

ЖИТОМИРСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ІВАНА ФРАНКА

На правах рукопису

ШАРЛОВИЧ ЗОЯ ПАВЛІВНА

УДК. 378:005.6+377.36:6+37.015.31

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

13.00.04 – теорія і методика професійної освіти

**Дисертація
на здобуття наукового ступеня кандидата
педагогічних наук**

Науковий керівник
професор, доктор педагогічних наук
Антонова Олена Євгеніївна

ЖИТОМИР - 2015

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	10
1.1. Історико-ретроспективний огляд становлення проблеми підготовки медичних сестер в Україні та світі	10
1.2. Порівняльний аналіз розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини в світовій практиці та в Україні	24
1.2.1. Зарубіжний досвід розвитку сімейної медицини	25
1.2.2. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини в Україні	31
1.3. Професійно-педагогічна компетентність медичної сестри загальної практики сімейної медицини як наукова проблема	43
1.3.1. Аналіз базових понять дослідження	44
1.3.2. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини як складова їх професійної компетентності	52
Висновки до першого розділу	64
РОЗДІЛ II. МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ	66
2.1. Науковий аналіз підготовки медичних сестер сімейної медицини в системі фахової медичної освіти	66
2.2. Змістова структура професійно-педагогічної компетентності медичної сестри загальної практики сімейної медицини	81
2.3. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки	96
Висновки до другого розділу	117
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛІ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТІВ ВІДДІЛЕННЯ «СЕСТРИНСЬКА СПРАВА» В ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ	120
3.1. Стан розвитку сімейної медицини в Україні на сучасному етапі (аналіз результатів діагностувального етапу експерименту)	120
3.2. Технологія формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки	141
3.3. Аналіз результатів впровадження в практику моделі формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки	184
Висновки до третього розділу	200
ВИСНОВКИ	203
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	206
ДОДАТКИ	236

ВСТУП

Актуальність дослідження. У процесі реформування медичної та медсестринської галузі України, переходу на нову трирівневу медичну допомогу виникла потреба в підготовці кадрового складу для надання первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної практики – сімейної медицини. Зазначене вимагає становлення професійної освіти, зумовленої інтенсивним розвитком сучасних перетворень медсестринської справи, підвищення вимог до виробничих функцій майбутнього спеціаліста сімейної медицини, про що йдеться в Законі України „Про вищу освіту“, Концепції розвитку галузі охорони здоров'я.

У цьому контексті в теорії і методиці медичної освіти постає проблема поєднання традиційних методів навчання з новими педагогічними технологіями, спрямованими, зокрема, на формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини на засадах особистісної орієнтації навчання, що передбачає індивідуальний стиль професійної діяльності майбутніх фахівців визначеного профілю.

Зазначене потребує вивчення шляхів формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини, діяльність яких орієнтована, зокрема, на реалізацію просвітницької функції серед населення.

Досягнення професіоналізму через професійну компетентність досліджували О. Є. Антонова, Р. Ф. Ахметов, О. С. Березюк, І. Д. Бех, Ю. В. Варданаєв, О. А. Дубасенюк, І. А. Зязюн, М. А. Каплан, А. К. Маркова, Е. М. Нікітіна, І. В. Родигіна, В. Ю. Стрельников, Н. М. Юдзіонок. Особистісні якості як складовий компонент професійної компетентності, їх розвиток і вдосконалення висвітлювали Л. І. Анциферова, Ю. К. Бабанський, В. П. Безпалько, А. А. Вербицький, С. В. Лісова, С. Л. Яценко. Формування компетентності як системи сформованих компетенцій стали предметом дослідження Е. Ф. Зеєра, Ф. М. Петрової, С. Г. Пільової, А. Ф. Присяжної, М. В. Рудіної.

Компетентісний підхід як інтегральне об'єднання професійної, соціальної, комунікативної компетентностей висвітлювали Н. М. Бібік, О. Митник, О. В. Овчарук, О. І. Пометун, О. Я. Савченко. Професійній компетентності як

результату сформованих знань, умінь, навичок, професійно важливих особистісних якостей присвятили наукові праці С. С. Вітвицька, Є. М. Павлютенкова, С. Г. Пільова, Р. В. Чубук.

Проблемні питання медсестринської освіти та практики, шляхи впровадження етико-деонтологічних принципів медичних спеціалістів у практику проаналізували та науково обґрунтували перспективні напрями їх реформування в Україні М. В. Банчук, Г. П. Васянович, Ю. Г. Віленський, О. А. Грандо, І. Я. Губенко, В. В. Лойко, О. В. Маркович, І. А. Радзієвська, Ю. В. Поляченко, Т. І. Чернишенко, В. Й. Шатило, М. Б. Шегедин.

Аналіз психолого-педагогічних, медичних наукових джерел з теми дослідження дозволив виявити *суперечності*, що доводять необхідність удосконалення фахової підготовки медичних сестер сімейної медицини, зокрема, між суспільною потребою у висококваліфікованих фахівцях означеного профілю та недостатнім рівнем їх підготовки; необхідністю професійно-педагогічної підготовки медичної сестри сімейної медицини та недостатністю у навчальних програмах дисциплін психолого-педагогічного спрямування; високим рівнем вимог до кваліфікації медичних сестер сімейної медицини та недостатнім рівнем навчально-методичного забезпечення їх підготовки. Отже, проблеми формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини в умовах реформування як медсестринської науки, так і реорганізації закладів охорони здоров'я щодо впровадження і розвитку сімейної медицини, вивчена неповною мірою.

Актуальність проблеми, об'єктивна потреба в формуванні професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини у процесі фахової підготовки, недостатня теоретична і практична розробленість окресленої проблеми та необхідність вирішення визначених суперечностей зумовили вибір теми дослідження: „Формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки“.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконане в межах з науково-дослідницької тематики кафедри педагогіки Житомирського державного університету імені Івана Франка в контексті реалізації

теми: „Професійна підготовка майбутніх фахівців в умовах ступеневої освіти“ (РН № 0110U002274). Тема дисертації затверджена вченою радою Житомирського державного університету імені Івана Франка (протокол № 6 від 25. 12. 2009 р.) і узгоджена рішенням бюро Міжвідомчої ради з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні АПН України (протокол № 1 від 23. 02. 2010 р.).

Мета дослідження – полягає в теоретичному обґрунтуванні моделі й експериментальній апробації технології формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки.

Відповідно до мети дослідження були визначені такі **завдання**:

1. Проаналізувати стан дослідження проблеми формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини в педагогічній теорії та практиці медсестринської підготовки.

2. Визначити структуру професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини.

3. Обґрунтувати модель формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки.

4. Розробити та експериментально перевірити ефективність технології формування професійно-педагогічної компетентності у визначеному напрямі.

5. Розробити навчально-методичний супровід до спеціального курсу „Педагогічні основи навчання пацієнта та його родини в сімейній медицині“.

Об’єкт дослідження – професійна підготовка медичної сестри сімейної медицини.

Предмет дослідження – зміст, форми і методи формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини та її реалізація в процесі фахової підготовки.

Методологічною основою дослідження є теорія наукового пізнання сутності педагогічної науки; філософські основи сучасної освіти; провідні ідеї реформування педагогічної освіти та сучасні підходи розвитку теорії і практики освіти і виховання в Україні; концептуальні положення про організацію педагогічного процесу як

цілісного навчання, його закономірності та принципи, форми організації, методи та засоби навчання; теоретичні ідеї про розвиток, виховання та формування особистості; логіка та методика науково-педагогічних досліджень; теорія розвитку і формування цілісної особистості, здатної до виконання професійних функцій і завдань; головні ідеї формування професійно-педагогічної компетентності студента як майбутнього спеціаліста.

Вихідні положення дослідження ґрунтувалися на Законах України „Про освіту“, „Про вищу освіту“, Національній доктрині розвитку освіти України у XXI столітті, Державній національній програмі „Освіта“ (Україна XXI ст.), Державній стратегії „Здоров’я для всіх у XXI столітті“, Концепції розвитку галузі охорони здоров’я і положення Міжгалузевої комплексної програми „Здоров’я нації“.

Теоретичні основи дослідження становлять: концептуальні положення теорії професійної освіти з проблем формування професійної компетентності спеціалістів, розвитку професійно значущих якостей особистості; дослідження аспектів професійної підготовки медичних сестер; етико-деонтологічні принципи діяльності медичних працівників.

Для розв’язання поставлених завдань використовувався комплекс **методів дослідження**: *теоретичних*: аналіз (історичний, порівняльний), систематизація, узагальнення, порівняння та зіставлення різних поглядів на досліджувану проблему; *емпіричних*: бесіди, інтерв’ювання, анкетування, спостереження, контент-аналіз нормативної документації, навчальних планів і навчальних програм для визначення особливостей професійної підготовки медичних сестер, вимог до їх професійно-педагогічної діяльності; педагогічний експеримент (констатувальний та формувальний етапи) для перевірки ефективності реалізації пропонованої моделі; *статистичних*: метод середніх величин, парних порівнянь, аналіз емпіричних даних за допомогою сучасних інформаційних технологій для оцінювання отриманих експериментальних результатів.

Організація дослідження. Дослідно-експериментальна робота виконувалася на базі Житомирського інституту медсестринства, Вінницького базового медичного коледжу ім. акад. Д. К. Заболотного, Луцького базового медичного коледжу,

Київського міського медичного коледжу, Ватутінської філії Черкаського медичного коледжу, Сумського медичного коледжу.

Дослідження тривало з 2010 р. по 2015 р. в три взаємопов'язаних етапи.

На першому етапі (2010-2011 рр.)– *аналітико-теоретичному* – проведено аналіз історико-педагогічних аспектів розвитку медсестринства, його філософської основи, опрацьовано психолого-педагогічні джерела, науково-методичну літературу та нормативну і законодавчу базу проблеми дослідження; обґрунтовано її актуальність, визначено мету, завдання, об'єкт, предмет, програму дослідної експериментальної роботи; систематизовано базові поняття формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки.

На другому етапі (2011-2013 р.) – *пошуково-діагностичному* – виділено й систематизовано критерії, показники рівнів сформованості професійно-педагогічної компетентності студентів вищих медичних навчальних закладів проведено діагностику стану досліджуваної проблеми, теоретично обґрунтовано модель, удосконалено відповідний зміст, форми, методи, засоби в процесі фахової підготовки; проведено констатувальний етап експерименту, розроблено спецкурс „Педагогічні основи навчання пацієнта та його родини в сімейній медицині “ з метою запровадження в навчальні програми ВМНЗ на до дипломному етапі навчання; розроблено методичні рекомендації „Формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки “ для викладачів відділень „Сестринська справа “ ВМНЗ.

На третьому етапі (2013-2015 рр.)– *інтерпретаційно-узагальнюючому* – проведено апробацію отриманих результатів дослідження методом їх упровадження в навчальний процес вищих медичних навчальних закладів України з метою перевірки ефективності розробленої моделі; систематизовано й узагальнено результати експерименту; сформульовано загальні висновки, визначено перспективи подальших наукових пошуків.

Наукова новизна і теоретичне значення одержаних результатів полягає в тому, що: *вперше* науково обґрунтовано та розроблено модель формування

професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки, проаналізовано сутність та взаємодію базових понять „професійно-педагогічна компетентність“, „формування професійно-педагогічної компетентності сімейної медицини в процесі фахової підготовки“; визначено критерії та показники рівнів сформованості професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки; *удосконалено* зміст, форми та методи формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки; *подальшого розвитку набули* положення щодо впровадження у навчально-виховний процес вищих медичних навчальних закладів сучасних педагогічних підходів у формуванні професійно-педагогічної компетентності фахівців визначеного профілю.

Практичне значення дослідження полягає у визначенні шляхів ефективного впливу на формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки шляхом упровадження авторської технології та спецкурсу „Педагогічні основи навчання пацієнта та його родини в сімейній медицині“ для студентів вищих медичних навчальних закладів. Авторські методичні рекомендації „Формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки“ можуть використовуватись в навчальному процесі викладачами вищих медичних навчальних закладів.

Основні положення та результати дослідження **впроваджено** в навчально-виховний процес навчальних закладів: Житомирського інституту медсестринства (довідка № 263 від 28. 05. 2014 р.), Вінницького базового медичного коледжу ім. акад. Д. К. Заболотного (довідка № 653/1 від 24. 09. 2013 р.), Луцького базового медичного коледжу (довідка № 01-07/172-а від 30. 05. 2014 р.), Київського міського медичного коледжу (довідка № 21-07/209 від 24. 06. 2014 р.), Ватутінської філії Черкаського медичного коледжу (довідка № 226/01-03 від 05. 09. 2013 р.), Сумського медичного коледжу (довідка № 206/1/4 від 16. 05. 2014 р.).

Апробація результатів дослідження здійснювалася на науково-практичних конференціях різного рівня, зокрема, *міжнародних*: „Духовно-моральне виховання і

професіоналізація: виклики XXI століття“ (Київ-Вінниця, 2010), Міжнародному медичному конгресі студентів та молодих учених (Тернопіль, 2011, 2012), „Духовна культура особистості: креативні освітні технології (Київ-Вінниця, 2011), „Професіоналізм медсестри – індикатор кваліфікації медсестри“ (Польща, Жешув, 2011), „Молода наука Волині: пріоритети та перспективи“ (Луцьк, 2011), „Сучасні тенденції розвитку освіти в Україні та за кордоном“ (Слов'янськ, 2011), „Методологія наукових досліджень в медсестринстві“ (Польща, Івоніца-Здрой, 2012), „Інтердисциплінарні аспекти народження, здоров'я і хвороб“ (Польща, Ярослав, 2014); **всеукраїнських:** „Формування професійно-педагогічної майстерності вчителів: історія, сучасність, перспективи“ (Житомир, 2009), „Менеджмент в медсестринстві“ (Житомир, 2010), „Теорія і практика підготовки майбутніх учителів до педагогічної дії“ (Житомир, 2011), V з'їзд спеціалістів із соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України (Житомир, 2012), „Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи“ (Житомир, 2010-2015); **міжрегіональних:** „Актуальні питання сімейної медицини“ (Житомир, 2010), „Формування естетичної компетентності особистості засобами народознавства“ (Житомир, 2010), „Актуальні питання розвитку медсестринства в Україні“ (Житомир, 2013), „К. Д. Ушинський – великий педагог, письменник, гуманіст“ (Житомир, 2014).

Публікації. Результати дисертаційної роботи, основні висновки та рекомендації за темою дослідження відображено у 30 статтях, із яких 6 статей у провідних наукових фахових виданнях України, 1 у зарубіжному періодичному науковому виданні; 23 статті опубліковано у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій, 2 з яких в зарубіжних виданнях.

Структура дисертації. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до них, загальних висновків, додатків, списку використаної літератури (328 позицій, з яких – 21 іноземними мовами). Загальний обсяг дисертації – 338 сторінок (основна частина – 205 сторінок). Роботу проілюстровано 18 рисунками, 17 таблицями.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Процес реформування медсестринської галузі вимагає змін в підходах до реорганізації всієї системи охорони здоров'я, в ставленні до неї державної політики, що повинна відповідати євроінтеграційним процесам [40, 288].

З розвитком суспільства до професії медичної сестри ставляться нові вимоги [158, 164]. Медсестринство, як основна ланка медицини, потребує особливої уваги. Якщо медична модель орієнтована на хворобу, то медсестринська модель – на пацієнта. Слід зазначити, що медсестринство не можна розглядати відокремлено чи абстрактно, оскільки сестринська справа, як наука, спрямована на вирішення існуючих і потенційних проблем пацієнта в умовах оточуючого середовища, що змінюється [168]. Зрозуміло, що без теоретичних засад медсестринство, як наука, не змогла б розвиватись і вдосконалюватись в процесі змін в суспільстві та за вимогами часу [103, 262].

1.1. Історико-ретроспективний огляд становлення проблеми підготовки медичних сестер в Україні та світі

Розвиток медицини, як і власне медсестринства, сягає глибокої давнини. Функції догляду та обслуговування з часів первіснообщинного ладу, які належать до сфери сестринської справи, виконували жінки, матері, сестри. Жінка, як оберіг домашнього вогнища, цілком природно доглядала новонароджених, немовлят, дітей і дбала про збереження всіх членів родини. Її турбота поширювалась на сусідів, друзів, добре знайомих, а, згодом, і на всю общину. Радіус охоплення діяльності й опіки хворих, немічних, старих поступово розширювався. Сестринська справа від початку розглядалась як різновид діяльності лише жіночої статі, а це вже крок вперед, тобто визнання, що для виконання зазначених функцій вимагаються риси та особливості характеру, в більшій мірі притаманні жінкам. Часто уявлення про медичну сестру та її роль поєднувались з образом ніжної, доброї, лагідної, завжди близької, і, головне, надійної матері. І хоча вона була неосвічена, проте розумна і мудра, завдяки життєвому досвіду [269].

З розвитком рабовласницького ладу створювались умови і для розвитку професійної медицини, яка на той час ґрунтувалась на досягненнях народної медицини. Почали з'являтися перші праці, папіруси, в яких відображались бачення медичного змісту. Основоположником медицини вважали відомого лікаря Імгопена, який жив у період Давнього царства в історії Стародавнього Єгипту. Славний давньоіндійський лікар класичного періоду Чарака (I-II ст. н. е.) залишив нащадкам аюрведичний трактат „Чарака-самхіта“ з 4-х частин, присвячений лікуванню внутрішніх хвороб [269]. Особливою славою в Китаї користувався П'ян Чіао (V ст. до н. е.), автор книги „Нейцин“ (т. т. „Відповідь на важкі питання“) [269]. Можна зробити висновок, що зародки необхідності поширення здорового способу життя ідуть саме з тих часів, адже П'ян Чіао вважав причиною всіх хвороб нерегульований спосіб життя, гонитву за грішми, неправильні харчування та одяг, слабкість, що унеможлиблює вживання ліків, користування послугами жреців, коли потрібна допомога лікарів.

Порівняно з країнами стародавнього світу, найвищого рівня досягла медицина Греції. Ще в Троянській війні, яку описав Гомер в „Іліаді“ й „Одісеї“, лікарі брали участь як у військових діях, так і в наданні допомоги пораненим. Упродовж багатьох століть існує створена медична модель, суть якої полягає в орієнтації на хворобу, де на першому плані виступає професійна діяльність лікаря, спрямована на диференціацію клінічних ознак захворювання, встановлення діагнозу, лікування патологічних процесів та станів [269]. Великий давньогрецький учений-лікар Гіппократ (460-377 рр. до н. е.) [269, 9, 10:22] належав до сімнадцятого покоління лікарів коської школи. Свої знання лікаря і вченого вдосконалював в Єгипті, Малій Азії, Лівії, у скіфів. Всі твори Гіппократа об'єднані в збірник „Кодекс Гіппократа“, суть яких слугує підґрунтям для медичної етики та деонтології, а клятву Гіппократа випускники-лікарі приймають і сьогодні [9, 10, 11:105].

Яскравим представником медицини сходу є Авіценна (Абу Алі ал Хусейн ібн ал-Хасан ібн Алі ібн Сіна, 980-1037 рр.), який виклав теоретичні основи в „Каноні лікарської науки“ [8, 10, 12]. В середні віки створювались монастирі, лікарні, притулки для догляду за хворими бідняками. Інформація, яка дійшла до наших днів,

свідчить, що першою запровадила навчання з догляду за хворими римлянка Паула [8]. Офіційна сестринська допомога у західних країнах поділялась на допомогу, яку проводили вдома за плату доглядальниці та в лікарнях, притулках, робітничих будинках черниці та служниці [8].

В Київській Русі княгиня Ольга першою організувала лікарню, в якій за хворими доглядали жінки. Записи про монастирську лікарню в Києві наприкінці XI століття описав у „Житиї Феодосія Печерського“ літописець Нестор. Своїми медичними знаннями прославилась першою Євпраксія Мстиславівна, донька Мстислава, онучка Володимира Мономаха. В історичних актах датується, що в 1377 р. у м. Львові засновано шпиталь для хворих і бідних [8].

В період X–XVIII століть в лікарнях не було спеціальних сестер. На початку XVIII століття в Росії з'являються повивальні бабки (акушерки), які пройшли навчання за кордоном. В 1728 р. медична колегія (канцелярія) ввела посадові одиниці жінкам по догляду за хворими. Відкриття в 1803 р. в Москві та Петербурзі „вдових домів“ можна вважати початком наступного етапу розвитку сестринської справи в Росії. До середини XVII ст. Україна перебувала під пануванням шляхетської Польщі. Вперше в Західній Україні організовано лікувально-санітарну справу в другій половині XVIII ст., відкриті акушерські курси, а з 1 жовтня 1773 р. – Львівський акушерський колегіум [8]. Видатний український хірург М. І. Пирогов (1810-1881 рр.) [8, 12, 13, 14, 15, 16] був ініціатором використання жінок-сестер милосердя, як помічників лікаря. 120 жінок (сестер) брало участь в Кримській війні, об'єднаних в Хрестовоздвиженську общину сестер піклування про поранених і хворих [7, с.12; 8, с.199; 14, с.7]. Серед них особливо відзначились своїм героїзмом, милосердям та професіоналізмом Даша Севастопольська, Катерина Хитрова, Катерина Бакуніна, Єлизавета Карцева, Варвара Щедрина та ін..

У Кримській війні брала участь й Флоренс Найтінгейл – засновниця міжнародної системи підготовки кадрів сестринського і молодшого персоналу. У 1886 р. в США засновано перше професійне медичне товариство медичних сестер. У 1899 р. – Міжнародна Рада медичних сестер (МРМ), за участі медичних сестер Великобританії, США, Канади [7:5], до якої сьогодні входять 118 країн. В 1917 р. в

Москві відбувся I Всеросійський з'їзд сестер милосердя, на якому було створено Всеросійське товариство сестер милосердя.

Прикладом дивовижного гуманізму і високої моралі, відданості медсестринству є Агнес Гонкха Боджаксіу – Мати Тереза (1910-1997). У 38 років почала навчатись медсестринству. Понад 50 років доглядала хворих власноруч. Створювала хоспіси, притулки для хворих, організовувала школи, будинки для дітей, жінок з небажаною вагітністю. Заснувавши місію – Орден Благодійності в Індії з 12 медсестрами, виростила їх кількість до 3000 у 517 містах 100 країн світу. Католицька церква зарахувала її до лику святих. Життя Матері Терези – приклад для всіх медсестер світу [8, с.244-247].

В 1924 р. у Львові відновились медсестринська школа. В західних областях України за період 1944-1966 рр. швидкими темпами відкривались середні медичні заклади. Згодом, у 1990 р., після Всесоюзної наради середніх медичних працівників (1989) МОЗ УРСР прийняв до виконання „Програму реформи медичної освіти УРСР“. З проголошенням незалежності України, як суверенної держави, медсестринство набуло стрімкого розвитку [8, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21].

Теоретики медсестринства за всю історію його становлення і розвитку обґрунтували декілька медсестринських моделей, які визначають суть медсестринства. Розвитку медсестринства, як науки, передували розробки і дослідження медичних сестер різних країн світу. Основою філософії медсестринської справи вважається Флоренс Найтінгейл, яка вивчала вплив оточуючого середовища на видужання хворого, реакцію пацієнта у відповідь на хворобу. Свою позицію вона виклала в „Нотатках про медсестринство“ (1859 р.) [11, 22, 23]. Клятву медсестри, розроблену Флоренс Найтінгейл, і зараз вивчають і приймають випускники вищих медичних навчальних закладів, отримавши диплом медичної сестри [11:106, 22, 23, 24].

Опираючись на свій досвід, Хільдегард Пеплау [22] зазначала, що в основу медсестринства слід покласти взаємини „медсестра-пацієнт“. У виданні „Міжособистісні стосунки в медсестринському догляді“ (1952) 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 вимагає від нього лідерських якостей, різнобічних знань, винахідливості.

Цікавою є додатково-доповнююча теорія Вірджинії Хендерсон. У своїх дослідженнях вона зробила акцент на те, що саме медична сестра повинна своїми втручаннями сприяти самостійності хворого. В своєму підручнику „Принципи та практика медсестринства“ (1966) Вірджинія Хендерсон відзначала, що основою медсестринського догляду є 14 потреб, задовольнивши які, людина досягне повної гармонії в цивілізованому світі. Згодом доповнила ці потреби до двадцяти однієї в своїх дослідженнях Файе Абделла [22, с.26].

Заслуговує на увагу модель самодопомоги (дефіциту самодогляду) Дороті Орем, в основу якої покладено аксіому, що передбачає від початку здатність людини самостійно обслуговувати себе, а оскільки в період хвороби ця здатність знижується (обмежується чи відсутня), то саме медична сестра повинна спонукати пацієнта відновленню компонентів самодогляду, навчивши його, як це саме потрібно зробити, створюючи йому умови та асистуючи йому [22].

Поведінкова модель Джулії Джонсон, яка переконана, що саме із зміною способу життя, появою хвороб (а це завжди стрес) і змінюється поведінка людини. Щоб змінити поведінку людини, слід перш за все 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 [7, 22, 23, 24].

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 медичної сестри [7, 22, 23, 24].

Кожна із зазначених моделей має своє раціональне зерно і певною мірою використовується 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 первинну медико-санітарну допомогу, проводити профілактичну діяльність, на наш погляд є цікавою теорія турботи Джейн Ватсон [22, с.44], яка вважала, що стан здоров'я людини, поява хвороб прямо залежить від її поведінки, а звідси очевидно, що профілактика і догляд повинні здійснюватись медсестрою паралельно. На думку В. Й. Шатило, П. В. Яворського (2010) „профілактика захворювань є гарантією успіху в боротьбі з ними“ [222, с.11].

Профілактична модель Бетті Ньюмен [22, с.44] базувалась на співпраці з родинами за для 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 і розглядає пацієнта в контексті сім'ї, а її діяльність передбачає профілактичну роботу в родині, вивчення чинників, що можуть негативно позначитись на здоров'ї кожного її члена, то цікавими до застосування можуть стати теорія збереження Мойри Левайн [22, с.27] та удосконалена модель здоров'я Мойри Аллен.

Мойра Левайн вважала, розробивши чотири принципи збереження (видання „Вступ до клінічного медсестринства“, 1969 р.), які включають в себе збереження енергії, структурної, особистої і соціальної цілісності, що саме 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, допомігши адаптуватись йому до змін, що виникли в результаті хвороби. Саме найближче оточення пацієнта, його родина, достеменно володіє інформацією про проблеми пацієнта, безпосередньо впливає на формування здоров'я чи навпаки, тому тісна співпраця з родиною сприяє взаємодії і є передумовою комплексного догляду за пацієнтом і спрямована на вирішення його проблем та задоволення потреб [22, с.27].

Суть моделі Мойри Аллен (1977) полягає в тому, що національним багатством є здоров'я нації, прагнення кожної людини і сімей до покращення свого здоров'я, щоденне активне самопізнання є найкращим способом вивчення свого здоров'я. 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 спрямувати на співпрацю з родиною пацієнта, щоб долучити кожного члена родини стати співучасником в процесі покращення здоров'я пацієнта [7, 22, 23, 24].

Із перерахованих моделей, модель Вірджинії Хендерсон взято за основу підготовки медичних сестер Європи за рекомендацією Європейського бюро ВООЗ, до складу якого входить і Україна. Для вирішення потреб пацієнта потрібно провести медсестринське обстеження пацієнта, визначити стан його здоров'я, встановити проблеми пацієнта і медсестринський діагноз, розставити пріоритети, визначити завдання, разом з пацієнтом і його родиною спланувати втручання та здійснити їх, підвести підсумки, а, за необхідності, внести корективи в медсестринський процес з метою отримання потрібного результату по задоволенню потреб пацієнта. 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 поліпшення стану та процесу видужання, відновлення здоров'я та максимального незалежного функціонування“ [7, 22, 23, 24].

Для впровадження медсестринського процесу в дію, медичній сестрі сімейної медицини України потрібно мати багатоспекторну обізнаність, бути компетентною в професійному спрямуванні, володіти знаннями з психології, міжособистісного спілкування і, застосовуючи міжпредметну інтеграцію та теоретичні засади, досягати бажаного результату. Рівень підготовки медичної сестри сімейної медицини повинен відповідати галузевому стандарту вищої освіти України, освітньо-кваліфікаційній характеристиці молодшого спеціаліста галузі знань 1201

Медицина, напряму підготовки „Сестринська справа“, спеціальності „Сестринська справа“, кваліфікації „Сестра медична“. Існує необхідність у проведенні досліджень у напрямку підготовки фахівця з медсестринства для роботи в сімейній медицині.

У процесі вивчення формування й становлення медичної освіти в Україні нами проаналізовано низку наукових джерел. Так, М. Б. Кушик (2009 р.) досліджувала передумови формування і становлення медичної освіти в Україні у другій половині XIX – на початку XX ст., особливостей організації навчального процесу в них, та шляхи розв’язання проблем педагогічного керівництва навчальним процесом. Провівши аналіз та узагальнивши отримані результати, М. Б. Кушик обґрунтувала *теоретичну модель фахової підготовки студентів медичних навчальних закладів другої половини XIX – початку XX ст.*, компонентами якої є зміст навчання: освітній компонент, професійне спрямування, суспільно-політичний аспект; *принципи навчання*: доступність, послідовність, зв’язок навчання із життям, гуманізм, наочність, науковість; *система навчання*: колективно-групова, індивідуальна; *методи навчання*: практичні методи; методи заохочення: оцінки, стипендії, нагороди за наукову роботу; методи контролю: «зарахування півріч», іспити, написання історій хвороб; *засоби навчання*: підручники, клінічне забезпечення, наочні матеріали, лабораторні прилади, „огляди програм викладання“ [203].

