, проте допомагаючи йому в питаннях опіки та успадкування, навчаючи його елементам догляду, що вимагало б від неї лідерських якостей, різнобічних знань, винахідливості.

Цікавою є додатково доповнююча теорія Вірджинії Хендерсон. На її переконання, саме медична сестра повинна своїми втручаннями сприяти самостійності хворого. В своєму підручнику "Принципи та практика медсестринства" (1966), В. Хендерсон відзначала, що основою медсестринського догляду є 14 потреб, задовольнивши які, людина досягне повної гармонії у цивілізованому світі. Згодом доповнила ці потреби до двадцяти однієї у своїх дослідженнях Файе Абделла [9: 26].

Заслугує на увагу модель самодопомоги (дефіциту самодогляду) Дороті Орем. Дослідниця опирається на початковий (природний) принцип спроможності людини від початку самостійно обслуговувати себе. Оскільки в період хвороби ця здатність знижується (обмежується чи відсутня), то саме медична сестра повинна спонукати пацієнта до відновлення компонентів самодогляду, навчивши його, як це саме потрібно зробити, створюючи умови та асистуючи йому.

Джулія Джонсон розробила поведінкову модель, проаналізувавши і довівши, що саме зі зміною способу життя, появою хвороб (а це завжди стрес) змінюється поведінка людини. Щоб змінити поведінку людини, варто виявити фактор впливу і його причину та відновити рівновагу, координуючи та контролюючи поведінку людини і направляючи її на відновлення рівноваги поведінкової системи і функціональної стабільності пацієнта.

Адаптаційна модель Калісти Рой базується на системі адаптацій, яку вивела авторка, зауваживши, що саме навчання пацієнта елементам адаптації до навколишнього оточення (середовища) як в період відносного здоров'я, так і в період хвороби повинно стати пріоритетним завданням медсестри [9-11].

Усі зазначені теорії мають раціональне зерно і так чи інакше використовуються в практичному медсестринстві.

Проте, виходячи з теми нашого дослідження, коли основний акцент спрямовується на формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини, яка по роду своєї діяльності повинна тісно співпрацювати з родинами пацієнта, надавати медико-санітарну допомогу, проводити профілактичну діяльність, на наш погляд, є цікавою теорія турботи Джейн Ватсон [9: 44], яка вважала, що стан здоров'я людини, поява хвороб залежить від її поведінки, а звідси очевидно, що профілактика і догляд повинні здійснюватись медсестрою паралельно.

Профілактична модель Бетті Ньюмен [9: 44] базувалась на співпраці з родинами задля підтримки та досягнення ними оптимального рівня здоров'я через усвідомлення людиною своєї значущості в результаті.

Оскільки медична сестра сімейної медицини постійно працює на територіальній дільниці й розглядає пацієнта в контексті сім'ї, а її діяльність передбачає профілактичну роботу в родині, вивчення факторів, що можуть негативно позначитись на здоров'ї кожного її члена, то цікавими до застосування можуть стати теорія збереження Мойри Левайн [9: 27] та удосконалена модель здоров'я Мойри Аллен.

У 1969 р. М. Левайн у виданні "Вступ до клінічного медсестринства" детально обґрунтувала розроблені нею чотири принципи збереження, які включають в себе збереження енергії, структурної, особистої і соціальної цілісності. Викликавши зацікавленість родини у відновленні здоров'я кожного із її членів та опікуючи родину, спільними зусиллями можна досягти балансу цілісності, зберігши індивідуальність і унікальність пацієнта. Допомогти адаптуватись йому до змін, що виникли в результаті хвороби, може саме найближче оточення пацієнта, його родина, яка достеменно володіє інформацією про проблеми пацієнта, безпосередньо впливає на формування здоров'я. Ось чому тісна співпраця з родиною сприяє взаємодії та є передумовою комплексного догляду за пацієнтом і спрямована на вирішення його проблем та задоволення потреб.

