

С. В. ГОРДИЙЧУК, Н. П. ЛЕОНЧЕНКО

**ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ТА УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД ПІДГОТОВКИ КАДРІВ  
ДЛЯ МЕДСЕСТРИНСТВА**

*У статті йдеться про необхідність та напрямки удосконалення якості медичної освіти в Україні згідно з європейськими стандартами, особливості реформування сестринської освіти в нашій країні. Розглянуто компоненти якісної підготовки сестринського персоналу.*

**Ключові слова:** медична освіта, сестринська справа, якість підготовки.

С. В. ГОРДИЙЧУК, Н. П. ЛЕОНЧЕНКО

**ЕВРОПЕЙСКИЙ И УКРАИНСКИЙ ОПЫТ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ДЛЯ  
МЕДСЕСТРИНСТВА**

*В статье проанализировано необходимость и направление усовершенствования качества медицинского образования в Украине в соответствии европейским стандартам, особенности реформирования сестринского образования сегодня в нашей стране. Рассмотрено компоненты качества подготовки сестринского персонала.*

**Ключевые слова:** медицинское образование, медсестринство, качество подготовки.

S. V. GORDIYCHUK, N. P. LEONCHENKO

**EUROPEAN AND UKRAINIAN EXPERIENCE OF TRAINING STAFF FOR  
NURSING**

*This article deals with the necessity and ways of improvement of medical education quality in Europe, peculiarities of nursing reforming education in Ukraine. It also covers the basic components of professional training of the nursing staff.*

**Keywords:** medical education, nursing, quality training.

Проблема якості медичної освіти активно вирішується європейською спільнотою упродовж останніх десятиліть. Необхідність та хід реформування системи медичної освіти України, її удосконалення і підвищення рівня якості є однією з найважливіших соціокультурних проблем на шляху до євроінтеграції. Україна стала учасником Болонського процесу. Інтеграція в світовий та Європейський освітній простір, безперечно, є велінням часу. Рух до Європейського освітнього простору передбачає блок змін, які стосуються і назв предметів, і методик викладання, і оцінки знань самих студентів. Однак тільки таким шляхом можливо досягнути мобільності студента і викладача в сучасному освітньому просторі [1, с. 9].

**Метою статті** є наукове обґрунтування необхідності та напрямків удосконалення якості медичної освіти в Україні до європейських стандартів, а також особливості реформування сестринської освіти в країні сьогодні.

Досягнення поставленої мети передбачає вирішення завдання провести порівняльний аналіз систем підготовки сестринських кадрів (медичних сестер, акушерок і фельдшерів) України з іншими країнами Європи.

У 60-х роках минулого століття було визнано, що кваліфікована медична допомога недоступна для 75% населення світу, передусім для малозабезпечених [4, с. 45]. Вирішення проблем охорони здоров'я міжнародна медична спільнота пов'язує з розвитком первинної медико-санітарної допомоги, яка визнає, що:

- для забезпечення позитивних змін у стані здоров'я населення немає необхідності використовувати висококваліфікованих медичних спеціалістів;
- проблему боротьби з більшістю захворювань можна вирішити силами добре підготовленого сестринського персоналу. Так, результати проведених у США досліджень

доводять, що 25–75% функціональних обов'язків лікарів, залежно від конкретної задачі, спроможні виконувати медичні сестри [3, с. 123];

- потрібно піклуватися не тільки і не стільки про хвору людину, скільки про всі аспекти здоров'я кожного пацієнта: фізичні, психологічні, соціальні і духовні;
- основним шляхом поліпшення здоров'я населення є формування здорового способу життя та сприяння здоров'ю людей;
- ризик захворювань можна визначити заздалегідь до проявів хвороби для ефективної їх профілактики;
- пацієнти повинні взяти на себе відповідальність за своє здоров'я та спосіб життя, можуть самостійно здійснювати профілактику багатьох хвороб; навчити їх цьому повинен сестринський персонал [4, с. 27].