Над питаннями реформування та розвитку медсестринства в Україні та забезпеченням наукового теоретичного та практичного підґрунтя плідно працюють керівники вищих медичних навчальних закладів. Так, І. Я. Губенко в статтях та дослідженнях внесла ряд пропозицій щодо реорганізації системи медсестринської освіти. Під її керівництвом у співавторстві з В. Г. Апшай, Л. А. Базуною, Л. П. Бразалій, Т. М. Дуженко, О. Т. Шевченко та ін. видано цілий ряд посібників та підручників, серед яких „Медсестринський догляд за пацієнтами“, „Медсестринський процес. Основи сестринської справи та клінічного медсестринства“, „Медсестринство в неврології“, посібник з педіатрії для медичних училищ та коледжів, цілий ряд методичних рекомендацій до проведення практичних занять з медсестринства. І. Я. Губенко проведено аналіз стану, перспектив розвитку і становлення медсестринських наукових досліджень та висвітлені аспекти, що

сприятимуть забезпеченню реформування галузі охорони здоров'я та медичної освіти – переходу підготовки медичної сестри від медичної до медсестринської моделі [25].

Працюють над сучасними теоріями медсестринства в сімейній медицині Т. О. Антропова, Г. В. Дунець, В. С. Заремба, Є. Х. Заремба, Л. М. Зачек, Л. М. Копчак, Г. Ф. Левченко, В. М. Михальчук, В. І. Пирогова, В. А. Скибчик, Т. М. Соломенчук, які є авторами навчального посібника „Медсестринство в сімейній медицині“ [26, 27].

У навчальному посібнику „Основи медсестринства в модулях“ Н. М. Касевич висвітлила практичні вміння і навички, якими повинна оволодіти майбутня медична сестра, згідно навчальної програми, що відповідає вимогам Болонської декларації. За редакцією В. І. Литвиненка, Н. М. Касевич вийшов в світ підручник «Сестринська справа» для студентів ВМНЗ I-III рівнів акредитації. Н. М. Касевич запропонувала семирівневу ієрархію людських потреб, взявши за основу п'ять рівнів потреб за А. Маслоу [23, с.336].

Т. І. Чернишенко досліджує проблемні питання медсестринської освіти та практики в Україні. М. В. Банчук, О. П. Волосовець та Т. І. Чернишенко детально проаналізували та науково обґрунтували перспективні напрями реформування медсестринства в Україні на сучасному етапі [28]. Крім того Т. І. Чернишенко (2000) детально проаналізувала міжнародне співробітництво у медсестринській справі [113].

Під керівництвом Ю. В. Поляченка розроблено та затверджено Програму розвитку медсестринства України на 2005-2010 роки.

До питання впровадження Болонського процесу в систему фахової підготовки спеціаліста з медсестринства долучався В. Г. Кремінь [116]. Впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі та якість освіти у контексті цих змін досліджував О. П. Волосовець [6].

Значний внесок в розбудову медсестринства в Україні на засадах сучасних підходів внесено житомирськими дослідниками, зокрема В. Й. Шатилом. У численних статтях та монографіях, а також в співавторстві з колегами-однодумцями

В. З. Свиридюком, О. В. Горай, С. В. Гордійчук, Я. В. Карлінською, В. А. Копетчук, В. О. Коваленко, І. М. Круковською, Н. П. Леонченко, І. Р. Махновською, П. В. Яворським, Н. В. Шигонською, та ін. проводить наукове обґрунтування доцільності змін та реорганізації системи медсестринської освіти на ступеневу, удосконаленню сестринської практики та розвитку медичної галузі загалом, вносить пропозиції до затвердження на законодавчому рівні наукової дисципліни „Медсестринство“ та включення Вищою атестаційною комісією України наукової спеціальності „Медсестринство“ до переліку спеціальностей, за якими проводиться захист дисертацій на здобуття наукових ступенів кандидата і доктора наук, доктора філософії з присвоєнням вчених звань [1], адже у США, Канаді, Австралії, країнах Західної Європи медична сестра працює як самостійна ланка медицини, де їй створені всі умови для вдосконалення професійного рівня, кар'єрного росту, де є можливість проводити наукову роботу з медсестринства, захистити ступінь доктора філософії, отримати вчене звання професора.

В. З. Свиридюк, О. К. Толстанов, В. Й. Шатило обґрунтували доцільність ступеневої освіти медичних сестер та докторату „Сестринська справа“ для підвищення престижності професії медичної сестри, удосконалення сестринської практики та розвитку медичної галузі загалом.

Цікавим є аналіз історичних аспектів становлення медсестринства на прикладах інших країн [29]. Так, М. Б. Шегедин і Н. О. Мудрик висвітлили основні історичні періоди розвитку та становлення медсестринства як окремої науки в різних країнах світу та зокрема в Україні. М. Б. Шегедин плідно працює над науковим обґрунтуванням нової вітчизняної моделі медсестринської справи та медсестринського процесу, основи якої висвітлені в численних статтях та працях [8, 13, 30, 31, 33, 34, 34].

Над створенням наукових засад вітчизняного медсестринства плідно працюють Н. В. Пасечко [7], В. Банчук, Є. С. Бочерікова, І. Є. Булах, О. П. Волосовець, Л. М. Красножон, О. В. Маркович, В. І. Пирогова, Т. І. Чернишенко, І. І. Фещенко, М. Г. Шевчук досліджують якість підготовки медичних сестер.

Розроблена і з 1996 р. діє в нашій державі Національна програма розвитку медсестринства України, що реалізується в системі медсестринської освіти і практичної охорони здоров'я. В 1997 р. створена Асоціація медичних сестер України [162] під керівництвом Г. М. Івашко – головної медичної сестри України. Клініцисти В. А. Гіляровський, Л. Л. Рохліна, Я. П. Фрумкіна досліджували взаємозв'язок психічного й соматичного здоров'я. Акцент на значення психологічного аспекту діяльності медичного працівника ставлять в своїх дослідженнях сучасні науковці, зокрема, М. Аряєв, І. С. Вітенко, В. Т. Волков, В. Запорожан, В. Пельдингер, Є. Д. Соколова та ін. [36, 37, 38, 39].

На першому З'їзді медичних сестер України, що відбувся в Чернівцях у 1999 році був прийнятий Етичний кодекс медичної сестри України [11, с.107; 32]. Кодекс базується на настановах, клятвах, присягах, та працях з історії світової медицини, етико-нормативних документах міжнародних медичних організацій: Статус Всесвітньої організації охорони здоров'я (1946), Лісабонська декларація про права пацієнта (1981, 1995), Європейський кодекс медичної етики (1987), Венеціанська декларація з медичної освіти (1991), Етичний кодекс професійної етики Міжнародної ради медсестер (1973), Етичний кодекс Асоціації медичних сестер Канади (1997), який складається із шести частин, що містять в собі 22 статті. Авторами Етичного кодексу медичних сестер України є Ю. В. Вороненко, Т. І. Чернишенко, В. В. Лойко [11, с.107; 32].

Державна політика розвитку медсестринства в Україні, зокрема медсестринства в сімейній медицині, опираючись на досвід євроінтеграційних процесів провідних світових держав, потребує вдосконалення, певної реорганізації всієї системи охорони здоров'я.

Щоб долучитись до сучасних світових стандартів, яким би відповідали випускники медсестринських відділень України, потрібно удосконалювати систему підготовки спеціалістів медсестринської освіти.

Медсестринство – основна ланка медицини, вимагає особливої уваги. Всю свою діяльність медична сестра спрямовує на впровадження етапів медсестринського процесу, перебуваючи в постійному оточенні пацієнтів, будує з ними взаємини, які

спрямовані на відновлення стану здоров'я та сприяють фізичному та психічному одужанню. Саме вона покликана брати безпосередню участь в різносторонній реабілітації хворих пацієнтів, створювати мікроклімат доброзичливості, затишку, довіри, розміреності, – важливої складової в досягненні задоволення потреб пацієнта. Ось чому так важлива чітка, злагоджена робоча взаємодія всіх учасників навчального процесу вищих медичних навчальних закладів, яка сприятиме багатогранному вихованню майбутньої медичної сестри, формуванню кваліфікованими педагогами професійно-педагогічної компетентності та бездоганного володіння нею маніпуляційною технікою і повним теоретичним обсягом знань забезпечить як досконале виконання призначень лікаря, так і впровадження та реалізацію всіх етапів медсестринського процесу для вирішення та задоволення потреб пацієнта. Реальні соціальні потреби в отриманні якісної медичної допомоги та доступі до охорони здоров'я вимагають змін у медичній освіті [2, 22, 40].

Першим помічником сімейного лікаря у наданні первинної медико-санітарної допомоги населенню за сімейно-територіальним принципом в обсязі спеціальності „загальна практика – сімейна медицина“ в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу і вдома є сімейна медична сестра [304, С. 57]. Призначити на цю посаду можуть фельдшера або медичну сестру, яка закінчила вищий медичний навчальний заклад I-III рівня акредитації та курси за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» післядипломного стажування та отримала відповідне свідоцтво. Закладами сімейної медицини повинна здійснюватись і паліативна допомога вдома невиліковним хворим, що полягає в психологічній підтримці, симптоматичному лікуванні, знеболенні, сприяння у вирішенні соціальних проблем [232].

З метою реалізації Програми розвитку медсестринства України до 2010 року Координаційна рада визначила пріоритети в контексті реформування галузі охорони здоров'я. Підготовка медичних сестер від медичної до ступеневої медсестринської моделі та приведення її до міжнародних стандартів є головною метою реформ, адже країна потребує якісно нових кваліфікованих спеціалістів, що дасть можливість вдосконалити та покращити медичну допомогу населенню та сприятиме

забезпеченню конкурентоспроможності випускників вищих медичних навчальних закладів на вітчизняному та міжнародному ринках праці [27, с. 18-21].

Сьогодні медицині потрібні мислячі, віддані своїй справі, ініціативні медичні сестри. Постійне вдосконалення знань сприятиме впровадженню сучасних технологій в практичну діяльність медичної сестри. Оскільки медична сестра виконує різні види діяльності за різними ступенями відповідальності за обсягом посадових обов'язків від чергової до старшої та головної медсестри, то відповідно вимагає і широкого впровадження ступеневої освіти, що дасть можливість забезпечити практичну медицину та вищі медичні навчальні заклади спеціалістами з необхідними кваліфікаційними стандартами [1, с. 9-12; 40, с. 34-38].

Стало очевидним, що професія медичної сестри стала на новий рівень сприйняття і заявила про себе як окрема галузь науки – науки медсестринства з усіма підходами та необхідністю її становлення та реформування як окремої галузі. Ступеневі ланки в освіті медичної сестри вимагають перегляду в підходах до організації діяльності на медсестринських відділеннях, внесення змін і доповнень до навчальних програм, систематизації джерел знань, методичного та дидактичного забезпечення, дотриманні відповідності кваліфікаційних вимог до всіх посад, що беруть участь в організації забезпечення навчального процесу та відповідної їх підготовки згідно сучасних вимог [1, 2, 25, 27, 29, 31, 33, 34, 35, 40]. Професія медичної сестри повинна забезпечувати ефективне функціонування системи охорони здоров'я, особливо в його профілактичній частині.

Видатний хірург М. І. Пирогов, в 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-х медичних сестер в сімейній амбулаторії потребує їхньої взаємозаміни.

У зв'язку із сьогоденною складною санітарно-епідеміологічною ситуацією, для медичних сестер існує нагальна необхідність глибокого вивчення клініки, лікування, реабілітації та профілактики соціально небезпечних захворювань – туберкульозу, СНІДу, гепатиту та інших небезпечних інфекцій, на які слід акцентувати увагу.

Болонським освітнім процесом передбачено ступеневу систему медичної освіти. Від 1991 р. в Україні відкрито 25 медичних коледжів, засновані медсестринські факультети в медичних інститутах та академіях. Відповідно до вимог Болонської угоди, відбувається реорганізація вищих навчальних медичних закладів, зокрема 1-2 рівня акредитації (медичних училищ в медичні коледжі). Відкрито і успішно функціонують два інститути медсестринства – в Житомирі і Тернополі. В 2010 р. в Житомирському інституті медсестринства відбувся перший випуск медичних сестер-магістрів. Продовжено на 1 рік навчання медсестер-бакалаврів. В зв'язку з цими змінами та вимогами розроблено нові навчальні плани та програми. Створюється система додипломної та післядипломної медсестринської освіти, з урахуванням вищої сестринської освіти, яка буде відповідати сучасним вимогам до спеціаліста. З входженням в Болонський процес в Україну надходять пропозиції готувати у наших закладах спеціалістів і для зарубіжних країн.

Система медсестринської освіти в медичній галузі потребує вдосконалення з метою підготовки спеціалістів, що відповідали б сучасним світовим стандартам. Особливої актуальності це питання набуває в період переходу до надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [41], адже пріоритетним напрямком розвитку національної системи охорони здоров'я є розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [42, 43, 44]. Зазначимо, що актуальною і нагайною проблемою постає сімейна медицина, якій також останнім часом надається велика перевага.

Шляхи становлення і розвитку сімейної медицини на Житомирщині досліджують З. М. Парамонов, В. М. Пономаренко, В. І. Хренов. Під редакцією В. М. Мороза, В.Й. Шатила, В. В. Біктімірова, О.К. Толстанова, В. З. Свиридюка, В. М. Чернобрового видається щорічник „Актуальні питання сімейної медицини“ за матеріалами міжрегіональних науково-практичних конференцій.

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 первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) [45, 46, 47]. Ефективність медичної допомоги може бути, в тому числі, і за умов науково обґрунтованої організації роботи медичного персоналу, як складової реформи системи охорони здоров'я в цілому [49, 50, 51]. Сімейний лікар і сімейна медсестра у системі організації ПМСД є центральними фігурами [52, 53, 54], а, відтак, потребують особливої уваги у формуванні у них відповідної компетентності.

1.2. Порівняльний аналіз розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини в світовій практиці та в Україні

Сучасний розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) є важливим засобом впровадження загальної практики сімейної медицини, як складової загальної системи охорони здоров'я, на умовах своєчасного надання медичної допомоги кожному, хто її потребує, ефективно та в повному обсязі, що забезпечить підвищення якості медичних послуг та поліпшення стану здоров'я населення як за рахунок лікування, так і за рахунок профілактики захворювань.

Термін первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) вперше згадувався в наукових працях вчених Lord Dowson (1920, Великобританія), J. R. Millis та Willard (1960-1969, США). Звіт La. Londe (1974, Канада) орієнтований на збереження здоров'я і профілактики захворювань [27, 67]. Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) вперше визначено поняття ПМСД в травні 1978 р. на Міжнародній конференції в Алма-Аті [27, 96], Первинна медико-санітарна допомога передбачає: освіту, яка забезпечить розкриття та засвоєння основних проблем здоров'я та шляхів, методів профілактики і контролю над захворюваннями; інформованість населення про раціональне харчування та забезпечення контролю якості харчових продуктів; контроль за безпечністю води та проведення основних гігієнічних заходів; впровадження заходів по плануванню сім'ї, забезпечення медичною допомогою материнства та дитинства; проведення профілактичних щеплень проти основних інфекційних захворювань; профілактичні заходи та контроль за

епідемічними захворюваннями; лікування поширених захворювань і поранень та забезпечення населення необхідними лікарськими засобами [96].

Первинна медико-санітарна допомога є однією із складових системи охорони здоров'я, що базується на наукових, практичних і соціальних методах і технологіях, доступна для кожного окремого громадянина, кожної сім'ї та фінансується за їх безпосередньої участі та за рахунок державних коштів. ПМСД – невід'ємна частина системи охорони здоров'я країни, займає в ній провідне місце, а рівень її розвитку прямо пропорційний рівню соціально-економічного розвитку суспільства певної країни. ПМСД – перший рівень взаємодії особистості, родини та суспільства з національною організацією системи охорони здоров'я, що наближує медичну допомогу до місця роботи і проживання людей і є першим елементом у безпосередньому процесі піклування про здоров'я [97].

Первинна медико-санітарна допомога є „найбільш доступною, універсальною, економічно доцільною, раціональною для широкого загалу“, з огляду на світовий досвід розвитку сімейної медицини [232, 233, 234]. Первинна медико-санітарна допомога надається: сільському, міському населенню, працівникам промислових підприємств службою швидкої допомоги. Первинну допомогу сільському населенню надає сімейний лікар з висококваліфікованою медсестрою. У кожній родині ними зосереджено до 90% усієї необхідної медичної допомоги [288, с.14]. ПМСД включає основні медико-санітарні заходи, доступні окремим особам, сім'ям, громаді, і здійснюється за їх участі, на основі придатних, науково обґрунтованих і соціально-прийнятих заходів та технологій, при витратах у межах матеріальних можливостей громадян і країни в цілому на кожному етапі їх розвитку відповідно до принципів самозабезпечення та самовизначення [97], а соціально-орієнтована модель первинної допомоги є найдоцільнішою моделлю ПМСД [52, 232].

1.2.1. Зарубіжний досвід розвитку сімейної медицини

Рівень розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини і її впровадження в різних країнах світу розвивається по-своєму і має свої особливості [48, 50, 67, 78]. За рекомендацією ВООЗ фінансування сімейної медицини повинно здійснюватись за рахунок 85-90 %

суспільних витрат (55-60 % – кошти держбюджету і 30 % кошти обов'язкового медичного страхування) та 10-15 % частки добровільних страхувань, платних послуг, господарських договорів.

Цікавою і виправданою є сімейна медицина США. Розподіл медицини на спеціальності призвів до спеціалізації охорони здоров'я населення [105, 106]. Ще у 1967 р. створено Раду з сертифікації спеціальності сімейної медицини на таких концептуальних принципах: безперервність допомоги – турбота лікаря від зачаття до смерті, включаючи профілактику захворювань; холістичний підхід – потреба в спеціалісті, який здатний орієнтуватись у психосоціальних, фінансових і культурних факторах впливу на життя родини і громадян, а для цього потрібні знання психіатрії, психології, педагогіки [107]; неділимість проблем, висока якість надання медичних послуг та уміння працювати в сім'ї при мінімальній затраті коштів і часу [108]. У США пацієнт може прийти на прийом як до сімейного лікаря, так і до інших фахівців, що направляють його на стаціонарне лікування [48, 50, 67].

Медицина Канади безоплатна і доступна. На рік на одного жителя виділяється 2500 доларів. На муніципальному рівні департамент з охорони суспільного здоров'я працює над профілактикою інфекційних захворювань, імунізацією населення, профілактикою хронічних захворювань, боротьбою зі СНІДом та туберкульозом та займаються навчанням пацієнтів [27]. Тижневе навантаження сімейного лікаря складає в середньому 182 пацієнти. Лікарі та медичні сестри загальної практики сімейної медицини мають обов'язковий кваліфікаційний сертифікат і працюють відповідно до його повноважень. Вранці вони проводять обхід в шпиталі (передбачено 60-80 ліжок на 6 ставок сімейних лікарів), а в другій половині дня – амбулаторний прийом по 25-40 пацієнтів [102, 103].

У Великобританії в 1990 р. створено Раду лікарів загальної практики сімейної медицини і Департамент первинної ланки Національної системи охорони здоров'я. Сімейний лікар може вільно запрошувати медичну сестру для догляду за своїми пацієнтами [99]. Багато уваги приділяється емоційному стану пацієнтів, лікар займається як прийомом пацієнтів, так і активним відвідуванням їх за місцем проживання [100]. Приблизно 90 % сімейних лікарів самостійно справляються з

проблемами пацієнтів і лише 10 % звертаються за допомогою вузьких спеціалістів на рівні вторинної або третинної медико-соціальної допомоги. Переважають групові об'єднання лікарів по наданню допомоги (від 3-4 до 6 і більше лікарів). Координує систему охорони здоров'я Державний Секретар з питань охорони здоров'я. В країні працює спрощена система вільного вибору пацієнтами лікувального закладу і лікаря. Значно збільшилась кількість медичного персоналу, який спрямовує свою діяльність на індивідуальний догляд за пацієнтами, модернізацію лікувальних закладів, забезпеченням сучасним оснащенням та вдосконаленням медичних послуг. Сімейні лікарі надають 90 % усієї медичної допомоги. Один лікар обслуговує 1700-2000 осіб [27, 67]. Значну увагу приділяють спілкуванню з хворими, їх психологічному стану. На прийом одного пацієнта відводиться 8 хвилин. При підготовці фахівців з сімейної медицини велику частину приділяють самостійній роботі (1-2 заняття на кафедрі, решта часу – робота в амбулаторії, де студент один день працює під контролем відеокамери, потім проводиться аналіз відеозйомок). Унеможливлені приписки і обман, бо професійна честь і гідність цінуються дуже високо. Якщо медичний працівник повівся нечесно, то він не може розраховувати на високий соціальний статус та визнання. За показниками надання ПМСД Великобританія посідає перше місце серед європейських країн [27]. У Великобританії, Норвегії пацієнтів направити в стаціонар має право тільки свій сімейний лікар [67].

Центри здоров'я Фінляндії обслуговують в середньому 10 тис. осіб. На три посади сімейного лікаря передбачено одинадцять посад сімейних медсестер. Центри здоров'я – це комплекси будинків по наданню ПМСД. У Фінляндії успішно здійснюють діяльність більше 200 Центрів здоров'я. Велика відповідальність покладається на сімейних медсестер, адже вони повністю здійснюють візити до пацієнтів за виключенням людей похилого віку та хронічних хворих, що знаходяться на денному стаціонарі. За здоров'я пацієнта медики несуть колективну відповідальність [110].

В 1993 р. започатковано асоціацію – Інститут досліджень по загальній практиці (IRMP), що сприяє удосконаленню загальної практики у Франції. Зростання

загального національного доходу дозволяє збільшення витрат на охорону здоров'я. В країні працює 58000 сімейних лікарів. Кожен з них обслуговує 1000 осіб. Добре розвинута страхова медицина і витрати за відвідування лікаря відшкодовуються. Одне відвідування коштує 100 франків. Пацієнт може вільно обирати свого сімейного лікаря [111].

У Хорватії ПМСД – це загальна медична і педіатрична допомога, яка надається через центри здоров'я, в яких працюють сімейні лікарі, патронажні сімейні медсестри та лікарі-діагности. В центрах надання допомоги вдома – патронажні сімейні медсестри. Реформи галузі спрямовані на доступність медичних послуг, збільшення тривалості життя, поліпшення якості життя [67].

В Туреччині складність у впорядкуванні ПМСД полягає у відсутності чіткого розподілу функцій та злагодженості між первинною, вторинною і третинною медичною допомогою. Питаннями ПМСД займаються центри охорони здоров'я, педіатричної допомоги і планування сім'ї, туберкульозних диспансерів. Впроваджується інститут сімейної медицини. Реформація охорони здоров'я країни проводиться упродовж останніх десяти років [48, 50, 67].

Якість надання первинної медико-санітарної допомоги населенню країн Євросоюзу базується і залежить від рівня витрат на надання ПМСД, високого рівня забезпечення населення ПМСД, поліпшення стану здоров'я населення, що надається 20 % лікарів від їх загальної кількості [67].

Розвиток ПМСД Албанії пов'язують із прийняттям в 2004 р. стратегічної програми розвитку системи охорони здоров'я. Первинна медико-санітарна допомога надається спеціальними бригадами. Пацієнти мають право вільного вибору сімейного лікаря. Медичні установи первинного рівня знаходяться у власності національного або місцевого керівництва [48, 50, 67].

У Македонії існує 1200 пунктів надання ПМСД, 300 із них – обслуговується в сільській місцевості. У 1994 р. затверджено Національну програму профілактичної допомоги. Пацієнти можуть вільно обирати собі сімейного лікаря. Започаткована в 2001 р. страхова медицина. ПМСД включає як медсестринську допомогу вдома, так і надання допомоги у відділеннях терапії, педіатрії, стоматології, шкільної

медицини, охорони матері і дитини, змістом яких повинні володіти як лікар, так і сімейні медичні сестри [67].

З 1991 р. у Болгарії впроваджено приватну медичну допомогу. Національна стратегія охорони здоров'я на 2001-2010 рр. передбачає розвиток міжгалузевого співробітництва, об'єднання функцій громадської охорони здоров'я, реорганізацію ПМСД. Лікар загальної практики сімейної медицини надає населенню всебічну медичну допомогу, включаючи діагностичну, лікувальну, профілактичну, реабілітаційну, медико-соціальну допомогу та регулює потік пацієнтів на найбільш високий рівень медичного обслуговування. Від сімейної медсестри, як його помічника, вимагається високий рівень кваліфікації з метою лікування, виконання призначень лікаря, діагностичної та профілактичної роботи з пацієнтами. Введена система медичного страхування [48, 50, 67, 78].

Перевагою у радикальному реформуванні охорони здоров'я в Румунії стало її входження до Євросоюзу. Первинну медико-санітарну допомогу надають сімейні лікарі, які заключають договори про надання медичних послуг та є незалежними працівниками. Функції сімейної медсестри полягають у виконанні призначень лікаря та догляді за пацієнтами. Оплата їхньої праці проводиться комбіновано: подушно і за надання конкретних послуг. Пацієнти мають право вибору свого лікаря та медсестри, що сприяє високій конкуренції [67, 78].

Поступово розвивається сімейна медицина і в пострадянських країнах близького зарубіжжя. Так, у 2005 р. в Білорусі прийнято Державну програму відродження села 2005-2010 рр., де ПМСД гарантується кожному в країні, а фінансування забезпечує розрахунок на душу населення. Планується поступовий перехід надання медичних послуг на принципах загальної лікарської практики сімейної медицини [48, 50, 67].

Зміцнення ПМСД на засадах сімейної медицини в Литві задекларовано у 1991 р. в Концепції реформування системи охорони здоров'я. У Законі „Про національну систему розвитку охорони здоров'я“ зокрема визначено функції медичної допомоги первинного рівня (1994 р). Закон „Про первинну медичну допомогу“ передбачив такі види ПМД: амбулаторна допомога, швидка допомога,

будинки престарілих, хоспіси, в яких здійснюють догляд за пацієнтами спеціально навчанні медичні сестри сімейної медицини. Добре співіснують різні форми власності: державна, МОЗ, Міністерство соціального забезпечення, муніципальні та приватні заклади [67].

У 1997-2003 рр. розроблено Національну стратегію реформування і розвитку системи медичного обслуговування в Молдові. Відбулась децентралізація фінансування медичного сектора. ПМСД передбачає мінімальний пакет послуг, що надається через мережу клінік і центрів охорони здоров'я, які пропонують обмежений вибір діагностичних, вакцино-профілактичних, невідкладних та екстрених послуг, що здійснюють сімейні лікарі, яким асистують сімейні медичні сестри [67, 78].

В Російській Федерації приблизно 30 % первинних звернень по медичну допомогу приходиться на рівень первинної ланки. Все це стало можливим завдяки послідовній політиці держави та МОЗ Росії. В 1991 р. прийнято нове законодавство по розвитку медичної галузі. Введено обов'язкове медичне страхування. Розглядається як державна так і приватна форма власності. Впроваджується інститут сімейної медицини з перевагою в сільській місцевості на засадах загальної практики. Росія потребує 75000 фахівців сімейної медицини, а підготовлено 7000. Галузь потребує підготовки медичних сестер в системі сімейної медицини, яких катастрофічно не вистачає. Що стосується приватних медичних установ, то для них не до кінця визначені юридичні важелі [48, 50, 67].

Початком розвитку сімейної медицини у Казахстані вважається 1989 р., коли дільничні лікарі, пройшовши курси удосконалення за спеціальною програмою, розпочали свою діяльність на засадах загальної практики сімейної медицини. Сімейний лікар працює з двома медичними сестрами по обслуговуванні 300-350 сімей (1001-1200 осіб). Функції медичних сестер полягають в організації прийому пацієнтів, надання допомоги вдома, проведення санітарно-освітньої роботи. Оплата праці здійснюється окладно-підрядним способом залежно від складності виконаних робіт і коливається в межах двох ставок [101].

У Киргизстані держава забезпечує безперервну освіту сімейних лікарів.

Широко розвинуті механізми як державного, так і приватного сектора надання медичної допомоги. Сімейна медсестра бере участь у прийомі хворих сімейним лікарем та обслуговує сімейні дільниці. Започатковано страхову медицину [104].

Лікар загальної практики сімейної медицини Туркменістану обслуговує по розроблених нормах сто сімей, загальною кількістю 400 дорослих і 420 дітей. Упродовж трьох годин разом з сімейною медсестрою веде прийом і три години активно відвідує пацієнтів на дільниці. Сімейна медсестра – партнер сімейного лікаря. Після переходу ПМСД на засади сімейної медицини 53,4 % усіх відвідувань передано лікарям ЗПСМ від вузьких спеціалістів та 100 % профілактичних оглядів [109].

Затверджена 55-ю сесією Європейського регіонального комітету ВООЗ (2005), втретє оновлена регіональна основа політики „Здоров’я для всіх“, є продовженням попередньої стратегії „Здоров’я для всіх у XXI столітті“, яка покликана виробляти спільні рекомендації для збереження і зміцнення здоров’я населення [4], адже принцип володіння найвищим рівнем здоров’я, проголошений у Статуті ВООЗ, є одним із основних прав кожної людини [5].

