

ІСТОРИЧНІ ОСНОВИ НАВЧАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. ОГЛЯД ЕВОЛЮЦІЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ: НА ПРИКЛАДІ РЕФОРМУВАННЯ МЕДСЕСТРИНСТВА У СПОЛУЧЕНИХ ШТАТАХ АМЕРИКИ

О. І. Пилипишин¹, С. В. Бондаренко¹, К. М. Мельникова¹, М. О. Сопіга²

¹Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

²Національний університет біоресурсів і природокористування України, Київ

Вступ. Навчання в галузі охорони здоров'я сьогодні – як навчання пацієнтів, так і навчання медсестер/студентів – є темою, яка надзвичайно цікавить медсестер у будь-якому місці, де вони працюють. Навчання – важливий аспект професійної діяльності медсестер, це стосується навчання пацієнтів та членів їх сімей, колег або студентів-медсестер. Сучасні тенденції в охороні здоров'я вимагають, щоб пацієнти були готові взяти на себе відповідальність за самообслуговування, а медсестри на робочому місці відповідали за надання безпечної та високоякісної медичної допомоги.

Мета роботи – пролити світло на історичну еволюцію навчання пацієнтів у сфері охорони здоров'я та роль медсестри як наставника, запропонувати погляд на сучасні тенденції в охороні здоров'я, які роблять навчання пацієнтів дуже помітною і необхідною функцією з надання медсестринського догляду, показати значущість безперервної освіти, необхідної для забезпечення безперервної практичної компетентності медсестринського персоналу, окреслити широкі цілі та переваги процесу викладання – навчання, сфокусувати увагу на філософії партнерства медсестра – пацієнт у викладанні й навчанні.

Основна частина. Медсестер можна вважати інформаційними посередниками – наставниками, які можуть суттєво змінити те, як пацієнти і члени їх сімей справляються зі своїми хворобами й інвалідністю, яку користь отримує громадськість від освіти, спрямованої на профілактику захворювань та зміцнення здоров'я, як медсестри і студенти набувають компетентності й упевненості на практиці через освітню діяльність, спрямовану на безперервне навчання впродовж життя. Оскільки Сполучені Штати Америки є лідерами ХХІ ст. у цій галузі, перед педагогами-медсестрами постає багато викликів і можливостей у наданні медичної допомоги. Викладацька роль стає ще важливішою і помітнішою, оскільки медсестри реагують на соціальні, економічні та політичні тенденції, що впливають на охорону здоров'я сьогодні. Головне завдання для медсестер полягає в тому, щоб продемонструвати шляхом досліджень і дій, що існують певні зв'язки між освітою та позитивними поведінковими результатами учня. У ситуації економії державних коштів, державних постанов і реформи системи охорони здоров'я переваги навчання клієнтів, персоналу та студентів мають бути зрозумілі громадськості, роботодавцям у сфері охорони здоров'я, постачальникам медичних послуг і платникам медичних послуг. Щоб бути ефективними і результативними, медсестри повинні мати бажання та здатність співпрацювати з метою надання незмінно високоякісної освіти аудиторії, яку вони обслуговують. Медсестри можуть продемонструвати відповідальність за надання медичної допомоги споживачеві, зокрема, через освіту, основану на твердих принципах викладання та навчання. Ключем до ефективного навчання громадян є розуміння медсестрою ролі популяризатора здорового способу життя та постійна відданість професії.

Висновки. Отже, результат дослідження порівнює процес навчання з процесом догляду; визначає бар'єри для навчання та перешкоди для нього; висвітлює статус досліджень у галузі навчання пацієнтів, а також у навчанні медперсоналу і студентів; зосереджує увагу на загальній ролі медсестри у викладанні та навчанні, незалежно від того, хто може бути аудиторією. Медсестри повинні мати базові передумови розуміння принципів і процесів викладання та навчання, щоб ефективно і результативно виконувати свої професійні обов'язки.

Ключові слова: медсестри; навчання; популяризатор; наставник; професійні обов'язки.