Забезпечення постійного спостереження за пацієнтами протягом усього життя, висококваліфікованого загального, диференційованого чи інтенсивного догляду за хворими в умовах стаціонарної допомоги населенню, розвиток нових форм амбулаторної допомоги, забезпечення динамічного патронажного спостереження за пацієнтами вдома, проведення реабілітаційного та відновного лікування в спеціалізованих відділеннях чи відділеннях сестринського догляду – найважливіші функції медичних сестер, їх якісне виконання можливе лише за умови достатньої та адекватної підготовки сестринського персоналу усіх рівнів з використанням сучасних освітніх технологій [2, с. 86].

Реальні соціальні потреби у отриманні якісної медичної допомоги та доступі до охорони здоров'я вимагають змін у медичній освіті.

У країнах Європи пошук загальної основи базової підготовки медичних сестер почався в середині ХХ ст. У квітні 1968 р. Данія, Франція, Німеччина, Греція та Велика Британія підписали Європейську угоду про медсестринську освіту, яка встановила функціональні вимоги до медичних сестер загального профілю, умови вступу до сестринських шкіл, тривалість та зміст теоретичного та практичного навчання (не менше 4600 годин або 3 роки навчання). Генеральна конференція Міжнародної організації праці на 63-й сесії прийняла Конвенцію 149 та Рекомендації 157 «Про зайнятість, умови праці та життя сестринського персоналу», яка була ратифікована СРСР у 1979 р. У Конвенції ставилося завдання кожній країні-члену МОП виконувати необхідні заходи для організації професійної підготовки та освіти сестринських кадрів, яка б забезпечила здійснення їх функцій, необхідних для задоволення умов праці та життя, розвитку кар'єри. Рекомендації сприяли створенню раціональної структури сестринського персоналу, його класифікації на категорії залежно від рівня професійної освіти та складності виконуваних обов'язків. У багатьох країнах здійснюється багатоступенева підготовка медичних сестер, у тому числі медичних сестер з вищою освітою (академічним ступенем бакалавра, магістра, доктора наук) для виконання та організації складного догляду, управління сестринськими службами та охороною здоров'я, здійснення науково-педагогічної діяльності в галузі сестринської справи та охорони здоров'я.

У 1988 р. в Единбурзі (Шотландія) Світовою федерацією медичної освіти була проведена Всесвітня конференція з медичної освіти, результатом якої стала Единбурзька декларація [5, с. 17]. У цій декларації вперше за всю історію медицини та медичної школи було зазначено, що традиційна клініко-центрична модель медичної освіти не враховує належно культурно-цивілізаційні та соціально-екологічні аспекти і потреби людства у ХХІ ст. Фундаментальним недоліком клініко-центричних моделей медичної загальної та післядипломної освіти є фактична відмова від ознайомлення студентів з реальними потребами та інтересами населення, насамперед, його неплатоспроможної частини, яка складає переважну більшість населення країн світу. Единбурзькою декларацією визначено кроки реформування медичної освіти:

- мета професійного навчання – досягнення професійної компетентності;
- відбір абітурієнтів як за інтелектуальними, так і за іншими професійними властивостями;
- релевантне середовище для навчання;
- акценти на попередження захворювань та сприяння підтримці здоров'я;
- активна медична освіта протягом усього життя;

- підготовка викладачів медичних вузів не тільки як фахівців, а і як педагогів та освітян;
- інтеграція науки та клінічної практики;
- зв'язок медичної освіти з потребами практичної охорони здоров'я;
- кооперація між працівниками системи охорони здоров'я – мультипрофесійна освіта;
- постійне професійне післядипломне навчання протягом життя [6, с. 481].

Нині медична освіта, як і раніше, активно критикується за те, що недостатньо відповідає соціальним потребам, недостатньо активно залучається до євроінтеграційних процесів. ВООЗ визнано, що побудова більшості сучасних навчальних планів не базується на реальних існуючих проблемах системи охорони здоров'я та пацієнтів. Студенти навчаються переважно в лікарняних умовах, які демонструють надто деформований (порівняно із реальністю) комплекс складних проблем, що не репрезентують майбутню амбулаторну практику або рівень первинної охорони здоров'я.