Єврокомісія створила програму PHARV і виділила на її реалізацію 90 млн. доларів (підготовка викладачів з дисципліни „Сімейна медицина“, організація факультетів сімейної медицини у вищих навчальних закладах тощо). Чехія, Угорщина, Естонія і Литва є представниками Всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA) у Європі. В Чехії та Угорщині все ще збережений поділ лікарів на педіатрів та терапевтів, а в Естонії і Литві сімейні лікарі не мають такого авторитету як на заході Європи. У Росії, Україні та Болгарії все ще переважають поліклініки старого типу, а кількість сімейних лікарів та медичних сестер не відповідають потребам населення. В Білорусії посади сімейних лікарів запроваджені лише в державних поліклініках [27].

1.2.2. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини в Україні

Україна, ставши в 1991 р. суверенною, демократичною державою, проголосила основні цінності і стандарти для розквіту країни, збереження й процвітання нації в

усіх галузях народного господарства та сферах послуг. За даними ВООЗ для забезпечення належного рівня медичної допомоги на одного мешканця повинно обходитись в 30 \$, тоді як в Україні на лікування одного мешканця виділяється 4 \$, решта – для забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я [232].

Коли йдеться про міцну країну, то передбачається високий рівень здоров'я її населення. Зберегти здоров'я кожної людини, максимально подовжити тривалість життя, означає – зберегти і тим самим продовжити життя країни. Ланцюговий лозунг: „Здорова людина → здорова родина → здорова країна → здорова планета“ має стати основою основ у наданні первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики і сімейної медицини [55, с. 138].

Сімейна медицина забезпечує первинне неперервне спостереження населення від народження і до кінця життя, що допомагає прогнозувати стан здоров'я родини в цілому та кожного її члена у процесі зростання [213], формувати, виробляти свідоме ставлення до життя та здоров'я як до найціннішого дару природи.

Для покращення здоров'я населення державою регламентовано ряд нормативних документів. Прямо або опосередковано регулюють діяльність первинної ланки охорони здоров'я на засадах сімейної медицини біля 15 із них. Головними є Конституція України (Закон України №254 к 96-ВР від 28.06.96 р.) та Основи законодавства України про охорону здоров'я (Закон України від 19.11.92 №2801-ХІІ) [56, 57].

Одним із пріоритетних напрямків державної опіки є охорона здоров'я і добробут населення, визнані найважливішою цінністю та обов'язком суспільства, для забезпечення гарантій реалізувати право усіх громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу згідно статті 49. Конституції України [56]. Стаття 3. Закону України „Основи законодавства України про охорону здоров'я“ [57] трактує визначення охорони здоров'я як „систему заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя“. Цим законом визначена організаційна,

професійна (права та обов'язки медичних і фармацевтичних працівників), юридична, економічна та соціальна база охорони здоров'я) [58].

23 сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я ще в 1970 р. затвердила концептуальну резолюцію для всіх членів ВООЗ про принципи розвитку національної охорони здоров'я первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, зазначивши: „служби ПМСД є загальними службами системи охорони здоров'я, з якими населення зустрічається при першому зверненні за медичною допомогою. Первинний контакт між населенням і службами охорони здоров'я відбувається саме тут. Первинні служби займаються здоров'ям людей, а також здоров'ям суспільства. Вони є відповідальними не тільки за лікування, а й за профілактичні види діяльності стосовно окремих особистостей і суспільства в цілому“ [59]. Сімейна медична допомога повинна бути спрямована на профілактику захворювань, пропагування здорового способу життя, максимальне забезпечення збереження здоров'я і працездатності здорового населення [232, 235].

На сучасному етапі в Україні створюються умови для переходу системи надання первинної медико-санітарної допомоги на засади сімейної медицини. Хоча сімейну медицину започатковано у 80-ті роки ХХ століття (1987 р. – експеримент у Львівській області, 1989 р. – „Поліклініка сімейної медицини“ в м. Дніпродзержинську, 1992 р. – амбулаторія сімейних лікарів у м. Дрогобичі, 1998 р. – перша кафедра сімейної медицини у м. Львові), проте стрімкого розвитку сімейна медицина набула уже в ХХІ столітті [27].

Закон України „Основи законодавства України про охорону здоров'я“ регламентує означення поняття медико-санітарна допомога, як „комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів“ [57].

Термін „сімейна медицина“ вперше вжито в Україні в наказі МОЗ України № 169 від 21.11.1991 р., ввівши до номенклатури лікарських спеціальностей спеціальність „Загальна практика – сімейна медицина“. Поетапний план переходу до

організації ПМСД на основі сімейної медицини розроблено та затверджено Постановою Кабміну України № 989 „Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я“ від 20.06.2000 р. [60].

Для розвитку інституту сімейної медицини в Україні забезпечено нормативну базу та державне регулювання. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженій Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 [61], послугувала стратегічним напрямком його впровадження, як системних змін та перспектив в медичній галузі. Умови організації відділень сімейної медицини, їхню структуру, основні напрями діяльності визначено в наказах МОЗ України № 72 від 23.02.2001 р. „Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини“ [62] та № 303 від 23.07.2001 р. „Про організацію роботи закладів загальної практики – сімейної медицини“ [63]. Наказом МОЗ України № 39 від 01.02.2001 р. внесено спеціальність „Медична сестра загальної практики – сімейної медицини“ до номенклатури спеціальностей середніх медичних працівників.

Доручення Президента України від 05.01.04 № 1-1/22 „Здійснити заходи з реформування системи охорони здоров'я та поступового досягнення загальноєвропейського рівня соціального забезпечення і захисту населення“, Програма діяльності Кабінету Міністрів України „Послідовність Ефективність. Відповідальність“, затверджена постановою Верховної Ради України від 16.03.04 р. № 1602-IV[64] та Стратегія економічного та соціального розвитку України „Шляхом європейської інтеграції“, затверджена Указом Президента України від 28.04.04 р. № 493/2004 [65] сприяють становленню сімейної медицини, як окремої ланки.

Крім того, деякі питання діяльності у сфері охорони здоров'я регулюються Цивільним (від 18.07.63 № 1540-06) та Бюджетним Кодексами України (від 21.06.01 № 2542-III), Законами України „Про місцеве самоврядування в Україні“ (від 21.05.97 № 280/97-ВР), „Про страхування“ (від 07.03.96 № 86/96-ВР), „Про підприємницьку діяльність“ (№ 785-XII від 26.02.91 р.), „Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти“ (від 22.02.2000 № 1490-III), „Про власність“ (від 07.02.91 № 697-XII), „Про захист прав споживачів“ (від 12.05.91 № 1024-XII), Постановою Кабінету Міністрів „Про затвердження Порядку складання, розгляду,

затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ“ (від 28.02.2002 р. № 228), які опираються на основу законодавчої системи в Україні, яку складає Конституція, що визначає підходи до розвитку державної політики в охороні здоров'я.

Конституція України (стаття 49) проголошує, що кожен громадянин має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм.

Держава відповідає за створення умов для ефективного та доступного медичного обслуговування для всіх громадян. Медична допомога надається безоплатно в державних та комунальних закладах охорони здоров'я та існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. В Конституції визначені органи виконавчої влади (стаття 118) та місцевого самоврядування (статті 140, 141) на обласному, районному і міському рівнях [56].

Основним регуляторним документом в сфері охорони здоров'я є Закон України „Основи законодавства України про охорону здоров'я“, в якому спеціально уповноваженим центральним органом наділеним державною виконавчою владою в сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України. Компетенція Міністерства охорони здоров'я визначається згідно Положення Кабінету Міністрів. Міністерство охорони здоров'я Ради Міністрів АР Крим та органи місцевих державних адміністрацій виконують функції спеціально уповноважених органів державної виконавчої влади в адміністративно-територіальних одиницях України (стаття 15) [58, с.21].

Юридичним документом, що регулює управління в сфері охорони здоров'я є Закон України „Про місцеве самоврядування в Україні“. Стаття 60. цього закону передбачає, що управління об'єктів комунальної власності від імені територіальної громади виконують районна та обласні ради (заклади охорони здоров'я є видом громадської власності).

Заклади охорони здоров'я за визначенням в статті 3. Основ законодавства України про охорону здоров'я – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом подання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників. Безпосередню охорону здоров'я населення забезпечують санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санітарно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я.

За наявності необхідної матеріально-технічної бази та спеціалістів належної кваліфікації, заклади охорони здоров'я створюються підприємствами, установами та організаціями різних форм власності, а також приватними особами. Керівництво громадським закладом охорони здоров'я може здійснювати особа, що відповідає встановленим державою єдиним кваліфікаційним вимогам. Керівник закладу охорони здоров'я діє незалежно в усіх питаннях, пов'язаних з охороною здоров'я (стаття 16) [58, с. 21].

В статті 35 закон передбачає, що „Держава гарантує надання доступної соціально прийнятної первинної лікувально-профілактичної допомоги, як основної частини медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої діагностики і лікування найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, допомоги.

Первинна лікувально-профілактична допомога надається переважно за територіальною ознакою сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики. Спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику, ніж лікарі загальної практики. Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку у галузі складних для діагностики захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують

спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко зустрічаються“ [58, с. 28].

Право на охорону здоров'я визначено статтями 6-11 [58, с. 17-19], де проголошено, що кожен громадянин України має право на охорону здоров'я, роз'яснюється, що саме розуміється під цими правами, державна гарантія цих прав, обов'язки громадян у галузі охорони здоров'я, права та обов'язки іноземних громадян та осіб без громадянства, які постійно проживають на території України.

В зазначеному документі обумовлена і підприємницька діяльність в галузі охорони здоров'я (стаття 17) [58, с. 21-22]. Визначені професійні права та пільги медичних і фармацевтичних працівників (стаття 77) [58, с. 40-42], їх професійні обов'язки (стаття 78) [58, с. 42]. та відповідальність за порушення законодавства про охорону здоров'я (стаття 80) [58, с. 43].

Для забезпечення здоров'я людини необхідно враховувати всі чинники впливу на її стан, а для цього розроблена, і постійно вдосконалюється, нормативно-правова база на рівні держави та заходи і засоби для контролю та регулювання. У щорічній доповіді про результати діяльності системи охорони здоров'я України (2011 р.), одним із основних законодавчих актів, що визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють відносини у цій сфері, визначено Закон України „Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги“, прийнятим Верховною Радою у липні 2011 р. [212, с.97].

Важливим важелем, який формує здоров'я населення, впливає на перебіг захворювань, відновлює стан здоров'я людини, пропагує здоровий спосіб життя, долучається до розробки заходів, спрямованих на фактори, що можуть негативно позначитись на здоров'ї, забезпечивши тим самим попередження й зниження захворюваності, поліпшення спадковості, гармонійний розвиток населення України є медичні працівники. І це не повний перелік їх діяльності.

Складовими медичної допомоги є лікарська й сестринська справа. За визначенням ВООЗ, *сестринська справа* – це „наука, спрямована на вирішення існуючих і потенційних проблем пацієнта в умовах оточуючого середовища, що

змінюється“. Міжнародною радою медсестер (Нова Зеландія, Нарада національних представників, 1877 р.) сформульовано визначення сестринської справи як „складової частини системи охорони здоров'я, що включає в себе діяльність по зміцненню здоров'я, профілактиці захворювань, наданню психосоціальної допомоги за особами, які мають фізичні та психічні захворювання, а також непрацездатними усіх вікових груп. Така допомога надається медсестрами як у лікувальних, так і в інших установах, а також удома – всюди, де є в ній потреба“ [22].

Основні засади діяльності медичної сестри загальної практики – сімейної медицини регламентує наказ МОЗ України від 23.02.2001 р. за № 72. Згідно його положень медична сестра загальної практики – сімейної медицини є помічником лікаря у наданні первинної лікувально-профілактичної допомоги прикріпленому за сімейно-територіальним принципом населенню в обсязі спеціальності «загальна практика – сімейна медицина» в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу і вдома.

Нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призводять до втрати комплексності та наступності у наданні медичної допомоги, формального підходу до здійснення профілактики та диспансерної роботи. Як наслідок спостерігаються високі показники пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу в дорогому спеціалізованому лікуванні [68]. Тому і постало гостро питання для переходу на трьохрівневу систему надання медичних послуг, акцентувавши основну увагу на розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини, яка успішно зарекомендувала себе на європейському міжнародному просторі [67].

Поетапний план переходу України до організації первинної медико-санітарної допомоги на основі сімейної медицини розроблено та затверджено Постановою Кабінету Міністрів України № 989 „Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини у систему охорони здоров'я“ від 20.06.2000 р.[60].

Згодом, для реалізації визначеної Конституцією України та Основами законодавства про охорону здоров'я державної політики у сфері надання медичних

послуг Указом Президента України затверджена Концепція розвитку охорони здоров'я населення України (№ 1313 / 2000 від 07.12.2000 р.) [61]. Умови організації відділень сімейної медицини, їхню структуру, основні напрямки діяльності визначено в наказах МОЗ України № 72 від 23.02.2001 р. „Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини“ [62] та № 303 від 23.07.2001 р. „Про організацію роботи закладів ЗП/СМ“ [63].

Джерелом фінансування Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини є державний бюджет, бюджети місцевих органів виконавчої влади, а також інші джерела, не заборонені чинним законодавством.

Населення України на 01.03.2015 р. складало 42895700 осіб (без врахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя). Із них, прикріплено населення до закладів ЗП/СМ – 18484473 осіб. Всього населення, охопленого ПМСД на засадах ЗП/СМ складає 40,54 %.

Для удосконалення діяльності ПМСД на засадах ЗП/СМ відносно забезпечення пацієнта – центральної фігури в системі ПМСД якісною медичною допомогою створюється відповідна законодавча і нормативно-правова база із врегулювання механізмів забезпечення якості первинної медичної допомоги; проводиться структурна, ресурсна, кадрова, фінансова, матеріально-технічна та інформаційна реорганізація; створюються відповідні медичні та технологічні стандарти, які скеровані на результат [63].

Згідно Наказу МОЗ України від 08.01.2004 р. № 1 „Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації“, Державна Установа „Український інститут стратегічних досліджень“ з 2006 р. проводить моніторинг розвитку ПМСД на засадах загальної практики / сімейної медицини (ЗП/СМ). Всього проаналізовано 214 форм оперативної інформації з регіонів України щодо розвитку мережі, кадрового та ресурсного забезпечення і діяльності закладів (підрозділів) ПМСД, які працюють на засадах ЗП/СМ.

Станом на 01.01.2011 р. кількість існуючих закладів ПМСД на засадах ЗП/СМ становить 4581, що загалом на 177 закладів (4,01 %) більше ніж на початку 2010 р. На їх базі функціонує 27404 ліжок денного стаціонару. У зазначених закладах створено 10453 (10003 у 2009 р.) дільниць за якими закріплено 18484473 (15718594 дорослих та 2765708 дітей від 1 до 17 років) мешканців, проти 17690349 у 2009 р. Певною мірою скоротилась кількість існуючих закладів ПМСД (типу ФАП з населенням більше 1000 чол., СЛА, ДЛ, поліклініка РЛ, поліклініка ЦРЛ, і т.п.) із 4708 станом на кінець 2009 р. до 4702 у кінці 2010 р. (на 5 закладів). Упродовж зазначеного періоду створено 149 нових закладів ПМСД на засадах ЗП/СМ, 114 – у сільській місцевості та 4 – у містах.

Відмічається найбільш активний розвиток мережі закладів у наступних регіонах: Дніпропетровська (31), Львівська (17), Донецька (17), Луганська (9), Запорізька (7), Хмельницька (7) області та АР Крим (6); відсутній подальший розвиток мережі в наступних регіонах: Кіровоградська (0), Полтавська (0), Харківська (0) та Чернігівська (0) область, а також м. Севастополь (0). У сільській місцевості найбільший розвиток мережі у Дніпропетровській (21), Львівській (14), Запорізькій (7) та Хмельницькій (7) областях, а відсутній у Харківській (0) та Чернігівській (0) областях. Найбільше нових закладів у містах створено у Донецькій (14), Дніпропетровській (5) та Луганській (6) областях.

Кількість штатних посад лікарів ЗП/СМ становить 11008,25 (порівняно з 2009 р. (10512,25) зросла на 4,51 %), із них в сільській місцевості – 7121, у містах – 3887,25. Станом на кінець 2010 р. сімейними лікарями в Україні обслуговується 18484473 осіб, що становить 40,54% населення (загальна кількість населення України за даними Державного комітету статистики – 45598200). Загалом в Україні до сімейного лікаря здійснено 54155128 візитів пацієнтів з різною патологією, з яких з профілактичною метою – 15713687, з приводу захворювань – 38363350 звернення (30850655 дорослих та 7512695 дітей до 17 років). Частина пацієнтів із найбільш складною патологією було направлено на консультацію до лікарів-спеціалістів (2249141), а також на стаціонарне лікування до лікарень вторинного та третинного рівнів (999522).

Лікарями ЗП/СМ усіх закладів, що працюють на засадах СМ, було проліковано (на рівні обслуговування лікаря ЗП/СМ) 20493964 пацієнтів, зросла кількість флюорографічних обстежень до 8208380 (у сільській місцевості – 5161832, у містах – 3046548). Зросла кількість викликів швидкої медичної допомоги до хворих з хронічною патологією на території обслуговування лікаря ЗП/СМ, що становить 568559 у 2010 р. проти 522746 у 2009 р. (у сільській місцевості – 378666, у містах – 189893). Значно зростає у 2010 р. кількість померлих від інфаркту міокарду (8298) проти 5734 у 2009 р. на території обслуговування лікаря ЗП/СМ. Проте, знижується кількість померлих від інсульту – 8822 проти 9540 наприкінці 2009 р.

Чисельність прикріпленого населення на одну штатну посаду лікаря ЗП/СМ в середньому по Україні становить 1720 осіб прикріпленого населення на одного лікаря. Цей показник значно коливається, від 2659,01 осіб у Кіровоградській до 1373,81 у Запорізькій областях.

Кількість штатних посад медичних сестер ЗП/СМ становить 14074,5 13543 (у 2009 р. – 13543), із них в сільській місцевості – 9462,5, в містах – 4612. Кількість фізичних осіб медичних сестер ЗП/СМ становить 13058 (у 2009 р. – 12530), із них у сільській місцевості – 8917, у містах – 4141.

Подальшого підвищення набула забезпеченість закладів ЗП/СМ медичними та немедичними засобами: санітарним транспортом – 3497 (2009 р. – 3165) автомобілями (в сільській місцевості 3207, в містах – 288); електрокардіографами – 4458 (у 2009 р. – 4302) (в сільській місцевості – 3901, в містах – 557); дефібриляторами – 255 (у 2009 р. – 228) (в сільській місцевості – 203, в містах – 525); спеціальним інструментарієм – 6061 (у 2009 р. – 3517) (в сільській місцевості – 5000 та 1061 – в містах); персональними комп'ютерами – 1462 (у 2009 р. – 1257) (в сільській місцевості – 1028 та 434 – в містах), телефонами – 4718 (у 2009 р. – 4630) (в сільській місцевості – 4024 та 694 – в містах) та холодильниками – 5201 (у 2009 р. – 4974) (в сільській місцевості – 4549 та 652 – в містах).

Департамент охорони здоров'я Житомирської області спрямовує свою діяльність на забезпечення достатньої уваги профілактиці захворювань та

диспансеризації населення. Запровадження сімейної медицини в Житомирській області, починаючи з 2001 р., сприяло збільшенню кількості закладів ЗПСМ до 244, що включають в себе центри ПМСД, яким підпорядковані сільські лікарські амбулаторії, сільські лікарські амбулаторії з дільницями загальної практики – сімейної медицини, амбулаторії загальної практики на базі сільських лікарських амбулаторій, відокремлені амбулаторії загальної практики – сімейної медицини.

Зросла кількість штатних посад сімейних лікарів на 10 тис. населення, що покращило показник забезпеченості сімейними лікарями на 10 тис. населення. На 79,8 % охоплено всього населення медичною допомогою на засадах ЗПСМ. Значно покращився показник кількості штатних посад медичних сестер ЗПСМ (на 2012 р. складає 692,5) та кількості фізичних осіб медичних сестер ЗПСМ (станом на 2012 р. – 660). Витрати з місцевого бюджету для надання ПМСД на 1 мешканця складає 88,49 грн.

Перерозподіл навантаження медицини України у бік ПМСД дозволить збільшити ресурсне наповнення одного випадку надання допомоги в умовах спеціалізованих та високоспеціалізованих закладах охорони здоров'я та зменшити дефіцит фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я в цілому.

На сьогодні ПМСД в Україні властиві системні недоліки, що зумовлюють обмеженість її ролі в наданні медичної допомоги, недостатній вплив на здоров'я громадян, а, відтак, низьку ефективність системи охорони здоров'я в цілому.

В Україні ПМСД представлена доволі роздробленими структурами, які в переважній більшості функціонально, організаційно та фінансово поєднані зі спеціалізованою амбулаторною допомогою. У вітчизняних закладах первинної ланки починають і закінчують лікування лише до 30% пацієнтів у містах і до 50% пацієнтів у сільській місцевості. Питома вага видатків на утримання закладів (підрозділів) охорони здоров'я, які надають ПМСД, становить менше 10% від загального обсягу видатків на охорону здоров'я, що, зважаючи на незадовільний рівень матеріально-технічного забезпечення зазначених структур, є вкрай недостатньо.

Тож, головною метою Програми первинної медико-санітарної допомоги України є забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування та налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної ПМСД з переважним впровадженням засад сімейної медицини.

1.3. Професійно-педагогічна компетентність медичної сестри сімейної медицини як наукова проблема

Освітня система України безперервно модернізується з урахуванням принципів гуманізації, гуманітаризації, демократизації, науковості, неперервності, практичності, адаптивності, що забезпечує поступове входження у світовий освітянський простір [1, 2], адже формування нових стратегічних підходів у розвитку і вдосконалення охорони здоров'я передбачає нові технологічні зміни і в медичній освіті. Європейська Комісія Генерального Директорату з освіти і культури в листопаді 2004 р., обговорюючи питання: „Ключові компетенції: ключові компетенції у процесі неперервного самонавчання. Європейські рекомендації“, визначений перелік життєвих вмінь сучасного європейця визначила ключовими компетенціями (компетентностями) [3].

Саме оволодіння основними життєвими вміннями, компетентностями, як в сфері життєдіяльності, так і в окремих галузях, зокрема, медсестринській і є ключовим завданням сьогодення, що сприятиме підвищенню загального рівня освіти громадян. Такий підхід у системі охорони здоров'я, вимагає кардинальних змін і в системі підготовки та перепідготовки кадрів для роботи в медичній галузі.

Проаналізуємо категоріальний апарат проблеми професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини.

Рівень сформованості професійної компетентності окремої людини безпосередньо впливає на розвиток окремих галузей виробництва та забезпечує розвиток суспільства. Актуальність формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри зумовлена тим, що від рівня її сформованості, як особистості і професіонала, значною мірою залежить рівень розвитку медицини в цілому та медсестринської галузі зокрема. Для того, щоб розкрити механізм

формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини, необхідно вивчення сутності змісту та структури цих компетентностей.

Мета підрозділу полягає у з'ясуванні сутності, змісту й структури поняття „професійно-педагогічна компетентність“ медичної сестри загальної практики – сімейної медицини. До базових понять дослідження віднесено також поняття „компетенція“, „компетентність“, „професійна компетентність“, „професійно-педагогічна компетентність“ сімейної медичної сестри.

1.3.1. Аналіз базових понять дослідження

Останні дослідження та публікації, в яких започатковано розв'язання даної проблеми, показують, що в науковій літературі спостерігається неоднозначний підхід до визначення суті означених понять.

Термін „компетенція“ (від лат. *competens* – той, що відноситься, відповідний) у Великій радянській енциклопедії (гол. ред. Б. А. Введенський, 1953 р.) [186, с. 292] тлумачиться як коло повноважень якого-небудь закладу або посадової особи. В енциклопедичному словнику (Б. А. Введенський, 1954 р.), компетенція розглядається як „коло повноважень, коло питань, в яких дана особа володіє знаннями, досвідом“ [189, с. 134]. Цей же автор, пізніше (1963 р.) розкриває термін „компетенція“ в двохтомному енциклопедичному словнику, як „коло повноважень якого-небудь закладу або особи; коло питань, в яких дана особа володіє знаннями, досвідом“, а „компетентний“ (від лат. *competens* – належний) – знаючий, обізнаний в певній галузі; той, що має право за своїми знаннями або повноваженнями робити або вирішувати що-небудь, судити про що-небудь [187, с. 522]. Як бачимо, зміст поняття „компетенція“ постійно вдосконалювався.

Термін „компетенція“ (від лат. *competia*; від *competo* – досягати, відповідати, підходити) та спільнокореневі „компетентний“, „компетентність“ поступово ввійшли і стали вживаними вітчизняною педагогікою в другій половині ХХ ст. в різних сферах діяльності особистості, включаючи і освіту [168, с. 51].

В українському радянському енциклопедичному словнику за ред. Ф. С. Бабичева (1988 р.), „компетенція“ (від лат. *competia*; узгодженість, поєднання)

– коло повноважень (прав і обов'язків) кого-небудь – організації або закладу або посадової особи; коло питань, в яких дана особа має певні знання, досвід [188, с. 112].

Тлумачення компетенції в словнику української мови як добра обізнаність із чим небудь; коло повноважень якої-небудь організації, установи або особи. Це ж джерело подає поняття компетентний як той, хто має достатні знання в якій-небудь галузі; який з чим небудь добре обізнаний; тямущий; який ґрунтується на знанні; кваліфікований; який має певні повноваження; повноправний, повновладний; тоді як компетентність – властивість за значенням компетентний [237: 250].

У тлумачному словнику російської мови (1985 р.) „компетенція“ трактується як коло питань, в яких хто-небудь добре обізнаний; коло чийх-небудь повноважень, прав [190, с. 113]. О. Кочерга (2013) розглядає компетенцію як „опис бажаного для організації поведінки індивіда“ [245]. У словнику іноземних мов за редакцією І. В. Лехіна та Ф. М. Петрова „компетенція“ – володіння особою обсягом завдань, згідно з певними наділеними повноваженнями [132, с. 157].

Для визначення сутності професійної та педагогічної компетентностей важливим є визначення поняття „компетентність“. За енциклопедичним словником в перекладі із латинської мови – *competentia*, від *compereto* – спільно досягаю, добиваюсь, відповідаю, підходжу; сукупність повноважень (прав і обов'язків) органу чи посадової особи, встановлених законом, статутом ... або іншими положеннями [133].

Новий тлумачний словник української мови (укладачі В. Яременко, О. Сліпущко, 1998 р.), поняття компетентність розкривають як „добру обізнаність із чим-небудь, коло повноважень якої-небудь організації, установи або особи“, а компетентний це той, „який має достатні знання в якій-небудь галузі; який з чим-небудь добре обізнаний, тямущий; який ґрунтується на знанні; кваліфікований; який має певні повноваження; повноправний, повновладний“ [134].

З точки зору зарубіжних вчених компетентність – сукупність знань, умінь, навичок, що сприяють успішному виконанню завдань (М. Каплан, М. Пиримуттер); способи впливу на соціальне середовище (І. Борґ, М. Мюллер); взаємопов'язаність з

операційним забезпеченням окремих дій у структурі діяльності (М. Ворверг, Г. Шредер) та інші [135].

Аналіз наукових джерел засвідчує, що стосовно визначення сутності, понять „компетенція“ та „компетентність“ спостерігаються такі наукові підходи: компетенції є складовими компетентності (за З. Кажановою); компетенція – це наявність кола повноважень (за Д. Єгоровим, С. Бахтєєвою, Т. Коноваловою); компетентність – це ступінь оволодіння компетенцією (за А. Хуторським).

Розгалуджує поняття „компетенція“ і „компетентність“ й І. В. Родигіна. На її думку, компетентність є багатооб’ємнішим поняттям, яке включає в себе обізнаність у сфері діяльності, авторитетність та високу кваліфікованість, а не лише „коло повноважень“ [169].

Завдання європейської школи, визначені в доповіді Жака Делола Міжнародної комісії „Освіта ХХІ століття“, червоною ниткою проходять поняття навчати навчатися, навчати працювати, навчати бути, навчати жити. „Навчати працювати – це забезпечувати не тільки здатність ефективно оволодівати професійними навичками, а й уміння знаходити вихід у найнепередбачуваних виробничих ситуаціях, вміти співпрацювати в колективі, співвідносити себе з конкретними фаховими ролями та ефективно їх виконувати“ [136, с. 201; 137, с. 30]. Виходячи з цих позицій, європейські експерти в поняття компетентності включають такі параметри: спроможність особистості сприймати та відповідати на індивідуальні і соціальні потреби; комплекс ставлень, цінностей, знань і навичок [135].

Поняття компетентності як результату навчання з'явилося в термінології сучасної педагогіки недавно. Визначення цього поняття трактується по-різному. Так, Міжнародна комісія Ради Європи розглядає поняття компетентності як загальні або ключові вміння, базові вміння, фундаментальні шляхи навчання, ключові кваліфікації, ключові уявлення, опорні знання тощо. Компетентності, на думку експертів Ради Європи, передбачають: спроможність фахівця сприймати та відповідати на індивідуальні та соціальні потреби; комплекс ставлень, цінностей, знань і навичок [137].