HISTORICAL FOUNDATIONS OF EDUCATION IN THE FIELD OF HEALTH PROTECTION. OVERVIEW OF THE EVOLUTION OF NURSING EDUCATION: USING NURSING REFORM AS AN EXAMPLE IN THE USA

O. I. Pylypyshyn¹, S. V. Bondarenko¹, K. M. Melnikova¹, M. O. Sopiha²

¹*I. Horbachevsky Ternopil National Medical University*

²*National University of Life and Environmental Sciences of Ukraine, Kyiv*

Introduction. Healthcare education today – both patient education and nurse/student education – is a topic of tremendous interest to nurses wherever they work. Teaching is an important aspect of nursing, whether it is teaching patients and their families, colleagues or nursing students. Current trends in health care require patients to be willing to take responsibility for self-care, and nurses in the workplace to be responsible for providing safe and high-quality health care.

The aim of the study – to shed light on the historical evolution of patient education in health care and the role of the nurse as an educator and mentor. To offer a perspective on current trends in health care that make patient education a highly visible and necessary function of nursing care. To demonstrate the importance of continuing education necessary to ensure continuous practical competence of the nursing staff. Outline the broad goals and advantages of the teaching-learning process. Focus attention on the philosophy of nurse-patient partnership in teaching and learning.

The main part. Nurses can be considered information mediators-educators-mentors, who can make a difference in how patients and families manage their illnesses and disabilities, how the public benefits from the disease prevention and health promotion education, and how nurses and students acquire competence and confidence in practice through educational activities aimed at continuous lifelong learning. With the United States as a 21st century leader in this field, nurse educators face many challenges and opportunities in health care delivery. The teaching role becomes even more important and visible as nurses respond to the social, economic, and political trends affecting health care today. A major challenge for nurses is to demonstrate through research and action that there are definite relationships between education and positive student behavioral outcomes. In a situation of public spending, government regulations, and health care reform, the benefits of client, staff, and student education must be clear to the public, health care employers, health care providers, and health care payers. To be effective and efficient, nurses must have the willingness and ability to collaborate to provide consistently high-quality education to the audiences they serve. Nurses can demonstrate responsibility for providing health care to the consumer, particularly through education based on strong teaching and learning principles. The key to effective teaching of diverse audiences is a nurse's understanding of the role of educator as a popularizer of the healthy lifestyle and continued commitment to the profession.

Conclusions. Therefore, the research result compares the learning process with the care process; identifies barriers to learning and obstacles to learning; and highlights the status of research in patient education, as well as in the education of medical staff and students. It also focuses on the nurse's overall role in teaching and learning, regardless of who the audience may be. Nurses must have a basic understanding of the principles and processes of teaching and learning in order to perform their professional duties effectively and efficiently.

Key words: nurses; education; popularizer; mentors; professional duties.

Вступ. Головну увагу в сучасній медичній допомозі зосереджено на результатах, що демонструють ступінь, в якому пацієнти та близькі їм люди набули основних знань і навичок для самостійного догляду, або якою мірою медсестри та студенти-медсестри отримали сучасні знання і навички, необхідні для того, щоб компетентно та впевнено надавати медичну допомогу споживачеві за різноманітних умов [1, 2].

За словами F. Friberg та його колег, навчання пацієнтів є проблемою в медсестринській практиці, й вона і надалі існуватиме в середовищі охорони здоров'я. Оскільки в системі охорони здоров'я відбувається так багато змін, медсестри все частіше

опиняються в складних, постійно змінюваних і дуже складних умовах. Медсестри в ролі наставників повинні мати та розуміти як фундаментальні, так і сучасні знання, які впливали та продовжують впливати на їх обов'язки на практиці [3].

Мета роботи – пролити світло на історичну еволюцію навчання пацієнтів у сфері охорони здоров'я та роль медсестри як наставника, запропонувати погляд на сучасні тенденції в охороні здоров'я, які роблять навчання пацієнтів дуже помітною і необхідною функцією з надання медсестринського догляду, показати значущість безперервної освіти, необхідної для забезпечення безперервної практичної компетентності медсестринського персоналу, окреслити

широкі цілі та переваги процесу викладання – навчання, сфокусувати увагу на філософії партнерства медсестра – пацієнт у викладанні й навчанні.

Основна частина. Навчання пацієнтів було частиною охорони здоров'я відтоді, як перший цілитель дав першому пацієнту поради щодо лікування його хвороб. Хоча терміна «навчання пацієнтів» конкретно не використовували, перші цілителі докладали значних зусиль інформувати, заохочувати та застерігати їх щодо дотримання відповідних гігієнічних і терапевтичних заходів ще в доісторичні часи. Оскільки ці перші цілителі – лікарі, травники, акушерки і шамани – не мали багатьох ефективних діагностичних та лікувальних засобів, імовірно, освіта насправді була одним із найпоширеніших засобів [4].