З метою підвищення якості та ефективності вищої медичної освіти Європейський Союз прийняв у 1993 р. рекомендації щодо додипломної медичної освіти. Ці рекомендації підтримані директивою 93/16, прийнятою Радою ЄС:

- первинною метою програми додипломного навчання є забезпечення формування відповідних знань, навичок, ставлень та етичних цінностей;
- навчальний план має складатися з двох ключових частин – базових та клінічних наук, які можуть бути інтегровані між собою;
- базові науки мають бути медично-орієнтованими, більш практичними та пристосованими до потреб клінічної підготовки;
- навчальні плани та програми не повинні бути перевантаженими;
- має бути здійснено перехід від пасивного викладання до активного навчання. ;
- базова і варіативна частини навчального плану мають регулярно переглядатись;
- має стимулюватися участь студентів у оцінюванні навчального плану та програм підготовки;
- рекомендованим є клінічне викладання позагоспітальними та палатними умовами;
- медична освіта має фокусуватися на студентах, а не на дисциплінах;
- має приділятися увага навчанню методам пошуку, формулювання та розв'язання конкретних фундаментальних і особливо клінічних проблем, базуючись на мультидисциплінарному підході;
- необхідним є створення Європейського медичного випускного іспиту та системи управління якістю освіти.

Вища медична освіта є вищою професійною освітою, тому її функціонування та тенденції розвитку не можна розглядати у відриві від європейського та світового контексту розвитку вищої освіти.

Сьогодні Європа прагне до створення такої системи освіти, яка б відповідала потребам не окремих європейських країн, а усього Європейського регіону, створювала б найкращі можливості для самовираження студентів і суспільства. Євроінтеграційний процес передбачає об'єднання національних систем освіти і науки в Європейський простір з єдиними вимогами, критеріями і стандартами [1, с. 120].

Піввіковий процес європейської співдружності та європейської вищої школи у напрямку інтеграції та створення єдиного конкурентоспроможного середовища сформувався з прийняттям Болонської декларації. Хотілося б зауважити, що Болонський процес регулює вищу, тобто академічну освіту (починаючи з бакалаврату), а не професійну підготовку. Інша справа, що сучасний рівень розвитку суспільства вимагає від більшості фахівців, у тому числі і медичних, високого наукового рівня підготовки (академічної освіти).

У процесі зближення правових норм в країнах ЄС була прийнята так звана система ECTS (European Credit Transfer System ) з метою об'єднання освітніх програм всередині ЄС. Система ECTS допомагає навчальним закладам поліпшити співпрацю між собою та сприяє створенню найкращих умов для навчання, гарантує студентам визначення навчання закордоном і дозволяє внутрішньовузівську, внутрішньодержавну та міжнародну мобільність студентів.

Основними позитивними факторами кредитної системи є:

- широкий діапазон вибору для формування індивідуального навчального плану, гармонійність у виборі темпу та форми навчання;
- можлива мобільність студентів між факультетами, вузами, регіонами чи закордоном;
- можливість підготувати собі «мозаїку» навчання на різних факультетах;
- більша гнучкість, яка дозволяє полегшити навчання між різними обраними спеціальностями;
- зближення з освітніми закладами, котрі прийняли систему ECTS;
- центральна комп'ютерна підготовка розкладу всередині навчального закладу;
- кращі умови для розвитку широкого використання електронних технологій, мультимедійних програм та дистанційного навчання.

Недоліки кредитної системи, що визнані науково-педагогічними фахівцями країна ЄС:

- великі витрати на адміністрацію (опрацювання документації, складання розкладів, інформаційна мережа на робочих місцях тощо);
- необхідність існування бібліотек і читальних залів у кожному вузі та клініці;
- забезпечення доступу до великої кількості навчальної літератури;
- у викладача є можливість працювати лише з невеликою кількістю студентів, щоб можна було приділити їм більше уваги;
- не зважаючи на стабільний робочий план, викладач повинен використовувати якомога більше часу на студентів;
- студент може постаратися і вибрати найлегший шлях для отримання кредитів;
- у студентів існує можливість продовжити перебування на факультеті.

Метою модернізації вищої медичної освіти в Україні є приведення її до потреб системи охорони здоров'я, суспільства і пацієнтів, підвищення якості підготовки медичних кадрів, а також її гармонізація відповідно до вимог європейської освіти (ефективність, ступеневість, безперервність, навчання впродовж усього життя, конкурентно-спроможність).

Принципова різниця систем підготовки сестринських кадрів (медичних сестер, акушерок і фельдшерів) України з іншими країнами полягає в наступному.

1. У країнах євроатлантичного регіону відсутній освітньо-кваліфікаційний рівень вищої сестринської освіти, еквівалентний вітчизняному рівню «молодший спеціаліст». Одночасно здійснюється ступенева професійна підготовка медичних сестер (наприклад, помічників медичних сестер, ліцензованих, зареєстрованих медичних сестер), які не мають вищої освіти.

2. У країнах Європи, крім України та країн СНД, а також в інших економічно розвинених країнах світу, не існує кваліфікації «фельдшер» із спеціальності «медико-профілактична справа» та «лікувальна справа»; спеціальності «лікувальна справа» відповідає кваліфікація «лікар». Загалом в Україні є надлишкова і недостатньо збалансована з потребами суспільства та ринку праці кількість спеціальностей, за якими готують фахівців з вищою освітою. У кращих же світових системах вищої освіти їх удвічі менше і вони більш універсальні.

3. У більшості країн світу підготовка акушерок не здійснюється на додипломному рівні, а є спеціалізацією медичної сестри на післядипломному рівні або напрямом клінічної підготовки медсестри на рівні бакалаврату.

4. Три-чотирирічний термін підготовки медичних сестер є мінімальним в більшості європейських країн, тоді як в Україні трирічний термін впроваджено лише з 2006 р.

5. У більшості країн Європи, в США та Канаді викладачами медсестринських шкіл, коледжів і сестринських факультетів медичних університетів є медичні сестри з академічним ступенем медсестринської освіти (магістри та доктори наук, а в сестринських школах – і бакалаври). В Україні лише в Житомирському інституті медсестринства з 2008 р. проводиться набір студентів на навчання за дворічною програмою підготовки на здобуття звання магістра наук з медсестринства.

6. В економічно розвинених країнах світу підготовка медичних сестер здійснюється винятково на базі повної середньої освіти (переважно 12-річна освіта); в Україні абітурієнт може мати базову середню освіту (9 класів загальноосвітньої школи).

7. Зміст сестринської освіти, як і раніше, формується переважно емпіричним шляхом на основі стереотипного медичного (лікарського) уявлення про сестринську діяльність.

Якість підготовки сестринських кадрів залежить від багатьох компонентів: маркетингової діяльності закладу освіти, у тому числі сучасних форм профорієнтаційної роботи з молоддю, застосування сучасних методик відбору абітурієнтів для навчання, мотивації студентів у пізнавальній діяльності, соціального статусу сестринської професії у суспільстві, рівня соціального захисту студентів, сучасності і актуальності запропонованих навчальних планів та програм підготовки, наявності чітких, конкретних і зрозумілих стандартів освіти, діагностики рівня знань, умінь і навичок студентів, а також рівня компетентності випускників, застосування активних і розвивальних методів та інноваційних технологій навчання, наявності і рівня підручників, організації роботи бібліотек, якості науково-методичного забезпечення навчального процесу, матеріально-технічного забезпечення аудиторій, кабінетів доклінічної практики та лабораторій, рівня інформатизації навчального процесу, демократизації, гуманізації, індивідуалізації та диференціації навчального процесу, забезпеченості клінічними базами практичного навчання, наявності та стану власних клінік, забезпеченості та рівня кваліфікації науково-педагогічних кадрів, рівня наукової роботи педагогічних кадрів, мотивації викладачів, наявності ефективної системи контролю організації навчання, кваліфікованого та ефективного управління медичним ВНЗ, відповідності системи освіти вимогам світового освітянського простору, моніторингу використання сестринського персоналу та інших [7, с. 16].

Про позитивні зрушення у реформуванні медсестринства свідчать наслідки роботи Всеукраїнського конгресу «Розвиток медсестринської справи в Україні», який відбувся у жовтні 2007 р. на базі Буковинського державного медичного університету, підписання наказу МОЗ України від 2 листопада 2007 р. № 688 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2000 № 33» і введення посади заступника головного лікаря з медсестринства, затвердження функціональні обов'язки для займаної посади. З метою удосконалення системи безперервного навчання середнього медичного персоналу, покращення надання медичної допомоги населенню України створено і затверджено наказом МОЗ України від 7 травня 2007 р. № 229 «Положення про медичну сестру-координатора лікувально-профілактичного закладу».

Фундаментальним кроком у розвитку медсестринства в Україні є запровадження фахівців – магістрів зі спеціальності «Сестринська справа» (наказ МОН України від 26 листопада 2007 р. № 1033 «Про затвердження Змін до Переліку напрямів та спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за відповідними освітньо-кваліфікаційними рівнями»), адже центральною фігурою в процесі підготовки молодших медичних спеціалістів в Україні, як це є у США, Канаді і більшості країн Європи, повинна бути медична сестра з високим рівнем сестринської освіти, тобто магістр. Крім того, отримання ступеню магістра передбачає провадження наукової роботи, отримання наукових ступенів і вчених звань. Якщо розглядати сестринську справу як самостійну спеціальність, а медичну сестру – не як додаток до лікаря, а професіонала з чітко окресленими функціями, то медсестрам належить розвивати наукову думку в своїй галузі знань, створювати науково-методичну базу своєї професії, робити наукові відкриття в догляді за хворими, розбудовувати сестринську науку, створювати новітні технології навчання медичних сестер, провадити підготовку фахівців.

Вважаємо, що для підвищення якості та наближення медичної освіти до європейського рівня необхідно здійснити певні заходи.

1. Створити систему підготовки науково-педагогічних кадрів з медсестринства (в аспірантурі та докторантурі).

2. Розробити і запровадити навчальні плани і програми підготовки медичних сестер (клінічних напрямів) на основі сестринських моделей допомоги населенню. Переорієнтувати навчальні програми дисциплін із вторинного (переважно стаціонарного) на первинний рівень медико-соціальної допомоги. Здійснювати моніторинг навчальних програм.

3. У кожному медичному вузі розробити систему управління якістю освіти. Здійснювати моніторинг професійної компетентності педагогічних працівників.

4. Забезпечити навчальний процес необхідними кадровими, матеріально-технічними й інформаційними ресурсами, активно впроваджувати сучасні інформаційні та інноваційні освітні технології.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Журавський В. С. Болонський процес: головні принципи входження в Європейський простір вищої освіти / Журавський В. С., Згуровський М. З. – К.: Політехніка, 2003. – 200 с.
2. Задворная О. Л. Непрерывное последипломное образование тледицинских сестер (состояние и перспективы: дисс. ... канд. мед. наук / О. Л. Задворная. – М., 1995. – 184 с.
3. Фигейрас Ж. Реформа больниц в новой Европе; пер. с англ. / Фигейрас Ж., Макки М., Моссиалос Э. – М.: Весь мир, 2002. – 320 с.
4. Salvage J. Развитие сестринского дела // Региональные публикации ВООЗ. Европейская серия. – 1995. – № 48. – 162 с.
5. World Federation for Medical Education. World Conference on Medical Education Report. – Edinburgh, Scotland, 1988.
6. World Federation for Medical Education. The Edinburgh declaration. «Medical education». 1988. – P. 481–482.
7. Новосьолова Н. Ф. Проблема якості медичної освіти у Європейському освітньому просторі // Медсестринство. – 2007. – № 1. – С. 16–20.