У 1997 році Рада Європи визначила п'ять основних компетенцій, необхідних кожній людині незалежно від рівня освіти та виду діяльності: *політична та соціальна компетенція* – означає здатність приймати рішення як індивідуальні, так і групові та нести за них відповідальність. Зазначені компетенції передбачають незалежність особистості, її здатність ефективно взаємодіяти в соціумі, тобто визначають соціальну зрілість людини; *інформаційна компетенція* – передбачає володіння сучасним інструментарієм, необхідним для отримання інформації (комп'ютер, Інтернет, новітні технології та інше); *соціокультурна компетенція* – означає толерантне ставлення до представників інших націй, інших культур та релігій, готовність з ними плідно взаємодіяти; *комунікативна компетенція* – виявляється у здатності вступати у письмову та усну форму спілкування. Сюди відноситься *білінгвальна компетенція*, тому що сучасні вимоги європейської освіти передбачають володіння декількома мовами; *компетенція реалізації здібностей та бажання безперервного навчання* – означає схильність до самоактуалізації, високий рівень професійної мобільності фахівця, його психологічну стійкість. Передбачає навчання протягом усього життя як у професійному, так і в суспільному та особистому плані [138], саме цей підхід є актуальним у медсестринській освіті, оскільки підтверджує тезу „вчитися все життя“, так необхідну для професіоналізму медичної сестри сімейної медицини.

Основою підвищення професіоналізму (М. В. Рудіна, 2011 р.) є акмеологічні й андрагогічні засади освіти дорослих – освіти впродовж життя, а провідною формою підвищення професіоналізму є система післядипломної освіти, в якій на основі андрагогічного циклу зростають різноманітні показники критеріїв-компетентностей [196, с. 15].

Рада Європи визначила високі вимоги відповідності особистості критеріям компетентності. По суті компетенції є моделлю критеріїв, якими повинна оволодіти особистість, а компетентність означає ступінь володіння ними. Цю модель компетенцій повинні взяти за основу педагоги, психологи, керуватися науковці при розробці сучасних освітніх стандартів; при підготовці майбутніх

спеціалістів та виховання сучасної молоді; фахівці галузей виробництва та сфери обслуговування при виконанні своїх функціональних обов'язків на робочому місці.

Компетенція (С. Г. Пільова, 2011 р.) – це „коло повноважень, які надані фахівцю для виконання своїх обов'язків у професійній діяльності, а компетентність – особистісна інтегрована характеристика професійного й особистісного розвитку людини, що характеризується наявністю достатніх знань, умінь, навичок, ціннісних орієнтацій і досвіду, для ефективного, кваліфікованого й успішного здійснення професійної діяльності“ [197, с. 15].

Великий тлумачний словник сучасної української мови, (укладач В. Т. Бусел), трактує поняття „компетентний“, як той, хто „має достатні знання в якій-небудь галузі; який з чим небудь добре обізнаний; тямущий; який ґрунтується на знанні; кваліфікований; який має певні повноваження; повноправний, повновладний“ [239: 445].

О. Митник (2013) розглядає компетентність не тільки як здатність особистості застосовувати знання, уміння і навички у запланованих але і в непередбачуваних навчальних і життєвих ситуаціях. Професійну ж компетентність асоціює з умінням використовувати професійні знання, уміння, навички й досвід у різноманітних ситуаціях [240].

Переважає більшість науковців погоджується з тим, що компетентність нерозривно пов'язана із застосуванням знань, умінь і навичок у професійній діяльності, отож доцільно розглянути сутність професійної компетентності.

Витоки сучасних підходів до розуміння професійної компетентності виходять ще з часів попередників-науковців, які значну роль відводили трудовому вихованню та трудовій діяльності. Так, К. Д. Ушинський (1824-1871) основною метою виховання вважав підготовку всебічно розвиненої людини, а наріжним каменем теорії виховання – вчення про трудове виховання, що стверджує: в трудовій діяльності розвивається і формується людина. „Педагогічна практика без теорії – те саме, що знахарство у медицині“ [137, с. 16-17].

Таке визначення, певною мірою, співвідноситься з точкою зору українських науковців. Так, А. Й. Капська зазначає, що поняття „компетентність“ містить

набір знань, навичок та ставлень, які дають змогу особистості ефективно здійснювати діяльність, або виконувати певні функції, що забезпечують досягнення нею певних стандартів у галузі професії або певного виду діяльності [139]. В основі такого трактування покладено поняття професійна освіта, що на думку С.П.Максимюк являє собою сукупність знань, практичних умінь і навичок, необхідних у певній галузі трудової діяльності [142, с. 144].

Слово «компетентність» (О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук, 2011 р.) використовується для позначення інструментальної основи діяльності (однієї із внутрішніх характеристик у активності людини), а цей термін можна розкрити через такі важливі поняття, як „знання“ (це не лише сукупність відомостей про навколишній світ, а й здатність людей орієнтуватись у системі соціальних взаємин, діяти відповідно до обставин у різних життєвих ситуаціях), „уміння“ (здатність людини усвідомлено застосовувати набуті знання адекватно новим обставинам діяльності), „навички“ (це опанування до автоматизму способами використання певних засобів діяльності) [192, с. 287].

Як правило, набуті знання, уміння і навички виступають засобами професійної діяльності. Практичне використання їх в житті і професійній діяльності вимагає постійного оновлення та неперервного їх вдосконалення [193, с. 287].

Над сутністю, змістом та визначенням поняття професійної компетентності плідно працювали і інші дослідники-науковці. Так, Л. І. Анциферова бачить професійну компетентність, як сукупність професійних якостей. Як складну систему внутрішніх психічних станів та властивостей фахівця, готовність до здійснення професійної діяльності та здатність виконувати необхідні для цього дії визначив професійну компетентність Ю. В. Варданян. За І. Г. Клімковичем, професійна компетентність є здатністю реалізувати на певному рівні професійно-службові вимоги. В. І. Огарьов охарактеризував професійну компетентність, як стійку здатність до діяльності зі знанням справи, а А. К. Маркова [252] як професійну самоосвіту.

І. С. Аветісова, (2011 р.) сутність поняття „професійної компетентності“ уточнює як „інтегровано особистісне утворення, що складається з суб’єктивного

досвіду, ... знань, професійних умінь, особистісних якостей, які, в сукупності, забезпечують ефективність розв'язання професійних завдань“ [198, с.13-14].

Зростання професійної компетентності науковці вбачають у чотирьох рівнях: етап адаптації фахівця до професії; етап самовизнання викладача у професії; етап вільного володіння професією на рівні майстерності, гармонізація викладача з професією; етап вільного володіння професією на рівні творчості [173, с. 41-50].

Сучасні наукові підходи до визначення професійної компетентності Е. Г. Азімов, А. Н. Щукін (1999); С. Є. Шишов, В. А. Кальней (2000); Г. С. Данилова (2003); А. В. Хуторской (2003); В. Г. Кремень, М. Ф. Степко, Я. Я. Болюбаш, В. Д. Шинкарук, В. В. Грубінко, І. І. Бабин (2004); Л. Я. Бірюк, 2004; І. В. Родигіна (2005); Н. В. Бахматта ін. дають можливість широко та досконало дослідити це поняття.

С. С. Вітвицька вкладає в поняття професійної компетентності знання, вміння, навички, критичні погляди й оцінки, постійне самовдосконалення, високий рівень загальної культури, а у формуванні професійної майстерності акцентує на використанні тісного зв'язку теорії, методики і педагогічної техніки. Критеріями майстерності, на думку С. С. Вітвицької, *за спрямованістю* є доцільність, *за результатами* – продуктивність, *за характером взаємовідносин з усіма учасниками виховного процесу* – діалогічність, у виборі засобів – оптимальність, *за змістом діяльності* – творчість [145].

Аналіз наукової літератури свідчить, що термін „компетентність” використовується у професійної діяльності, тому визначення компетентності, стосується професійної діяльності, досвіду роботи та знань, частіше трактується як досконале знання своєї справи, досягнення професійної майстерності тощо. С. С. Рачева трактує поняття компетентність як таке, що об'єднує в собі складний зміст, який інтегрує професійні, соціально-педагогічні, соціально-психологічні, правові характеристики тощо [156].

Компетентність є категорійною складовою філософії, класичної та соціальної педагогіки, соціології, психології, медицини та інших наук, а це свідчить про

інтегрований, міждисциплінарний (забезпечуючі, забезпечувані та внутрішньопредметні зв'язки) та надпредметний характер компетентності.

До компетентності слід підходити як до різнобічного поняття, яке вказує не лише на знання, вміння, навички, досвід, якими повинен володіти фахівець певної галузі, а й як на відповідність життєвим і професійним цінностям, високому рівню освіченості та на спроможність самостійного прийняття відповідальних професійних рішень тощо. Тільки в діяльності проявляється компетентність.

С. В. Лісова (2011) дає визначення компетентності фахівця з вищою освітою, що це „виявлені ним на практиці прагнення й здатність (готовність) реалізувати свій потенціал (знання, уміння, досвід, особистісні якості й ін.) для успішної творчої (продуктивної) діяльності у професійній і соціальній сфері, усвідомлюючи її соціальну значимість й особисту відповідальність за результати цієї діяльності, необхідність її постійного вдосконалювання“ [289].

О. Митник, Н. М. Бібік, О. В. Овчарук, О. Я. Савченко, О. І. Пометун вважають, що компетентісний підхід є сумарним професійної, соціальної, комунікативної компетентностей [240, 241, 242, 243, 244].

Компетентність характеризує здатність людини (фахівця) реалізовувати свій людський потенціал для професійної діяльності [289].

С. Г. Пільова (2011 р.) розглядає професійну компетентності як «інтегративне особистісне утворення фахівця, що ґрунтується на фахових знаннях, практичних уміннях і навичках, значущих особистісних професійних і особистісних якостях, ціннісних орієнтаціях та наявному досвіді, що дозволяє йому на високому професійному рівні здійснювати відповідну діяльність»т [197, с. 15].

За визначенням Є. М. Павлютенкова, професійною компетентністю є „наявність певного рівня сформованих знань, умінь, навичок, професійно важливих якостей, а також внутрішнього світу особи, її потреб, ціннісних орієнтацій, уявлення про людей, саму себе, результати власної діяльності“ [170, с. 65]. На наш погляд, саме сформована у навчальній діяльності компетентність майбутнього спеціаліста є стартовим базисом, що забезпечує його успішну професійну діяльність на робочому

місці, проте вимагає постійного вдосконалення, тобто підкріплення компетентності впродовж життя післядипломною підготовкою.

Професійна компетентність особистості (Н. М. Юдзіонок, 2011 р.) виявляється через професіоналізм і є ширшим поняттям, чим „професійна кваліфікація“ і слугує взаємодоповнюванням до „професіограми“ [201, с. 7].

Р. В. Чубук (2008 р.) професійну компетентність розглядає як „інтегративне особистісно-діяльнісне утворення та цілісну сукупність збалансованого поєднання професійних знань, умінь і навичок, особистісно-професійних якостей і професійного досвіду, що формуються за відповідних педагогічних умов“ [202, с. 16].

На основі аналізу наукових підходів до розуміння сутності компетентності, проаналізувавши тлумачення понять компетенції та компетентність, виходячи із більшості поглядів, суджень, переконань та визначень нами обрано робоче визначення поняття професійної компетентності. Під *професійною компетентністю* розуміємо здатність фахівця до виконання певних видів діяльності, до засвоєння і застосування знань, умінь і навичок в практичній діяльності, накопичений навчальний, а згодом і професійний досвід.

1.3.2. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини як складова їх професійної компетентності

Розглянемо особливості професійної компетентності медичних сестер сімейної медицини, адже кожна професія має свої професійні відмінності [159, с. 11-12]. Професіоналізація (П. С. Назар, Ю. Г. Віленський, О. А. Грандо, 2002 р.) – це суспільно-економічне явище, якому властивий закономірний, об'єктивний характер розвитку [159]. Одним із критеріїв професіоналізму М. В. Рудіна (2011 р.) вважає саме професійну педагогічну компетентність [196, с.15].

Галузевий стандарт вищої освіти України освітньо-кваліфікаційної характеристики молодшого спеціаліста встановлює професійне призначення і умови використання випускників вищих навчальних закладів зі спеціальності 5.12010102 „Сестринська справа“, галузі знань 1201 „Медицина“, освітньо-кваліфікаційного рівня молодшого спеціаліста у вигляді переліку первинних посад, виробничих

функцій та типових завдань діяльності; освітні та кваліфікаційні вимоги до випускників вищих навчальних закладів у вигляді переліку здатностей та умінь вирішувати завдання діяльності, вимоги до атестації якості освіти та професійної підготовки випускників вищих навчальних закладів; відповідальність за якість освітньої та професійної підготовки [269]. Цим стандартом обумовлено професійні; соціально-виробничі; соціально-побутові види типових завдань діяльності медичної сестри. Основними класами завдань діяльності медичної сестри є стереотипна, діагностична та евристична. Діяльність медичної сестри передбачає предметно-практичні, предметно-розумові, знаково-практичні, знаково-розумові види умінь [269].

Рівні сформованості уміння базуються на здатності виконувати дію, спираючись на матеріальні носії інформації щодо неї; здатності виконувати дію, спираючись на постійний розумовий контроль без допомоги матеріальних носіїв інформації; здатність виконувати дію автоматично, на рівні навички.

Національна стратегія розвитку освіти в Україні на 2012-2021 рр. націлена на компетентісний підхід у навчанні [246]. Європейські експерти наголошують, що саме на основі компетентності особистість спроможна сприймати та відповідати на індивідуальні і соціальні потреби, формувати комплекс ставлень, цінностей, знань, умінь і навичок [135]. Компетентісний підхід [249] стосується і діяльності медичної сестри сімейної медицини, адже першою відгукується на індивідуальні і соціальні потреби пацієнтів, об'єктивно оцінює ситуацію та формує пошук шляхів виходу із ситуацій, що складаються.

Опираючись на міжнародний досвід, з урахуванням вітчизняних традицій освіти та її адаптації до існуючого дійсного розвитку галузей виробництва та сфери обслуговування, здійснюється спроба запровадження сучасного підходу до теоретичного і практичного навчання у вищих закладах освіти України, суть якого полягає в тому, щоб забезпечити компетентісний підхід у вирішенні завдань, які стоять перед спеціалістом на теоретично обґрунтованому та науковому рівні та забезпечити впровадження цих знань в кожній конкретній практичній ситуації, спрогнозувати її та передбачити наслідки, навчитись виходити за межі ситуацій з

метою уникнення потенційних, а при появі – вирішення існуючих (наявних) проблем.

При здійсненні пошуків розгляду питання професійно-педагогічної компетентності в процесі професійної підготовки майбутніх медичних сестер сімейної медицини, що, на нашу думку, є актуальним, в наукових джерелах не виявлено напрацювань в напрямку їх формування, проте ми зустріли деякі нароби, що розкривають поняття компетентності та професійної компетентності медичної сестри.

В розділі „Медсестра і практика“ Етичного кодексу професійної етики Міжнародної Ради медсестер зустрічаємо поняття особистої компетенції, про яку медсестра приймає виважені рішення, даючи і беручи на себе доручення та несе відповідальність про постійне вдосконалення кваліфікації [146, с. 45-46].

В статті 3. „Професійна компетентність – головна умова сестринської діяльності“ Етичного кодексу медичних сестер України, що прийнятий на першому з'їзді медичних сестер України (1999 р., м. Чернівці), поняття компетентності передбачає виконання обов'язків професійно, згідно зі стандартами діяльності медсестри, визначеними МОЗ України, а творчий підхід до своїх обов'язків, уміння швидко орієнтуватися в інформації, вибирати з неї найнеобхідніше, безперервно удосконалювати свої знання та навички, підвищувати свій культурний рівень належать до професійних вимог та бути компетентною щодо моральних і юридичних прав пацієнта. Отримуючи найвищі стандарти у сфері сестринської практики з урахуванням реальних ситуацій, медична сестра повинна керуватись вимогами законодавства та принципами професійної етики, несучи персональну відповідальність за виконання своїх професійних обов'язків. В ст. 2 „Медична сестра і право пацієнта на якісну медичну допомогу“ передбачає, що „медична сестра в міру своєї *компетенції* повинна надавати невідкладну допомогу кожному пацієнту“ [32, с. 9; 146, с. 38].

Н. М. Касевич поняття компетентності медичної сестри розглядає як здатність виконувати нею практичні маніпуляційні навички, при цьому акцентуючи увагу і на комунікативні компетенції, беручи до уваги, що медична сестра повинна бути

готовою дати відповідь на всі запитання, безумовно, в межах своєї компетенції [146, с. 171]. При цьому слід враховувати особистісні якості медичного працівника, від якого буде залежати ефект використання кваліфікації як інструменту діяльності [146, с. 91].

У часи надмірної інформативності, коли в ЗМІ постійно лунає медична реклама, у пацієнта формується вибіркова однобічна обізнаність. Неповна інформативність часто призводить до неправильного застосування ліків, самолікування, неправильного догляду. У такій ситуації саме медична сестра сімейної медицини має вчасно скоординувати спільні дії з пацієнтом, навчити, проконсультувати, зорієнтувати його у сутності лікування та догляду [147, с. 138].

Мистецтвом її діяльності в інформуванні населення є не стільки вміння повідомляти, скільки вміння спонукати пацієнтів та пересічних громадян до отримання необхідної достовірної інформації, викликати бажання набувати знання. Медична сестра сімейної медицини повинна стимулювати інтерес пацієнтів до співпраці, допомагати у виробленні позитивної самооцінки в процесі отримання інформації, тим самим викликаючи в них віру в себе та бажання вдосконалюватись, як зазначав В. О. Сухомлинський: „Є успіх – є бажання вчитись“ [185].

Важливим для медичної сестри є оволодіння інформаційною компетентністю. Інформаційна компетентність (за Я. В. Карлінською, 2010р.) визначається «як складна інтегративна якість особистості, що включає сукупність знань, умінь і навичок виконання різних видів інформаційної діяльності (збору, аналізу, перетворення, зберігання, пошук й поширення інформації), а її формування у процесі навчання... є „складний багатофункціональний інтегрований процес, спрямований на усвідомлення студентами... мотивів, потреб інформаційної діяльності, поєднання теоретичної та практичної складових професійної підготовки, введення в зміст навчання... дисциплін інформаційної складової, що забезпечить збереження, обробку, передачу та відображення необхідної інформації“ [174, с. 191].

Провівши аналогію, нами встановлено, що компоненти такого підходу у визначенні інформаційної компетентності повною мірою відповідають вимогам щодо обґрунтування інформативної діяльності медичної сестри сімейної медицини,

покликаної максимально зібрати інформацію про пацієнта та його оточення, виявити чинники ризику захворювання, спонукати пацієнта до співпраці, переробити та передати інформацію про пацієнта лікареві, мати необхідну здатність для поширення необхідної медичної інформації серед населення дільниці, використовуючи при цьому сучасні інформаційні та телекомунікаційні технології, що забезпечить розвиток інформатизації охорони здоров'я, регламентованого Законами України „Про концепцію Національної програми інформатизації“, Про Національну програму інформатизації“, „Про інформацію“, наказу МОЗ України № 675 від 25.11.2008 р. „Про затвердження галузевої програми „Електронна система реєстрації та обміну медичною інформацією між закладами, установами та організаціями системи охорони здоров'я“ тощо [223].

Для підвищення ефективності роботи закладів сімейної медицини стрімко впроваджуються інформаційні технології. На базі стандартних програм створюються програми з базою даних про населення сімейної лікарської дільниці, протоколи надання допомоги, результати лабораторних обстежень, диспансерна та інші систематизовані групи. Такі програми вивільняють час від заповнення різних журналів обліку необхідної інформації як лікаря, так і медичної сестри. Для роботи з програмами медичні працівники повинні оволодіти персональним комп'ютером та основними та спеціальними суто медичними програмами, а для цього потрібно оволодіти спочатку інформаційною компетентністю [227].

Поряд з тим, інформативна компетентність неможлива без взаємодії всіх учасників лікувального процесу, де чітко розгалужені функції та завдання кожного із них. Одна і та ж інформація про пацієнта носить своє призначення та має своє спрямування і зосереджена або на хворобі (медична) або на пацієнтові (медсестринська).

За наказом МОЗ України № 585 від 11.11.2005 р. Про затвердження „Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр.“ особливості підготовки медичних сестер та їх основні акценти базуються на основі медсестринської моделі підготовки медичної сестри [148, с. 4-11].

Медична модель, в основному, зосереджена на причини захворювання, ознаках і симптомах, лікуванні пацієнтів, тоді як медсестринська діяльність спрямована на надання медсестринської допомоги і догляду, здійсненні медсестринського процесу, оцінці загального стану пацієнта, плануванні сестринських втручань, проведенні сестринських втручань, оцінці результатів проведених втручань.

Медсестра здатна відігравати самостійну роль в наданні медичної допомоги, плануванні і здійсненні догляду за пацієнтом на основі наукових знань і особистих спостережень [152, 210]. Медична сестра повинна оцінити стан пацієнта, його самопочуття, допомогти його здоров'я або попередити захворювання. Медична сестра повинна бути готовою до цілісного (холістичного) підходу до людини [153], враховуючи задоволення *фізичного здоров'я*, яке включає спадковість, сон і відпочинок, цілісність тіла; *емоційного здоров'я* (наявність афекту, регуляція настрою); *духовного здоров'я* (світогляд, самореалізація, ставлення до релігії та свобода віросповідання); *соціального здоров'я* (побудова взаємовідносин, тісні родинні зв'язки, можливість дотримання культурних традицій, сексуальність, безпечне оточуюче середовище); *інтелектуального здоров'я* (пам'ять, освіта, здібності до пізнання, адекватне сприйняття). Тільки забезпечуючи задоволення потреб людини можна досягнути балансу її фізичної і духовної сфер її життєдіяльності.

Етичний кодекс Міжнародної Ради сестер визначає чотири основних обов'язки, що покладено на медичну сестру: зберігати здоров'я, попереджувати захворювання, відновлювати здоров'я і полегшувати страждання. Потреба в діяльності медичної сестри універсальна. Сестринська справа передбачає повагу до життя, гідності і прав людини. Вона не має обмежень за національним і расовим ознакам, за віросповіданням, кольором шкіри, волосся, політичним переконанням чи соціальним статусом [153].

З розвитком медсестринства змінюється роль медсестри, розширюється коло її повноважень, а діяльність передбачає автономність в оцінці стану здоров'я пацієнта та прийнятті самостійних рішень при виконанні незалежних медсестринських втручань [209, с. 142].

Медсестринський догляд – робота, яку виконує медична сестра у відповідно до її функціональних обов'язків. Ці функціональні обов'язки можна охарактеризувати як підтримка і укріплення стану здоров'я, догляд за хворими і надання реабілітаційної допомоги [153]. Медичній сестрі потрібно завжди пам'ятати про те, що в своїй діяльності вона повинна керуватись в першу чергу інтересами пацієнта, дотримуватись його автономності, так як саме їй відводиться основна роль у вирішенні фізіологічних, соціальних, психологічних і духовних потреб пацієнта.

Вищі медичні навчальні заклади готують випускників як соціальних особистостей, здатних вирішувати певні проблеми і завдання діяльності за умови оволодіння системою умінь та компетенцій. Медична сестра повинна володіти *соціально-особистими, загальнонауковими, інструментальними, загально-професійними та спеціалізовано-професійними компетенціями*. Саме вони забезпечать вирішення проблем і завдань соціальної діяльності, інструментальних і загальнонаукових завдань та умінь. В загальні вимоги до властивостей і якостей майбутньої медичної сестри як соціальної особистості входить перелік компетенцій щодо вирішення певних проблем і завдань соціальної діяльності, інструментальних і загальнонаукових завдань та системи умінь, що забезпечують наявність цих компетенцій.

Так, *соціально-особистісній компетенції* відповідає підтримка необхідного для професійної діяльності інтелектуального рівня, що забезпечує вміння збагачувати свій інтелект шляхом самоосвіти та самоаналізу; володіння креативним та системним мисленням; толерантне ставлення до протилежних думок; вміння брати участь у дискусіях та виборі оптимальних рішень, тим самим збагачуючи інтелектуальний рівень особистості, колективу, суспільства, спираючись на знання історичного матеріалу з української та світової культури; знання критеріїв оцінювання результатів діяльності допоможе взаємоузгоджувати особисті, колективні та суспільні інтереси, виховуватиме прагнення до отримання найвищих показників якості результатів у професійній діяльності; володіння властивостями комунікабельності й адаптивності; розуміння та сприйняття етичних норм ділового спілкування та доцільна критичності та самокритичності; усвідомлення сутності

загальнолюдських проблем з питань збереження природних ресурсів та питань екології та необхідності розуміння та дотримання норм здорового способу життя; вміння передбачати кінцевий результат та наполегливо досягати мети можливе через виховання завзятості у досягненні найкращих результатів праці, спираючись на особистий інтелектуальний рівень, враховуючи тенденції соціального та економічного розвитку держави.

В основі *загальнонаукових компетенцій* медичної сестри лежать базові уявлення про основи філософії, що сприяють розвитку загальної культури й соціалізації особистості, схильності до етичних цінностей; неупереджено, науково, логічно аналізувати ситуації та соціальні процеси в суспільстві та оцінювати явища суспільного життя і роль особистості в історичному розвитку медична сестра зможе, опираючись на філософські погляди, аргументовано відстоювати власні погляди на ту чи іншу проблему, толерантно ставитися до протилежних думок під час вирішення професійних завдань; базові знання соціології та медичної соціології, історії медицини та медсестринства, розуміння причинно-наслідкових зв'язків розвитку суспільства й уміння їх використовувати в професійній та соціальній діяльності, можливо забезпечити, використовуючи отримані знання, оцінювати події в усіх аспектах соціального процесу в державі, щоб забезпечити комфортну ділову атмосферу та досягнення високих результатів праці; орієнтуватися в завданні соціології здоров'я на сучасному етапі розвитку українського суспільства; розглядати суспільні явища в конкретних історичних умовах і розвитку; вирішувати практичні професійні завдання в сучасних умовах державотворення, процесі формування ринкової економіки і відповідних соціально-політичних відносин в Україні; об'єктивно і критично оцінювати життєвоважливу соціальну інформацію.

Професійні компетенції складаються із загальнопрофесійних та спецізовано-професійних. Загальнопрофесійні компетенції передбачають базові уявлення про різноманітність об'єктів предмета діяльності, становлення та формування сфери медичних послуг та медичної допомоги, інституційні засади розвитку сфери медицини / медсестринства; володіння методами спостереження, опису, ідентифікації, класифікації об'єктів предмета діяльності; застосування основних

методів аналізу й оцінювання стану об'єктів предмета діяльності, узагальнення результатів аналізу й оцінювання, застосування сучасних методів роботи з об'єктами предмета діяльності у виробничих умовах; базові уявлення про основні закономірності й сучасні досягнення в основах теорії та методології організації медичної допомоги та медичних послуг; базові уявлення про основні види контролю під час надання медичних послуг та медичної допомоги; застосування на практиці принципів медсестринської етики та деонтології, розуміння соціальних наслідків своєї професійної діяльності, планування й реалізація відповідних заходів; знання основ правознавства і законодавства України в галузі охорони здоров'я; виконання робіт відповідно до вимог безпеки життєдіяльності й охорони праці; проведення аналізу та узагальнення результатів діяльності; комунікативні навички роботи в складі медико-санітарної бригади з метою отримання найкращих результатів; базові уявлення про напрями забезпечення ефективного розвитку галузі; розуміння шляхів розвитку медсестринства; сучасні уявлення про особливості та проблеми розвитку закладів охорони здоров'я.

Під час надання медичних послуг та медичної допомоги *спеціалізовано-професійні* компетенції реалізуються через використання стандартів та нормативних документів для практичного виконання робіт зазначеного профілю: використання теоретичних знань і практичних навичок з медсестринства у внутрішній медицині, медсестринства в хірургії, онкології, анестезіології та реаніматології, медсестринства в педіатрії, медсестринства в акушерстві та гінекології, медсестринства в разі виникнення інфекційних хвороб, медсестринства офтальмології, медсестринства в отоларингології, медсестринства в неврології, психіатрії та наркології, громадського здоров'я та громадського медсестринства з метою формування, збереження та поліпшення здоров'я членів громади; теоретичних знань і практичних навичок з медичної та соціальної реабілітації з метою відновлення здоров'я населення, теоретичних знань і практичних навичок під час виникнення надзвичайних ситуацій (техногенних та природних катастроф); застосування теоретичних знань і практичних умінь щодо підбору та використання обладнання, устаткування та матеріалів для виконання робіт; використання

теоретичних знань і практичних умінь з дисциплін *професійної та практичної підготовки* в умовах професійної діяльності; практичне використання комп'ютерних технологій у галузі професійної діяльності; використання знань з гуманітарних, соціально-економічних та природничо-наукових дисциплін під час вирішення практичних завдань щодо надання медичних послуг та медичної допомоги; застосування знань щодо забезпечення виконання стандартів медсестринських маніпуляцій, процедур та планів догляду використовуючи знання, забезпечувати вдосконалення стандартів медсестринських маніпуляцій, процедур та планів догляду.

Реалізуючи *спеціалізовано-професійні* компетенції в практичній діяльності, медична сестра сімейної медицини повинна знайти місце й для реалізації *професійно-педагогічної компетентності*, без якої неможливо в повній мірі забезпечити виконання покладених на неї функцій і завдань при виконанні призначень лікаря, наданні медсестринської допомоги та здійсненні догляду за пацієнтом.