Е. Е. Bartlett вважає, що від середини 1800-х років до початку ХХ ст. – це період становлення і розвитку організованої системи охорони здоров'я [4]. Поява медсестер та інших медичних професій, технологічний розвиток, наголос на стосунках між пацієнтом і медичними працівниками, поширення туберкульозу та інших інфекційних захворювань, а також зростання інтересу до добробуту матерів і дітей – усе це вплинуло на освітній рівень пацієнтів [5].

У сестринській справі Флоренс Найтінгейл стала рішучим прихильником освітніх обов'язків дільничних медсестер та написала книгу «Навчання здоров'ю в містах і селах», виступала за шкільне навчання правил здоров'я, а також навчання збереження здоров'я вдома [6].

Перші чотири десятиліття ХХ ст. – другий етап розвитку організованої системи охорони здоров'я. На підтримку здоров'я матері та дитини в Сполучених Штатах Америки в 1908 р. у Нью-Йорку було створено відділ дитячої гігієни. Під егідою цієї організації медсестри громадського здоров'я навчали матерів новонароджених у Нижньому Іст-Сайді, як зберегти здоров'я своїх немовлят. Діагностичні інструменти, наукові відкриття, нові вакцини й антибіотики, а також ефективні методи хірургії та лікування привели до появи освітніх програм із санітарії, імунізації, профілактики і лікування інфекційних захворювань, а також до зростання системи громадського здоров'я. Національна ліга медсестринської освіти (NLNE) визнала, що медсестри громадського здоров'я мають важливе значення для добробуту громад, а навчання, яке вони забезпечують окремим особам, сім'ям та групам, вважають «попередником сучасної освіти пацієнтів і здоров'я» [5].

Третій етап розвитку організованої системи охорони здоров'я розпочався після Другої світової війни. Це був час значних наукових досягнень і глибоких змін у системі надання медичної допомоги [5].

Від кінця 1940-х до 1950-х років навчання пацієнтів продовжувало бути частиною клінічних зустрічей, але часто затьмарювалось дедалі більшою технологічною орієнтацією охорони здоров'я [4].

Перші згадки в літературі про навчання пацієнтів почали з'являтися на початку 1950-х років. У 1953 р. в госпіталі Управління у справах ветеранів (VA) випустили технічний бюлетень під назвою «Навчання пацієнтів і лікарняна програма». У ньому було визначено характер та обсяг навчання пацієнтів і надано рекомендації всім лікарняним службам, залученим до навчання пацієнтів [7].

У 1960-х і 1970-х роках навчання пацієнтів почали розглядати як конкретне завдання, при цьому наголос робили на навчанні окремих пацієнтів, а не на забезпеченні загальної медичної освіти. Події того часу, такі, як рух за громадянські права, жіночий рух, рух споживачів і самодопомоги, вплинули на навчання пацієнтів [8].

У 1960-х роках добровільні агенції та Служба громадської охорони здоров'я США фінансували кілька проєктів з навчання пацієнтів і членів їх сімей, пов'язаних із застійною серцевою недостатністю, інсультом, раком та діалізом нирок, а лікарні в різних штатах брали участь у різноманітних освітніх програмах і проєктах. До середини 1960-х років пацієнтів було визнано споживачами медичних послуг, і суспільство прийняло новий погляд на те, що охорона здоров'я є правом, а не привілеєм для всіх американців. У 1965 р. Конгрес США прийняв розділи XVIII і XIX Закону про соціальне забезпечення, які створили, відповідно, плани Medicare та Medicaid щодо надання медичної допомоги малозабезпеченим особам, людям похилого віку та людям з вадами здоров'я [5].

Занепокоєна тим, що навчання пацієнтів проходили лише час від часу і що вони не отримували регулярно інформації, яка дозволила б їм брати участь у власному лікуванні, Американська асоціація громадської охорони здоров'я сформувала в 1968 р. міждисциплінарний комітет з освітніх завдань при хронічних захворюваннях, який рекомендував більш формальний підхід до навчання пацієнтів.

Однією із семи основних передумов комітету був освітній припис, який базувався на індивідуальних

потребах пацієнта і який став частиною його історії. Ця рекомендація є однією з найперших згадок про документування навчання пацієнтів [7]. Комітет, зрештою, розробив модель, яка визначила освітні процеси, необхідні для навчання пацієнтів і членів їх сімей, які міг використовувати будь-який член медичної бригади при будь-якій хворобі.

У 1971 р. відбулися дві важливі події: перша – поява публікації Міністерства охорони здоров'я, освіти та соціального забезпечення США під назвою «Потреба у навчанні пацієнтів», в якій наголошувалося на концепції навчання пацієнтів, що надавала інформацію про захворювання і лікування, а також навчала їх, як залишатися здоровими, друга – президент Річард Ніксон опублікував послання до Конгресу, використовуючи термін «санітарна освіта» [7].

Пізніше Ніксон призначив Президентський комітет із медичної освіти, який рекомендував лікарням пропонувати медичну освіту сім'ям пацієнтів [9].

Хоча терміни «медична освіта» і «навчання пацієнтів» використовували як синоніми, ця рекомендація мала великий вплив на майбутнє навчання пацієнтів, оскільки координаційний центр медичної освіти було створено в тодішньому Департаменті охорони здоров'я, освіти та соціального забезпечення [7].

З огляду на рекомендації цього комітету, Американська асоціація лікарень створила спеціальний комітет з медичної освіти [7]. Комітет припустив, що лікарні та інші заклади охорони здоров'я повинні забезпечити освітні програми для пацієнтів і що всіх медичних працівників необхідно залучити до їх навчання. Крім того, система охорони здоров'я почала приділяти більше уваги правам пацієнтів і захисту, включаючи інформовану згоду [10].

Також на початку 1970-х років навчання пацієнтів мало свій параграф у Законі про права пацієнта, затвердженому в 1972 р. та офіційно опублікованому в 1973 р. У цьому документі описано права пацієнтів на отримання актуальної інформації про їх діагноз, лікування та прогноз у зрозумілій формі, а також інформації, яка дає їм змогу приймати обґрунтовані рішення щодо свого медичного обслуговування. Закон про права пацієнта також гарантував його право на повноцінне персональне лікування. Прийняття цього нормативного акта сприяло додатковому розвитку концепції навчання пацієнтів, що посилювало концепцію як «права пацієнта», а також розглядало її як обов'язок і юридичну відповідальність медич-

них працівників. Крім того, навчання пацієнтів було визнано умовою високоякісної медичної допомоги та чинником, який може вплинути на ефективність системи охорони здоров'я [7]. Крім того, протягом 1970-х років страхові компанії почали займатися проблемами навчання пацієнтів, оскільки бачили, як воно може позитивно вплинути на витрати в системі охорони здоров'я [4].

Подальше вдосконалення закону та підтвердження права пацієнтів на високоякісну медичну допомогу можна побачити у виданні Посібника з акредитації лікарень 1976 р., який опублікувала Об'єднана комісія з акредитації організацій охорони здоров'я, тепер відома як Об'єднана комісія. Цей посібник розширив сферу навчання пацієнтів, включивши як амбулаторні, так і стаціонарні послуги, в ньому зазначено, що необхідно встановити критерії для навчання пацієнтів. Пацієнти мали б отримувати інформацію про свою медичну проблему, прогноз лікування, а також необхідно було надавати докази того, що вони зрозуміли надану їм інформацію.

У 1980-х і 1990-х роках національні програми медико-санітарної освіти знову стали популярними, оскільки тенденції охорони здоров'я були зосереджені на профілактиці захворювань та зміцненні здоров'я. Ця еволюція стала логічною відповіддю на зусилля зі стримування витрат, які відбувалися в охороні здоров'я в той час [5].

Визнаючи важливість навчання пацієнтів медсестрами, Спільна комісія (раніше – Спільна комісія з акредитації організацій охорони здоров'я) встановила стандарти медсестринства для навчання пацієнтів ще в 1993 р. Вони описують тип і рівень догляду, лікування та послуги, які агентства або організації повинні надавати для отримання акредитації. Необхідні стандарти акредитації спонукали керівників медсестринських служб наголошувати на освітніх заходах клінічного персоналу з метою покращення медсестринського догляду та досягнення очікуваних результатів у клієнтів [11].

Ці стандарти вимагали від медсестер досягнення позитивних результатів догляду за пацієнтами шляхом навчання, яке повинно орієнтуватись на пацієнта і членів його сім'ї. Спільна комісія з акредитації організацій охорони здоров'я розширила свої очікування, включивши міждисциплінарний командний підхід до навчання пацієнтів, а також докази того, що пацієнти та їх близькі беруть участь у лікуванні й прийнятті рішень і розуміють те, чого їх навчили. Ця

вимога означає, що всі постачальники медичних послуг повинні враховувати рівень грамотності, освіти, мовні навички та культуру кожного клієнта під час процесу навчання [11].