Мойра Аллен (1977) впевнена, що щоденне активне самопізнання є найкращим способом вивчення свого здоров'я, а прагнення кожної людини і сімей до покращення свого здоров'я сприяє здоров'ю нації, яке є національним багатством. Основу основ цієї моделі складає сім'я і, на переконання дослідниці, пошук першопричини проблем людини потрібно розпочинати із середовища сім'ї. Всю свою увагу, зусилля і діяльність медична сестра повинна спрямовувати на співпрацю з родиною пацієнта, щоб долучити кожного члена родини стати співучасником в процесі покращення здоров'я пацієнта [9-11].

Історично склалось, що догляд за хворими та опіку в родині здійснюють жінки і це стало лейтмотивом професії "медична сестра".

У проаналізованих нами моделях дослідниці обґрунтували необхідність тісної співпраці з родинами та залучення членів сім'ї пацієнта до участі в його одужанні.

В основі діяльності медичних сестер Європи за рекомендацією Європейського бюро ВООЗ, до складу якого входить і Україна, покладено модель Вірджинії Хендерсон. Для вирішення потреб пацієнта потрібно провести медсестринське обстеження пацієнта, визначити стан його здоров'я, встановити медсестринський діагноз, розставити пріоритети, визначити завдання, спланувати втручання і здійснити

їх, підвести підсумки, а при необхідності вносити корекції з метою отримання потрібного результату. Саме такий підхід свідчить про цілеспрямований, високоорганізований процес, спрямований на вирішення проблем і задоволення потреб пацієнта, чим, власне, і повинно опікуватись медсестринство. Викладені компоненти як цілісна система і складають п'ять етапів медсестринського процесу, метою якого є "підтримання здоров'я, запобігання захворюванню, сприяння поліпшенню стану та процесу видужання, відновлення здоров'я та максимального незалежного функціонування" [9-11].

З проголошенням незалежності України як суверенної держави медсестринство набуло стрімкого розвитку [1; 4-7]. Для впровадження медсестринського процесу в дію медичній сестрі сімейної медицини України потрібно мати багатоспекторну обізнаність, бути компетентною в професійному спрямуванні, володіти знаннями клінічного медсестринства, психології, міжособового спілкування і застосовувати міжпредметну інтеграцію та теоретичні засади, набуті практичні уміння і навички досягнення бажаного результату.

Провідні фахівці МОЗ України, керівники та викладачі вищих медичних навчальних закладів, медичні сестри практичної охорони здоров'я досліджують розвиток медсестринства в Україні, проводять порівняльну характеристику з рівнем розвитку в інших країнах світу та вносять свої пропозиції для реформування галузі охорони здоров'я та медичної освіти в нашій країні – переходу підготовки медичної сестри від медичної до медсестринської моделі [12].

Медсестринство поступово впроваджується в сімейній медицині. Н. М. Касевич запропонувала свою семирівневу ієрархію людських потреб, взявши за основу п'ять рівнів потреб за А. Маслоу [10: 336].

На першому З'їзді медичних сестер України, що відбувся в Чернівцях у 1999 р. був прийнятий Етичний кодекс медичної сестри України [8: 107; 13].

Отже, для всебічного розвитку сімейної медицини варто враховувати та використовувати досвід та дослідження минулих років, викладених в працях медичних сестер-дослідниць. Обґрунтування участі медичної сестри в залученні родини пацієнта до процесу його одужання передбачає наявність у неї сформованої професійно-педагогічної компетентності, що забезпечить здатність співпрацювати з сім'ями, знаходити спільні творчі рішення, розв'язувати проблеми, успішно проводити навчання, сприяти пропагуванню здорового способу життя та попередження захворювань.

З метою виконання лікарських призначень медична сестра повинна володіти професійною (маніпуляційною) майстерністю. Здійснюючи догляд за хворими, проводячи бесіди й навчання, виконуючи роль наставника, педагога, помічника, а також переконуючи пацієнта в необхідності, доцільності та суті втручань і отримання згоди пацієнта на проведення маніпуляцій чи досліджень, медична сестра повинна застосовувати набуті педагогічні знання, уміння та навички.

Щоб долучитись до сучасних світових стандартів розвитку сімейної медицини, яким би відповідали випускники медсестринських відділень України, потрібно удосконалювати систему підготовки спеціалістів медсестринської освіти, адже першим помічником сімейного лікаря є сімейна медична сестра. На наш погляд, запровадження спецкурсу "Педагогічні аспекти навчання само- та взаємодогляду пацієнта і його родини в сімейній медицині" в систему фахової підготовки та неперервної медичної освіти, сприятиме формуванню у майбутніх та працюючих медичних сестер професійно-педагогічної компетентності, поглибить знання про роботу в родині та забезпечить успішну діяльність в закладах загальної практики сімейної медицини.

Професія медичної сестри повинна забезпечувати ефективне функціонування системи охорони здоров'я, особливо в його профілактичній частині. Видатний хірург М. І. Пирогов, у свій час сказав: "Майбутнє належить медицині профілактичній". Якщо в європейських країнах один лікар часто працює з 4-6 медичними сестрами, то в Україні – переважно з двома. Вони виконують призначені лікарем маніпуляції, спостерігають і доглядають за пацієнтами, беруть участь у лабораторних, рентгенологічних та інструментальних методах дослідження пацієнтів, проводять на дільниці профілактичну роботу, розробляють заходи по навчанню пацієнтів само- і взаємодогляду, здорового способу життя, працюють з документацією. Наявність 2-3-х медичних сестер у сімейній амбулаторії забезпечить їхню взаємозаміну.

Система медсестринської освіти в медичній галузі потребує вдосконалення з метою підготовки спеціалістів, що відповідали б сучасним світовим стандартам, особливо в умовах надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини [14], адже пріоритетним напрямком розвитку національної системи охорони здоров'я є розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини [15-17].

У всіх країнах оптимізація обсягів і поліпшення якості медичної допомоги, що надається медичними працівниками первинної ланки, як свідчить міжнародний досвід, є ключовою передумовою забезпечення пріоритетного розвитку і успішного реформування ПМСД [18; 19].

Ефективність медичної допомоги може бути, в тому числі, і за умов науково обґрунтованої організації роботи медичного персоналу як складової реформи системи охорони здоров'я загалом. Сімейний лікар і сімейна медсестра у системі організації ПМСД є центральними фігурами [20; 21], а, відтак, потребують особливої уваги та дослідження формування у них професійно-педагогічної

компетентності з метою запровадження в практичному медсестринстві, що забезпечить бездоганне виконання ними покладених функцій і завдань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Шегедин М. Б. Історія медицини і медсестринства / М. Б. Шегедин, Н. О. Мудрик. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2003. – 328 с.
2. Голяченко О. М. Історія медицини / О. М. Голяченко, Я. В. Ганіткевич. – Тернопіль : ЛІЛЕЯ, 2004. – 248 с.
3. Юсков В. Н. Профессия – медработник / В. Н. Юсков. – Ростов на / Д. : Из-во Феникс, 1999. – 320 с.
4. Грандо О. А. Подорож у минуле / О. А. Грандо. – К. : РВА. – Триумф, 1995. – 176 с.
5. Шегедин М. Б. Медсестринство у світі / М. Б. Шегедин. – Львів : Край, 1999. – 402 с.
6. Сестринська справа / [за ред. М. Г. Шевчука]. – К. : Здоров'я, 1991. – 496 с.
7. Толстанов О. К. Від школи фельдшерів до інституту медсестринства. 1875–2006 рр. / Толстанов О. К., Холадов М. В., Шатило В. Й. – Житомир : Полісся, 2006. – 172 с.
8. Чередніченко В. Й. Філософія медицини / В. Й. Чередніченко. – Житомир : ЖІМ. – 2010. – 156 с.
9. Медсестринський процес : Основи сестринської справи та клінічного медсестринства / Губенко І. Я., Шевченко О. Т., Бразалій Л. П., Апшай В. Г. – К. : Здоров'я, 2001. – 208 с.
10. Касевич Н. М. Основи медсестринства в модулях / Н. М. Касевич. – К. : Медицина, 2009. – 480 с.
11. Лойко В. В. Медсестринський процес / В. В. Лойко. – К. : Товариство Червоного Хреста, 2001. – 526 с.
12. Губенко І. Я. Роль навчально-наукових комплексів у вдосконаленні підготовки медичних та фармацевтичних фахівців / І. Я. Губенко // Магістр медсестринства, 2009. – № 1 (2). – С. 10–14.
13. Сестринська справа / [за ред. В. І. Литвиненка, Н. М. Касевич]. – К. : Медицина, 2008. – 816 с.
14. Шатило В. Й. Наукові дослідження в медсестринстві як інструмент удосконалення національної системи охорони здоров'я / В. Й. Шатило // Магістр медсестринства. – 2009. – № 1 (2). – С. 5–10.
15. Слабкий Г. О. Розвиток сімейної медицини як крок до виконання концепції розвитку охорони здоров'я України / Г. О. Слабкий, О. Б. Петряєва // Проблеми військової охорони здоров'я : [зб. наук. праць]. – 2005. – Вип. 16. – С. 666–670.
16. Матеріали з'їзду сімейних лікарів України, (Львів, 7–9. 11. 2001 р.) / [за заг. ред. В. Ф. Москаленка]. – Київ–Львів, 2001. – 243 с.
17. Концепція розвитку охорони здоров'я України : [збірник офіц. матеріалів]. – К., 2001. – 29 с.
18. Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях её большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи? : [сводный доклад ВОЗ]. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2004. – 24 с.
19. Reforming the Health Sector. Results of the International Reserch / [Bocken Jan, Butzlaff Martin, Esche Andreas et al.]. – Carl Bertelsman Prize, 2000, Bertelsman Foundation Publishers. – Gutersloh, 2001. – 178 p.
20. Боерма В. Г. Роль врача общей практики в первичной медико-санитарной помощи / В. Г. Боерма, Д. М. Флеминг. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2001. – 183 с.
21. National Board of Health. National strategy for quality improvement in health care [Електронний ресурс]. – Copenhagen 2002. – Режим доступу : <http://www/sst/dk>. – Title from screen/.

Матеріал надійшов до редакції 20.06. 2011 р.

Шарлович З. П. Педагогические аспекты современных медсестринских теорий (моделей) о роли и путях усовершенствования сотрудничества семейной медицинской сестры в семьях для выздоровления пациентов.

В статье проанализированы исторические и сравнительные аспекты развития медсестринства, научные подходы к определению содержания основных медсестринских теорий (моделей). Установлено, что проблемы семейной медицины требуют детального исследования и внедрения современных научных и учебных технологий с целью модернизации медицинской отрасли и медсестринства, в частности, профессии медицинской сестры общей практики семейной медицины, специалисты которой должны владеть профессионально-педагогической компетентностью.

Sharlovysh Z. P. The Pedagogical Aspects of the Nursing Theories (Models) on the Role and Improvement Ways of the Family Medical Attendant's Cooperation with the Families for the Patients' Recovery.

The article analyzes the historical and comparative aspects of nursing development, the scientific approaches towards the principle nursing theories (models) content determination. It has been determined that the family practice problems require the detailed research and the modern scientific and educational technologies implementation for the modernization of the medical sphere and nursing, particularly the profession of the general family practice medical attendant where the specialists should have the professional pedagogical competence.