Під терміном *професійна компетентність медичної сестри* ми розуміємо професійну здатність спеціаліста оперувати своїми знаннями, уміннями, навичками, спроможність на практиці уміло орієнтуватися в стані здоров'я людини, пошуку чинників впливу на пацієнта в середовищі, що його оточує, адекватно оцінювати проблеми та своєчасно і кардинально вирішувати і задовольняти потреби пацієнта та його родини, що пов'язані з порушенням стану його здоров'я для адаптації в умовах, що виникли, діяти в умовах змін відповідно до ситуації та педагогічну здатність вибудовувати взаємини з пацієнтом та його родиною, визначати особистісні якості пацієнта та готовність його до одужання шляхом тісної співпраці з медпрацівниками, спроможність впливати на пацієнта, підвищуючи його мотивацію до життя, вселяти віру в одужання, навчати елементам само- та взаємодогляду та життя в умовах хвороби.

Таким чином, діяльність медичної сестри передбачає як здійснення практичної медсестринської маніпуляційної діяльності, так і навчання пацієнтів, тому для нас є важливим дослідження професійної компетентності медичної сестри як наставника,

що повною мірою забезпечить формування професійно-педагогічної компетентності та сприятиме успішному впровадженню її в практичній медсестринській діяльності

При підготовці майбутніх медичних сестер загальної практики сімейної медицини доцільно виокремити, на нашу думку, такі показники як здатність до активної участі та співпраці; уміння розв'язувати проблеми у різних життєвих ситуаціях; наявність професійної мобільності у різних соціальних умовах; стійкість комунікативних навичок та вмій; знання та навички соціальних та громадських цінностей; сформованість навичок взаєморозуміння; уміння визначати соціальні ролі у суспільстві та інші.

Діяльність медичної сестри загальної практики сімейної медицини базується на взаємодії з колегами, пацієнтами, родичами пацієнтів. Переважну більшість робочого часу медичної сестри іде на комунікацію (отримання, передачу та обмін інформацією в межах своїх професійних обов'язків, заспокоєння пацієнтів, переконання в необхідності досліджень чи виконання лікарських призначень, навчання елементарам само- та взаємодогляду) і лише незначний відсоток – на технічне виконання маніпуляцій. Медичні сестри надають медичну допомогу особам, сім'ям і суспільству, координує свою діяльність із діяльністю інших суспільних груп. Медична сестра, як педагог, повинна навчати, мотивувати, заохочувати до співпраці, до спілкування, до вирішення проблем, до обговорення результатів пацієнта і його родину [211]. Для встановлення контакту та визначення і вирішення основних проблем пацієнта важливо отримати потрібну інформацію, встановити проблеми та скоординувати необхідні дії. Вміння активно слухати, віддавати перевагу іншим у процесі спілкування, дослуховуватись до слів того, хто говорить, за допомогою вербальних і невербальних засобів спілкування вловити психологічний і семантичний підтексти, інтуїтивно відчувати, що людина не може або не хоче вимовити – важлива навичка для формування комунікативної компетенції [154].

За допомогою основних функцій спілкування, медична сестра сімейної медицини зможе завжди встановити контакт з пацієнтами та їх родинами; обмінятись інформацією та повідомленнями; проявляти самій та стимулювати

пацієнта до емоційного сприйняття; активності партнера по спілкуванню; координувати діяльність, застосовуючи основні функції спілкування; встановлювати взаємини на умовах розуміння; акумулювати негативні та стимулювати позитивні емоційні прояви, переживання; впливати на пацієнта методом переконання та спонукання до прийняття рішень з метою задоволення потреб та вирішення його проблем.

Активне слухання (за І. Атватером) включає такі складові: стійкість уваги або мінімізованого відволікання, спрямованості уваги, візуального контакту, позитивної мови поз та жестів; нереклексивне слухання, яке визначається як уміння мовчати, не втручатись у розмови із своїми зауваженнями; рефлексорне слухання – манери слухати, яка охоплює: уточнення, перефразування, вираження почуттів, резюмування; основні налаштування – схвалення, само схвалення, емпатії; мова невербального спілкування – міміка, погляд і візуальні контакти (зміна висоти голосу, інтонації, поз і жестів), мова особистісного простору; пам'ять, зокрема зосередження, короткочасна пам'ять, довготривала пам'ять [155].

Медична сестра в галузі сімейної медицини повинна самостійно навчатися упродовж всієї професійної діяльності, що перетворить її на професійну, самодостатню творчу особистість [161].

Таким чином, професійна компетентність медичної сестри в галузі сімейної медицини це не тільки техніка виконання будь-якої технічної діяльності, а й побудова взаємин, вивчення об'єкту діяльності, визначення мети, мотивації, змісту, пошук шляхів до отримання бажаного результату, тобто професійно-педагогічна компетентність, яка разом з фаховою компетентністю і складають професійну компетентність. Професійно-педагогічна компетентність передбачає знання з педагогіки, психології, що дасть можливість вивчення об'єкта діяльності і впливу на нього, розуміння сутності таких процесів як виховання, навчання, розвиток людини тощо.

Професійно-педагогічну компетентність медичної сестри в галузі сімейної медицини розглядаємо як володіння знаннями, уміннями і навичками доступно передати свої знання населенню, визначати потребу й рівень знань пацієнта і його

родини стосовно елементів само- і взаємодогляду, рівень їх домагань, складати план навчання та, використавши всі механізми навчальної взаємодії, навчати пацієнта теоретично та відпрацювати практично всі елементи догляду, які допоможуть передбачати, запобігати, уникати потенційних проблем пацієнта та забезпечать комфортний стан у зв'язку із здоров'ям та хворобою, оволодіння комунікативною взаємодією для санітарно-освітньої роботи серед населення тощо.

Професійно-педагогічна компетентність поєднує в собі інтелектуальну, практичну, психологічну, етичну, комунікативну складові освіченості, володіння суміжними знаннями та вміннями, високий рівень професійно-педагогічної мобільності тощо, які в сукупності складають професійну культуру діяльності.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

У розділі представлено результати історико-ретроспективного огляду становлення системи підготовки медичних сестер в Україні та світі; зіставлено основні теоретичні моделі медсестринства; проаналізовано сутність професійної компетентності медичних сестер; визначено сутність та структуру професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини.

На основі проведеного порівняльного аналізу розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини в світовій практиці та в Україні вивчено нормативні документи, які регламентують поетапний план переходу країни до організації первинної медико-санітарної допомоги на визначених засадах. З'ясовано, що з розвитком медсестринства змінюється роль медсестри, розширюється коло її повноважень; діяльність передбачає автономність в оцінці стану здоров'я пацієнта та прийнятті самостійних рішень при виконанні професійних обов'язків. Виявлено недостатність кадрів молодшого медичного персоналу з медичною освітою для роботи в сімейній медицині закладів охорони здоров'я України.

Проаналізовано та зіставлено основні теорії та моделі медсестринства: теорія збереження (М. Левайн), модель самопомоги (Д. Орем), поведінкова модель (Д. Джонсон), адаптаційна модель (К. Рой), теорія турботи (Д. Ватсон), профілактична модель (Б. Ньюмен), удосконалена модель здоров'я (М. Аллен) та ін.

Доведено, що найпоширенішою є модель Вірджинії Хендерсон, взята ВООЗ за основу медсестринської підготовки.

У результаті здійсненого аналізу базових понять дослідження, зокрема, „компетенція“, „компетентність“, „професійна компетентність“, „професійно-педагогічна компетентність медичних сестер“, визначено сутність та структуру поняття „професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини“, що є складовою їх професійної компетентності.

Професійна компетентність майбутніх медичних сестер сімейної медицини тлумачиться як інтегративно-змістова, комплексно-структурована характеристика, яка поєднує сукупність знань, умінь, навичок, цінностей, переконань, настанов та особистісних характеристик фахівця, керуючись якими він визначає цілі професійної діяльності і здатний виконувати обов'язки відповідно до освітньої кваліфікаційної характеристики. Професійна компетентність охоплює як фахову, так і професійно-педагогічну складові. Фахова компетентність медичних сестер передбачає спроможність виконувати специфічні професійні завдання обстеження, діагностики, маніпуляційної техніки, призначень лікаря, спостереження і догляд за хворими, що забезпечує результативність медсестринського процесу.

Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер в галузі сімейної медицини розглядається як володіння знаннями, уміннями і навичками здійснювати просвітницьку діяльність серед населення, визначати потребу й рівень знань пацієнта і його родини, рівень їх домагань та складання плану інформування щодо елементів само- і взаємодогляду, та, використавши всі механізми навчальної взаємодії, забезпечити теоретичну підготовку та практичне впровадження елементів догляду. Це допоможе передбачати, запобігати, уникати потенційних проблем пацієнта та забезпечить його відносно комфортний стан, попередить ускладнення, викликані захворюваннями. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини є компонентами їх професійної компетентності і поєднує в собі інтелектуальну, практичну, психологічну, морально-етичну, етико-деонтологічну, комунікативну складові, що передбачає володіння суміжними знаннями та вміннями, високий рівень професійно-педагогічної мобільності.

РОЗДІЛ II

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

2.1. Науковий аналіз процесу підготовки медичних сестер сімейної медицини в системі фахової медичної освіти

Згідно Закону про охорону здоров'я медичні працівники зобов'язані: «сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, подавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу; безплатно надавати першу невідкладну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях; поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, в тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя; дотримувати вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю; постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності; подавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я» [57], а, відтак, повинні мати відповідну кваліфікацію, яку можна здобути в процесі фахової професійної та неперервної медичної освіти.

Відповідно до вимог Болонської декларації формується нова філософія освітньої діяльності та організації навчального процесу, що визначає новий тип відносин викладача і студента, які базуються на новітніх технологіях, з метою забезпечення опанування знань та впровадження їх у практичну діяльність майбутнього спеціаліста медсестринської галузі. Діяльність вищих медичних навчальних закладів регламентується законодавчими та нормативними актами.

Для надання висококваліфікованих медичних послуг в умовах підвищення стандартів якості життя та інтеграції в Європейський освітній та науковий простір, потребують кардинальних змін та нових підходів і напрямків підготовки медичних сестер загальної практики сімейної медицини на засадах високого професіоналізму, різнопланової компетентності, застосування на практиці знань, умінь і навичок з метою ефективного виконання медсестринських функцій та завдань. Формувати різносторонні компетенції та прищеплювати їх майбутнім спеціалістам

медсестринства покликані вищі медичні навчальні заклади під час фахової підготовки медичних сестер, а також у процесі неперервної медичної освіти [92].

Концепція освітньої діяльності вищих медичних навчальних закладів ґрунтується на концептуальних засадах Національної Доктрини розвитку освіти і науки [80], Закону України „Про освіту“ [81], Закону України „Про вищу освіту“ [82], інших чинних законодавчих актів, які регламентують діяльність вищих навчальних закладів, включаючи організацію навчального процесу на медсестринських відділеннях. Крім того, галузеві стандарти базуються на Міжнародній стандартній класифікації освіти (ISCED – 97: International Standard Classification of Education/UNESCO Paris), структурі кваліфікацій для Європейського простору вищої освіти (The framework of qualifications for the European Higher Education Area), структурі ключових компетентностей, які розглядаються як необхідні для всіх у суспільстві, заснованому на знаннях (Key Competences for Lifelong learning: A European Reference Framework – IMPLEMENTATION OF „EDUCATION AND TRAINING 2010“, Work program, Working Group B „Key Competences“), Постанові Кабінету Міністрів України від 20.06.2007 р. № 839 „Про затвердження переліку спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за освітньо-кваліфікаційним рівнем молодшого спеціаліста“ [257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266].

Перелік спеціальностей та кваліфікацій під час фахової підготовки відповідає Національному класифікатору України: „Класифікації видів економічної діяльності“ ДК 009:2010, Національному класифікатору України: „Класифікатор професій“ ДК 003:2005, Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників, комплексу нормативних документів для розроблення складових системи стандартів вищої освіти. Додаток 1 до наказу Міністерства освіти України від 31.07.1998 р. № 285 зі змінами та доповненнями, що введені розпорядженням Міністерства освіти і науки України від 05.03.2001 р. № 28-р., змістовій частині галузевих стандартів вищої освіти підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційних рівнів молодшого спеціаліста та бакалавра щодо гуманітарної, соціально-економічної та екологічної освіти з безпеки життєдіяльності людини й охорони праці // Інструктивний лист МОН

України від 19.06.2002 р. № 1/9-307.

На основі державних галузевих стандартів вищої освіти України фахівець повинен бути здатний виконувати зазначену професійну роботу: сестра медична і може займати первинні посади за Національним класифікатором України: “Класифікатор професій” ДК 003:2005: 3231 сестра медична. Галузевий стандарт вищої освіти України є обов'язковим для вищих навчальних закладів, що готують фахівців цього профілю.

Цим стандартом передбачено види типових завдань діяльності: професійна, соціально-виробнича, соціально-побутова; класи завдань діяльності: стереотипна, діагностична, евристична; види уміння: предметно-практичне, предметно-розумове, знаково-практичне, знаково-розумове; рівні сформованості уміння: здатність виконувати дію, спираючись на матеріальні носії інформації щодо неї, здатність виконувати дію, спираючись на постійний розумовий контроль без допомоги матеріальних носіїв інформації, здатність виконувати дію автоматично, на рівні навички; компетенції: соціально-особисті, загальнонаукові, інструментальні, загальнопрофесійні, спеціалізовано-професійні.

Загальні вимоги до властивостей і якостей випускників вищого медичного навчального закладу як соціальних особистостей забезпечуються володінням компетенцій щодо вирішення певних проблем і завдань соціальної діяльності, інструментальних і загальнонаукових завдань та системи умінь, що забезпечують наявність цих компетенцій. Вищі навчальні заклади готують випускників як соціальних особистостей, здатних вирішувати певні проблеми і завдання діяльності за умови оволодіння системою умінь та компетенцій.

Професійне призначення і умови використання випускників вищих навчальних закладів зі спеціальності 5.12010102 „Сестринська справа“, галузі знань 1201 „Медицина“, освітньо-кваліфікаційного рівня молодшого спеціаліста у вигляді переліку первинних посад, виробничих функцій та типових завдань діяльності відповідно галузевого стандарту [269].

Освітні та кваліфікаційні вимоги до випускників вищих навчальних закладів у вигляді переліку здатностей та умінь вирішувати завдання діяльності, вимоги до

атестації якості освіти та професійної підготовки випускників вищих навчальних закладів потребує відповідальності за якість освітньої та професійної підготовки [269].

Вступають на навчання у вищі навчальні медичні заклади випускники загальноосвітніх шкіл, що отримали базову та повну загальну середню освіту. Навчальні плани підготовки молодших медичних спеціалістів відрізняються тим, що студенти з повною загальною освітою отримують професійну підготовку впродовж трьох років, тоді як студенти, що мають базову загальну освіту, паралельно з професійною підготовкою, здобувають повну загальну середню освіту, що подовжує їх навчання ще на рік.

Тривалість навчання визначається навчальним планом, освітньо-навчальними програмами, робочими навчальними планами викладачів. Кількість освітньо-навчальних програм у вищому медичному навчальному закладі повинно відповідати кількості навчальних дисциплін. Навчальні плани повинні бути спрямовані на всебічний розвиток студентів, забезпечення потреби суспільства у вихованні та підготовці спеціалістів медсестринської галузі [270].

Нами проаналізовано навчальні плани дисципліни „Медсестринство в сімейній медицині“ для студентів ВМНЗ I-III рівня акредитації напряму 1201 „Медицина“ спеціальності 6.120101 „Сестринська справа“ кваліфікації „Медична сестра“, „Медична сестра-бакалавр“ та „Сімейна медицина“ для студентів напряму 1101 спеціальності 8.110102 „Сестринська справа“ кваліфікації 2230.1 „Науковий співробітник (сестринська справа, акушерство)“.

Навчальними планами підготовки медичних сестер, що отримали повну загальну середню освіту, передбачено *цикл гуманітарної та соціально-економічної підготовки*, що включає дисципліни: основи філософських знань, культурологію, фізичне виховання, українську та іноземну мови за професійним спрямуванням, основи правознавства, історію України, соціологію, основи економічної теорії; *цикл природничо-наукової підготовки* з дисциплінами: основи латинської мови з медичною термінологією, основи психології та міжособового спілкування, основи медичної інформатики, анатомія людини, фізіологія, патоморфологія і

патофізіологія, фармакологія та медична рецептура, медична хімія, мікробіологія, основи екології та профілактична медицина, безпека життєдіяльності, медична біологія, основи медичної фізики та медична апаратура, ріст і розвиток людини [270].

Цикли гуманітарної, соціально-економічної та природничо-наукової підготовки є забезпечуючими для наступного *циклу професійної та практичної підготовки*, що включає вивчення репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, історії медицини та медсестринства, основ медсестринства, медсестринства у внутрішній медицині, медсестринства в хірургії, педіатрії, акушерстві, гінекології, інфектології, офтальмології, оториноларингології, онкології, дерматології та венерології, сімейній медицині, геронтології, геріатрії та паліативній медицині, неврології, психіатрії та наркології, громадського здоров'я і громадського медсестринства, медсестринської етики і деонтології, медичної та соціальної реабілітації, анестезіології та реаніматології, військово-медичної підготовки та медицини надзвичайних ситуацій, основ охорони праці та охорони праці в галузі [270].

Підготовка медичних сестер, включає перелік абсолютно нових дисциплін в медсестринській освіті: теорія розвитку медицини і медсестринства, обстеження та визначення стану здоров'я пацієнта, медсестринство в сімейній медицині, медсестринська теорія, медсестринський процес, клінічне медсестринство, міжособове спілкування, менеджмент та лідерство в медсестринстві. І це не тільки нова назва предметів, а і новий зміст навчального плану, який формує медичну сестру нового покоління, здатну вирішувати існуючі і потенційні проблеми пацієнта та задовольняти його потреби [270].

Загальна кількість годин, передбачена названими циклами складає 3348 годин. Крім того, навчальним планом передбачено 2830 годин навчальної практики, яка включає в себе виробничу та переддипломну.

Випускникам базової загальної середньої освіти, що вступили на навчання, щоб здобути кваліфікацію медичної сестри, навчальним планом підготовки молодшого спеціаліста передбачено, окрім вивчення попередньо викладених дисциплін, ще дисципліни загальноосвітньої підготовки, з відповідно подовженим

терміном навчання, загальною тривалістю чотири роки.

Для формування професійно-педагогічної компетентності вищими медичними навчальними закладами впроваджуються новітні технології викладу матеріалу, засвоєння знань, активізації студентів. Високий теоретичний рівень знань, бездоганне опанування та володіння уміннями, навичками і доведення їх виконання до автоматизму в поєднанні з відповідністю медичної сестри психограмі та професіограмі і характеризує її професійно-педагогічну компетентність [150, с. 83-85].

Вищими медичними навчальними закладами розробляється та створюється навчально-методичне забезпечення підготовки фахівців зі спеціальності і в, першу чергу, комплекси методичного забезпечення всіх циклів, дидактичні матеріали, мультимедійні програми, електронні підручники, оснащення та обладнання кабінетів доклінічної та клінічної практики.

Покращити рівень підготовки можна за рахунок вдосконалення матеріально-технічної бази, методичного і кадрового забезпечення навчально-виховного процесу, удосконалення форм і методів навчальної роботи.

Відповідно до „Положення про організацію навчального процесу у ВНЗ“, затвердженого Міністерством освіти і науки України [84], навчальний процес здійснюється у таких формах: навчальні заняття, практична підготовка, самостійна робота студентів, науково-дослідницька робота.

Невід’ємною складовою професійної підготовки майбутніх спеціалістів є виробнича практика студентів. „Положенням про проведення практики студентів вищих навчальних закладів“ (наказ МОН України № 93 від 8.04.1993 р.) [85], наказ №690 від 7.12.2005 р. МОЗ України медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів I-III рівнів акредитації, регламентується організація та проведення навчальних, виробничих та переддипломних практик, відповідно до навчальних планів та інструкцій про проведення практики студентами.

Першими кроками в напрямку євроінтеграції у медичній освіті стало запровадження нового навчального плану підготовки медичних сестер на основі кредитно-модульної системи. Зменшивши педагогічне навантаження на викладачів

та студентів, запроваджено рейтинговий принцип оцінювання знань студентів. Велика роль при запровадженні кредитно-модульної системи надається самостійній роботі студента. Досвід зарубіжних вищих навчальних закладів показує, що студенти європейських ВНЗ повинні виконувати напружені індивідуальні завдання в ході самостійного опрацювання навчального матеріалу (підготовка рефератів, доповідей, есе, і виконання робіт розрахункового характеру, опрацювання публікацій з тих чи інших проблемних питань шляхом реферативних повідомлень), які підлягають перевірці і захисту під час індивідуально-консультативної роботи викладача зі студентом. В Україні теж переглядається практика організації самостійної роботи у навчальних закладах, в напрямку наповнення реальним змістом індивідуальної роботи викладача зі студентом.

Час не стоїть на місці і з його зміною, змінюються і підходи до навчання медичної сестри. Науковці, викладачі, навчальні частини закладів медсестринської освіти шукають нові форми доступного викладу та засвоєння теоретичного матеріалу та використання його для формування професійних умінь і навичок в процесі практичної підготовки. Використовуючи сучасні наукові підходи до розвитку медсестринства, як окремої науки, узагальнивши надбання науковців та свій досвід, систематизувавши, компонують у нові літературні, теоретичні, практичні та методичні джерела. Так, лише за останні п'ять років значно поповнився бібліотечний фонд сучасною медсестринською літературою, якою користуються медичні сестри як в процесі фахової, так і неперервної медичної освіти.

Знання гуманітарних та соціально-економічних дисциплін необхідні майбутній медсестрі для вивчення соціально-економічних факторів, що впливають на здоров'я; залучення професійних кадрів; підвищення якості соціальної та медичної допомоги у сфері профілактики захворювань; визначати функціональні обов'язки в коротко- та довгострокових перспективах [254], адже соціальні потреби в отриманні медичної допомоги та доступі до охорони здоров'я вимагають змін у медичній освіті [255].

Їх відображає певна система умінь, засвоєних та вироблених на основі знань з гуманітарних та соціально-економічних дисциплін.

Використовуючи отримані знання з історії медицини та медсестринства, аналізувати історичні події, співставляти розвиток та давати йому ґрунтовну оцінку.

Базові знання з основ права та законодавства в охороні здоров'я, що дадуть можливість обирати правомірну поведінку у своїй практичній діяльності [269] з метою попередження вчинків, що можуть призвести до громадянської, адміністративної чи кримінальної відповідальності. Спираючись на отримані знання, вміти відстоювати свою життєву позицію та громадські права, орієнтуватися у практичних правових ситуаціях; формувати і чітко розуміти свої громадянські права, свободи і обов'язки, відстоювати принципи громадянського суспільства і правової держави; орієнтуватись у проблемах поділу влади, формах державного правління; орієнтуватись у міжнародному політичному житті, мати уявлення про місце і статус України в сучасному світі.

Базові знання основ психології та міжособового спілкування та уміння їх використовувати в професійній і соціальній діяльності забезпечать спроможність формування медичної сестри як особистості, спілкуватися з пацієнтом та членами його родини, медичним персоналом, з метою стабілізації психологічного мікроклімату.

Базові знання в галузі інформатики й сучасних інформаційних технологій; навички використання програмних засобів та уміння створювати бази даних можливе через використання отриманих знань та умінь, аналізуючи можливості інформаційних систем, сучасних інформативних технологій, використовуючи комп'ютерні програми в процесі збагачення інтелектуального рівня особистості та з метою їхнього впровадження в професійну діяльність [269].

Базові знання фундаментальних наук, в обсязі, необхідному для освоєння загальнопрофесійних дисциплін, забезпечують можливість освоєння змістових модулів професійних дисциплін, допоможе бути спроможним засвоювати матеріал і володіти певною сукупністю умінь і навичок.

Знання державної мови, норм ділового спілкування, сприятимуть накопиченню знань та навичок збору інформації, різних аспектів професійної діяльності сприяє розвитку мовленнєвої компетентності.

Навички роботи в комп'ютерних мережах, використання Інтернет-ресурсів, допоможе набути навичок збирання інформації, вміння збагачувати свій інтелектуальний та професійний рівень, накопичувати обсяг можливих комунікативних зв'язків з різних аспектів професійної діяльності.

Знання, вміння та навички, засвоєні в межах дисципліни циклів гуманітарної, соціально-економічної, природничо-наукової підготовки, клінічних дисциплін, циклу професійної та практичної підготовки, сприяють формуванню відповідності кваліфікаційній характеристиці медичної сестри. Велике значення для корекції власної поведінки та діяльності медичної сестри за вимогами психограми, сприяють основи психології та міжособового спілкування, медсестринська етика та деонтологія.

Ефективність діяльності сімейної медсестри значною мірою залежить від її ґрунтовної професійної підготовки. Особи, зараховані на посаду сімейної медсестри, повинні пройти спеціалізацію з сімейної медицини.

Однак, слід врахувати, що і базові знання повинні бути на високому рівні. В сімейну медицину спеціалісти повинні приходити з розумінням специфіки роботи і цілеспрямованої готовності й зацікавленості до реалізації себе як особистості та спеціаліста в системі сімейної медицини. Діяльність сімейної медсестри є надзвичайно важливою як для окремої людини, її родини, так і для громади, населення загалом. З розширенням функціональних обов'язків, їх обсягу, значно підвищується і рівень відповідальності сімейної медсестри та виникає потреба постійного удосконалення професійної майстерності [228].

Структурований план навчальної дисципліни „Медсестринство в сімейній медицині“ для студентів ВМНЗ I-III рівня акредитації напряму 1201 „Медицина“ спеціальності 6.120101 „Сестринська справа“ кваліфікації „Медична сестра-бакалавр“ складається з 108 год., із яких, 12 год. лекцій, 52 год. практичних занять, 44 год. самостійної роботи студентів і має 2 національних кредити і 3 кредити ECTS.

Структурований план навчальної дисципліни „Сімейна медицина“ для студентів напряму 1101 спеціальності 8.110102 „Сестринська справа“ кваліфікації 2230.1 „Науковий співробітник (сестринська справа, акушерство)“ складається з

одного 6 модулів в кількості 324 год., із яких, 30 год. лекцій, 186 год. практичних занять, 108 год. самостійної роботи студентів і має 6 національних кредитів і 9 кредитів ECTS. В програмах викладені основні принципи сімейної медицини, організацію діяльності сімейного лікаря і сімейної медичної сестри; етіологію, клініку, діагностику і принципи лікування нозологічних форм, які найчастіше зустрічаються в практиці сімейного лікаря; покази для консультацій, спеціалістів при цих захворюваннях; покази до госпіталізації; особливості медсестринського процесу щодо дітей і підлітків; календар профілактичних щеплень, проти покази до щеплень у дорослих і дітей, ускладнення щеплень; основи дієтотерапії та дитячої дієтології; особливості медсестринського процесу щодо хронічних та вмираючих хворих; основи електрокардіографії. Передбачається, що по закінченню курсу дисципліни студент повинен вміти застосовувати медсестринський процес до кожного члена родини; спланувати догляд за пацієнтом при конкретному захворюванні; організувати планові щеплення; надавати невідкладну допомогу при різних невідкладних станах; проводити загальнолікарське обстеження хворих, включаючи огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию; вимірювати артеріальний тиск на руках і ногах; дати клінічну оцінку загальному аналізу крові, біохімічним показникам крові, загальному аналізу сечі; підготувати хворих до лабораторних, інструментальних і апаратних методів дослідження; організувати домашній стаціонар; застосувати найпростіші фізіотерапевтичні методи в домашніх умовах; застосувати ЕКГ; проводити профілактику захворювань на дільниці; організувати і проводити догляд за хронічними і вмираючими хворими, ВІЛ-інфікованими; проводити знеболюючу та симптоматичну терапію вмираючим хворим [121, 122].

Функції медичної сестри загальної практики – сімейної медицини мають свою специфіку і дещо відмінні від роботи медичної сестри стаціонару, адже її діяльність відповідальніша і самостійніша, де переважають незалежні медсестринські втручання. Знаючи основні принципи та засади сімейної медицини, володіючи основами методик оцінювання здорової, нездорової сім'ї або сім'ї з медичними ризиками, сімейна медична сестра повинна своєчасно повідомляти лікарю про взаємини в них, ставленні до здоров'я та життя, умови праці та проживання, часові

зміни у родині та проблеми, пов'язані з вагітністю, народженням, безробіттям, виходом на пенсію, старінням, самотністю тощо. Важливо враховувати різносторонні аспекти життя сім'ї (соціальні, економічні, релігійні, культурні, поведінкові та ін.). Ось чому так потрібне бездоганне оволодіння знаннями основ організації охорони здоров'я, медичної психології, етики і деонтології, медичної педагогіки, медичної інформатики, загальної гігієни, фахових знань клінічного медсестринства та маніпуляційної техніки в потрібному обсязі, питання диспансеризації, санітарно-освітньої та профілактичної роботи [26].

Медична сестра сімейної медицини допомагає пацієнту та його родині долати всі труднощі та перешкоди на шляху до одужання, залучаючи до цього процесу всю родину, формуючи їх ставлення до власного здоров'я. Вона повинна вчасно надати невідкладну допомогу, організувати відповідно до потреб догляд за пацієнтом, спрогнозувати можливі потенційні проблеми та своєчасно попередити їх появу, проводити санітарно-освітню роботу, допомагати сімейному лікареві під час амбулаторного прийому та асистувати при лікарських втручаннях, оформляти належним чином документацію, вести облік, широко та постійно пропагувати здоровий спосіб життя серед населення. Працюючи на дільниці з різновіковими категоріями населення, важливо володіти бездоганим теоретичним і практичним рівнем професійно-педагогічної підготовки, комунікативними здібностями, спрямовувати свою діяльність на зниження захворюваності, а відтак впроваджувати профілактичні заходи.