У середині 1990-х років комісія Pew Health Professions [12] під впливом драматичних змін, що відбулись у системі охорони здоров'я, опублікувала великий набір компетенцій, які, на її думку, позначають успіх медичних професій у XXI ст. Невдовзі після цього вона видала четвертий звіт як продовження професійної практики охорони здоров'я у новому тисячолітті [13]. У ньому було запропоновано рекомендації, що стосуються масштабів і навчання всіх груп медичних працівників, а також новий набір компетенцій для XXI ст. Багато компетенцій стосуються викладацької ролі медичних працівників, у тому числі медсестер. Ці компетенції для практики охорони здоров'я включають необхідність усіх медичних працівників:

- приймати особисту етику соціальної відповідальності та служіння;
- надавати клінічно компетентну допомогу, ґрунтовану на доказах;
- включати численні детермінанти здоров'я в клінічну допомогу;
- практикувати профілактичну медичну допомогу;
- покращити доступ до медичної допомоги тих, хто її потребує;
- виявляти турботу, зосереджену на стосунках, про окремих осіб та членів їх сімей;
- забезпечувати суспільству допомогу з урахуванням культурних особливостей;
- використовувати комунікаційні та інформаційні технології ефективно і належним чином;
- учитися та допомагати іншим учитися.

У XXI ст., зокрема у 2006 р., Інститут покращення охорони здоров'я оголосив кампанію під назвою «5 мільйонів життів». Її мета полягала в зменшенні 15 мільйонів випадків медичної недбалості, які відбуваються в лікарнях США щороку. Така амбітна кампанія мала серйозні наслідки для навчання пацієнтів та членів їх сімей, а також викладачів і студентів у ЗВО способів покращення медичної допомоги, щоб знизити кількість травм, врятувати життя та зменшити витрати на медичне обслуговування [14].

Іншою ініціативою було створення Альянсу Саллівана, що займався працевлаштуванням та навчанням медичних працівників, у тому числі медсестер, для надання культурно-компетентної допомоги на-

селенню, яке вони обслуговують. Ефективна медична допомога і медична освіта пацієнтів та членів їх сімей залежать від міцної наукової бази і культурної обізнаності в суспільстві, яке стає дедалі різноманітнішим. Мета цієї організації полягає в тому, щоб збільшити расову та культурну суміш викладачів, студентів і персоналу охорони здоров'я, які вчасно та уважно реагують на потреби пацієнтів/клієнтів різного походження [15].

Крім того, вслід за національною програмою «Здорові люди 2000» програма «Здорові люди 2010» спиралась на попередні ініціативи та забезпечила розширену просвітницьку діяльність для профілактики здорового способу життя серед населення. Конкретні цілі та завдання включали розробку ефективних програм медико-санітарної освіти, щоб допомогти людям розпізнавати і змінювати ризиковану поведінку, приймати або підтримувати здорову практику та належним чином використовувати доступні послуги для охорони здоров'я.

Остання ініціатива урядової програми «Здорові люди 2020» стала широкомасштабним процесом оцінювання здоров'язбереження громадян. Усі 40 тематичних пунктів програми спрямовані на: досягнення високої якості й тривалості життя; досягнення рівності в охороні здоров'я та усунення диспропорцій; створення соціального і фізичного середовища, яке сприятиме зміцненню здоров'я всіх; сприяння покращенню якості життя, здоровому розвитку та поведінці протягом усього життя [16].

Навчання пацієнтів є фундаментальним компонентом цих далекосяжних національних ініціатив. Міністерство охорони здоров'я та соціальних служб створює консультативний комітет на основі останніх наукових даних для розробки і реалізації рекомендацій щодо національних цілей зміцнення здоров'я та профілактики захворювань для майбутнього проєкту «Здорові люди 2030» [17].

Таким чином, з 1980-х років роль медсестри як пропагандиста здорового способу життя зазнала зміни парадигми, еволюціонує від підходу, орієнтованого на хворобу, до підходу, більш орієнтованого на профілактику. Іншими словами, основну увагу приділяють навчанням для зміцнення та підтримки здоров'я. Навчання, яке колись проводили як частину планування виписування наприкінці госпіталізації, розширилось і стало частиною комплексного плану догляду, який відбувається впродовж усього процесу надання медичної допомоги.

Цей перехід до добробуту передбачає прогрес «від навчання пацієнтів, орієнтованого на захворювання, до навчання пацієнтів, орієнтованого на профілактику», щоб зрештою стати навчанням пацієнтів, орієнтованим на здоров'я. Замість традиційної мети простої передачі інформації наголос тепер роблять на тому, щоб дати пацієнтам можливість якомога повніше використовувати свій потенціал, здібності та ресурси [18].

Разом із підтримкою розширення прав та можливостей пацієнтів медсестри повинні пам'ятати про те, щоб продовжувати захищати «голос пацієнта» і терапевтичні стосунки під час навчання пацієнтів на тлі постійного зростання очікувань щодо продуктивності та часових обмежень.

Відтак згадаємо про соціальні, економічні та політичні тенденції, що впливають на охорону здоров'я.

На додаток до професійних і правових стандартів, які висунули різні організації та установи, багато соціальних, економічних і політичних тенденцій, що впливають на здоров'я населення, зосередили увагу на ролі медсестри як наставника і важливості навчання пацієнтів/клієнтів, персоналу та студентів. Нижче наведено деякі важливі чинники, що впливають на медсестринську практику, зокрема, і на практику охорони здоров'я в цілому.

Досягнення пріоритетів урядової програми «Здорові люди 2020», в якій викладено цілі та завдання у сфері охорони здоров'я на наступне десятиліття, дозволить різко скоротити витрати на охорону здоров'я, запобігти передчасному виникненню хвороб та інвалідності, а також допоможе всім вести більш здорове і продуктивне життя. Серед основних причин захворюваності та смертності є ті хвороби, які сьогодні визнано як такі, що пов'язані зі способом життя і яким можна запобігти за допомогою освітнього втручання. Медсестри як найчисленніша група медичних працівників відіграють важливу роль у досягненні реальних змін, навчаючи пацієнтів вести і підтримувати здоровий спосіб життя.

Інститут медицини розробив рекомендації, спрямовані на підвищення ролі медсестер у наданні медичної допомоги. Це передбачає, що вони повинні працювати в повному обсязі своєї освіти та сфери діяльності. Навчання пацієнтів та членів їх сімей є ключовим компонентом ролі медсестер.

У 2010 р. Конгрес США прийняв Закон про доступну медичну допомогу – комплексний закон про реформування системи охорони здоров'я. Він покли-

каний забезпечити економічно ефективно, доступне, справедливе, високоякісне медичне обслуговування для всіх американців з метою поліпшення стану їх здоров'я. Загальна доступність медичної допомоги має потенціал для трансформації системи охорони здоров'я, і медсестри відіграватимуть важливу роль у задоволенні потреб і розв'язанні складних проблем цієї популяції пацієнтів, яка збільшується.

Зростання керованої медичної допомоги призвело до змін у відшкодуванні витрат на медичні послуги. Більший акцент роблять на кінцевих результатах, багато з яких можуть бути досягнуті насамперед через медичну освіту пацієнтів/клієнтів.

Медичні працівники визнають економічну та соціальну цінність роботи з громадами, школами і пацієнтами на місцях, тобто скрізь, де працюють медсестри, з метою проведення просвітницької роботи для профілактики захворювань та зміцнення здоров'я населення [19–21].

Влада та суспільство визнають важливість медичної освіти для досягнення економічної мети – зниження високих витрат на медичні послуги. Політичний акцент роблять на продуктивності, конкурентоспроможності на ринку та заходах зі стримування витрат на медичне обслуговування:

1. Медичні працівники все більше стурбовані претензіями щодо недбалості та дисциплінарними стягненнями за некомпетентність. Безперервна освіта, або згідно із законодавством, або як вимога установи-роботодавця, вийшла на перший план у відповідь на виклик забезпечення компетентності практиків. Це засіб для передачі нових знань і навичок, а також для вдосконалення чи відновлення ранише набутих знань та здібностей з метою постійного професійного підвищення кваліфікації персоналу.

2. Медсестри продовжують визначати свою професійну роль, обсяг знань, сферу практики та досвід, при цьому навчання пацієнтів/клієнтів є центральним у практиці медсестринства.

3. Споживачі вимагають додаткових знань і навичок про те, як доглядати за собою та як запобігати хворобам. У міру того, як люди все більше усвідомлюють свої потреби і бажають краще зрозуміти лікування та цілі, очікується, що попит на інформацію про здоров'я зросте. Пошуки прав і обов'язків споживачів, які почалися в 1960-х роках, тривають і в XXI ст.

Збільшується кількість груп самопомоги, які допомагають клієнтам задовольнити їх фізичні та

психосоціальні потреби. Успіх цих груп підтримки і програм зміни поведінки залежить від ролі медсестри як наставника та захисника.

4. Демографічні тенденції, зокрема старіння населення, вимагають від медсестер акцентувати увагу на самозабезпеченні та підтримці здорового способу протягом тривалого життя.

5. Крім того, щороку в лікарнях США стаються мільйони трагічних випадків. Зрозуміло, що пацієнти/клієнти, медсестринський персонал і студенти-медсестри повинні бути поінформовані про профілактичні заходи для зменшення кількості цих випадків.

6. Збільшення поширеності хронічних і невиліковних станів вимагає, щоб окремі особи та члени їх сімей стали поінформованими учасниками, щоб самостійно контролювати свої захворювання. Навчання пацієнтів може сприяти адаптаційній реакції людини на хворобу та інвалідність.

7. Передова технологія робить догляд і лікування вдома складнішими. Швидке виписування з лікарні та більша кількість процедур, які проводять амбулаторно, змушують пацієнтів бути більш самостійними в управлінні власним здоров'ям. Навчання пацієнтів допомагає їм самостійно виконувати процедури із самоконтролю.

Постачальники медичних послуг усе частіше визнають грамотність клієнтів у сфері охорони здоров'я як важливу навичку для покращення результатів охорони здоров'я по всій країні. Медсестри повинні дбати про освітні потреби своїх пацієнтів та членів їх сімей, щоб бути впевненими, що вони адекватно розуміють інформацію, необхідну для незалежності в діяльності з самообслуговування, яка сприяє, підтримує і відновлює їх здоров'я [22, 23].

8. Багато постачальників медичних послуг вважають (і це переконання підтверджено дослідженнями), що навчання клієнтів покращує дотримання режиму лікування, а отже, здоров'я та добробут. Краще розуміння пацієнтами та членами їх сімей рекомендованих планів лікування може сприяти поліпшенню співпраці, прийняттю рішень, задоволенню і незалежності від терапевтичних схем. Медична

освіта дозволяє пацієнтам розв'язувати проблеми, з якими вони стикаються поза межами захищеного медичного середовища в лікарнях, тим самим підвищуючи їх незалежність.

9. Використання онлайн-технологій у програмах навчання медсестер зростає. Очікується, що медсестри володітимуть навичками критичного мислення, необхідними для виявлення проблем, проведення досліджень проблем, що виникають, і застосування нових знань для їх розв'язання, а також будуть ознайомлені з комп'ютеризованими картами та електронними медичними записами. Медсестринська інформатика стає дуже важливою у безпаперовому світі догляду за пацієнтами, і медсестри-практики починають усунувати прогалину в навичках електронного збору та аналізу даних, з якою стикаються студенти-медсестри під час практики.

Такі галузі, як генетика та геноміка, включені до цілісного підходу медсестринської практики, надають пацієнтам більше можливостей для обстеження, процедур і терапії з метою отримання оптимального здоров'я. Сполучені Штати Америки та європейські країни встановили ключові компетенції в генетиці й геноміці для медсестер, щоб підтримувати розвиток навичок, знань і ставлення до надання безпечної комплексної допомоги.

Висновки. Медсестри визнають необхідність розвивати свій досвід у навчанні, щоб іти в ногу з вимогами до навчання пацієнтів, персоналу та студентів. Оскільки медсестри продовжують визначати свою роль, обсяг знань, сферу практики та професійний досвід, вони, як ніколи раніше, усвідомлюють важливість своєї ролі як освітян. Медсестри мають багато можливостей для проведення санітарної освіти. Це постачальники медичних послуг, які найбільше контактують із пацієнтами, зазвичай є найдоступнішим джерелом інформації для споживача та користуються найбільшою довірою серед усіх медичних працівників. В опитуваннях, які проводять з 2001 р., медсестри протягом багатьох років поспіль залишаються на першому місці за чесністю та етичними стандартами.

REFERENCES

1. Andersson, S., Svanström, R., Ek, K., Rosén, H., & Berglund, M. (2015). The challenge to take charge of life with long-term illness: Nurses' experiences of supporting patients'

learning with the didactic model. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), 3409-3416.

2. Lockhart, J.S. (2016). Healthcare trends and changes in nursing professional development. In J.S. Lockhart (ed.), *Nursing professional development for clinical educators* (pp. 1-16). Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society. Retrieved from <https://onf.ons.org/book/nursing-professional-development-clinical-educators/chapter-1-healthcare-trends-and-changes>.
3. Friberg, F., Granum, V., & Bergh, A. L. (2012). Nurses' patient-education work: Conditional factors: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 170-186.
4. Bartlett, E.E. (1986). Historical glimpses of patient education in the United States. *Patient Education and Counseling*, 8, 135-149.
5. Dreeben, O. (2010). Historical outlook of patient education in American health care. In O. Dreeben (ed.), *Patient education in rehabilitation* (pp. 9-16). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
6. Monterio, L.A. (1985). Florence Nightingale on public health nursing. *American Journal of Public Health*, 75, 181-186.
7. Falvo, D.F. (2004). *Effective patient education: A guide to increased compliance* (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
8. Nyswander, D.V. (1980). Public health education: Sources, growth and educational philosophy. *International Quarterly of Community Health Education*, 1, 5-18.
9. Weingarten, V. (1974). Report of the findings and recommendations of the President's Committee on Health Education. *Health Education Monographs*, 1, 11-19.
10. Roter, D.L., Stashefsky-Margalit, R., & Rudd, R. (2001). Current perspectives on patient education in the U.S. *Patient Education and Counseling*, 44, 79-86.
11. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2001). *Patient and family education: The compliance guide to the JCAHO standards* (2nd ed.). Retrieved from https://www.jointcommission.org/assets/1/6/2001_Pain_Standards.pdf.
12. Pew Health Professions Commission. (1995). *Critical challenges: Revitalizing the health professions for the twenty-first century: The third report of the Pew Health Professions Commission*. San Francisco, CA: University of California.
13. Pew Health Professions Commission. (1998). *Recreating health professional practice for a new century: The fourth report of the Pew Health Professions Commission, Center for the Health Professions*. San Francisco, CA: University of California.
14. Berwick, D.M. (2006, December 12). IHI launches national campaign to reduce medical harm in U.S. hospitals: Building on its landmark 100,000 lives campaign. Retrieved from <http://www.ihi.org/about/news/Pages/IHILaunchesNationalCampaignToReduceMedicalHarmInUSHospitals.aspx>.
15. Sullivan, L.W., & Bristow, L.R. (2007, March 13). *Summary proceedings of the national leadership symposium on increasing diversity in the health professions*. Washington, DC: Sullivan Alliance.
16. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2000). Healthy People 2010. Retrieved from http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010.htm.
17. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Health. (2017, April 25). Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2030. Retrieved from <https://www.healthypeople.gov/2020/about/history-development/healthy-people-2030-advisory-committee>.
18. Kelliher, F. (2013, December). Nurses and patient education. AFDET (Association Française pour le Développement de l'Éducation thérapeutique). Retrieved from <http://www.connecting-nurses.com/cp/en/download.jsp?file=41D00116-7553-4EBF-9A1E-B6B4C5A8B7AA.pdf>.
19. McCafferty, L.A.E. (2002, January 7). Year of the nurse: More than four out of five Americans trust nurses. *Advance for Nurses*, 5.
20. Olshansky, E. (2011). Nursing as the most trusted profession: Why this is important. *Journal of Professional Nursing*, 27(4), 193-194.
21. Riffkin, R. (2014, December 18). Americans rate nurses highest on honesty, ethical standards. Retrieved from <http://www.gallup.com/poll/180260/americans-rate-nurses-highest-honesty-ethical-standards.aspx>.
22. Saad, L. (2008, November 24). Nurses shine, bankers slump in ethics ratings. Retrieved from <http://www.gallup.com/poll/112264/nurses-shine-while-bankers-slump-ethics-ratings.aspx>.
23. Williamson, E. (2016, December 21). Nurses rank №1 once again in Gallup poll for ethics and honesty. Retrieved from <https://www.nurse.com/blog/2016/12/21/nurses-rank-1-once-again-in-gallup-poll-for-ethics-and-honesty/>

Отримано 30.08.2024