Усвідомлення суспільством, що здоров'я – є найбільшим надбанням людини, породжує сподівання на отримання якісної медичної допомоги, а , відтак, завдання, які ставить перед собою вища медсестринська школа, повинні бути реалістичними, конкретними, близькими до потреб населення, спрямованими на збереження і відновлення здоров'я та подовження тривалості життя кожного члена суспільства.

Медична сестра загальної практики сімейної медицини, згідно функціональних обов'язків і кваліфікаційної характеристики, працюючи в сім'ї, буде надавати допомогу різновіковим категоріям населення, тому так важливе засвоєння знань, практичних умінь і навичок по догляду за дорослим населенням, дітьми та людьми

похилого і старечого віку. Саме діти та люди похилого і старечого віку є самими незахищеними верствами населення, які потребують уваги держави, суспільства, родин, медсестринства. Засвоїти потрібні знання слід за допомогою педіатрії з курсом інфекційних хвороб та імунопрофілактики [89, 90] медсестринства в геронтології та геріатрії [87, 88, 91]. Якщо діти все ще в більшій мірі знаходяться під опікою родини або органів опіки, то складною, на наш погляд, є проблеми, пов'язані зі старістю, немічністю похилих людей, не здатних забезпечити свої фізіологічні, соціальні потреби, потреби в безпеці, самопомозі та допомозі оточуючих, самовиразі. Залишаючись наодинці із своїми проблемами, не маючи близьких та рідних, вони, як ніхто, потребують опіки, підтримки, догляду, доброго слова, що допоможе подолати самотність та всилить віру в життя. Головна роль медичного обслуговування цієї категорії населення лягає на дільничного терапевта та служби загальної практики – сімейної медицини [123, 124, 125, 126] та переорієнтації сучасних систем надання медичної допомоги населенню літнього віку на позалікарняні форми обслуговування [123, 127, 128, 129, 130].

Поліпшити якість надання медичної допомоги літнім людям можна лише за умови підвищення рівня знань і практичних навичок з лікування та реабілітації літніх хворих медичним персоналом первинної ланки охорони здоров'я (медичних сестер загальної практики – сімейної медицини, працівників ФАПів) шляхом розширення геріатричної післядипломної дисциплінарної підготовки з урахуванням сучасних європейських вимог [123].

Професія медичної сестри належить до системи „людина – людина“, тому вона повинна володіти *гностичними, проектувальними, дидактичними, конструктивними, комунікативними, організаторськими* вміннями.

Так, до прикладу до гностичних вмінь належить вміння зібрати максимальну інформацію, щоб виявити проблеми пацієнта, проаналізувати і встановити їх, узагальнити і поставити медсестринський діагноз, а при необхідності провести корекцію з метою досягнення бажаного ефекту.

Проектувальні вміння застосовуються на етапі планування медсестринських втручань: спільно з родиною спланувати медсестринські втручання для задоволення

потреб пацієнта. З цією метою медична сестра має переконати пацієнта та його сім'ю в доцільності та необхідності виконання призначень лікаря, пояснити суть маніпуляцій та запланованого догляду і взаємодогляду та отримати згоду на їх проведення.

Важливим у роботі медичної сестри сімейної медицини є дидактичні вміння, що сприятиме забезпеченню постійного піклування про хворого пацієнта, як члена родини та сприятиме швидшому вирішенню його проблем, вміти доступно передати свої знання, вміння і навички пацієнту та його родичам, що забезпечать навчання пацієнта та його родини елементам догляду і самодогляду.

Процес підготовки до маніпуляції чи процедури по догляду, їх виконання та підведення підсумків здійснюється у тісній співпраці з пацієнтом та його родиною. І тут важливою умовою досягнення бажаного результату є злагоджена співпраця на умовах довіри, впевненості в успіху процесу одужання. Велике значення має уміння медичної сестри сімейної медицини скористатися комунікативними вміннями, що передбачають використання вербальних та невербальних засобів впливу на пацієнта.

Медична сестра має потурбуватись про застосування пацієнтами знань, які вона передала йому, адже багато дослідників припускають, що навчання пацієнтів підвищує інформативність хворих, проте на практиці не завжди призводить до реалізації отриманих знань [94, 95]. Ось чому так важливо, щоб майбутня медична сестра, яка працюватиме в системі сімейної медицини, сама оволоділа професійно-педагогічною компетентністю у процесі фахової підготовки та неперервної медичної освіти.

Щоб досягти необхідного рівня сформованості професійної компетентності, медична сестра сімейної медицини має постійно вдосконалювати власні особистісні якості (організованість, зібраність, акуратність, наполегливість, відповідальність, вимогливість до себе, витривалість, стійкість своїх поглядів та переконань, колегіальність), а також можливість контролювати свої емоції та почуття.

У процесі навчання у медичних сестер важливо виховати позитивну мотивацію в досягненні мети, як рушійну силу діяльності. Усвідомлення студентом установок: „я хочу працювати“, „мені це потрібно і це потрібно не тільки мені“, „я досягну

досконалості“, „я можу працювати“, „я можу працювати ще краще“, „моя праця потрібна людям“, „від мене очікують допомоги“, „я зобов’язаний надати допомогу“, сприятиме формуванню необхідних компетентностей.

Вивчення міжнародного досвіду з питань розвитку медсестринства засвідчує, що раціональне використання сестринських кадрів сприяє значному покращанню якості, доступності та економічності надання медичної допомоги населенню, ефективному використанню ресурсів в охороні здоров’я, профілактиці захворювань [113]. Підписання Україною Болонської угоди покладає на вищі медичні заклади значні завдання по впровадженню основних засад Болонського процесу у вищу медичну школу.

Формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри передбачає використання новітніх, перспективних, специфічних засобів, форм, методів навчання та контролю знань у процесі фахової підготовки. Впроваджуючи медсестринський процес, оволодівши основами практичної діяльності, маніпуляційною технікою, знаннями, уміннями і навичками по спостереженню та догляду за пацієнтами, основами санології, медсестринської педагогіки, майбутня медична сестра зможе вирішувати існуючі і потенційні проблеми пацієнта, опираючись на етапи медсестринського процесу на всіх рівнях надання медико-санітарної допомоги, включаючи заклади загальної практики сімейної медицини. Кредитно-модульні стандарти враховують сучасні підходи щодо максимальної орієнтації на формування і контроль знань, умінь та навичок студентів, застосування їх під час вивчення медсестринства в клінічних дисциплінах, забезпечить міжпредметну інтеграцію [179].

Не дивлячись на економічну нестабільність, в країні вже розпочато підготовку медичних сестер, спроможних працювати по-новому, підняти на міжнародний рівень медсестринську справу.

Завдяки розвитку міжнародного співробітництва, в медсестринстві України швидко і перспективно нарастають позитивні тенденції, адже відбувається інтенсивний розвиток вищої медсестринської освіти, інтегруючи українську вищу школу в єдиний європейський освітній простір, а це, в свою чергу, змінює, адаптує і

покращує навчальний процес та виявляє великі потенційні можливості українських навчальних закладів медичної освіти, вимагаючи перегляду вітчизняних навчальних програм із метою адаптації до світових стандартів.

Розуміння суті, мети, змісту й предмету медсестринства, його основного базису, зв'язок теоретичних основ і практичної його реалізації, пошук нових шляхів і засобів власного вдосконалення, усвідомлення потреби узагальнювати свій власний досвід, аналізувати і співставляти його з досвідом інших медичних сестер не тільки України, але і інших країн, сприятиме творчості, постійній різносторонній обізнаності, стимулюватиме до поповнення багажу знань на протязі життя, усвідомлення власної значущості у можливості внесення змін до теоретичної і практичної системи медсестринства в освітньому і професійному сенсі, забезпечує появу медичних сестер нової прогресивної формації, відповідальних за розвиток, обраної на все життя, галузі [116].

Базова частина спеціальних медсестринських знань повинна постійно розвиватися і оцінюватися шляхом проведення досліджень (Grippando (1986)) [117, 118]. Опираючись на систематичний дослідницький процес, медсестринство, як наука, повинно використовувати наукову базу всіх дисциплін, адже дослідження представляють собою системний метод відкриттів, описань, тлумачень, виявлення феноменів, встановлення зв'язків, або їхнього впливу один на одного [1, 29, 41, 117, 118, 120]. Початком цього процесу для медичної сестри може стати використання міжпредметної (за допомогою забезпечуючих – гуманітарно-економічних та природничо-наукових дисциплін та забезпечуваних – клінічних дисциплін), а також внутрішньопредметної інтеграції, пов'язуючи вивчення та практичного застосування різних тем одного предмету, досягаючи розуміння його цілісності.

Перебуваючи в постійному оточенні пацієнтів з їх проблемами, проблемами їх родин, де реакція як тих, так і інших не завжди буває адекватною під впливом хвороби, бо поява хвороби – це завжди стрес, важливим і актуальним є збереження особистості медичної сестри, вмінні володіти своїми емоціями, докладати вольових зусиль, щоб тримати ситуацію під контролем, координувати її й

направляти в правильне русло, яке б забезпечило спокійну обстановку навколо пацієнта, сприяло формування в нього віри в одужання, що забезпечить успіх у лікуванні хворого пацієнта.

Вміння розпочати розмову, всім своїм „я“ показати своє бажання допомогти йому, навчити елементам само- та взаємодогляду як в межах лікувального закладу, так і за його межами, потребує від медичної сестри знань психології, міжособового спілкування, медсестринської етики та деонтології, медсестринської педагогіки, що сприятиме розвитку її професійно-педагогічної компетентності.

Проаналізувавши організацію процесу підготовки медичних сестер сімейної медицини в системі фахової професійної освіти ставимо перед собою мету детально дослідити рівень підготовки майбутніх сімейних медсестер та виявити, як здійснюється формування їх професійно-педагогічної компетентності.

2.2. Змістова структура професійно-педагогічної компетентності медичної сестри загальної практики сімейної медицини

Для розкриття механізмів формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини, необхідно вивчення її змісту та структури.

Як було зазначено вище, під „професійною компетентністю медичної сестри“ ми розуміємо здатність спеціаліста оперувати своїми знаннями, вміннями, навичками, спроможність на практиці уміло орієнтуватися в стані здоров'я людини, пошуку чинників впливу на пацієнта в середовищі, що його оточує, адекватно оцінювати проблеми та своєчасно і кардинально вирішувати і задовольняти потреби пацієнта та його родини, що пов'язані з порушенням стану його здоров'я для адаптації в умовах, що виникли, діяти в умовах змін відповідно до ситуації.

Однак, діяльність медичної сестри передбачає не лише здійснення практичної медсестринської маніпуляційної діяльності, а й *навчання* пацієнтів, тому для нас є важливим дослідження професійної компетентності медичної сестри як наставника, здійснювати просвітницьку діяльність серед населення, визначати потребу й рівень знань пацієнта і його родини, рівень їх домагань та складання плану інформування щодо елементів само- і взаємодогляду, та, використавши всі механізми навчальної взаємодії, забезпечити теоретичну підготовку та практичне впровадження елементів

догляду, що повною мірою забезпечить формування професійно-педагогічної компетентності та сприятиме успішному впровадженню її в практичній медсестринській діяльності

Догляд, доглядання забезпечує всебічне обслуговування хворого, створення належних гігієнічних умов, що сприяє неускладненому перебігу хвороби, прискоренню одужання, полегшенню страждань та запобіганню ускладненням і своєчасному виявленню їх, а також виконання лікарських призначень, що можливе за умов сформованої професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини.

Професійно-педагогічну компетентність медичної сестри в галузі сімейної медицини розглядаємо як володіння знаннями, уміннями і навичками доступно передати свої знання населенню, визначити потребу й рівень знань пацієнта і його родини стосовно елементів само- і взаємодогляду, рівень їх домагань, скласти план навчання та, використавши всі механізми навчальної взаємодії, навчати пацієнта та його родину теоретично та відпрацювати практично всі елементи догляду, які допоможуть передбачити, запобігти, уникнути потенційних проблем пацієнта та забезпечать комфортний стан в зв'язку із здоров'ям та хворобою, оволодіння комунікативною взаємодією для санітарно-освітньої роботи серед населення тощо. Тобто, професійно-педагогічна компетентність є показником реального рівня оволодіння цими складовими.

Професійно-педагогічна компетентність поєднує в собі інтелектуальну, практичну, психологічну, етичну, комунікативну складові освіченості, володіння суміжними знаннями та вміннями, високий рівень професійно-педагогічної мобільності тощо, які в сукупності складають професійну культуру діяльності.

При підготовці майбутніх медичних сестер загальної практики сімейної медицини доцільно виокремити, на нашу думку, такі показники як здатність до активної участі та співпраці; уміння розв'язувати проблеми у різних життєвих ситуаціях; наявність професійної мобільності у різних соціальних умовах; стійкість комунікативних навичок та вмінь; знання та навички соціальних та громадських

цінностей; сформованість навичок взаєморозуміння; уміння визначати соціальні ролі у суспільстві та інші.

На основі здійсненого нами аналізу наукової літератури було виокремлено структуру професійно-педагогічної компетентності, що включає мотиваційно-аксіологічний, когнітивний, операційно-діяльнісний та особистісний компоненти.

Мотиваційно-аксіологічний компонент включає цінності, мотиви, інтереси та потреби. Орієнтиром у поведінці медичної сестри загальної практики сімейної медицини є ствердження пріоритету цінності людського життя, цінності здоров'я через її професійну спрямованість, що націлена на стійку, усвідомлену, гуманну професійну діяльність, яка реалізується наявністю мотивів, проявом інтересів і задоволенням потреб.

Мотиви – це внутрішні пориви до того чи іншого виду активності, пов'язані із задоволенням певної потреби; суб'єктивна причина (усвідомлена чи неусвідомлена) тієї чи іншої поведінки, дії людини; психічне явище, що безпосередньо спонукає людину до вибору того чи іншого способу дії та його здійснення [267, с. 463]. Система взаємопов'язаних і взаємопідпорядкованих мотивів діяльності особистості, що свідомо визначають лінію її поведінки, складають її мотивацію. Мотиви залежать від характеру етичної свідомості, ціннісної орієнтації, рівня загальної культури, здатності до критичного осмислення ситуації, вольових якостей людини [267, с. 463]. Зовнішні мотиви продиктовані розуміння необхідності надання допомоги хворим, престижності професії медичної сестри, можливості отримання винагороди за свою діяльність, гарними умовами роботи в теплому приміщенні. У процесі особистого становлення зовнішні мотиви можуть перейти у внутрішні, коли окрім задоволення від одержаного заохочення, настає задоволення від самого факту діяльності, його результату, коли на перший план виступає пацієнт, з його потребами та проблемами, розуміння яких спонукає медичну сестру віддавати всю себе без останку на відновлення здоров'я людини, усвідомлення власної значущості в одужанні пацієнта.

Інтерес – це спрямованість людини на певний об'єкт чи певну діяльність, зумовлена позитивним, зацікавленим ставленням до чогось, когось [144, с. 557; 268].

Прояв інтересу до професії у майбутньої медичної сестри формується зі шкільної парти під впливом вивчення шкільною програмою біології, основ здоров'я, анатомії людини, профорієнтаційної роботи школи та вищих медичних навчальних закладів, засобів масової інформації, а також власного досвіду під час своєї чи хвороби когось із близьких чи знайомих, спостереження за діяльністю медичних працівників, в тому числі когось з родини, через яких дитина отримує інформацію. Під час навчання у вищому медичному навчальному закладі у майбутньої медсестри на першому плані повинні формуватись інтереси хворого і суспільства, а вже потім особисті. Під час навчального процесу у майбутньої медсестри розвивається інтерес до певних предметів, клінічних дисциплін, що в майбутньому визначать її сферу діяльності (сімейна медицина, хірургія, акушерство, гінекологія, педіатрія, анестезіологія, внутрішня медицина, офтальмологія тощо).

Потреба – нужда в чомусь, яку об'єктивно і суб'єктивно відчуває людина і яка є джерелом активності, розвитку особистості, суспільства в цілому [267, с. 463]. Інтерес до професії зумовлює потребу власної реалізації, роботи над собою, пізнання чогось нового, вдосконалення знань, умінь і навичок з метою використання в практичній діяльності.

Для здійснення спостереження і догляду за пацієнтом, побудови взаємин, включаючи родину пацієнтів, медичних працівників, забезпечення практичної педагогічної діяльності медичній сестрі сімейної медицини потрібно оволодіти певними знаннями, що відображають *когнітивний компонент* професійно-педагогічної компетентності медичної сестри загальної практики сімейної медицини.

Медичній сестрі сімейної медицини важливо опанувати та вміти застосовувати базові знання з педагогіки (принципи, форми, методи і засоби навчальної діяльності) для забезпечення педагогічних основ навчання пацієнта і його родини питань само- та взаємодогляду, механізмів розвитку мотивації пацієнтів до навчання, спроможності сприймати інформацію пацієнтом залежно від зміни стану, що сприятиме його самостійності та впевненості, зникненню відчуття безпорадності під час хвороби; основ здорового способу життя і санології, що

забезпечить профілактику захворювань; психології, шляхом загальних психологічних знань, впливу хвороби на стан пацієнта, індивідуальні особливості зміни психіки пацієнта та сприйняття ним оточуючого середовища в умовах хвороби, особливості взаємин пацієнта і його родини до і під час появи хвороби.

Метою професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини є вивчення пацієнта, його оточення як об'єктів дослідження для виявлення ставлення їх до здоров'я, хвороби, аналізу їх способу життя для вибору в подальшому спільних шляхів пошуку до збереження або відновлення втраченого здоров'я. Професійно-педагогічну компетентність медичної сестри сімейної медицини мають забезпечити її знання з педагогіки, теорії і методики виховної роботи, що включають виховання, навчання, освіту, розвиток людини. У взаємозв'язку з медициною педагогіка розробляє систему засобів, що дають змогу досягти терапевтичного ефекту й полегшити процеси соціалізації, компенсувати наявні дефекти [144, с.19; 268]. Педагогіка співробітництва передбачає спільну діяльність медичної сестри і пацієнта та його оточення з метою особистісного розвитку пацієнта, де інтереси пацієнта, його родичів і медсестри спрямовані на прагнення пацієнта до одужання; особистісно зорієнтована педагогіка повинна наблизити зміст і методику навчально-виховного процесу до інтересів, нахилів, потреб і життєвих цілей пацієнта; педагогіка життєтворчості передбачає творчий підхід медичної сестри до організації навчально-пізнавальної діяльності пацієнта та спонукання пацієнта до творчості в пошуку до відновлення здоров'я, змінити ставлення до життя, усвідомлюючи, що одужання – наполегливий шлях до відновлення здоров'я; толерантна педагогіка спирається на терпимості до думок і вірувань пацієнта, приймати все те, що думає і відчуває пацієнт, схвалювати все, що пацієнт і його родичі роблять правильно.

На основі знання і умов застосування методів виховання, медична сестра повинна спрямувати свою діяльність на формування у пацієнта і його родини поглядів, переконань у власній відповідальності за своє здоров'я і здоров'я оточуючих; прищеплення навичок само- та взаємодогляду, усвідомлення впливу звичок поведінки на здоров'я людини. Вибір методу виховання залежить від вікових

особливостей особистості (дітей слід привчати, а дорослих переконувати); рівня розвитку, індивідуальних особливостей людини.

У процесі навчання встановлюється цілеспрямована взаємодія між сімейною медичною сестрою і пацієнтом, в результаті якої пацієнт набуває знань та формує вміння і навички, що стосуються його здоров'я та здоров'я оточуючих. Медична сестра сімейної медицини повинна володіти знаннями, уміннями і навичками психології, що допоможе забезпечити досягнення мети по вивченню психіки пацієнта, його ставлення до хвороби, здатність встановити контакт з пацієнтом та його родиною як об'єктів дослідження. Це дасть можливість вивчати об'єкт, діагностувати його.

Особливості темпераменту та характеру особистості прямо пропорційно впливають на індивідуальний стиль спілкування.

Сімейна медична сестра має користуватися знаннями про засоби інтерпретації в процесі міжособистісного розуміння: аналітичний, емоційний, перцептивно-асоціативний, соціально-асоціативний; вміти ідентифікувати, застосувати рефлексію та емпатію.

Необґрунтовані судження в спілкуванні можуть передувати конфлікту. Сімейна медична сестра повинна володіти знаннями про психологічні особливості управління конфліктом, основні типи поведінки при розв'язанні конфлікту.

Медична сестра, проводячи інтерв'ю, повинна використовувати знання про типи поведінкових реакцій пацієнтів: агресивність, впевненість у собі, невпевненість у собі, реакції поведінки пацієнтів у критичних ситуаціях.

Знання медичною сестрою типів пацієнтів забезпечить прогнозування їх поведінки та реакції на появу хвороби, життя в умовах хвороби, сприйняття методів лікування, догляду та профілактики. Знання психології пацієнта, зміни його поведінки, залежно від зміни стану здоров'я допоможуть встановити продуктивний контакт та довіру в пошуках шляхів до одужання. Усвідомлення необхідності медичною сестрою сімейної медицини нових підходів у вихованні ставлення пацієнта до свого здоров'я, інформування та навчання не вибірково час від часу, а упродовж його життя.

Знання етапів стандартної моделі медсестринського процесу – добре продуманого, системного, обґрунтованого і націленого на досягнення мети плану, який необхідно реалізувати відповідно до потреби хворого, а потім оцінити його – та переваг його впровадження в медсестринській педагогіці, сприятиме забезпеченню системного та індивідуального підходу до планування та забезпечення сестринського догляду та його проведення; в якому мають брати активну участь пацієнт і його сім'я, а за потреби – члени виробничого колективу, громадськість; формуватиметься можливість широкого використання стандартів професійної діяльності; ефективно використовуватимуться час і ресурси, спрямовані на задоволення основних потреб і розв'язання проблем пацієнта; що забезпечить гарантію якості надання допомоги, професіоналізм медичної сестри, безпеку і надійність медичного обслуговування [23].

Можливість оперативно знаходити рішення в запрограмованих та непередбачуваних педагогічних та клінічних ситуаціях як у навчально-виховному процесі, так і в практичній діяльності, забезпечує *операційно-діяльнісний компонент* професійно-педагогічної компетентності медичної сестри загальної практики сімейної медицини, який включає в себе відповідні професійні вміння.

Досліджуючи особливості професійно-педагогічної діяльності вчителя, Н.В. Кузьміна виділила функціональні компоненти професійної діяльності: *гностичний*, що передбачає знання як свого предмету діяльності, так і способів педагогічної комунікації, психологічних особливостей учнів, самопізнання; *проектувального*, який включає в себе уяву про перспективи навчання і виховання та способи їх досягнення; *конструктивний* – побудова конструкцій діяльності з урахуванням найближчої мети; *комунікативний* – досягнення дидактичної мети через зв'язок комунікації з ефективною педагогічною діяльністю; *організаторський* - побудований на системі умінь педагога організувати власну діяльність та активізувати учнів [193].

Оскільки предметом нашого дослідження є діяльність медичної сестри як наставника, педагога, слідуючи ідеям Н. В. Кузьміної, виділяємо як компоненти

професійної діяльності медичної сестри загальної практики – сімейної медицини гностичні, проектувальні, конструктивні, організаторські, комунікативні вміння.

Гностичні вміння, якими повинна володіти медична сестра загальної практики – сімейної медицини передбачають вміння аналізувати психолого-педагогічні літературні та інші інформативні джерела та застосовувати їх на практиці; вивчати та аналізувати сучасні медсестринські та психолого-педагогічні концепції, теорії і моделі сприйняття людських потреб, орієнтованих на людину, а не на хворобу; формувати провідні цілі процесу навчання та інформування населення у зв'язку із потребами суспільства, практичними та індивідуальними потребами здорових і хворих пацієнтів; аналіз знань, умінь і навичок пацієнта та його родини, які необхідні для само- та взаємодогляду; враховувати індивідуальні особливості зміни психіки пацієнта та сприйняття ним оточуючого середовища в умовах хвороби; враховувати особливості взаємин пацієнта і його родини до і під час появи хвороби; психологічно впливати на пацієнта за для покращення його стану; оцінити рівень інтелектуального розвитку пацієнтів до початку навчання і внести корективи в методику подачі інформації; спонукати пацієнтів до інтерпретації (пояснення) своїх вчинків у зв'язку із хворобою та зміни поведінки за для одужання; аналізувати педагогічні ситуації в продовж навчання пацієнта, шукати шляхи їх розв'язання та об'єктивно оцінювати отримані результати; можливість оперативно знаходити рішення в запрограмованих та непередбачуваних педагогічних ситуаціях у навчально-виховному процесі.

Проектувальні вміння забезпечать можливість проектувати форми та методи медсестринського дослідження пацієнта і визначення стану його здоров'я; встановлювати проблеми пацієнта та формулювати медсестринські діагнози; складати разом із пацієнтом і членами його родини план медсестринських втручань; проектувати власну діяльність за встановленою короткотерміною та довготерміною метою; переглядати план медсестринських втручань, установлених під час етапу планування з метою досягнення очікуваного результату; передбачення можливих труднощів, пов'язаних із конкретними сестринськими діями з метою своєчасного попередження; визначення і забезпечення необхідними

інформаційними ресурсами; встановити мету, мотиваційні пріоритети навчання пацієнта для максимального забезпечення його потреб в отриманні знань; моделювати зміст інформації з індивідуального навчання та способи її подання пацієнтам або членам його родини (розповідь, бесіда, диспут, лекція, приклад, мультимедійна презентація, демонстрація відеороликів, випуск санбюлетнів і брошур); моделювати методи виховання пацієнта, спрямовані на оволодіння знаннями, уміннями, навичками: методи привчання (практичні методи: тренування, доручення, гра, праця); моделювання додаткових методів, спрямованих на виховання дисциплінованості пацієнта для формування його поведінки в умовах хвороби з метою створення повноцінної життєдіяльності: методи заохочення, покарання як виховний стрижень усвідомлення залежності стану здоров'я від особистого ставлення до себе.

Конструктивні вміння медичної сестри сімейної медицини допоможуть встановити всі наявні або потенційні відхилення від комфортного гармонійного стану контингенту населення сімейної дільниці; реалізувати поставлені цілі, завдання, план для впровадження етапів медсестринського процесу; підібрати методи, форми та прийоми педагогічного впливу, взаємодії залежно від індивідуальних особливостей пацієнта, стимулювати його на самовдосконалення; передавати пацієнтам ініціативу у доборі змісту, форм, методів навчання та виховання; навчити пацієнтів виділяти головні напрямки у своїй життєдіяльності за для відновлення здоров'я.

Крім того, конструктивні вміння забезпечать об'єктивну оцінку сімейною медичною сестрою ефективності виконаного нею медсестринського процесу і сприятимуть конструктивному та професійному внесенню коректив в план навчання пацієнта та його родини.

Організаторські вміння сімейної медичної сестри, які вона застосує в практичній діяльності, сприятимуть оволодінню пацієнтом і його родиною навичками само- та взаємодогляду; організовувати умови для самоосвіти пацієнтів і їх родин сімейної дільниці, опираючись на план навчання елементарним само- та взаємодогляду організовувати умови для самоосвіти населення сімейної дільниці, з

питань обізнаності елементів здорового способу життя; підготовки обладнання, необхідного для певних видів навчальної діяльності; залучати родину пацієнта до активної участі в одужанні члена її сім'ї; допоможуть пацієнтам так організувати свою життєдіяльність, щоб вона забезпечувала збереження здоров'я, а у випадку хвороби, сприятимуть швидкому одужанню; спонукатимуть накопичення здоровим населенням та хворими пацієнтами корисних звичок, здорової поведінки, активності та відповідальності за власне здоров'я; вчитимуть населення сімейної дільниці способам організації рухової активності, загартовування, раціонального харчування, психічної саморегуляції, побудови міцних сімейних стосунків, активного довголіття, як основи формування здорового способу життя і профілактики захворювань.

Комунікативні вміння допомагають медичній сестрі сімейної медицини кваліфіковано встановлювати доцільні стосунки зі здоровим контингентом населення, пацієнтами та членами їх родини; визначати за допомогою комунікації, що найбільше обтяжує пацієнта в цей момент і спробувати в межах своєї компетенції скоригувати психоемоційні відхилення; спрямовувати та контролювати свої емоції, почуття та поведінку під час побудови стосунків та спілкування із пацієнтами та членами його родини; стимулювати пацієнтів до власного вдосконалення самодогляду, як компонента незалежності та необхідної умови в задоволенні потреб за для швидкого одужання; навчати пацієнтів самостійно формулювати проблеми і шукати шляхи їх вирішення, узгоджуючи з сімейною медичною сестрою; допомагати родичам пацієнтів усвідомити значущість їх фізичної, психологічної та комунікативної підтримки у пошуку шляхів до одужання члена їх сім'ї.

Міжособове спілкування, міжособистісні взаємини в медичному колективі повинні відповідати їх функціям, які будуть реалізовуватись через різновиди мовлення, види спілкування, засоби і форми спілкування, зворотний зв'язок при спілкуванні.

Мова медичної сестри повинна бути милозвучною, з правильним вимовлянням звуків і звукосполучень, наголошуванням в словах, чіткою, розбірливою, зрозумілою. Потрібно уникати порушень норм літературного

мовлення, ненормативної лексики, а темп усної мовної діяльності медсестра повинна регулювати індивідуально, залежно від сприйняття її пацієнтом.

Сімейна медична сестра повинна використовувати форми і методи, які сприяють розвитку комунікації як основи для побудови взаємовідносин: відчуття присутності, основні принципи вміння слухати, вміння сприймати, проявляти турботу, розкриватися самому, співпереживати, бути щирим, поважати іншу людину, „слухати“ та „чути“, ефективно володіти механізмами слухання та говоріння, дотримуватись правил культури висловлювання та самовираження.

Комунікабельність сімейної медичної сестри можлива через розвиток комунікативних схильностей (нахилів), вміння правильно говорити про хворобу, викладати факти так, щоб вони сприяли не погіршенню, а поліпшенню стану хворого, вміння першою розпочати розмову, розмовляти з хворими та відповідно поводитися біля ліжка стражденної людини, здатність легко підтримати бесіду на будь-яку тему, швидко підбирати необхідні слова, володіння великим словарним запасом, не допускати шкідливого впливу на хвору людину необережно сказаними словами або іншими діями в житті та при виконанні медсестринських обов'язків.

Потрібно дотримуватись етики поведінки учасників акту спілкування, де сімейна медична сестра, володіючи навичками спілкування, повинна першою привітатися, першою звернутися до незнайомої людини, привернути до себе увагу, запросити до розмови, вислухати, дати пораду, запропонувати співпрацю, розрадити, поспівчувати, зняти побоювання, страх, зняти побоювання, страх, висловлений пацієнтом сумнів через власний погляд, схвалити прагнення пацієнта до обстеження та лікування. На закінчення розмови, медична сестра повинна з'ясувати, чи задоволений пацієнт, вислухати його зауваження, зняти його сумніви, домовитись про наступну зустріч, залишити свої контактні телефони та обумовити час прийому лікаря та побажали пацієнту швидкого одужання, завіривши його в тому, що на шляху до одужання вона буде поруч і сприятиме порадою, доглядом та виконанням призначень лікаря.

Важливо прагнути побудови дружніх відносин в міжособистісних стосунках. Між медсестрою, пацієнтом, його родичами, іншими медичними працівниками

відбувається взаємодія під час спілкування, яка повинна задовольняти потреби у спілкуванні всіх учасників лікувального процесу та оптимізувати його.

Особистісний компонент професійно-педагогічної компетентності медичної сестри загальної практики сімейної медицини ґрунтується на розвитку та становленні медичної сестри як особистості з набором складових структури особистості.

Медичній сестрі, як особистості, притаманні певний темперамент, характер, здібності, спрямованість, емоції, почуття, воля, пізнавальні процеси пам'яті, мислення, уваги, уяви, відчуття і сприймання.

Хоча, темперамент є результатом процесів збудження і гальмування в корі головного мозку, однак він теж впливає на формування здатності до діяльності в медсестринстві. Медичній сестрі з холеричним темпераментом складно вибудовувати взаємини і вони не завжди будуть конструктивними через її нестриманість, авторитаризм, проте для діяльності в системі медсестринства добрим є її організованість, витривалість, сила духу, тоді як таких характеристик немає в меланхоліків. Якраз меланхолічний тип темпераменту недоречний в медсестринстві. Дещо має негативні наслідки байдужість, сумніви при прийнятті рішення, повільність флегматика, а наявність у медичної сестри сангвінічного темпераменту як найкраще відповідає діяльності в медсестринстві.

Сімейна медична сестра повинна розвивати та виховувати в собі такі риси характеру, як дисциплінованість, старанність, працьовитість, відповідальне ставлення до функціональних обов'язків, що забезпечить високу організацію праці. Охайність, бездоганний зовнішній вигляд, чесність і правдивість перед собою та оточуючими викликатимуть довіру пацієнтів та їх родин. Ввічливість, чемність, чуйність, бажання прийти на допомогу сприятиме довірливим стосункам з пацієнтами, а товариськість, взаєморозуміння забезпечать колегіальність.

Сімейна медична сестра повинна враховувати погляди на свою поведінку – як хворих так і колег. Самовладання, здатність до моральної орієнтації, виконання з точністю і обережністю медсестринські втручання, здатність до самоконтролю дій,

спостережливість допоможуть у складних прогнозованих та непередбачуваних клінічних ситуаціях з метою їх вирішення.

Розумові дії, операції, форми та методи мислення повинні відповідати професіограмі медичної сестри, що допоможе в процесі розуміння практичної ситуації, розв'язування поставлених завдань в клінічних ситуацій. Медична сестра повинна формувати в собі творче мислення. Наявність логічного мислення, вміння проводити аналогії, сприятиме об'єктивній оцінці стану пацієнта під час спостереження і догляду за ним. Під час надання хворому нової інформації, медична сестра повинна гармонійно поєднувати абстрактне й образне мислення, надавати необхідну для суджень інформацію так, щоб хворий міг зрозуміти її і зробив правильний умовивід сам. Сімейна медична сестра має розвивати у себе правильне оригінальне мислення при передачі інформації, що спонукатиме пацієнта до творчості з метою пошуків шляхів до одужання, критичної і адекватної оцінки свого стану, відволікатиме хворого від неприємних настирливих думок та всилить віру в одужання.

Крім того, медична сестра повинна тренувати і розвивати опосередковану, механічну, смислову, оперативну, асоціативну, слухову, зорову пам'яті.

Процес уяви та уявлення сімейної медсестри сприяє близькому до дійсності прогнозуванню стану здоров'я пацієнта. Процеси створення образів, різновиди та розвиток уяви і уявлення допоможуть сімейній медсестрі поєднати зв'язок уяви з об'єктивною дійсністю, спрогнозувати перебіг хвороби та стану пацієнта, що допоможе передбачити потенційні проблеми та запобігти їх появі.

Розвиток і виховання уваги, уважності як властивості особистості, вміння концентрувати увагу, переключати та правильно розподіляти її, формувати її стійкість, повинно стати основою основ з метою застосування цього пізнавального процесу у догляді за хворими. Практична діяльність сімейної медсестри буде неможлива без систематичного тренування у собі спостережливості й уваги, адже більшість хворих ставить на перше місце саме уважне ставлення до них, а рівномірний розподіл уваги до кожного пацієнта, тактовність, унеможливають підозру когось із хворих щодо несприятливого прогнозу, страх або ревності інших

хворих від перебільшеної уваги до когось одного. Важливо навчитися відволікати увагу хворого від неприємних переживань і спонукати до пошуку інтересів якості життя в умовах хвороби, доцільності жити і бути за для одужання.

Догляд за хворим вимагає як уміння виконати різні гігієнічні та лікувальні заходи, так і високоморального, чесного та милосердного ставлення до хворого. Він повинен бути і високопрофесійним, і деонтологічно витриманим. Милосердне, гуманне ставлення до хворого є не менш важливим, ніж професійна майстерність.

Для правильної оцінки виробничої ситуації або стану хворого, медична сестра повинна постійно контролювати свою емоційно-вольову сферу, дбати про свій психічний і фізичний стан, належний запас знань, умінь і навичок та, що важливо, плекати в собі риси інтелігентності.

Емоції повинні стати союзниками медичної сестри. Медична сестра повинна контролювати свій настрій, вміти втамовувати почуття страху, тривоги, гніву, смутку, стресу, тривоги, сорому, гидливості.

Для того, щоб відволікти пацієнта від важких думок і переживань, медичній сестрі слід навчитися розрізняти психологічні маски страху пацієнта (хвилювання, тривога, тощо). Важливо контролювати і спостерігати за своїми мімікою, пантомімікою, поглядом, силою і тембром голосу, дикцією, поставою, посмішкою, виразом обличчя, поведінкою. Регулюючи свій емоційний стан, сімейна медична сестра зможе будувати конструктивні взаємини з пацієнтом і його родиною, колегами, а навчившись розрізняти нестриманих хворих, зумовлену асенізацією нервової системи, та їх невихованість, зможе адекватно корегувати поведінку таких пацієнтів. Якщо у хворого розвився неадекватний емоційний стан, який впливає на діагностично-лікувальний процес і заважає іншим хворим (страх, депресія, дисфорія тощо), про це обов'язково повинна помітити медсестра і негайно повідомити лікаря.

Важливо виробити у собі здатність до емпатії та потребу в ній. Вміння відчувати емоційний стан хворого і співпереживати з ним, бути тактовними, оцінюючи душевний стан хворого, що стане запорукою встановлення тісних контактів та сприятиме процесу одужання пацієнта.

Медична сестра повинна знати фази, компоненти та ступені подолання стресу, характеристику стресорів, неефективні та успішні способи подолання стресу. Сприймаючи проблеми з метою зменшення фізичного ефекту стресу, сімейній медичній сестрі слід застосовувати комплексні способи подолання стресу.

Наявність вольових компонентів вкрай необхідні медичній сестрі сімейної медицини. Активно працюючи над собою, медична сестра може і повинна розвивати свою волю, зміцнювати її, спонукати до витримки і витривалості при тяжких невідкладних станах, мобілізації зусиль при огляді хворих з тяжкими пораненнями, трупів. Сімейна медична сестра повинна виробляти в собі вольові якості рішучості, витривалості, впевненості, стійкості і наполегливості, що крім того, ще й допоможе активно активізувати хворих, у яких розслаблена воля, з метою мобілізації їх зусиль.

Важливо постійно працювати над виробленням і підтримкою практичних навичок, доведення їх до автоматизму, поєднуючи їх з гуманним і душевним ставленням до хворих, проявом терпіння, постійно дбаючи про підтримання професійної честі й гідності, як власних, так і колег по роботі. Критично оцінюючи свої можливості, медична сестра сімейної медицини повинна ставити перед собою конкретну, реальну для досягнення мету і добивайтесь виконання поставленого завдання.

Оскільки завданням первинної медико-санітарної допомоги є збереження і зміцнення здоров'я, працездатності і творчого довголіття населення, то з цією метою медична сестра повинна проводити моніторинг стану здоров'я, всіх показників, що його формують, а також реалізація профілактичних заходів з оцінкою ефективності; навчання елементам гігієни, ведення здорового способу життя, прийомам надання само- та взаємодопомоги; залучення до вирішення проблем охорони здоров'я населення підготовленого санітарного активу; забезпечення на закріпленій території гарантованого обсягу первинної медико-санітарної допомоги; здійсненню профілактичної роботи, спрямованої на зниження чинників ризику, виявлення латентних та ранніх форм захворювання; динамічне спостереження за станом здоров'я кожного громадянина із закріпленої території і членів його сім'ї протягом усього життя, а також людей з інших дільниць за їхнім бажанням; залучення

громадян до активної участі у реалізації програм, що сприяють охороні здоров'я їхніх родин, особливо жінок і дітей; участь у наданні медико-соціальної допомоги інвалідам, людям похилого віку та іншим соціально незахищеним групам населення; надання швидкої та невідкладної допомоги хворим у станах, що загрожують життю, незалежно від місця проживання, національності, віросповідання і матеріального становища; організація надання всіх видів медичної допомоги (спеціалізованої і вузькоспеціалізованої різними фахівцями поліклінік і в умовах стаціонару) [26]. Всі ці завдання забезпечуються наявністю у сімейної медсестри сформованої професійно-педагогічної компетентності.

Забезпечити реалізацію професійно-педагогічної компетентності сімейної медсестри можливо через форми, методи і засоби, реалізуючи які, діяльність медсестри досягне бажаного результату. Формування світогляду, клінічного мислення, переваги профілактичної медицини, перспективи її розвитку за рахунок безпосередньої участі спеціалістів сімейної медицини сприятиме підвищенню якості їх підготовки, а, відтак, стає важливою запорукою підвищення якості надання первинної медико-санітарної допомоги населенню [226].

Таким чином, формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри загальної практики сімейної медицини відбувається на основі структури, що включає мотиваційно-аксіологічний, когнітивний, операційно-діяльнісний (гностичні, проектувальні, конструктивні, організаторські та комунікативні вміння) та особистісний компоненти.

2.3. Модель формування професійно педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки

Одним із методів наукових досліджень систем і процесів та складає категорію пізнання, що науково обґрунтовано, є моделювання [296].

Модель (франц. Modele від лат. Modulus – міра, мірило, зразок): предмет, явище, система (опис, схема, графік, макет, форма), що за певних умов виступають у значенні замітника чи представника якогось іншого предмета, явища та системи; наукове поняття, пов'язане з методом моделювання [290, с.66].

Тлумачний словник української мови (за заг. ред. проф. В. В. Дубічинського, 2006 р.) подає модель як „уявний чи умовний (зображення, опис, схема) образ якогось об'єкта, процесу чи явища, що використовується як його „представник“ [276, с.408].

О. С. Березюк, розглядаючи моделювання педагогічних ситуацій як метод підготовки майбутніх учителів до роботи з учнями, наводить приклад трактування терміну „модель“ як „деяку реально існуючу систему або ту, що представляється в думках, яка, заміщаючи і відображаючи в пізнавальних процесах іншу систему-оригінал, знаходиться з нею у відношенні схожості (подібності), завдяки чому вивчення моделі дає змогу отримати нову інформацію про оригінал“ [275, с.25].

В. І. Бондар, аналізуючи теорію і технологію управління процесом навчання у школі стверджує, що модель у певній мірі відображає (відтворює) будь-які сторони навчального процесу та передбачає наявність відповідних теорій або гіпотез [277].

Побудова і вивчення моделі в свою чергу спрямована на дослідження закладених в її структурі явищ і процесів через моделювання [285, с.136]. В Україні моделювання педагогічного процесу досліджували О. Є. Антонова, А. М. Алексюк, О. С. Березюк, І. Д. Бех, В. І. Бондар, Г. Г. Ващенко, С. С. Вітвицька, О. П. Рудницька, С. У. Гончаренко, О. М. Пехота, С. О. Сисоєва, О. Г. Ярошенко та інші [275, 277, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 291, 292, 293].

Кожна модель має свою структуру, певні компоненти, блоки, через які вона розкривається залежно від мети і завдань, які ставить дослідник виходячи із досліджуваного об'єкта. О. П. Рудницька розглядає модель як штучну систему, однак зазначає, що саме вона повинна в загальному відображати основні властивості досліджуваного об'єкта [293]. В.А. Штофф, розглядаючи моделювання в філософії, чотири ознаки моделі: модель – це уявна або матеріальна система; модель здатна замінювати об'єкт; модель відтворює або відображає об'єкт дослідження; вивчення моделі дає можливість отримати суттєво нову інформацію про об'єкт дослідження [296].

О. Є. Антонова зазначає, що використовуючи моделювання як науковий пошук, дослідник, будуючи модель і досліджуючи її, безпосередньо більше дізнається про предмет дослідження [291].

С. С. Вітвицька вважає, що розробивши теоретичні основи дослідження та перевіряючи їх доцільність на практиці, дослідник завжди проводить аналогію із розробленою моделлю [292].

Щоб розробити якісну продуктивну модель, необхідно проаналізувати нормативну базу, результати попередніх досліджень проблеми, що моделюється, мати певний власний досвід та бути обізнаним з теми дослідження, накопичити досліджуваний матеріал [297, 301]. Існують різні моделі: математична, екологічна, медична, медсестринська, педагогічна тощо. Медична модель існує протягом сторіч, вона орієнтована на захворювання, коли зусилля лікаря спрямовані на встановлення діагнозу і лікування патологічного стану (відхилень, дисфункції, дефектів) [287, с.15]. Модель сестринської справи орієнтована на людину, а не на хворобу і повинна бути пристосованою до потреб пацієнтів, їхніх сімей і суспільства надавати медичним сестрам широкий вибір ролей і функцій для роботи не тільки з хворими й вмираючими пацієнтами, але й зі здоровим населенням. На сьогодні у світовій практиці сестринської справи нараховується більше 30 концептуальних моделей сестринської допомоги [287, с.15-16].

Особистісно-орієнтована педагогіка виокремлює три моделі (І. С. Якиманська, 1995): соціально-педагогічна, предметно-дидактична та психологічна [295]. В педагогіці, крім того, є динамічна, статистична, модель цілісного педагогічного процесу, структурна, функціональна, факторна, соціально-технологічна моделі тощо. Динамічна модель є дещо порівняльною, де педагогічні процеси розглядаються в динаміці, тобто певні зміни під впливом певних умов. Статистична модель базується на аналізі статистичних даних.

Модель цілісного педагогічного процесу (В. П. Беспалько, Ю. Г. Татур, 1989) складається з багатьох компонентів, серед яких: студенти, викладачі, мета підготовки майбутнього спеціаліста, форми, методи та засоби реалізації навчально-виховного процесу тощо [298].

Виходячи із суті, мети та завдань, об'єкту нашого дослідження предметом дослідження нами обрано *структурно-функціональну* модель формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини та методика її реалізації у процесі фахової підготовки *модель*, де функціональними компонентами є гностичні, проектувальні, конструктивні, організаторські, комунікативні вміння.

Проаналізувавши наукову літературу, розробляємо теоретичну модель формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки.

Побудову моделі формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки здійснюватимемо на основі визначення структури та змісту професійно-педагогічної компетентності; визначення особливостей її формування; виділення основних складових моделі (мета, зміст, результат тощо).

Під моделлю формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки ми розуміємо системокомплекс складових, що реалізує формування в майбутньої медичної сестри сімейної медицини системи знань, умінь і навичок, які забезпечать в майбутньому виконання покладених на неї професійних функцій і завдань.

Вибудовуючи модель формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки, нами враховано *соціальне замовлення* з підготовки медичної сестри сімейної медицини, що забезпечить нагайну кадрову потребу в медсестринській галузі. Соціальне замовлення сімейної медичної сестри продиктоване реорганізацією медичної галузі та переходу на рівневу систему надання первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, де 85% складатиме первинна медико-санітарна допомога, побудована на принципах загальної практики – сімейної медицини.

Основна мета підготовки медичної сестри сімейної медицини у контексті нашого дослідження: сформувати професійно-педагогічну компетентність медичних сестер сімейної медицини, що в свою чергу забезпечить систему медсестринства

конкурентоспроможними фахівцями на ринку праці відповідно до соціального замовлення.

Реалізація мети можлива в процесі застосування комплексного підходу під час розв'язання навчально-виховних **завдань моделі**: сформувати мотивацію діяльності у галузі сімейної медицини; відповідні знання, що дають можливість спілкуватися, навчати; підготувати кваліфіковану медичну сестру, здатну використовувати вміння і навички на практиці в стандартних та непередбачуваних ситуаціях з метою виконання поставлених перед нею завдань: оволодіння знаннями з клінічного медсестринства; формування умінь та навичок, які необхідні у роботі медичних сестер сімейної медицини; підготувати майбутню медичну сестру до певної діяльності як особистість; сформувати пізнавальні та творчі здібності щодо застосування у медсестринській практиці; сформувати особистісну культуру сімейної медсестри. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки включає в себе концептуальний, мотиваційно-стимулюючий, змістовий, процесуальний, організаційний, контрольний-оцінний і результативний блоки.

Концептуальний блок включає в себе основні *принципи та підходи*, які визначають систему сучасної медсестринської освіти в Україні. Принципи науковості, системності і послідовності, доступності, зв'язку навчання з життям, наочності, міцності знань, безперервності, індивідуального підходу, гуманізації, диференціації, креативності, полікультурності, міждисциплінарної інтеграції, поліфункціональності, емоційності тощо сприяють повноцінному навчально-виховному процесу вищого медичного навчального закладу.

Принцип науковості базується науково обґрунтованих та практично апробованих фактах, якими наповнюється зміст навчального матеріалу. Нові методики спостереження і догляду за пацієнтом, стандартні протоколи, алгоритми маніпуляцій, дослідження клінічного медсестринства своєю науковою новизною забезпечують впровадження сучасних знань в практику.

Принцип системності і послідовності реалізується поступовим викладом студентам теоретичного матеріалу від простого до складного, а далі на його основі

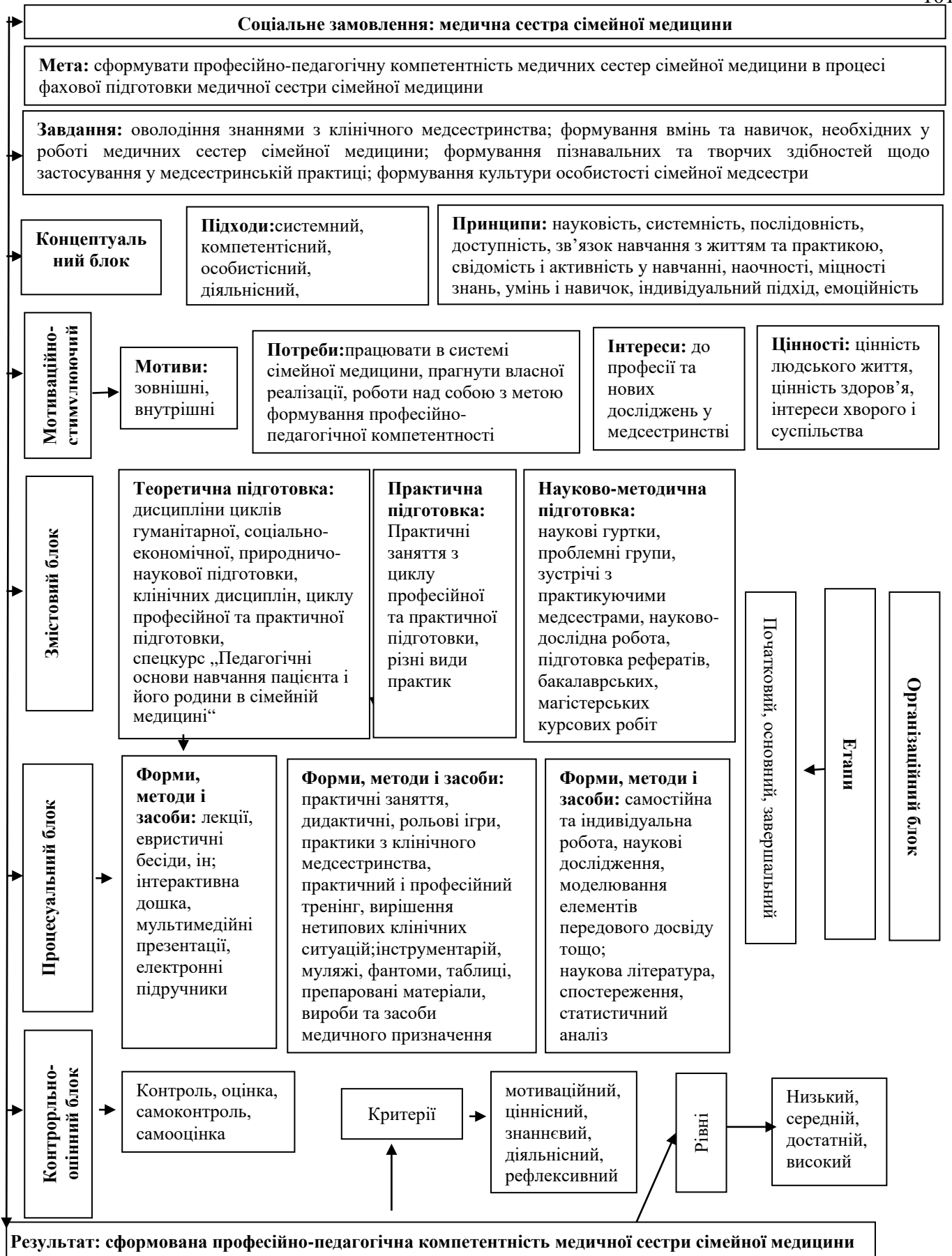


Рис. 2.1. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини

відбувається формування умінь і навичок під час практичних занять в кабінетах доклінічної практики з використанням відповідного оснащення та обладнання та на клінічних базах закладів охорони здоров'я.

Принцип доступності навчання сприяє засвоєнню навчального матеріалу завдяки обґрунтуванню та поясненню значення специфічних медичних термінів, розуміння значущості анатомо-фізіологічних, біохімічних тощо процесів в організмі здорової людини та динаміки змін під час хвороби та впродовж лікування.

Принцип зв'язку навчання з життям забезпечується через наведення прикладів із життя та професійного досвіду, зв'язку теорії з практикою, розуміння соціобіологічних взаємозв'язків на рівні суспільства та родини, як суспільної групи.

Принцип наочності допомагає студентам краще засвоїти знання, уміння і навички шляхом комплексного сприйняття завдяки використанню засобів ілюстрування (таблиці, структурологічні схеми, слайди, мультимедійні презентації, ілюстрації, муляжі, фантоми, вироби медичного призначення тощо), що сприяє кращому та продуктивнішому засвоєнню навчального матеріалу студентами в кабінетах доклінічної підготовки та робота по догляду за пацієнтами, надання допомоги в практичній охороні здоров'я на основі протоколів під час занять на клінічних базах із застосуванням відповідної апаратури та інструментарію.

Принцип міцності знань виконує свою роль завдяки закріпленню знань попередньо вивченого у тісному зв'язку новим інформативним матеріалом, який повинен підкріпитись на практиці (до практики через теорію) у вигляді засвоєних і доведених до автоматизму умінь і навичок.

Принцип безперервності передбачає набуття знань постійно, починаючи із обов'язкового загальноосвітнього навчання, далі обраної фахової додипломної підготовки, післядипломного навчання на курсах підвищення кваліфікації зі спеціалізації та удосконалення, самоосвіти впродовж життя.

Принцип індивідуального підходу базується на врахуванні індивідуально-психологічних вікових особливостей особистості (ранній дитячий вік: від 1 до 3 років; дошкільний вік: від 3 до 5 років; молодший шкільний вік: від 5 до 12 років; юність: від 12 до 20 років; молоді дорослі роки: від 20 до 45 років; середні дорослі

роки: від 45 до 65 років; похилий вік: від 65 і більше [7]); рівня розвитку пізнавальних процесів (пам'яті, мислення, уяви, уваги, відчуття, сприймання), психічних властивостей, психічних станів, працездатності, самостійності студентів.

Принцип гуманізації на побудові діяльності через реалізацію гуманістичних підходів та моралі, де на перший план виступають інтереси людини з метою виявлення її проблем та забезпечення потреб на морально-етичних та етико-деонтологічних принципах та підходах.

Принцип диференціації досягається через співставлення, розрізнення, порівняння, аналіз, синтез, узагальнення, що сприятиме виокремленню понять та цілісності знань.

Принцип полікультурності сприяє розумінню необхідності співіснування в багатогранному світі, де гармонічні стосунки сприятимуть розвитку кожного, незалежно від віку, статі, національності, віросповідання, переконання, дотримання традицій.

Принцип міждисциплінарної інтеграції передбачає тісний зв'язок навчальних дисциплін, їх взаємодоповнення попередніми (забезпечуючими) і наступними (що забезпечуються) дисциплінами, а також внутрішньодисциплінарна інтеграція, де тема даної дисципліни інтегрується з іншою темою, що вивчається. Цей принцип сприяє комплексному і повноцінному формуванню знань, умінь і навичок майбутнього спеціаліста.

Принцип поліфункціональності забезпечує здатність вирішувати різносторонні функції і завдання, що покладаються на спеціаліста, спроможності виконання всіх передбачених ОКХ обов'язків. Отримуючи кваліфікацію медичної сестри, молодий спеціаліст може і повинен здійснювати діяльність в будь-якому відділенні стаціонару чи поліклініки (терапевтичному, хірургічному, гінекологічному, неврологічному, кардіологічному, урологічному тощо) закладу охорони здоров'я.

Принцип креативності полягає в здатності творчого підходу до діяльності, пошуку і застосування нових форм, методів і засобів, впровадження нестандартних ідей на робочому місці, що сприятиме модернізації медсестринського процесу.

Принцип емоційності підвищує зацікавленість до навчання через майстерність педагога, його ораторські здібності, вмінні зацікавити студента, викладати матеріал емоційно, змінюючи акценти тембром і силою голосу, переплітаючи нову інформацію цікавими прикладами із життя та медсестринської практики.

Нами виділено основні *наукові підходи* щодо підготовки медичної сестри загальної практики – сімейної медицини: системний, компетентісний, особистісний, діяльнісний, технологічний.

Системний підхід передбачає вибудовування певної систематизації, логічного, поетапного від простішого до складного навчального процесу, що забезпечить його багатогранність та цілісність.

Компетентісний підхід ґрунтується на формуванні компетентності майбутнього спеціаліста через цілий комплекс компетенцій, що забезпечить вирішення покладених на нього функцій і завдань під час виробничої діяльності.

Особистісний підхід забезпечує сприйняття кожного учасника навчально-виховного процесу в першу чергу як особистості з усіма її якостями, властивостями та процесами, рівнем розвитку індивідуально-психологічних особливостей, здатної засвоїти програмний матеріал, який має відповідати кваліфікаційній характеристиці майбутнього спеціаліста. Особистісний підхід спрямований на формування спеціаліста в першу чергу як морально-стійкої, здатної до самовдосконалення особистості із збереженням своєї індивідуальності, почуття власної гідності, самоповаги та поваги до оточуючих, здатного всього себе віддати для пацієнта.

Орієнтиром у поведінці та діяльності медичної сестри сімейної медицини є ствердження пріоритету цінності людського життя, цінності здоров'я, де на першому плані повинні виступати інтереси хворого і суспільства.

Діяльнісний підхід спрямований на забезпечення кваліфікованої діяльності спеціаліста через якість, точність, правильність виконання маніпуляцій та процедур у відповідності до алгоритмів; швидкість, ступінь автоматизації; легкість, успішність переносу в ускладнені умови (ефективність навички в ускладнених умовах).

Технологічний підхід відображає взаємодію учасників навчально-виховного процесу з використанням певних педагогічних технологій.

Мотиваційно-стимулюючий блок забезпечується через мотиви, потреби, інтереси, цінності.

Система взаємопов'язаних і взаємопідпорядкованих мотивів діяльності особистості, що свідомо визначають лінію її поведінки, складають її мотивацію. Мотиви залежать від характеру етичної свідомості, ціннісної орієнтації, рівня загальної культури, здатності до критичного осмислення ситуації, вольових якостей людини [267, с. 463].

Діяльність медичної сестри сімейної медицини забезпечують як зовнішні, так і внутрішні мотиви.

Зовнішні мотиви продиктовані розуміння необхідності надання допомоги хворим, престижності професії медичної сестри, можливості отримання винагороди за свою діяльність, гарними умовами роботи в теплому приміщенні.

Внутрішні пориви до того чи іншого виду активності, пов'язані із задоволенням певної потреби; суб'єктивна причина (усвідомлена чи неусвідомлена) тієї чи іншої поведінки, дії людини; психічне явище, що безпосередньо спонукає людину до вибору того чи іншого способу дії та його здійснення [267, с. 463].

У процесі особистого становлення зовнішні мотиви можуть перейти у внутрішні, коли окрім задоволення від одержаного заохочення, настає задоволення від самого факту діяльності, його результату, коли на перший план виступає пацієнт, з його потребами та проблемами, розуміння яких спонукає медичну сестру віддавати всю себе без останку на відновлення здоров'я людини, усвідомлення власної значущості в одужанні пацієнта.

Мотивацією для медичної сестри в реалізації професійно-педагогічної компетентності повинно стати бажання вступити у взаємодію з пацієнтом та його родиною з метою встановлення контакту, побудови взаєморозуміння, передачі знань, медсестринського обстеження пацієнта, надання йому практичної та консультативної допомоги. Мотивацією для пацієнта повинно стати віра в

одужання, бажання змінити ставлення до життя, навчитися жити в умовах хвороби та пошук шляхів до одужання.

Нагальною *потребою* медичної сестри повинно бути бажання працювати в системі сімейної медицини, власної реалізації, роботи над собою з метою формування професійно-педагогічної компетентності.

Медична сестра повинна проявляти *інтереси* до професії та нових досліджень у медсестринстві. Інтерес до професії зумовлює потребу власної реалізації, роботи над собою, пізнання чогось нового, вдосконалення знань, умінь і навичок з метою використання в практичній діяльності.

Основними *цінностями* для медичної сестри повинні бути цінність людського життя, цінність здоров'я, інтереси хворого і суспільства на першому плані. Орієнтиром у поведінці медичної сестри сімейної медицини є ствердження пріоритету цінності людського життя, цінності здоров'я, де на першому плані повинні виступати інтереси хворого і суспільства.

Змістовий блок включає в себе теоретичну, практичну та науково-методичну підготовку. Змістом теоретичного навчання є засвоєння знань дисциплін циклів гуманітарної та соціально-економічної, природничо-наукової, професійної та практичної підготовки, спецкурсу “Педагогічні основи навчання пацієнта і його родини в сімейній медицині”. Під час практичних занять відбувається формування практичних умінь і навичок, відпрацювання практичних навичок на робочому місці під час доклінічної практики, що відбувається як в навчальному закладі, та клінічної практики в клінічних базах, якими є лікувально-профілактичні заклади охорони здоров'я. Крім того, змістовий блок включає в себе науково-методичну підготовку, що передбачає участь у наукових гуртках, проблемних групах, зустрічі з практикуючими медсестрами, науково-дослідна робота, підготовка рефератів, бакалаврських, магістерських курсових робіт.

Процесуальний блок забезпечується через форми, методи і засоби навчання під час навчально-виховного процесу.

Під час теоретичного вивчення матеріалу дисциплін циклів, що передбачені навчальною програмою, використовуються наступні форми: тематичні, клінічні,

проблемні або з елементами проблематики, міждисциплінарні, оглядові, узагальнюючі лекції; лекції-бесіди; лекції із застосуванням наочності; евристичні бесіди тощо.

Під час практичних занять з дисциплін, включаючи практики з клінічного медсестринства, для формування навичок використовується практичний тренінг; для формування вмінь використовуються професійний тренінг у вирішенні типових та нетипових клінічних ситуацій; дидактичні, рольові ігри, медико-біологічні дослідження, експериментальна робота.

Під час науково-методичної підготовки використовуються форми самостійної та індивідуальної роботи, наукові дослідження, моделювання елементів передового досвіду.

Організаційний блок спрямований на реалізацію змістового та процесуального блоків моделі формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини.

Етапи формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри. Формування досліджуваної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки відбувається в три етапи поетапно: початковий, основний, завершальний.

Мотиваційно-аксіологічний компонент професійно-педагогічної компетентності включає цінності, мотиви, інтереси та потреби. На початковому етапі частина студентів приходить з переважно сформованою зовнішньою мотивацією: розуміння престижності професії медичної сестри, гарні умови роботи в теплому приміщенні, можливість отримання винагороди за свою діяльність, навчальний заклад знаходиться найближче, батьки наполягли на навчанні саме за цією спеціальністю.

Однак, слід відзначити, що починаючи з першого курсу професійної підготовки у майбутніх медичних сестер поступово внутрішня мотивація починає домінувати над зовнішньою, адже в результаті глибшого пізнання актуальності проблем пацієнта, вирішення значущості його в одужанні медичної сестри поступово з'являється задоволення від самого факту діяльності, його результату,

коли на перший план виступає пацієнт з його потребами та проблемами; розуміння медичною сестрою необхідності віддавати всю себе без останку на відновлення здоров'я людини; усвідомлення власної значущості в одужанні пацієнта; розуміння необхідності надання допомоги хворим; досягнути високих професійних результатів.



Рис. 2.2. Етапи формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки

Поступово на завершальному етапі приходять відповідальність, розуміння цінність людського життя, цінність здоров'я і на завершальному етапі інтереси хворого і суспільства виходять на перший план. Під час спостережень нами виявлено, що практичне медсестринство викликає найбільший інтерес у студентів.

Когнітивний компонент на початковому етапі формується через дисциплін циклу гуманітарної, соціально-економічної і природничо-наукової підготовки. Під час основного етапу навчальний процес доповнюється вивченням клінічних дисциплін (медсестринства у внутрішній медицині, хірургії, педіатрії, інфектології,

гінекології, сімейній медицині, акушерстві, дерматовенерології, тощо) і на завершальному етапі в результаті сукупності фахових та психолого-педагогічних знань досягається сформованість даного компоненту. Вивчаючи згадану медсестринську клініку, студенти на основі попередньо забезпечуючих дисциплін формують цілісне сприйняття через систему міждисциплінарної інтеграції, вивчають особливості етапів медсестринського процесу та принципів їх впровадження, в результаті чого формується спрямування наукових інтересів.

Важливим також є ознайомлення студентів з особливостями роботи у сімейній медицині. Глибші знання про майбутню професію дають змогу студентам усвідомити вибір власного фаху та поставити цілі на майбутнє за для оволодіння ним. На завершальному етапі, завдячуючи клінічним дисциплінам, переважна більшість студентів точно знають, у якому відділенні хочуть в майбутньому працювати та що потрібно, щоб досягнути мети.

Операційно-діяльнісний компонент професійно-педагогічної компетентності реалізується через комплекс гностичних, проектувальних, конструктивних, організаторських, комунікативних умінь, формування яких відбувається поетапно через різні види практик, практичні заняття циклу професійної та практичної підготовки, наукові гуртки, проблемні групи, зустрічі з практикуючими медсестрами, науково-дослідну роботу, підготовку рефератів.

На початковому етапі майбутні фахівці з сімейної медицини відпрацьовують навички впровадження складових медсестринського процесу в кабінетах доклінічної практики, а саме: проводять медсестринське обстеження пацієнтів, здійснюють аналіз та оцінку стану пацієнта на основі отриманих внаслідок обстеження даних, виявляють проблеми та встановлюють медсестринські діагнози, складають план медсестринських втручань, погоджуючи його з пацієнтом та його родиною, проводять медсестринські втручання, впроваджуючи план в дію, оцінюють медсестринський процес та, за необхідності, коректують план та догляд. Практичні заняття доповнюються науково-дослідною роботою в наукових предметних гуртках.

Робота з муляжами та фантомами, а також безпосередня діяльність біля ліжка хворого сприяє формуванню зацікавленості до власної спеціальності, адже весь час

акцентується увага на професійній діяльності медичної сестри, усвідомлюється можливість позитивного впливу на перебіг захворювання, власна роль та значущість в одужанні пацієнта.

Згодом, коли заняття проводяться в закладах охорони здоров'я (основний етап) відбувається закріплення сформованих умінь та навичок Студенти, займаючись практичною діяльністю, відвідуючи стаціонари, працюючи з пацієнтами, спостерігаючи за ними та надаючи їх допомогу, здійснюючи догляд біля ліжка хворого пацієнта, на власному досвіді переконуються у важливості проведення медсестринських втручань та їх результативності.

Одним із напрямків позанавчальних заходів підготовки фахівців з медсестринства слід виділити волонтерську діяльність: по наданню допомоги військовим у військовому госпіталі; догляду за дітьми в будинку дитини; догляду за інвалідами в інтернаті для інвалідів; догляд за людьми похилого та старечого віку, невиліковними хворими в хоспісах.

Однією із форм волонтерської діяльності повинна стати робота з поширення інформації серед населення по профілактиці ВІЛ-інфекції і СНІДу, питань імунізації населення різних вікових груп, обов'язкового щорічного флюорографічного обстеження з метою попередження туберкульозу, організація акцій „Від серця до серця“, „Захисти себе сам“, „Рівний – рівному“, „Проінформований – значить захищений“.

Також студенти займаються гуртковою роботою, відшліфовують професійну майстерність, покращуючи досвід з маніпуляційної техніки, комунікативної майстерності, наукових досліджень. Таким чином, студенти на власному досвіді переконуються у доцільності обраної спеціалізації.

На завершальному етапі гностичні, проектувальні, конструктивні, організаторські, комунікативні уміння повністю сформовані та відповідають вимогам освітньої кваліфікаційної характеристики фахівця.

Особистісний компонент професійно-педагогічної компетентності розкривається через розвиток та становлення медичної сестри як особистості, спроможної здійснювати медсестринську діяльність. На кожному із етапів

формування особистісного компоненту відбувається вдосконалення пізнавальних процесів: пам'яті, мислення, уяви, уваги, відчуття, сприймання; коректується емоційно-вольова сфера.

На початковому етапі відбувається адаптація до медсестринської діяльності. Починати потрібно із формування емоційно-вольової сфери: подолання страху, сорому, гарячковості; навчитись контролювати зміну настрою, подолання власних сумнівів та зневіри, щодо спроможності роботи з хворими на серйозні патології; низька самооцінка, утамування гидливості.

Поступово на основному етапі акцентується увага на проблемах пацієнтів, розвивається здатність концентрувати увагу на невідкладних станах, переключати її з одного пацієнта на іншого. Важливим є здатність просторової уяви, яка допоможе спрогнозувати наслідки стану пацієнта та передбачити ускладнення.

Розвиток нестандартного і абстрактного мислення, мислительських операцій: аналізу, синтезу, узагальнення співставлення, порівняння тощо впливає на прогнози.

Розвиток зорової (запам'ятати вираз обличчя, колір шкіри і слизових оболонок, характер висипок на шкірі тощо); слухової при проведенні аускультатії (вислуховування фонендоскопом) та перкусії (вистукування пальцями та визначення за звуком місцезнаходження органу, накопичення рідини тощо); тактильної (провести пальпацію), нюхової (вловити запах ацетону з рота при цукровому діабеті, запаху гнилої риби при гінекологічній патології тощо) пам'яті забезпечить успішну діагностику та догляд.

Формування особистісних якостей цілеспрямованості, відповідальності, самокритичності, креативності, організованості сприяє чіткій організації праці. Спостережливість і старанність, дисциплінованість, працьовитість забезпечують виконання обов'язків. Якості емпатійності, врівноваженості, комунікабельності, чемності, товаришкості, толерантності, справедливості, чесності, охайності викликають довіру пацієнтів, створюють атмосферу доброзичливості, викликає у пацієнта впевненість у надійності такої медсестри.

На завершальному етапі особистісний компонент професійно-педагогічної компетентності відповідатиме вимогам до особистості майбутньої медичної сестри сімейної медицини.

Контрольно-оцінний блок включає в себе контроль, оцінку, самоконтроль та самооцінку. В ході навчального процесу відбувається формування професійно-педагогічних компетентності, що в свою чергу потребує корекції навчальної діяльності шляхом постійного оцінювання результатів теоретичної і практичної підготовки відповідно до стандартів діяльності медичної сестри.

Контроль здійснюється на всіх етапах навчально-виховного процесу. Спочатку аналізується усвідомлення значущості навчання, розуміння необхідності засвоєння знань. Контролюється рівень засвоєння знань, творче мислення, включаючи і знання поведінки в нестандартних клінічних ситуаціях, логічне теоретичне вибудовування послідовності дій медичної сестри. Важливими є результати оцінювання та контролю впровадження теоретичних знань в практичну діяльність і контроль виконання маніпуляційних умінь і навичок та навичок спілкування й побудови взаємин медичної сестри з колегами, пацієнтом та його родиною.

Залежно від форми контрольних завдань (проходження інформації між викладачем і учнем) перевірка може бути усною, письмовою, графічною і практичною [299:С.294-299].

В більшості вищих медичних навчальних закладів одним із методів контролю застосовується кредитно-модульна система навчання та запроваджена стобальна рейтингова шкала оцінювання знань і вмінь студентів [114], яка включає в себе змістові модулі, поточний рейтинг, підсумковий модульний контроль, що складається з рейтингу модуля, оцінки модульного контролю, індивідуальної самостійної позааудиторної роботи студента, що в свою чергу підвищує мотивацію учасників навчального процесу. Впровадження новітніх педагогічних технологій в навчальний процес сприяє досягненню високої якості підготовки фахівців.

Рейтингова система оцінювання стимулює і самоорганізовує систематичну навчальну діяльність студентів, забезпечує об'єктивність та прозорість в оцінюванні знань, посилює мотиваційний компонент, сприяє ініціативі з боку студента, а, крім

того, вимагає від студента організованості, зібраності, дисципліни праці, оптимізації своєї діяльності [115].

Використання ширшої шкали рейтингової оцінки знань посилює об'єктивність. Гнучкість програм навчання та можливості навчання студента за індивідуальними навчальними планами, посилять роль самостійної роботи студентів. Запровадження здорової конкуренції в навчанні, забезпечення стабільного психологічного стану студентів завдяки проведенню наскрізного контролю знань, сприятиме можливості студентів-медиків отримати професійну кваліфікацію відповідно до його потреб та вимог ринку праці. Саме в цьому і полягає суть адаптації ідей Європейської кредитної трансферної системи (ECTS) до системи вищої медичної освіти України [113], а, відтак не викликає сумніву те, що в Україні необхідно реформувати існуючу систему медсестринської освіти, щоб підняти рівень вітчизняної медсестринської справи до світових стандартів, адже справжні реформи в системі охорони здоров'я повинні розпочатися з медсестринської справи, з перебудови в системі підготовки медичної сестри.

Метод контролю знань і вмінь використовується залежно від рівня професійної підготовки, що відповідають навчальним цілям: фронтальне усне експрес-опитування або співбесіда: поверхнєве, динамічне, без деталізації та заглиблення в зміст; індивідуальне усне опитування, рішення типових задач; програмований контроль; практичний тренінг; індивідуальна оцінка точності та швидкості виконання або оцінка їх результатів; активний професійний тренінг ситуаційних задач, тестових завдань;

Критеріями оцінки професійних навичок є якість, точність, правильність виконання у відповідності до алгоритмів; швидкість, ступінь автоматизації; легкість, успішність переносу в ускладнені умови (ефективність навички в ускладнених умовах).

Самоконтроль здійснюється за допомогою питань; тестів: з одиничною вибірковою відповіддю, з вибірковою групою правильних відповідей, з відповіддю, що самостійно формулюється, позначається студентом, на визначення правильної послідовності, на визначення логічного розв'язання, на вибір декількох правильних

відповідей; задачі для самоконтролю: типові, та нетипові, стандартні та нестандартні, мають однозначну відповідь, студентам відомий їх алгоритм вирішення, ускладнені професійні ситуації [294].

Результативний блок забезпечується визначенням критеріїв та їх показників окремих компонентів професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини, на основі яких визначаються певні рівні сформованості цієї компетентності.

Таблиця 2.1

Критерії та показники компонентів професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини

№ з/п	Компоненти компетентності	Критерії	Показники
1.	Мотиваційно-аксіологічний	мотиваційний	Зовнішня мотивація: розуміння престижності професії медичної сестри, гарні умови роботи в теплому приміщенні, можливість отримання винагороди за свою діяльність, навчальний заклад знаходиться найближче, батьки наполягли на навчанні саме за цією спеціальністю
			Внутрішня мотивація: задоволення від самого факту діяльності, його результату, коли на перший план виступає пацієнт, з його потребами та проблемами; розуміння медичною сестрою необхідності віддавати всю себе без останку на відновлення здоров'я людини; усвідомлення власної значущості в одужанні пацієнта; розуміння необхідності надання допомоги хворим; досягнути високих професійних результатів
		ціннісний	цінність людського життя, цінність здоров'я,

			інтереси хворого і суспільства на першому плані і понад усе
2.	Когнітивний	знаннєвий	міцність, якість, ширина, глибина знань з дисциплін циклів гуманітарної, соціально-економічної, природничо-наукової підготовки, циклу професійної та практичної підготовки, педагогіки, психології, спецкурс “Педагогічні основи навчання пацієнта і його родини елементам само- та взаємодогляду”
3.	Діяльнісний	діяльнісний	якість, точність, правильність виконання у відповідності до алгоритмів; швидкість, ступінь автоматизації; легкість, успішність переносу в ускладнені умови (ефективність навички в ускладнених умовах).
4.	Особистісний	рефлексивний	рівень сформованості особистісних якостей, рівень розвитку пізнавальних процесів, рівень стійкості емоційно-вольової сфери

Визначення критеріїв та їх показників дало можливість виділити чотири **рівні сформованості компетентності фахівця з медсестринства**: низький, середній, достатній, високий.

Низький рівень сформованості професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки, відзначається низьким рівнем мотивації, яка зводиться до переваги зовнішніх факторів (потреба здати екзамен, залік чи підсумковий модульний контроль через страх відрахування, боязнь конфлікту з батьками, які примушують навчатися); недостатністю особистісних якостей, які потрібні медичній сестрі для роботи в сімейній медицині; поверхневим засвоєнням знань через втрату інтересу чи байдужості до майбутньої діяльності в медсестринстві (всерівно в якому відділенні працювати в подальшому); не усвідомлюючи необхідність чіткого дотримання етапів медсестринського

процесу, порушують принципи спостереження та догляду за пацієнтами, проявляючи при цьому низьку комунікацію: соромляться, бояться першими розпочати розмову, відповіді на запитання пацієнта зводяться до «так» чи «ні». Не завжди контролюють свої емоції: у відповідь на грубість іноді відповідають грубістю, не можуть втамувати гидливість, у критичних ситуаціях втрачають самовладання, не можуть втамувати страх. Дії студентів неавтоматизовані, допускаються серйозні помилки під час виконання ними маніпуляцій чи процедур, тривало обдумують подальші кроки. Під час виконання призначень лікаря спостерігається формальне ставлення до обов'язків, що підкріплюється слабкими знаннями, недосконалістю умінь та навичок.

Середній рівень сформованості професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки визначається середнім рівнем мотивації, неготовністю до роботи в непередбачуваних критичних ситуаціях та при прийнятті самостійних рішень (надання невідкладної допомоги при кровотечах, травматичних пошкодженнях, передчасних пологах, шоках, комах, зупинці серця чи дихання тощо); діяльністю тільки за інструкціями та за вказівками викладача чи керівника практики; подовженням тривалості виконання навички за рахунок обдумування її етапів.

Достатній рівень сформованості професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки характеризується достатнім розумінням необхідності навчання як механізму подальшої успішної діяльності, стійким рівнем мотивації, сформованим бажанням працювати в сімейній медицині; розвитком достатнього рівня засвоєння умінь і навичок, де окремі дії розвинуті до автоматизму, однак допускаються незначні неточності, які не впливають на результат медсестринського процесу. Достатні знання дають право працювати медичними сестрами сімейної медицини.

Високий рівень сформованості професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки полягає у високому рівні мотивації, розвинутих цінностях, інтересі до медсестринської діяльності, стійкій потребі у професійній спрямованості; глибокому розумінні

необхідності фахової освіти, набутті міцних, глибоких, якісних знань; засвоєнні практичних умінь і навичок на рівні автоматизму; вирішенні прогнозованих та непередбачуваних клінічних ситуацій; розвитку нестандартного клінічного мислення; креативному підході до виконання функціональних обов'язків.

Результатом реалізації моделі професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини, є спеціалісти, що мають стійку мотивацію до медсестринської діяльності; сформовані особистісні якості; дотримуються морально-етичних та етико-деонтологічних принципів; володіють знаннями гуманітарних, соціально-економічних, природничо-наукових дисциплін, клініку медичних та психолого-педагогічних наук; оволоділи комплексом гностичних, проектувальних, конструктивних, організаторських, комунікативних умінь та практичних навичок, відповідно до стандартів, впроваджують медсестринський процес, використовуючи сучасні методи та засоби спостереження і догляду за пацієнтами, надають пацієнтам всі види медичної та медсестринської допомоги, що мають певні захворювання та стани; вміють співпрацювати з родинами пацієнтів, проводять санітарно-освітню профілактичну роботу, постійно працюють над підвищенням своєї професійної майстерності.

Висновки до розділу 2

На основі аналізу стану підготовки медичних сестер сімейної медицини в системі фахової медичної освіти доведено, що їх функції мають свою специфіку, яка визначається вищим рівнем особистої відповідальності, переважанням незалежних медсестринських втручань тощо. Зазначене вимагає цілісної системи компетенцій та цінностей, реалізація яких передбачає чіткість, злагодженість діяльності, що досягається за умови дотримання послідовності дій на всіх етапах медсестринського процесу.

Визначено змістову структуру професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини та охарактеризовано її компоненти: мотиваційно-аксіологічний (включає цінності, мотиви, інтереси та потреби); когнітивний (базується на сукупності фахових та психолого-педагогічних знань); операційно-діяльнісний (реалізується через комплекс гностичних, проектувальних,

конструктивних, організаторських, комунікативних умінь); особистісний (розкривається через розвиток та становлення медичної сестри як особистості).

Розроблено модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки, яка враховує соціальне замовлення і складається з цільового, концептуального, мотиваційно-стимулюючого, змістового, процесуального, організаційного, контрольного-оцінного і результативного блоків. Мета реалізації моделі полягає у формуванні професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини як конкуренто-спроможних фахівців, особистостей, здатних до самореалізації, професійного зростання й мобільності в умовах реформування сучасного суспільства, що забезпечує розвиток інтелектуальних, психічних, творчих, морально-етичних і соціально-значущих якостей студентів.

У межах комплексного підходу до вирішення досліджуваної проблеми окреслено шляхи досягнення визначеної мети через реалізацію таких завдань: оволодіння гуманітарними, соціально-економічними, природничо-науковими та спеціальними клінічними знаннями; формування необхідних умінь та навичок майбутніх медичних сестер; підготовка їх до певного виду професійної діяльності, що вимагає розвитку пізнавальних та творчих здібностей у практиці сімейної медицини; прагнення до саморозвитку й самоосвіти, формування культури особистості, громадянської та суспільно-патріотичної свідомості.

Концептуальний блок моделі визначається низкою наукових підходів (системного, компетентісного, особистісного, діяльнісного, технологічного) та включає основні принципи організації процесу навчання (науковості, системності і послідовності, доступності, зв'язку навчання з життям, наочності, міцності знань, безперервності, індивідуального підходу, гуманізації, диференціації, полікультурності, поліфункціональності, міждисциплінарної інтеграції, креативності, емоційності тощо). Мотиваційно-стимулюючий блок авторської моделі забезпечується шляхом формування у майбутніх медичних сестер відповідних мотивів, потреб, інтересів, цінностей. Змістовий блок включає в себе теоретичну, практичну та науково-методичну підготовку. Процесуальний блок

реалізується через доцільний вибір форм організації, методів і засобів професійного навчання. Організаційний блок спрямований на реалізацію змістового та процесуального блоків шляхом проходження трьох етапів формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки: початкового, основного, завершального. Контрольно-оцінний блок включає в себе контроль, оцінку та самооцінку. Результативний – характеризується застосуванням критеріїв (мотиваційного, ціннісного, знаннєвого, діяльнісного, рефлексивного) та системи показників прояву складових компонентів професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини, на основі яких визначаються рівні їх сформованості (низький, середній, достатній, високий).

ВИСНОВКИ

Узагальнення результатів наукового дослідження дає підстави зробити такі **висновки** та окреслити перспективи подальшої роботи:

1. На основі аналізу стану досліджуваної проблеми в педагогічній теорії і практиці медсестринської підготовки виникнення на різних етапах розвитку медсестринства основних його моделей доведено, що найбільш поширеною є модель основних життєвих потреб Вірджинії Хендерсон.

Вивчення нормативних документів, які регламентують поетапний план переходу України до організації первинної медико-санітарної допомоги на основі сімейної медицини засвідчує про недостатність медсестринських кадрів для роботи в сфері сімейної медицини закладів охорони здоров'я України та необхідність формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки.

Виокремлено основні наукові підходи реалізації підготовки медичної сестри сімейної медицини (системний, компетентісний, особистісний, діяльнісний, технологічний). На основі здійсненого категоріального аналізу базових понять дослідження представлено авторське тлумачення поняття „професійно-педагогічна компетентність медичної сестри сімейної медицини“, що розглядається як процес оволодіння знаннями, вміннями і навичками здійснювати просвітницьку діяльність серед населення. Формування досліджуваної компетентності є складним багатофункціональним інтегрованим процесом, спрямованим на усвідомлення студентами медсестринських відділень мотивів, потреб, інтересів, цінностей, що сприятимуть їх медсестринській діяльності, поєднання теоретичної та практичної професійної підготовки, введення в зміст навчання педагогічних знань, що забезпечить їх професійно-педагогічну компетентність.

2. Визначено структуру професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини, яка включає мотиваційно-аксіологічний (через цінності, мотиви, інтереси та потреби); когнітивний (базується на сукупності фахових та психолого-педагогічних знань); операційно-діяльнісний (реалізується через комплекс гностичних, проектувальних, конструктивних, організаторських,

комунікативних умінь); особистісний (через розвиток та становлення медичної сестри як особистості).

Охарактеризовано цінності, мотиви, інтереси та потреби майбутніх фахівців, які є пріоритетними у процесі майбутньої професійної діяльності. Визначено сукупність факторів та психолого-педагогічних знань, які характеризують професійно-педагогічну компетентність, а також комплекс відповідних умінь та особистісних якостей (емпатійність, чуйність, ввічливість, колегіальність, працьовитість, цілеспрямованість, відповідальність, спостережливість, дисциплінованість, толерантність, старанність тощо).

3. Теоретично обґрунтовано модель формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки, що дозволить підготувати на додипломному рівні фахівця, який відповідає ОКХ спеціаліста медсестринства для діяльності в сімейній медицині. Пропонована модель включає цільовий, концептуальний, мотиваційно-стимулюючий, змістовий, процесуальний, контрольний-оцінний та результативний блоки, комплексне застосування яких забезпечує ефективність її реалізації.

Визначено критерії (мотиваційний, ціннісний, знаннєвий, діяльнісний, рефлексивний), що розкриваються через показники і рівні сформованості професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки (низький, середній, достатній, високий). Доведено, що зазначені критерії становлять критеріальну систему оцінювання професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки.

4. Розроблено та експериментально перевірено технологію формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки, що складається мотиваційно-цільового, змістового, процесуального, контрольного-оцінного та результативного компонентів. Виокремлено три послідовні, взаємопов'язані етапи цього процесу: початковий, основний, завершальний; охарактеризовано їх особливості

Аналіз результатів формувального етапу експерименту засвідчив суттєві зміни

у розподілі студентів за рівнями сформованості професійно-педагогічної компетентності. Зокрема, збільшилась кількість студентів, які досягли достатнього рівня мотиваційно-аксіологічного компонента (з 16,7 % до 40,7 %), когнітивного компонента (з 15,6 % до 42,2 %), операційно-діяльнісного (з 20,1 % до 43,1 %). Зменшилася кількість студентів, що мали низький рівень мотиваційно-аксіологічного компонента (з 46,4 % до 7,8 %), когнітивного компонента (з 54,4 % до 6,3 %), операційно-діяльнісного (з 47,5 % до 7,9 %).

Результати експерименту підтвердили ефективність запропонованої авторської моделі й технології та доцільність їх використання у навчальному процесі вищих медичних навчальних закладах.

5. У процесі дослідження підготовлено методичні рекомендації для методистів та викладачів ВМНЗ „Формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки“ та розроблено навчально-методичний супровід до спеціального курсу „Педагогічні основи навчання пацієнта та його родини в сімейній медицині“, що сприятиме вдосконаленню навчально-методичного забезпечення навчального процесу та підвищенню рівня сформованості професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів досліджуваної проблеми. Подальшої наукової розробки потребує пошук шляхів удосконалення професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі післядипломної освіти; детальне вивчення, обмін та запозичення зарубіжного досвіду організації формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини.