

Міністерство охорони здоров'я України

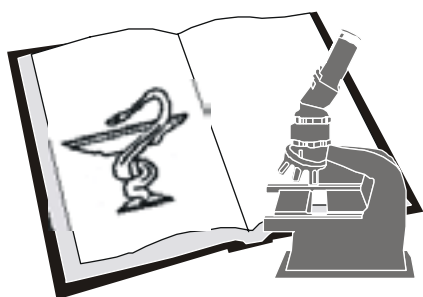
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

МЕДИЧНА ОСВІТА

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

- ◆ ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
- ◆ ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ
- ◆ ПОВІДОМЛЕННЯ, РЕЦЕНЗІЇ
- ◆ З ІСТОРИЇ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ



Ministry of Public Health of Ukraine

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Kyiv Medical Academy of Post-Graduate Education by P.L. Shupyk

MEDICAL EDUCATION

SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL

4/2007

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор

Вороненко Ю.В.

Заступники головного редактора:

Волосовець О.П.

Ковальчук Л.Я.

Вітенко І.С.

Боднар Я.Я.

Вдовиченко Ю.П.

Гойда Н.Г.

Гощинський В.Б.

Гребеник М.В.

Завальнюк А.Х.

Зозуля І.С.

Кліщ І.М. – відповідальний секретар

Криштопа Б.П.

Мазур П.Є.

Масик О.М.

Мисула І.Р. – відповідальний редактор

Мінцер О.П.

М'ясников В.Г.

Поляченко Ю.В.

Посохова К.А.

Рудик Б.І.

Файфура В.В.

Харченко Н.В.

Хміль С.В.

Шкробот С.І.

Шютц В.

Ярема Н.З.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Москаленко В.Ф. (Київ)

Бабанін А.А. (Сімферополь)

Балл Г.О. (Київ)

Бондаренко О.Ф. (Київ)

Богатирьова Р.В. (Київ)

Буларчук Л.Ф. (Київ)

Дзяк Г.В. (Дніпропетровськ)

Запорожан В.М. (Одеса)

Зіменковський Б.С. (Львів)

Казаків В.М. (Донецьк)

Ковешніков В.Г. (Луганськ)

Максименко С.Д. (Київ)

Мороз В.М. (Вінниця)

Нейко Є.М. (Івано-Франківськ)

Орбан-Лембрик Л.Е. (Івано-Франківськ)

Пішак В.П. (Чернівці)

Портус Р.В. (Запоріжжя)

Проданчук М.Г. (Київ)

Скрипніков М.С. (Полтава)

Туманов В.А. (Київ)

Хвисюк М.І. (Харків)

Циганенко А.Я. (Харків)

Чернишенко Т.І. (Київ)

Черних В.П. (Харків)

Чепелева Н.В. (Київ)

Яценко Т.С. (Черкаси)

МЕДИЧНА ОСВІТА

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Виходить з 1999 року

Свідоцтво про державну
реєстрацію: КВ 3636

Передплатний індекс: 21885

Відповідно до постанов Президії ВАК України № 2-05/9 від 14.11.01 р. та № 1-05/1 від 15.01.02 р. журнал “Медична освіта” внесений до переліку фахових видань, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня кандидата і доктора медичних наук та психологічних наук.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Журнал “Медична освіта”

Тернопільський державний медичний університет

імені І. Я. Горбачевського

Майдан Волі, 1, м. Тернопіль

46001, УКРАЇНА

Тел.: (0352) 43-49-56

Факс: (0352) 52-80-09

E-mail: mededu@tdmu.edu.te.ua

<http://www.tdmu.edu.te.ua>

За зміст, достовірність і орфографію рекламних матеріалів відповідальність несе рекламодавець.

Редакція не несе відповідальності за достовірність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікаціях.

При передруці або відтворенні повністю чи частково матеріалів журналу “Медична освіта” посилання на журнал обов’язкове.

Затверджено вченою радою Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського (протокол № 7 від 25.12.2007 р.)

© Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

© Науково-практичний журнал “Медична освіта”

Редагування і коректура

Технічний редактор

Комп’ютерна верстка

Художник

Мартюк Н.Є.

Демчишин С.Т.

Бенько Н.Б.

Кушик П.С.

Підписано до друку 28.12.2007. Формат 60×84/8.

Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.

Ум.др. арк. 5,11. Обл.-вид.арк. 4,82.

Наклад 300. Зам. №9.

Надруковано в друкарні

Тернопільського державного медичного

університету ім. І.Я. Горбачевського

46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

ЗМІСТ

<i>О.С. Никоненко, С.Д. Шаповал, С.М. Дмитрієва</i> ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ НА ЕТАПІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ	4
<i>І.О. Гіленко, Д.Г. Дем'янюк, В.І. Ляховський, О.А. Крижановський, М.І. Горлачов, П.П. Сакевич, М.О. Дудченко, О.А. Шкуруній, Т.Г. Діхтенко</i> ІДЕЯ ПАТРІОТИЗМУ В РОБОТІ ВИКЛАДАЧА МЕДИЧНОГО ВУЗУ	7
<i>О.В. Яцина, І.В. Сергета, М.А. Редціц</i> ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДГОТОВКИ ВИПУСКНИКІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НА ЦИКЛОВИХ ЗАНЯТТЯХ З ЗАГАЛЬНОЇ ПІПЄНИ ТА ЕКОЛОГІЇ ДО ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	11
<i>Е.Л. Баркалова</i> ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В КОНТЕКСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ	13
<i>С.Г. Гривенко, Ф.М. Льченко</i> ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ СТВОРЕННЯ КАФЕДР ТА ЦИКЛІВ ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЇ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ	16
<i>В.В. Родіонова, О.В. Мужчиль, С.П. Валецький, С.В. Собко, А.О. Лисенко</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ КУРСУ ПРОФПАТОЛОГІЇ СТУДЕНТАМ ТА ЛІКАРЯМ, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ У ПРОФІЛАКТИЧНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДАХ ПРАЦІВНИКІВ	18
<i>Ю.Є. Роговий, Л.О. Філіпова, Л.Г. Архіпова, І.Л. Муравйова</i> РОЛЬ У МІЖНАРОДНОГО КОНГРЕСУ ПАТОФІЗІОЛОГІВ (ISP 2006) У ПОЛІПШЕННІ ВИКЛАДАННЯ ТА ЗАСВОЄННЯ ПРОВІДНОЇ ТЕОРЕТИЧНОЇ ДИСЦИПЛІНИ	22
<i>Л.П. Бразалій</i> ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА ТА ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	24
<i>І.Я. Губенко, Л.П. Бразалій, О.Т. Шевченко</i> ДОПИТАННЯ ПОЄДНАННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ ТА ПРАКТИКИ НА ОСНОВІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ	29
<i>О.Р. Ясній, О.Р. Боярчук, Н.Є. Боцюк</i> ФОРМУВАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ПІДХОДУ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ У СТУДЕНТІВ ТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ	33
<i>М.П. Тишовець</i> ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ ЯК ІНОЗЕМНОЇ	36
<i>Л.С. Стрельников, О.П. Стрілець, В.В. Чікіткіна, О.В. Щербак, І.Г. Сеннікова, В.І. Діхтярьов</i> МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ “ВСТУП ДО ФАХУ” У КОНТЕКСТІ ПРАКТИЧНОЇ СПРЯМОВАНOSTI	39
<i>І.М. Кліц, В.Ф. Тюріна, І.М. Марків, З.П. Мандзій, Ю.М. Цяпа</i> ОРГАНІЗАЦІЯ КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ НА КАФЕДРІ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ	40
<i>Л.М. Сіра</i> ПЕРШИЙ УКРАЇНОМОВНИЙ ПІДРУЧНИК З “ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ БОТАНІКИ”	43

УДК 61:378

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ НА ЕТАПІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

О.С. Никоненко, С.Д. Шаповал, С.М. Дмитрієва

Запорізька медична академія післядипломної освіти

PROBLEM QUESTIONS OF INTRODUCTION OF CONTINUOUS PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF DOCTORS AT A STAGE OF REFORMING OF SYSTEM OF HIGHER MEDICAL EDUCATION

O.S. Nykonenko, S.D. Shapoval, S.M. Dmytriyeva

Zaporizhyan Medical Academy of Post-Graduate Education

Авторами висвітлено деякі проблемні питання щодо впровадження безперервного професійного розвитку лікарів як принципово нової освітньої категорії у післядипломній підготовці медичних спеціалістів держави. Обґрунтовано положення про важливість урахування традицій вітчизняної вищої медичної школи та використання науково-педагогічного потенціалу державних закладів післядипломної освіти на шляху інтеграції вищої медичної освіти України до Європейського освітнього простору.

Some problem questions of introduction of continuous professional development of doctors as essentially new educational category in post-graduate training of doctors in Ukraine are considered in the article. The position about the great value of taking into account the traditions of national medical school and using the scientific and pedagogical potential of state educational institutions of post-graduate education on a way of integration of higher medical education of Ukraine into European educational space is proved.

Вступ. “Концепція реформування системи підготовки лікарів в Україні і приведення її у відповідність до потреб ринку праці та європейських вимог” визначила напрямки розвитку вищої медичної освіти зі створення цілісної системи на базі стратегічного планування дій з урахуванням потреб учасників безперервного професійного розвитку лікарів (БПРЛ) як пріоритетних, а також забезпечення поглибленої підготовки за фахом згідно з принципом відповідності змісту навчання реальним умовам роботи лікаря, використання різноманітних форм навчання та об'єднання БПРЛ і розвитку організаційної культури медичних установ. Як основні передумови реформи системи післядипломної освіти (ПДО) та безперервного професійного розвитку лікарів (БПРЛ) в Україні розглядаються: кризова ситуація в кадровому забезпеченні охорони здоров'я при незадовільному забезпеченні соціальних гарантій населенню країни; відсутність чітких критеріїв держзамовлення на ПДО та БПРЛ; недостатнє використання науково-педагогічного потенціалу медичних академій ПДО і факультетів удосконалення лікарів при медичних універси-

тетах; формалізований підхід до післядипломного удосконалення лікарів в цілому; недосконала нормативно-правова база ПДО та БПРЛ [1, 2].

Основна частина. Розробка оптимальної моделі БПРЛ в Україні повинна базуватися на результатах аналітичної оцінки реальної ситуації і тенденцій в освітньому процесі Європи і світу, а також на результатах оперативного порівняльного аналізу динаміки освітнього процесу в Україні. Сучасні моделі БПРЛ в країнах Європи і світу різні та допускають існування форм і методів БПРЛ, які визначить собі лікар самостійно при реальній нагоді використання інтегруючих механізмів оцінки, порівняння і контролю. Приведення БПРЛ держави до європейських освітніх стандартів неможливе без моніторингу освітньої системи (стандартизація і кількісна оцінка, уніфікація матеріальних носіїв інформації, активні бази даних фактичних робочих місць, співвідношення споживачі (учасники) / провайдери БПРЛ), а планування і контроль результатів БПРЛ можуть бути оцінені як інструмент формування держзамовлення з урахуванням базового і альтернативних джерел фінансування [3].

Особливістю сучасного етапу освітньої реформи є те, що стислі терміни реалізації проекту вимагають створення координуючої регіональної структури на перехідний період. При цьому “Концепцією реформування системи підготовки лікарів в Україні і приведення її у відповідність до потреб ринку праці та європейських вимог” передбачено розширення кола учасників БПРЛ (в першу чергу, за рахунок професійних медичних асоціацій, а також інших незалежних провайдерів медичних знань). Але на даному етапі ще має місце фактично низький соціальний статус професійних медичних організацій (асоціацій); до того ж жодна з існуючих асоціацій лікарів-фахівців не визначає завдання БПРЛ як першочергові. Слід урахувати й традиційно складену систему поглядів соціуму за принципом централізму в ухваленні рішень, а також обмеженість важелів стимулювання БПРЛ та відсутність критеріїв оцінки професійного зобов’язання кожного лікаря, що робить невчасними моделі, коли БПРЛ базується тільки на ініціативі самого лікаря. Тому передбаченими наслідками руйнування системи МАПО без реальної альтернативи буде погіршення медичної освіти, отже, й медичної допомоги населенню країни в цілому.

Між тим, саме медичні академії і факультети удосконалення лікарів при медичних університетах, як фактичні лідери серед провайдерів БПРЛ, завдяки їх інтелектуальному (науковому та педагогічному) потенціалу можуть стати регіональними координаційними центрами БПРЛ. Перш за все, стратегія медичних академії спрямована на забезпечення відповідності змісту БПРЛ державним стандартам і завданням регіону, а не корпоративним інтересам незалежних провайдерів; саме медичні академії мають реальну можливість впровадження перспективних форм і методів навчання в повному об’ємі при мотиваційній готовності цільової групи (учасників БПРЛ) до співпраці.

Як важлива складова формування мотивації лікарів до “навчання протягом всього життя” подається “Шкала значень різних видів і форм післядипломної освіти лікарів (провізорів) в період між передатестаційними циклами”. З метою формування критеріїв оцінки професійного зобов’язання кожного лікаря в умовах фактичної обмеженості інших механізмів державного стимулювання освітньої діяльності лікарів залишається актуальним доопрацювання даного аналітичного інструменту. Кількість кредитів, яка планується на п’ятирічний етап БПРЛ, повинна забезпечити всебічну освітню активність лікаря та, на нашу думку, повинна складати не менш ніж 250-500 балів. Принциповим положенням вважається таке: залікова кількість кредитів за звітний етап БПРЛ у повному

обсязі повинна бути отримана лікарем лише за участь в освітніх заходах (навчання на курсах інформації та стажування, дистанційна освіта, науково-практичні конференції тощо), організованих ліцензованими ВНЗ (МАПО та ФУЛ медичних університетів). Додаткові кредити за інші види діяльності лікаря з БПРЛ (публікація статей, передплата фахових медичних видань, участь в корпоративних освітніх заходах інших провайдерів медичних знань тощо) є умовою для одержання першої та вищої категорії за фахом.

Вважається доцільною й така пропозиція: кількість залікових кредитів для лікарів сільських лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) повинна складати 0,5-0,75 від загальної кількості балів для одержання відповідної категорії лікарями, які працюють в міських лікарнях та поліклініках. Такий підхід відповідає Державній програмі підтримки пріоритету сільської медицини, оскільки лікарі міських ЛПЗ мають набагато більше можливостей одержання залікових кредитів. До того ж професійні вимоги до лікарів, які працюють в клінічних лікарнях, медичних центрах, науково-дослідних інститутах та інших високоспеціалізованих установах, повинні бути вищими, що й знайде відображення при реалізації даної пропозиції.

Умовою забезпечення безперервного професійного розвитку лікарів є впровадження сучасних освітніх технологій з цільовою мотивацією лікарів до участі в навчанні за всіма організаційними формами [4, 5]. Сьогодні розширення та удосконалення освітньої діяльності ЗМАПО здійснюється за такими напрямками: підготовка нових навчальних модулів та курсів післядипломної освіти і безперервного професійного розвитку лікарів згідно з сучасними вимогами практичної охорони здоров’я; впровадження інноваційних освітніх технологій та сучасних форм навчання лікарів та інтернів (дистанційне навчання, телемедичні технології, проведення інтерактивних семінарів-тренінгів та короткострокових циклів інформації, очно-заочна підготовка; розробка та удосконалення технічних засобів навчання); розробка та апробування нових організаційних форм безперервного професійного розвитку лікарів; впровадження в педагогічну практику принципів сучасного клінічного навчання, доказової медицини, біоетики та клініко-економічних стандартів з найбільш медико-соціально значимих нозологій відповідно до міжнародного досвіду.

Важливим напрямком освітньої роботи академії є поглиблення практичної спрямованості навчального процесу, орієнтація на світові досягнення, впровадження в педагогічний процес новітніх, у тому числі комп’ютерних і телемедичних технологій навчання та контролю знань. На даний час на кафедрах ака-

демії, як пілотний проект, апробується проведення майстер-класів (в межах традиційних організаційних форм післядипломного навчання), а також організація постійно діючих проблемних семінарів для лікарів.

Науково-методичне забезпечення постійно діючих проблемних семінарів розроблено з метою забезпечення постійного удосконалення знань та навичок медичних спеціалістів на виконання положень “Концепції реформування системи підготовки лікарів в Україні і приведення її у відповідність до потреб ринку праці та європейських вимог” та відповідно до статей 42, 43 Закону України “Про вищу освіту” [6].

Пріоритетною цільовою групою для навчання на постійно діючих семінарах є лікарі первинної ланки медико-санітарної допомоги. Навчальний зміст постійно діючих семінарів для лікарів обирається згідно з пріоритетами, що визначені Державними медичними програмами на виконання Національного плану дій щодо реформування галузі охорони здоров'я. Організаційна структура передбачає проведення тематичних занять (конференції, майстер-класи, лекції, семінари, круглі столи тощо) та надання медико-консультативної допомоги лікарям-учасникам семінару. Постійно діючі семінари проводяться у навчальних форматах планових виїздів на клінічну базу, а також за умовою відповідного технічного забезпечення, з використанням дистанційних або телемедичних технологій. За результатами технічної оцінки зворотного зв'язку з учасниками семінарів (лікарями та керівниками лікувально-профілактичних закладів, а також викладачами академії) всіма респондентами визначено актуальність та інформаційну насиченість змісту навчання, а також зручність та гнучкість модульованого графіка занять, що дозволяє оцінити постійно діючі проблемні семінари як перспективну та затребувану для практичної охорони здоров'я орга-

нізаційну форму безперервного навчання лікарів загальної практики.

Висновки: 1. Умовами ефективної реалізації концепції національної системи БПРЛ є:

– Оцінка БПРЛ як високого пріоритету освітньої політики з підтримкою всього суспільства шляхом об'єднання зусиль державних і недержавних інституцій, міжнародних організацій, засобів масової інформації та інших.

– Визначення потреб регіональних медичних установ як пріоритетних при виборі організаційних форм і методів, а також координації і контролю БПРЛ.

– Динамічний аналіз організаційно-змістовної діяльності всіх учасників БПРЛ.

– Використання різних організаційних форм БПРЛ із забезпеченням кожного лікаря всебічними можливостями постійного особистого і професійного розвитку із застосуванням сучасних інформаційних та комунікаційних технологій.

– Створення направленої мотивації до БПРЛ, яка може бути досягнута в результаті координації дій медичних академій, установ організації охорони здоров'я, професійних медичних асоціацій та інших незалежних провайдерів медичних знань.

2. Приведення медичної та фармацевтичної освіти у відповідність до міжнародних освітніх стандартів повинно здійснюватися зі збереженням базових інституцій і позитивних особливостей національної системи медичної освіти та урахуванням потреб практичної охорони здоров'я в регіонах країни. В період реформування вищої медичної освіти України опорною структурою з виконання заходів з організації БПРЛ в регіонах держави можуть стати медичні академії післядипломної освіти та факультети удосконалення лікарів при медичних університетах, як регіональні координуючі центри БПРЛ.

Література

1. Сучасний розвиток вищої медичної та фармацевтичної освіти й проблемні питання забезпечення якісної підготовки лікарів і провізорів / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Фещенко та ін. // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 5-13.

2. Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів та якість підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Фещенко та ін. // Науково-методична конференція з міжнародною участю “Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів”: Збірник праць. – К., 2007. – С. 3-9.

3. Система управління якістю медичної освіти в Україні /

І.Є. Булах, О.П. Волосовець, Ю.В. Вороненко та ін. – Д.: АРТ-ПРЕС, 2003. – 212 с.

4. Вороненко Ю.В., Мінцер О.П. Фактори реформування системи вищої післядипломної медичної освіти // Науково-методична конференція з міжнародною участю “Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів”: Збірник праць. – К., 2007. – С. 10-14.

5. Волосовець О.П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 12-16.

6. Про внесення змін до Закону України “Про вищу освіту”: Закон України від 22.03.2007 р.

УДК 37.035.6:61

ІДЕЯ ПАТРІОТИЗМУ В РОБОТІ ВИКЛАДАЧА МЕДИЧНОГО ВУЗУ

І.О. Гіленко, Д.Г. Дем'янюк, В.І. Ляховський, О.А. Крижановський, М.І. Горлачов,
П.П. Сакевич, М.О. Дудченко, О.А. Шкурупій, Т.Г. Діхтенко*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*IDEA OF PATRIOTISM IN WORK OF TEACHER AT HIGHER
EDUCATIONAL ESTABLISHMENTI.O. Hilenko, D.H. Demyanyuk, V.I. Lyakhovsky, O.A. Kryzhanovsky, M.I. Horlachov,
P.P. Sakevych, M.O. Dudchenko, O.A. Shkurupiy, T.H. Dikhtenko*Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava*

Глибокозначні слова – вітчизна, патріот, патріотизм – останнім часом рідко зустрічаються навіть на сторінках масових видань. Причини цього явища криються в значних соціально-економічних змінах у суспільстві, що віддзеркалилися в ідеологічній надбудові. Патріотизм – глибоко усвідомлений, концентрований вихід, прояв у конкретних діях, вчинках, думках і висловах глибокої поваги до свого народу, його історії; повсякденна праця на благо свого народу. Істинно загальнодержавний патріотизм може існувати, опираючись лише на тверде наукове підґрунтя. Сформованими патріотами не народжуються. Патріотизм виховується, формується. Формування його вважається складним психологічним процесом і повинно відбуватися одночасно з процесом навчання. Роль викладача у формуванні патріотичних поривань у студентів медичних вузів зараз важко переоцінити. Методів формування медичних фахівців патріотами свого народу багато. Методологія має залишатися єдиною: гуманізм з широким виходом у практику за будь-яких обставин.

Such words as motherland, patriot, patriotism, lately are rarely met even on the pages of mass editions. Reasons of this phenomenon are in considerable social and economic changes in society, which were reflected in ideological building on. Patriotism is a deeply realized, concentrated output, display in concrete, actions ideas and expressions of deep respect to the compatriots, their history; everyday labour for the well-being of the people. Truly national patriotism can exist leaning only on hard scientific basis. The formed patriots are not born. Patriotism is educated, formed. Its forming is considered to be a complex psychological process and it must take place simultaneously with the process of studies. The role of teacher in forming of patriotic gusts is now difficult to be estimated for the students of medical higher educational establishments. There are many methods of forming of medical specialists to be the patriots of their people. Methodology must remain the unique: humanism with a wide output into practice under any circumstances.

Вступ. Звичні для старшого і середнього поколінь громадян глибокозначні слова – вітчизна, патріот, патріотизм – останнім часом рідко зустрічаються навіть на сторінках масових видань. Для цього є вагомі причини, породжені різкими соціально-економічними перемінами у суспільстві, що віддзеркалилися в ідеологічній надбудові.

Патріотизм – глибоко усвідомлений концентрований вихід, прояв у конкретних діях, вчинках, думках і висловах людей глибокої поваги до країни, свого народу, його історії, теперішнього і майбутнього. Забезпечення вільного розвитку особистості. Загальнодержавний патріотизм може існувати, опираючись лише на тверде наукове підґрунтя. Глибоке усвідомлення почуття патріотизму, що оволоділо свідомістю мас, справедливо вважається рушійною силою соціаль-

но-економічного прогресу. Сформованими патріотами не народжуються. Патріотизм виховується, формується.

Основна частина. Кожен раз на початку розгляду нового розділу програми викладач терпеливо малює портрет, клінічну картину захворювання. Від кількості наведених ознак, проявів, масок захворювання – мазків, штрихів, виразності красок залежить повнота створеного словесного образу. За таких обставин викладач постає перед об'єктом навчання творцем, мислителем, творчою особистістю, художником. Емоційний вплив на сприйняття змісту навчання підсилюється також характером збудованого діалогу, інтонацією, мімікою, жестами. Це сприяє кращому запам'ятовуванню, формуванню уяви, розвитку продуктивного мислення [2], відтворення образу в

реальному часі. В цьому розділі не обходиться без акторської майстерності. Словесний портрет, створений в уяві слухачів творчою особистістю викладача, різниться від відтвореного на полотні художником-професіоналом. Він об'ємний, динамічний, багаточільовий, бентежливий. Повнота словесного портрету визначається в однаковій мірі професіоналізмом викладача, володінням ним елементами мистецтва, зокрема розмовного жанру. Вплив його на сприйняття змісту навчання багатогранний і залежить від поєднання в ньому складових. Вважаємо, що значна частина їх має налаштовувати слухачів на патріотичний лад, пробуджувати почуття відповідальності за долю людей, держави. Згадане дає підставу повсякденну працю викладача медичного вузу віднести до творчої, глибоко індивідуальної.

Виховувати стало важко, бо мусимо орієнтуватися лише на два дороговкази у роботі. Перший з них – гуманітарна направленість усієї системи освіти, підготовки лікаря [3]. Це аксіома, викарбувана історією. Роль лікаря, як цілителя людської душі і тіла, формувалася, визначалася, шліфувалася віками. Інша – сформований, підготовлений фахівець-лікар з перших кроків професійної діяльності і впродовж свідомих кроків має бути активним впроваджувачем гуманізму у життя. Середовище, складові, фактичний матеріал для формування у слухачів почуття патріотизму викладач черпає з багатьох джерел. Проте невичерпним джерелом залишається сьогодення, його вплив на спільноту. Кропітка праця формування майбутнього фахівця-патріота видалася б значно простішою, якби соціальне навкільця кожен день повнилося лише позитивними зрушеннями. В процесі розвитку сучасного суспільства трапляються негативні моменти, здатні стримати на певний час прогресивну ходу спільноти та процес формування патріотичних почуттів. Це історична закономірність. Викладач на основі логічного аналізу подій, суспільних явищ, з урахуванням законів розвитку суспільства у свідомості суб'єкта навчання повинен створити позитивні мотиви навчання та повсякденної праці.

Студенти медичних вузів втрачають мотиви навчання і проявляють схильність до повільного засвоєння патріотичних поривань. Цьому є пояснення. Сучасна педагогіка відрізняє численні мотиви цього складного поєднаного психологічного процесу. Серед них мотиви усвідомленої необхідності, престижу, самоствердження вважаються вирішальними. Підсилюючи ці складові, можна значно покращити наслідки роботи педагогічного колективу. Головним гальмом належного ставлення студентів до процесу навчання

та виховання варто вважати відсутність у них твердої впевненості у завтрашньому дні. Ця невпевненість зумовлена кількома факторами. Перший з них – працевлаштування після тривалого навчання. Ті, що здобувають медичну освіту в рамках державного замовлення, опікуються вибором майбутнього фаху. Цей вибір не завжди збігається з бажанням і є певною перешкодою на шляху активного пошуку та засвоєння знань. Успішне закінчення занять за контрактом зовсім не гарантує працевлаштування за фахом. Швидкий глин сьогодення змушує майбутніх лікарів з певною осторогою будувати особисті плани на майбутнє. Інша причина, спільна для всього загалу майбутніх фахівців, – працевлаштування за вибраним фахом не передбачає такої винагороди за працю, що дозволила б на цій основі задовільно вирішувати соціально-економічні проблеми лікаря.

Інші причини, вагоміші і масштабніші, що впливають з нашого буття і негативно впливають на процес навчання та формування почуття патріотизму. Шляхом свого розвитку держава Україна вибрала ринкові відносини. Шлях перевірений світовою спільнотою. Ним успішно рухається переважна більшість соціальних об'єднань в усьому світі. Тепер це вважається переконливою основою розвитку. Вибраний шлях завзято має торувати уся спільнота, що об'єдналася навколо цієї думки. І в першу чергу фундатори, переконані в його вірності, готові долати перешкоди і стійко переносити невдачі. Фундамент такої толерантності має будуватися на міцному підґрунті, в основу якого має бути покладено наукове бачення розвитку суспільства в конкретному часі і на перспективу. Усе це об'єднується у виразі – національна ідея. Нам зараз вкрай необхідна науково опрацьована національна ідея – згущений вираз бачення нашого майбутнього, шляхів просування до здійснення наміченого, засобів досягнення та ролі кожного у цьому. Цементуючий засіб згуртування нації, складовою якого мають стати масові прояви загальнодержавного патріотизму. Ідея патріотизму має оволодіти масами, лежати в основі суспільної свідомості [1]. Оскільки державні інститути, що опрацьовують національну ідею, знаходяться в стадії становлення та розвитку, а продукт їх праці поки що ефемерний, роль викладача вищої медичної школи у формуванні переконливих патріотів важко переоцінити.

Зараз у процесі формування фахівця нової формації найбільш важким і незручним поки що для подолання видався “психологічний” бар'єр. Запровадження ринкових відносин в економіці породило помітні зміни в соціальній сфері. Суспільство ділиться на багатих і

бідних. Цей поділ глибокою борозною проходить через свідомість усіх прошарків населення. Переміни вимагають психологічної переорієнтації, внесення таких змін у психічну сферу людей, що потіснили б звичні і застигли поняття, сформовані переважно на відтунні потужних гасел. Різний рівень фінансово-економічної спроможності групи людей на певному етапі розвитку суспільства визначає не однакові можливості в користуванні ними культурними і матеріальними благами, доступу до науки. Стосовно вищих медичних закладів це можливість появи на студентській лаві молоді не цілком підготовленої до сприймання змісту навчання та з психологічною установкою споживача, з не опрацьованими до основи і не корегованими практикою поглядами на роль та значення у суспільному виробництві особистості лікаря. Шляхів для подолання явища випадкового вибору професії лікаря – декілька. Першим і вирішальним кроком має стати кропітка робота всієї спільноти по створенню у майбутніх абітурієнтів твердого переконання в тому, що лікар – особлива професія. Рівній їй у суспільстві немає [4]. Вибрати її мають тільки ті, хто готовий присвятити своє життя іншим, попри усі негаразди. Це люди особливо-го психічного складу, фізичних можливостей [5]. Шлях інший – належне піклування держави, яке повинно включати всебічний нагляд за формуванням та діяльністю лікаря.

Стосовно праці по формуванню у студентів почуття патріотизму методи численні, методологія має бути одна. Переконані, що це практично повинно здійснюватися у тісному поєднанні з навчанням. Відокремлення виховання від навчання шляхом визначення “виховних годин” шкодить справі. Вони призначаються у позааудиторний період, віднімають у студентів досить дорогоцінний час. Це створює певні незручності, насторожує студентів і неодмінно породжує негативізм. Переконалися, що майбутніх фахівців, свідомість яких ще не до кінця проникнута національною ідеєю, а розвиток суспільства оцінюється ними лише на найближчу перспективу, зараз цікавлять головним чином такі визначені питання: чи була неминучою зміна соціально-економічного розвитку суспільства? Як вплинуть ринкові відносини у соціально-економічній сфері на традиційні критерії медичної допомоги: доступність, безкоштовність, профілактичну направленість? Чи не загрожує медичній науці і її складовій – практиці значне відставання у розвитку від світових досягнень у зв'язку з запровадженням підготовки фахівців на контрактній основі та пільг при зарахуванні у медичні вузи? При відповіді на ці та інші запитання пропонуємо не допускати умовнос-

тей, опиратися на досягнення вітчизняної науки, світовий досвід. На поставлені запитання пропонуємо таку відповідь. У свій час становлення соціальної формації, що змінилась зараз, відбулося поспішно. Народні маси, чийми зусиллями це здійснювалося, не мали чіткого уявлення щодо перспективи розвитку суспільства, яке вони збиралися побудувати. Теоретичні основи процесу утримувалися поверхневими висновками і підкріплювалися закличками, гаслами, над якими спільнота не задумувалася, навіть жертвуючи своїм життям. Практичним досвідом стрімкої зміни суспільної формації на той час спільнота не володіла. Певних успіхів досягнуто в економічному житті та соціальній сфері завдяки значним матеріальним затратам, втраті людських ресурсів та законам поступального розвитку всякого суспільства, яке ніколи не залишається на місці у своєму розвитку. Усвідомлення народними масами своєї ролі в розвитку суспільства, консервативність управління в економіці, зрівняння, бюрократизм та інші негативні соціальні явища покликали до життя зміну основ розвитку суспільства.

Відповідь на питання стосовно перспективи розвитку медицини у викладачів не викликає жодних утруднень. Безкоштовність, доступність, профілактична спрямованість залишаються пріоритетами розвитку охорони здоров'я. Це закріплено в основному законі держави. При цьому дуже важливо роз'яснити слухачам роль сучасної медицини у виробничому процесі.

Справа у мотивах навчання, покликанні, у виборі майбутньої професії. Зрештою, тут криється джерело якості підготовки фахівців. Це особлива професія. Фінансово-економічні гаразди чи негаразди тут відходять на другий план. Інше питання. Виходячи з цього твердження, суспільство повинно створити належні умови для діяльності медичного працівника. Виконавши перше завдання, держава повинна включити організований контроль за якістю роботи лікаря. На наш погляд, пільги – це державний засіб. Їх варто визначати з урахуванням вирішення вкрай назрілих питань. Головною пільгою для зарахування молоді до медичних вузів мають бути міцні знання та здатність працювати з хворою людиною. Зрештою чимале значення має підвищення рівня освіти у державі.

Ефективним засобом підсилення мотивів навчання та стимулом патріотичних почуттів вважаємо заходи систематичного ознайомлення студентів з даними головних показників здоров'я населення України, демографічними показниками. Зараз ці дані вільно дос-

тупні [6]. Аналізуючи смертність населення, народжуваність, динаміку природного приросту, студенти самі доходять висновку про термінову необхідність рішучих заходів з метою покращення цих показників. Це підсилює мотиви навчання, зокрема відповідальність за долю нації, мобілізує молодь, концептує її душевні пориви і прояви патріотизму. Маємо можливість систематично ознайомлювати студентів старших курсів з допущеними лікарями помилками, що фіксуються по лінії відділення термінової медичної допомоги. Робимо це з цілковитим дотриманням етики. Акцентуємо увагу перш за все на дотриманні тактики лікування, об'єму допомоги, стандартів лікування. Студенти жваво беруть участь в обговоренні. Звертаємо увагу на необхідність легкого подолання психологічного бар'єра при вирішенні питання запрошення консультантів. Подолання цієї надуманої закріпленої у свідомості психологічної перешкоди – виклик більш досвідченого принижує мій авторитет – розкошує фахівця, створює умови для осмислення, пошуку знань, сприяє професійному зростанню. Вважаємо це надзвичайно важливим засобом виховання.

Література

1. Формування суспільної свідомості у студентів медичних вузів / І.О. Гіленко, Д.Г. Дем'янюк, В.І. Ляховський та співавт. // Медична освіта. – 2006. – № 4. – С. 39-42.
2. Василюк В.М., Кравчук Н.В., Василюк В.В. Основи клінічного мислення // Медична освіта. – 2004. – № 3-4. – С. 33-36.
3. Дзяк Г.В., Перцева Т.О., Святенко Т.В. Педагогічні аспекти гуманітарного виховання у вищому навчальному закладі за роки незалежності (досвід Дніпропетровської державної медичної академії) // Медична освіта. – 2004. – № 20. – С. 17-23.

Слова – патріот, патріотизм, вітчизна, наш народ – повинні постійно залишатися у лексиці викладача як засіб активного впливу на психічну сферу, свідомість студентів. Проте найбільш дієвим засобом впливу на виховання завжди залишається постать викладача. Перш за все це має бути прогресуючий фахівець. Тонкий аналітик, об'єктивний у судженнях. Реально мислячий. Не відірваний від сьогодення. Не допускає подвійних підходів в оцінці знань. Поважає студента як особистість і зичить йому добра. Гуманіст, інтернаціоналіст. Психічно урівноважений. Патріот. Навіть у тихому відлунні його притомлених кроків студенти повинні вгадувати мелодію патріотизму.

Висновки: 1. Формування почуття патріотизму у студентів повинно здійснюватися повсякчасно в тісному поєднанні з процесом навчання.

2. В основі патріотичного виховання майбутніх фахівців має лежати опрацьована і ухвалена спільною національна ідея.

3. Методологічною основою патріотичного виховання має бути гуманізм, гуманітарна спрямованість медичної освіти.

4. Методологічні особливості формування гуманітарних поглядів у студентів-медиків / О.Н. Литвинова, Н.О. Лісовська, Т.І. Андрієвська та співавт. // Медична освіта. – 2003. – № 4. – С. 19-21.

5. Пішак В.П., Коломієць М.Ю. Місце і значення медичної психології в оновленому суспільстві України // Медична освіта. – 2004. – № 1. – С. 19-24.

6. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2005-2006 роки / Міністерство охорони здоров'я України, Центр медичної статистики МОЗ України. – Київ, 2007. – 307 с.

УДК 61:378.180.6:613 – 084:614.215

ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДГОТОВКИ ВИПУСКНИКІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НА ЦИКЛОВИХ ЗАНЯТТЯХ З ЗАГАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ТА ЕКОЛОГІЇ ДО ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

О.В. Яцина, І.В. Сергета, М.А. Редчіц

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

OPTIMIZATION OF THE PREPARING THE MEDICAL FACULTY GRADUATES AT THE CYCLE LESSONS IN HYGIENE AND ECOLOGY TO THE PREVENTIVE ACTIVITY IN HEALTH SERVICE SYSTEM

O.V. Yatsyna, I.V. Serheta, M.A. Redchits

Vinnitsia National Medical University by M.I. Pyrohov

У статті узагальнено досвід підготовки студентів-медиків на циклових заняттях з загальної гігієни та екології до профілактичної діяльності у сфері охорони здоров'я. Запропоновано уніфікацію методичних матеріалів, необхідних для глибокого та всебічного оволодіння студентами основними теоретичними і практичними положеннями профілактичної медицини та вміння використовувати їх в санітарній освіті населення.

The experience of the preparing of medical students at the cycle lessons in General Hygiene and Ecology to the preventive work in health service system is summarized in this article. The authors offer unification of the methodological materials, which are necessary for students' deep and thorough acquirement of the basic theoretical and practical aspects of the preventive medicine and for their capability to use them in sanitary education of population.

Вступ. Болонський процес являє собою цілісний, проте надзвичайно глибокий етап структурного реформування національних систем вищої освіти країн Європи, зміни навчальних програм та відповідних інституційних перетворень у вищих навчальних закладах [1].

Згідно з вимогами європейської вищої медичної освіти на сучасному етапі суттєво зростають і вимоги до якості підготовки лікаря, що передбачає впровадження в навчальний процес новітніх технологій засвоєння матеріалу, використання різноманітних форм організації навчального процесу та контролю отриманих знань [2].

Сьогодні вимагає формування у лікаря загальної практики – сімейного лікаря не тільки здатності до самостійного теоретичного та клінічного мислення, але й уміння практично використовувати отримані знання для здійснення ефективної профілактичної діяльності, що є однією з загальних проблем сучасної медицини.

Основна частина. У програмі набуття медичної освіти майбутніх лікарів гігієна завжди займала почес-

не місце [3]. Мова йде не тільки про лікарів санітарно-епідеміологічної служби, для яких гігієна в усіх її окремих гілках є профільним предметом, але й про лікарів загального профілю, а також сімейних лікарів. Однак ще зі студентської лави серед студентів медичного профілю іноді закладається дещо викривлене уявлення про зазначену дисципліну як про щось загальне, обов'язкове лише при засвоєнні необхідної програми, предмет, що не стосується повсякденної клінічної практики лікаря. Це уявлення залишається в розумінні наших лікарів і надалі. Дійсно, практика функціонування системи медичного забезпечення, включаючи відокремлену санітарно-епідеміологічну службу, що складалася в Україні за радянських часів, визначає й певну структуру і зміст медичної освіти. Проте в умовах сьогоднішньої медичної освіти реформується з метою інтеграції в загальноєвропейську структуру медичної освіти і, отже, профілактична медицина має займати зовсім інше місце [4].

Реформа вітчизняної медичної освіти торкнулась і випускних державних іспитів, які повинні відповідати низці критеріїв та, в першу чергу, критеріям щодо

© О.В. Яцина, І.В. Сергета, М.А. Редчіц

прикладного спрямування та практично-значущої орієнтації. Досвід організаційного та методичного забезпечення навчального процесу в умовах запровадження практично-орієнтованого державного іспиту показав високу ефективність такого напрямку в плані оволодіння студентами фундаментальними знаннями з предмета, з одного боку, та підготовки майбутнього клініциста до вирішення нагальних питань з профілактики різноманітних захворювань людини, яка перебуває в умовах денатурованого середовища, з іншого.

Екзаменаційні білети до державного іспиту розроблені таким чином, що кожен білет вміщує 2 практичних завдання та 2 ситуаційні задачі з різних розділів навчальної дисципліни. Два практичних завдання передбачають виконання практичних навичок з різних розділів гігієни за допомогою спеціального лабораторного обладнання та приладів або описання методики виконання певного узагальненого практичного завдання.

Кожна ситуаційна задача включає у свою структуру три питання. Перше питання передбачає безпосереднє розв'язування задачі, друге – стосується більш глибокого розкриття її змісту, третє – пов'язане з аналізом фундаментальних питань з того ж розділу, що й задача. В білетах, підготовлених до проведення державного іспиту, визначена профілізація задач та практичних навичок відповідно до освітньо-кваліфікаційних характеристик та освітньо-професійних програм. Так, для студентів, які навчаються за спеціальністю “Педіатрія”, більш широко та глибоко представлені питання та практичні навички з гігієни дітей і підлітків, для іноземних студентів, які навчаються за спеціальністю “Лікувальна справа”, передбачені ситуаційні задачі та практичні навички з розділу “Гігієна тропічних та жарких країн”, зрештою, для студентів, які навчаються за спеціальністю “Лікувальна справа”, в ситуаційних задачах та практичних навичках більш глибоко представлені такі розділи гігієни, як “Гігієна харчування”, “Комунальна гігієна”, “Радіаційна гігієна” тощо.

Отже, зміст ситуаційних задач та практичних завдань державного практично-орієнтованого іспиту з загальної гігієни та екології надає можливість студентам при підготовці до нього на циклових заняттях глибоко та всебічно оволодіти усіма необхідними практичними знаннями з гігієни, що дозволить майбутньому фахівцю вирішувати складні та нагальні питання профілактичної медицини, які ставить перед ними сучасне сьогодення. Цьому сприяють і методичні матеріали, розроблені кафедрою за останні

роки, а саме: підготовлено до видання навчальний посібник “Ситуаційні задачі”, впроваджені у навчальний процес навчальні посібники “Практичні навички з загальної гігієни” [5], “Тестовий контроль з загальної гігієни та екології людини” [6] тощо, а також укомплектовані кафедрою профільні лабораторії, обладнані усіма необхідними приладами, які забезпечують підготовку студентів до виконання практичних навичок та практичних завдань.

Відомо, що однією із найважливіших умов проведення ефективної профілактики захворювань, збереження та зміцнення індивідуального і громадського здоров'я є обізнаність населення відносно чинників, які негативно впливають на його стан. Саме санітарна освіта є невід'ємною складовою системи охорони здоров'я, діяльність якої спрямована на забезпечення такої обізнаності з підвищення рівня здоров'я населення [7].

Головними завданнями санітарної освіти є пропагування здорового способу життя, профілактика шкідливих звичок та виникнення захворювань на СНІД, інформування про сучасні уявлення щодо причин виникнення різних захворювань, системи індивідуальних та громадських заходів з їх первинної та вторинної профілактики. Обізнаність з цими та іншими питаннями необхідна не тільки в інтересах охорони індивідуального здоров'я. Вона є важливою передумовою свідомого і відповідального ставлення всіх верств населення, керівників і працівників промислових підприємств, бізнесових структур, громадського харчування, комунального господарства, будівельників, науковців та педагогів до еколого-гігієнічних проблем довкілля, дотримання вимог індивідуальної та громадської гігієни в усіх сферах життя і трудової діяльності людини.

У практичній діяльності лікаря найвагоміше місце серед інших форм санітарної освіти займають групові бесіди, індивідуальні поради та лекції.

Виходячи з цього, кафедрою розроблена тематика бесід і лекцій для хворих, які перебувають на лікуванні в стаціонарі і поліклініці та населення в цілому з урахуванням вищенаведених положень сучасної санітарної освіти. Вивчаючи ту чи іншу тему, студент узгоджує з викладачем особливості даної тематики, наукову літературу, методичні підходи до написання теми тощо. Вибрана тематика залежить від конкретних умов і змісту професійної діяльності майбутнього фахівця, контингенту слухачів, обізнаності та володіння матеріалами теми виступу. Під час підготовки та в ході проведення лекції (бесіди) майбутній фахівець повинен знати про необхідність забезпечен-

ня таких вимог до їх якості: актуальність теми, зацікавленість нею аудиторії, сучасний науковий рівень, повнота охоплення основних питань і розкриття теми, особиста обізнаність з питань теми, вільне володіння матеріалом, чіткий і логічно послідовний виклад, доступність сприйняття аудиторією, емоційність, використання прикладів з власного професійного або особистого досвіду, вміння підтримувати зворотний зв'язок з аудиторією, володіння нею, готовність до відповідей на запитання, що з'являються.

Найбільш цікаві теми лекцій (бесід) заслуховуються на окремому занятті, обговорюються за участю всіх студентів, аналізуються можливі недоліки та переваги, разом з аудиторією студентів викладачем виславляється оцінка.

Література

1. Болонський процес у фактах і документах / Упорядники: М.Ф. Степко, Я.Я. Болюбаш, В.Д. Шинкарук та ін. – Київ, Тернопіль: Вид-во ТДПУ ім. В. Гнатюка, 2003. – 52 с.
2. Пидаев А.В., Передерий В.Г. Болонский процесс в Европе. – Одесса, 2004. – 192 с.
3. Chaberny I., Gastmeier P. Eine Best and saufnahme zur Lehre im Fach Hygiene // Hyg. Mikrobiol. – 2002. – V. 6, № 2. – P. 61-63.

Висновки: 1. Проведення лікарями профілактичної роботи в ході повсякденної діяльності на ниві охорони здоров'я потребує оптимізації їх підготовки на циклових заняттях з загальної гігієни та екології на випускному курсі.

2. Одним із найбільш ефективних методичних підходів у цьому напрямку є уніфікація методичних матеріалів, що полягає у розробленні відповідних профільованих навчальних посібників та екзаменаційних питань до державного практично-орієнтованого іспиту, визначенні рекомендованої наукової літератури, чим забезпечується глибоке і всебічне засвоєння студентами основних положень профілактичної медицини та вміння щодо їх адекватного використання в санітарній освіті населення.

4. Nattestad A. Secretary General's Report of 31st ADEE Annual Meeting // Newsletter of ADE in Europe. – 2005, June. – V. 1.
5. Сергета І.В. Практичні навички з загальної гігієни: Навчально-методичний посібник. – Вінниця: ВДМУ, 1997. – 86 с.
6. Тестовий контроль з загальної гігієни та екології людини: Навчальний посібник / І.В. Сергета, Л.І. Краснова, Н.М. Фещук та ін. – Вінниця, 2005. – 154 с.

УДК 378.147-322:61

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В КОНТЕКСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ

Е.Л. Баркалова

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ORGANIZATION OF EDUCATIONAL PROCESS IN THE CONTEXT OF INTRODUCTION OF CREDIT-MODULE TECHNOLOGY

E.L. Barkalova

Donetsk State Medical University by M. Horiky

У статті йдеться про необхідність використання для самостійної аудиторної роботи студентів як традиційних, так і комп'ютерних технологій в рамках впровадження кредитно-модульної системи навчання. Дані засоби сприятимуть інтенсивному і більш глибокому вивченню дерматовенерології.

The article deals with the necessity of the use of both traditional techniques and the ones based on the modern computer technologies for students' independent classroom work within the framework of introduction of credit-module training system. The given means will promote more intensive and detail study of dermatovenerology.

© Е.Л. Баркалова

Вступ. Соціально-економічні й політичні зміни в суспільстві, входження України у світове співтовариство вимагають структурної реформи системи вищої освіти. Пріоритетним завданням, відповідно до положень Болонської декларації, є значне підвищення якості освіти, що забезпечує випускникам конкурентноспроможність на світових ринках праці, а також формування навичок до самостійної роботи, необхідних для навчання протягом життя [2, 3].

Отже, навчити студента вчитися і в подальшому постійно вдосконалювати свої професійні знання – одна з головних сучасних проблем вищої медичної школи.

Самостійна навчальна діяльність студента має двоєдину мету:

- самостійне засвоєння певної сукупності знань, вмінь і навичок з дисципліни відповідно до вимог навчальних планів і програм;
- формування самостійності як риси особистості студента.

У впровадженій кредитно-модульній системі навчання передбачено збільшення годин для самостійної роботи студентів як вдома, так і протягом аудиторного часу. Її перевагами є формування шляхів до розвитку творчої діяльності студентів [4].

Основний акцент у навчально-методичному забезпеченні освітньої програми необхідно робити на створення умов для формування у майбутніх лікарів мотивів професійної самопідготовки, її безпосередню організацію та стимулювання зусиль студентів в оволодінні професійними знаннями та якостями як особистісними цінностями. Орієнтований характер навчальних технологій і методик буде сприяти поліпшенню якості підготовки майбутніх лікарів.

Метою нашої роботи був пошук нових та удосконалення традиційних методик самостійної роботи студентів на кафедрі дерматовенерології для впровадження їх в кредитно-модульну систему навчання.

Основна частина. Не заперечуючи достоїнств класичних методик викладання, на основі яких виросло і працює не одне покоління лікарів, необхідно усвідомити актуальність використання нових технологій, побудованих на закономірностях лікарського мислення. При цьому під клінічним мисленням розуміється здатність охопити, проаналізувати і синтезувати всі дані про хворого при одночасному порівнянні зі спостереженнями, книжковими знаннями і досвідом для встановлення діагнозу, прогнозу і тактики лікування [6].

Але в даний час педагогічні засоби, що використовують тільки мову, в освітньому процесі відходять на другий план. Сьогодні народжуються нові схеми ро-

зуміння і засвоєння знань, менш пов'язані зі словом, більш із зоровим рядом, образом, формою, кольором.

Вважаємо, що одним з важливих ресурсів у вивченні шкірних та венеричних хвороб є розвиток якісних, інтуїтивних, образних уявлень шляхом використання “наочно-комп'ютерних підходів”.

На кафедрі дерматовенерології Дон ДМУ це складне завдання досягається не тільки підвищенням рівня теоретичних знань, а й максимальним використанням візуального компонента у вивченні клініки хвороб, тому що діагностика в дерматології передбачає позицію “я вже таку патологію бачив”.

Цей принцип реалізується за допомогою кількох технологій, з демонстрацією як можна більшого числа хворих, вивчення атласів, слайдів.

Ми вважаємо доцільним в рамках кредитно-модульної системи (для самостійної аудиторної роботи студентів) використовувати як традиційні, так і сучасні комп'ютерні способи. На наш погляд, це:

1. Курація хворих. Група поділяється на 3-4 підгрупи. Кожній пропонується 1 хворий з теми практичного заняття. Студенти збирають скарги, анамнез захворювання й життя. Оглядають і описують вогнище ураження з детальним розглядом первинних і вторинних морфологічних елементів висипки. Після встановлення попереднього діагнозу визначають необхідні додаткові методи дослідження і тактику ведення пацієнта. По закінченні робиться доповідь з демонстрацією хворого для студентів усієї групи. Крім того, в процесі курації студенти навчаються практичних навичок, що дає максимальний ефект при створенні умов індивідуальної самостійної роботи, коли забезпечується можливість багаторазового повторення.

2. Рольова гра також завжди має як навчальний, так і контролюючий аспекти. Сценарій гри, зрозуміло, “веде” викладач, який визначає діагноз (один чи більше) вигаданого хворого. Діагноз – це той мінімум інформації, який потрібно переказати студенту, який буде виконувати роль “носія інформації про хворого”. Всі інші відомості про пацієнта, а саме: скарги, анамнез, об'єктивні, лабораторні та інструментальні дані, обраний студент визначає самостійно згідно з своїм розумінням проблеми, відповідаючи на запитання одногрупників [5].

Таким чином, повністю передбачити розвиток кожної гри неможливо. Головне, що викладач протягом гри має можливість оцінити не відповіді на запитання, а дії кожного студента, що досить виразно імітують реальну ситуацію.

3. Об'єктивні причини, що свідчать про неможливість концентрувати весь спектр дерматовенерологічної патології, необхідний для навчального про-

цесу, протягом окремого студентського циклу, часто приводять до неміцного засвоєння, що пов'язано з відсутністю візуального сприйняття, і швидкого забування студентами симптомів, принципів діагностики і сучасних методів лікування. Щоб знизити негативні фактори, ми спробували підвищити наочність практичних занять.

З цією метою на базі кафедри дерматовенерології Дон ДМУ її співробітниками був створений і продовжує поповнюватися банк електронних зображень шкірної та венерологічної патології. Джерелами стали цифрові фото, які відображають різні вогнища ураження, клінічні прояви захворювань у пацієнтів, що перебували в клініці.

У процесі практичного заняття, керуючись методичними рекомендаціями для відповідної теми, викладач на моніторі комп'ютера демонструє матеріали банку зображень досліджуваної патології. Створений архів фотографій дозволяє не тільки демонструвати клінічні прояви хвороби з даної теми, а також досить детально вивчати морфологічні елементи висипки, використовуючи якісне комп'ютерне збільшення.

Література

1. Применение компьютерных и мультимедийных технологий для преподавания травматологии и ортопедии / В.А. Бабоша, В.А. Начевкин, Г.В. Лобанов и др. // Досвід та проблеми підготовки медичних кадрів: Зб. наук. праць. – Донецьк, 2005. – С. 74-76.
2. Волосовець О.П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 12-16.
3. Казаков В.Н., Талалаєнко А.Н., Первак М.Б. Деятельность Дон ГМУ им. М. Горького по подготовке к проведению реформ Болонской направленности в отечественной высшей медицинской школе // Досвід та проблеми

Застосування комп'ютерних технологій у процесі занять припускає проведення і рольової гри. При використанні цієї методики студентам демонструється зображення вогнища ураження, повідомляються додаткові дані анамнезу і клінічної картини, пропонується провести попередню діагностику, назвати патогномічні симптоми, а також визначити тактику ведення і подальшого лікування хворого. Одночасне використання банку фото та відеозображень допомагає демонструвати різні варіанти розвитку клінічних ситуацій, що сприяє більш міцному засвоєнню навчального матеріалу [1].

Висновки: 1. На наш погляд, використання одночасно різних традиційних та інноваційних методів (тести, діагностичні алгоритми, графи логічних структур, курація і демонстрація хворих) сприяє інтенсифікації і більш глибокому вивченню дерматовенерології.

2. Відповідно до сучасних вимог до підвищення якості освіти необхідно супроводжувати програмний матеріал ілюстраціями в комп'ютерній презентації чи відео, що дозволяє візуально простежити синдромологічні зміни при різноманітних захворюваннях.

підготовки медичних кадрів: Зб. наук. праць. – Донецьк, 2005. – С. 3-5.

4. Москаленко В.Ф., Яворівський О.П., Остапик Л.І. Про стан і шляхи удосконалення організації самостійної роботи студентів // Медична освіта. – 2004. – № 1. – С. 10-12.
5. Островський І.М., Прохоров Є.В. Рольова гра як засіб навчання та контролю знань субординаторів // Медична освіта. – 2004. – № 1. – С. 49-51.
6. Талалаєнко А.Н., Борисова Т.П., Денисенко А.Ф. и др. Информационные технологии в медицинском вузе как средство оптимизации обучения // Досвід та проблеми підготовки медичних кадрів: Зб. наук. праць. – Донецьк, 2005. – С. 8-11.

УДК 378:61:617-089

ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ СТВОРЕННЯ КАФЕДР ТА ЦИКЛІВ ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЇ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ

С.Г. Гривенко, Ф.М. Ільченко

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

ABOUT EXPEDIENCY OF ENDOVIDEOSURGERY DEPARTMENTS AND SERIES FOUNDATION AT HIGHER MEDICAL SCHOOLS OF UKRAINE

S.H. Hryvenko, F.M. Ilchenko

Crimean State Medical University by S.I. Heorhiyevsky

У статті розглядаються аргументи на користь створення кафедр та циклів ендовідеохірургії у вищих навчальних медичних закладах України. Вказано на пошук нових підходів у підготовці студентів, лікарів-інтернів та курсантів з ендохірургії. Запропоновано перерозподіл навчальних годин на користь хірургічних кафедр і виділення в їх структурі годин на лапароскопічні та інші малоінвазивні технології.

The arguments of endovideosurgery departments and series foundation at higher medical schools of Ukraine are considered in the article. The search of new approaches in endosurgery training of students and interns is indicated. The training hours redistribution is proposed for surgical departments and distinguishing in their structure hours for laparoscopic and other miniinvasive technologies.

Вступ. Постійне вдосконалення знань та вмінь лікарів відповідно до вимог часу залишається основною ідеєю концепції безперервного професійного розвитку. Але плін часу, зміни у суспільстві, науково-технічний прогрес та впровадження його досягнень у практику охорони здоров'я вимагають перегляду організації навчального процесу [1].

Роль хірургії в загальній системі підготовки лікаря переоцінити важко. Як базисна дисципліна, хірургія визначає рівень знань та практичних навичок, якими в кінцевому підсумку оцінюється загальна кваліфікація молодого спеціаліста. Отже, в цьому плані заслуговує пильної уваги методика та програма етапного, наскрізного навчання студентів в медичних ВНЗ з даної спеціальності.

Історія хірургії кінця 20 сторіччя відмічена цілим рядом значних подій. Одною з найбільш яскравих сторінок цього періоду є народження ендоскопічної хірургії, яка зайняла значне місце в медицині. Ця нова технологія дозволила передивитись принципи лікування багатьох захворювань людини в таких галузях, як хірургія та гінекологія, урологія та оториноларингологія. Безсумнівною перевагою ендоскопічної хірургії є мала травматичність та низька частота

ускладнень. Значна користь для суспільства в економічній ефективності методу та зниженні термінів реабілітації хворого. Проте, наскільки операція стала легшою для пацієнта, настільки вона стала складнішою та відповідальнішою для хірурга. Тільки складні електронні прилади та тендітні витончені інструменти дозволяють виконати операцію через точкові проколи в тканинах без широкого їх розсічення. Світовий досвід показує, що ендовідеохірургія знаходить все більш широке застосування і входить в повсякденну практику не тільки при операціях на органах черевної та грудної порожнини, а також в артрології, нейрохірургії, серцево-судинній, щелепно-лицевій та пластичній хірургії [2]. Вітчизняна ендохірургія по цих напрямленнях йде вслід за досвідом передових зарубіжних клінік, а її майбутнє залежить від розвитку Української держави. Тому виникла необхідність створення нових хірургічних кафедр та ряду вузькоспеціалізованих циклів, таких як ендоскопічної, малоінвазивної хірургії тощо [3].

Основна частина. Покращення якості підготовки спеціалістів – головне завдання вищої медичної школи. Успішна підготовка лікаря в медичних університетах повинна бути поєднана на сучасному

етапі з пошуком нових, більш ефективних форм навчання. Як сказав сер Вільям Ослер, “мета медичної освіти – дати людині напрямок, вказати шлях та наділити картою, надто не повною з точки зору задуманої подорожі”. Динамізм нашого життя, необхідність оволодіння все зростаючим об’ємом теоретичних знань та практичних навичок в хірургії, підвищення вимог до кваліфікації випускників університетів внесли в подальшому суттєві корективи в систему поетапного викладання хірургії. Навчання хірургів нових технологій потребує нових форм та умов, а існуюча система підготовки спеціалістів в Україні виявилась нединамічною та недієздатною до швидкої організації широкомасштабної перепідготовки. Відсутність єдиної системи підготовки кадрів та низька оснащеність хірургічних кафедр стримує темпи розвитку ендовідеохірургії. Світовий досвід показує, що сьогодні необхідні кардинальні зміни системи освіти в цілому з використанням різних видів підготовки: від обов’язкового введення курсів з ендохірургії в систему навчання студентів до організації повноцінних первинних та продовжених циклів навчання для практикуючих лікарів. Необхідно змінити і сам підхід до навчання: не тривалість перебування курсанта на кафедрі визначає якість підготовки, а інтенсивність занять, наявність умов для тренінгу та якість підготовки.

Ендовідеохірургія передбачає спеціальні знання та уміння, проте відсутність єдиної системи підготовки стримує темпи розвитку цієї технології в Україні. В останні роки у вищих навчальних медичних закладах почали широко впроваджувати різні навчальні технології, які забезпечують ефективність викладацької і студентської навчальної діяльності. В цьому контексті піонером в Україні є Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, де за аналогією європейських лапароскопічних шкіл створені всі умови для освоєння цих сучасних технологій. Так на базі віварію вищезазначеного ВНЗ створено лапароскопічну операційну, де не тільки теоретично, а й практично, на тваринах курсанти виконують ендовідеохірургічні операції. Крім того, для відпрацювання техніки виконання лапароскопічних операцій створено тренажерний зал, де курсанти та інтерни вивчають спеціальний інструментарій, апаратуру, та на фантомах засвоюють і вдосконалюють принципи роботи інструментами, навички в’язання інтра- та екстракорпоральних вузлів. Слід відмітити, що саме таке поетапне навчання, яке починається в тренажерному залі, з подальшими операціями на тва-

ринах і подальшими асистенціями на операціях є ефективною формою навчання.

Проте загальна кількість годин з хірургічних дисциплін за програмою МОЗ України складає всього 1380 годин, з них: з топографічної анатомії та оперативної хірургії – 129 год; з загальної хірургії з анестезіологією – 241 год.; з факультетської хірургії – 162 год; з госпітальної хірургії – 108 год, та по хірургічних хворобах для 6 курсу – 156 год. В жодній з вищезазначених дисциплін, крім програми з хірургічних хвороб для 6 курсу, програмою не передбачені години з лапароскопічної чи іншої малоінвазивної технології. Лише на 6 курсі програмою відведено 7 годин на вивчення деяких аспектів ендовідеохірургії, хоча такі оперативні втручання, як лапароскопічна холецистектомія, стали “золотим стандартом” в оперативному лікуванні хронічного калькульозного холециститу. В зв’язку з цим виникла необхідність перерозподілу навчальних годин на користь хірургічних кафедр і виділення в їх структурі часу на вивчення основ лапароскопічних та інших малоінвазивних сучасних технологій, а також створення нових хірургічних вузькоспеціалізованих кафедр та циклів з ендоскопічної та малоінвазивної хірургії. Центральному методичному кабінету МОЗ України та опорним кафедрам слід внести зміни у навчальні програми 3-4-5 курсів з топографічної анатомії з оперативною хірургією, загальної, факультетської та госпітальної хірургії. Так, можливо, доцільно внести такі доповнення в навчальні програми:

- оперативна хірургія з топографічною анатомією: основний ендоскопічний інструментарій, його особливості; особливості техніки роз’єднання та з’єднання тканин в ендохірургії; топографія та особливості ендоскопічних доступів при основних ендовтручаннях;

- загальна хірургія: особливості стерилізації та обслуговування ендоскопічного інструментарію та розхідних матеріалів;

- факультетська хірургія: по темах “Холецистит, ЖКХ, механічна жовтяниця”, “Панкреатит”, “Апендицит”, “Грижі”, “Захворювання судин”, “Захворювання прямої та товстої кишки” ввести розділи по сучасних ендовідеовтручаннях вищеперерахованих нозологій та обов’язково визначити показання та протипоказання, основи ведення післяопераційного періоду, можливі ускладнення та методи їх профілактики. Доцільно ознайомити студентів з відеоторакоскопією та її застосуванням при різних захворюваннях грудної порожнини;

– госпітальна хірургія: діагностика та хірургічна корекція пошкоджень жовчних проток під час виконання лапароскопічної холецистектомії; діагностика та лікування ускладнень ендоскопічних транспапілярних втручань.

Таким чином, створення спеціалізованих кафедр та циклів з ендовідеохірургії, та внесення змін в робочі програми з хірургічних дисциплін забезпечить фахо-

ве викладання основ малоінвазивних технологій у хірургії протягом навчання студента у ВНЗ, а в подальшому для професійної підготовки та перепідготовки курсантів у післядипломному навчанні.

Висновок. Створення кафедр та циклів ендовідеохірургії у вищих навчальних медичних закладах України є нагальною потребою сьогодення. Це завдання є спільним і актуальним для всіх медичних ВНЗ України.

Література

1. Сандер С.В. Викладання питань судинної хірургії на єдиній хірургічній кафедрі // Медична освіта. – 2007. – № 1. – С. 49-51.
2. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. Серия: Высокие технологии в медицине.

– М.: Издательский дом ГЕОТАР-МЕД, 2001. – 351с.

3. Потапенков М.О., Гривенко С.Г. Шляхи оптимізації навчального процесу на випускних кафедрах хірургії медичних вузів // Медична освіта. – 2007. – № 1. – С. 55-58.

УДК 616-039.71:371.315]-051-057.87:369.067.2-057.2

**ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ КУРСУ ПРОФПАТОЛОГІЇ
СТУДЕНТАМ ТА ЛІКАРЯМ, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ У
ПРОФІЛАКТИЧНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДАХ ПРАЦІВНИКІВ**

В.В. Родіонова, О.В. Мужчиль, С.П. Валевський, С.В. Собко, А.О. Лисенко

Дніпропетровська державна медична академія

**FEATURES OF OCCUPATIONAL DISEASES COURSE TEACHING FOR
STUDENTS AND PHYSICIANS, WHO TAKE PART IN WORKERS'
PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATIONS**

V.V. Rodionova, O.V. Muzhchyl, S.P. Valevsky, S.V. Sobko, A.O. Lysenko

Dnipropetrovsk State Medical Academy

З метою обґрунтування необхідності подальшого удосконалення навчальної програми з профпатології, проведений аналіз тестового контролю знань 47 студентів та 20 лікарів. На підставі відображення особливостей набуття теоретичних знань і практичних навичок студентами медичного вузу та лікарями на курсах тематичного удосконалення з професійної патології було виявлено ряд недоліків навчальної програми з профпатології та низьку виживаність знань серед лікарів, які беруть участь у проведенні профілактичних медичних оглядів працівників. Отримані дані дають підставу для обґрунтування необхідності удосконалення навчальної програми та обов'язкового проходження тематичних курсів підвищення кваліфікації з профпатології для всіх лікарів, які беруть участь у проведенні медичних профілактичних оглядів на підприємствах.

To prove the necessity of occupational diseases course curriculum further improvement there was carried out the test control of 47 students and 20 physicians. On the basis of teaching features' reflection of students in medical school and physicians at advanced educational course in occupational diseases there were revealed some shortcomings of curriculum in medical school and

low or ability for survive of knowledge in physicians, who take part in workers' prophylactic medical examinations. Received data substantiate the necessity of curriculum improvement on occupational diseases course at medical school and obligatory participation in advanced educational course in occupational diseases for the physicians, who take part in workers' prophylactic medical examinations.

Вступ. Профпатологія – клінічна дисципліна, що вивчає питання етіології, патогенезу, клініки, діагностики, лікування та профілактики професійних хвороб [1]. В Дніпропетровській області з 2000 року спостерігається стійка тенденція до зростання кількості хворих на профзахворювання: так, якщо у 1998 році вперше встановлено 159 випадків профзахворювань, то в 2004 році вже 1270 випадків [2]. Слід підкреслити, що ця ситуація склалася на фоні загального зменшення кількості працюючих та стрімкого погіршення умов праці. Показники професійної захворюваності тісно корелюють з умовами праці. За даними Держкомстату України (2005 р.), кожен третій із зайнятих на виробництві (35,5%) працює в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним вимогам за багатьма параметрами [2]. Найнебезпечнішими залишаються умови праці у вугільній, металургійній, газовій, хімічній та нафтохімічній промисловості, які є в наявності в Дніпропетровській області, тобто можна прогнозувати збереження тенденції зростання профзахворювань на найближчі роки.

Професійна патологія на ранніх етапах розвитку патологічних змін виявляється погано. Виявлена профпатологія у 90,7 % хворих супроводжується стійкою втратою працездатності, має місце висока інвалідизація постраждалих [2]. Все це не тільки робить проблему профпатології однією з найбільш актуальних в клініці внутрішніх хвороб, але й свідчить про її зростаюче соціально-економічне значення та загальнодержавну важливість.

Наведені дані настійно потребують розробки стратегії первинної, вторинної та третинної профілактики професійних хвороб. Для виконання цього складного загальнодержавного завдання перш за все потрібні висококваліфіковані фахівці-профпатологи та лікарі різних спеціальностей, добре обізнані з питань профпатології [3]. Але підготовка кваліфікованих кадрів також є проблемою. Так, згідно з Наказом МОЗ України № 359 від 19.12. 1997 року, до номенклатури лікарських спеціальностей включена спеціальність лікаря-профпатолога, але при проведенні обов'язкового розподілу випускників медичних вузів така спеціальність не затребувана навіть в промислово перевантажених регіонах з високим рівнем профзахворюваності. В Дніпропетровській області, згідно з планами державного розподілу випускників, майже за 10 років було передбачено 0,5 ставки лікаря-проф-

патолога. Навчальна програма інтернатури не передбачає глибокого вивчення курсу профпатології, а самостійної програми інтернатури з профпатології також немає [4]. В Дніпропетровській області, одній з найбільш промислово розвинутих в Україні, згідно з існуючим Наказом МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. зберігається неадекватно низька кількість спеціалістів-профпатологів: 17 осіб на штатних посадах та 32 – на позаштатних посадах. Штатні посади здебільшого займають лікарі-терапевти, які призначаються наказом головного лікаря медичного закладу. Для позаштатних профпатологів, які навіть не завжди мають спеціальну підготовку з профпатології, додаткове навантаження до основної роботи потребує не тільки знань з профпатології, але вимагає співпраці з супутніми службами (санітарно-епідеміологічною, фондами соціального захисту і ін.), потребує багато часу на заповнення різноманітної документації, згідно з вимогами служби. Складність обов'язків та висока відповідальність позаштатного профпатолога призводить до того, що посада часто переходить від лікаря до лікаря, робота виконується не завжди якісно або взагалі не виконується. Низькій якості роботи сприяє також загальна руйнація системи медичного забезпечення працюючого населення (передача функцій медико-санітарної частини (МСЧ) територіальним лікувально-профілактичним закладам, ліквідація МСЧ та цехової служби і ін.). Цехова служба в Дніпропетровській області збережена лише на окремих підприємствах (наприклад на металургійному заводі ім. Г.І. Петровського, трубопрокатному заводі ім. К. Лібкнехта, агрегатному та шинному заводах). Цехових лікарів в медичних закладах області залишилось 25 осіб (26,75 ставки). Все це призводить до неповного охоплення робітників шкідливих професій медичними оглядами, погіршенням якості останніх. З'ясовано, що низька якість профілактичних оглядів на підприємствах та виявлення профзахворювань вже на стадії ускладнення пов'язане насамперед з низьким рівнем знань з профпатології серед цехових лікарів та лікарів, які беруть участь у проведенні профілактичних медичних оглядів працівників, хоча основною метою профоглядів є саме виявлення ранніх ознак професійних захворювань [5].

Наведені дані обумовлюють гостру необхідність удосконалення навчальної програми з профпатології

для студентів медичного вузу та проведення курсів тематичного удосконалення з профпатології серед лікарів, які беруть участь у проведенні профілактичних медичних оглядів працівників.

Мета даного дослідження – обґрунтувати необхідність подальшого удосконалення навчальної програми з профпатології на підставі відображення особливостей набуття теоретичних знань і практичних навичок студентами медичного вузу та лікарями на курсах тематичного удосконалення з професійної патології.

Основна частина. На базі кафедри госпітальної терапії № 1 та профпатології ДДМА провели опитування 67 слухачів: 17 студентів 5 курсу, 30 студентів 6 курсу та 20 лікарів-курсантів тематичного удосконалення з профпатології. Опитувальник складений з 20 тестових завдань з профпатології з одним варіантом правильної відповіді, згідно з прототипом “КРОК-2”. Проводили вхідний та вихідний контроль знань на початку та наприкінці занять по профпатології. Розраховували середній бал на підставі правильних відповідей, порівнювали значення цього показника до та після курсу навчання з визначенням вірогідності різниці за t-критерієм Стьюдента. Оцінювали ефективність викладання курсу профпатології у відсотках як різницю відсотків правильних відповідей на початку та наприкінці занять.

Вузівська підготовка лікаря на сьогодні передбачає вивчення курсу профпатології в об’ємі 54 годин для студентів 5 курсів: 6-12 годин лекцій залежно від факультету, 30 годин практичних занять та 12-18 годин самостійної підготовки. На 6 курсі для студентів лікувального факультету передбачено 54 години навчання, для студентів педіатричного факультету – 36 годин та для студентів медико-профілактичного факультету – 108 годин навчання.

На 5 курсі студенти пишуть навчальну історію хвороби, складають недиференційований залік. На 6 курсі студенти працюють у відділенні профпатології в якості субординаторів, складають диференційований залік. При аналізі отриманих студентами 6 курсу оцінок виявилось, що більшість закінчує цикл з середньою оцінкою “добре”, має місце усереднення і знань і оцінки. Це зменшує мотивацію студентів до отримання глибоких знань та додаткової інформації з предмета.

При аналізі діючої навчальної програми з профпатології для студентів 5 курсу з’ясувалося, що розподіл тем є вкрай нерівномірним. Переважна більшість тем (14) й навчальних годин (47%) відводиться на вивчення одного класу професійних захво-

рювань – від дії хімічних факторів. В той же час, на вивчення трьох класів професійних захворювань – від дії біологічних, алергічних факторів та онкологічних захворювань, не відводиться жодної години. Такий розподіл тем, на наш погляд, є недоцільним, не тільки тому, що він не охоплює всі класи професійних захворювань, але й тому, що він не враховує промислової ситуації в регіоні. На виконання індивідуального завдання (написання реферату, доповіді) не заплановано ніяких годин, хоча на практиці саме ця робота є найбільш витратною в годинному відношенні.

Недосконалість навчальної програми безумовно негативно впливає на подальший рівень знань лікарів. До того ж, згідно з запропонованим проектом програми вивчення профзахворювань за кредитно-модульним принципом відповідно до вимог Болонського процесу, передбачається зменшення кількості годин на вивчення дисципліни [6]. Разом з тим, орієнтація державної охорони здоров’я на лікаря загального профілю (сімейного) передбачає глибоке знання даної дисципліни [7].

З метою удосконалення знань з профпатології створені та проводяться курси тематичного (або передатестаційного) удосконалення лікарів в ряді вищих медичних закладів України, зокрема в Дніпропетровській державній медичній академії на базі кафедри госпітальної терапії № 1 та профпатології діють курси інформатики та стажування з профпатології. Програму занять на курсах узгоджено з Міністерством освіти і науки України та Міністерством охорони здоров’я України. Програма включає 72 години підготовки, з яких 24 – лекційні, 24 – практичних занять, 12 – семінарських та 12 годин для самостійної роботи. Лекції для курсантів читаються відповідно до тематичного плану, який створено з урахуванням розповсюдженості нозологічних форм професійної патології в Україні, який може дещо змінюватись залежно від спеціальності курсантів. На практичних заняттях проводиться клінічний розбір хворих та представленої медичної документації, під час семінарів курсанти читають доповіді по підготовлених рефератах. Оскільки кафедра працює на базі Центру профпатології, курсанти беруть безпосередню участь у роботі лікарсько-консультативної комісії Центру. Ці заходи сприяють підвищенню рівня теоретичних знань, допомагають у вирішенні складних діагностичних та експертних питань, які виникають у лікарів у повсякденній роботі.

Під час навчання обов’язковим є проведення вхідного та вихідного тестового контролю знань курсантів. Аналіз отриманих результатів показав на-

явність поганої виживаності знань у лікарів (табл. 1). Було з'ясовано, що курсанти практично зовсім не

обізнані у питаннях виникнення профзахворювань у медичних працівників [8].

Таблиця 1. Рівень знань по профпатології у студентів та лікарів-курсантів

Учні	Рівень знань			
	вхідний		вихідний	
	середній бал, (M±m)	% правильних відповідей	середній бал, (M±m)	% правильних відповідей
Студенти 5 курсу	–	–	15,94 ± 0,25	79,70
Студенти 6 курсу	12,90 ± 0,37	64,50	18,69 ± 0,31*	93,50
Лікарі - курсанти	10,25 ± 1,12	51,25	15,44 ± 0,34*	77,22

Примітка. * – вірогідність різниць результатів вхідного та вихідного контролю $p < 0,01$.

Таким чином, перше знайомство з профпатологією відбувається на 5 курсі. Наприкінці занять студенти засвоюють 79,7% навчальної програми. До 6 курсу студенти забувають 15,2% матеріалу, але швидко поповнюють свої знання до рівня 93,5%. За роки лікарської діяльності забувається більше 42,2% знань з профпатології. Ці дані зворушливі, оскільки лікарі беруть участь у профілактичних оглядах працівників, головною метою яких є саме виявлення ранніх ознак професійних захворювань.

Більш детальний аналіз відповідей осіб, які навчаються на курсах, показав оборотну залежність кількості правильних відповідей від віку лікаря та його стажу роботи. Так, на вхідному контролі максимальну кількість відповідей (15 із 20) показала лікар П., 25 років зі стажем роботи 2 роки, а мінімальну кількість правильних відповідей (3,5 із 20) – лікар Ш., 61 рік зі стажем роботи 38 років.

Ефективність навчання студентів 6 курсу становить 29%, ефективність курсів тематичного удосконалення – 26%. Фактично, лікарі-курсанти наприкінці занять по профпатології досягли рівня знань студентів 5 курсу. Недостатня ефективність курсів тематичного удосконалення пояснюється рядом причин, зокрема низькою дисципліною відвідування занять у зв'язку з тим, що більшості лікарів часто доводиться поєднувати навчання на курсах із необхідністю виконання своїх безпосередніх обов'язків з лікувальної роботи в медичному закладі. Крім того, курси відвідують “вузькі” спеціалісти, які виявляють заін-

тересованість при вивченні конкретних тем, а програма курсів розрахована на розгляд достатньо широкого кола питань.

Висновки. З урахуванням визначених особливостей програми навчання з профпатології, можна зробити такі висновки:

1. Програму з профпатології для студентів слід удосконалити за рахунок збільшення загальної кількості годин викладання дисципліни та більш адекватного розподілу навчальних тем, згідно з розповсюдженістю професійної патології в Україні і конкретному промислового регіоні. Доцільно було б повернутися до проходження інтернатури з профпатології.

2. Виявлено низьку виживаність знань по профпатології серед лікарів, які беруть участь у проведенні профілактичних медичних оглядів працівників. Цим почасти можна пояснити недостатню ефективність профілактичних оглядів на підприємствах, пізню виявляємість професійних захворювань, високі показники інвалідності у професійних хворих, недоохоплення працівників профілактичними та лікувальними заходами.

3. Курси тематичного удосконалення з профпатології повинні проходити з відривом від виробництва всі лікарі, без винятку, які беруть участь у проведенні профілактичних медичних оглядів працівників шкідливих виробництв. Лікарям-терапевтам, цеховим, сімейним і лікарям інших спеціальностей має бути запропоновано тематичне вдосконалення з профпатології не рідше ніж 1 раз у 5 років.

Література

1. Костюк І.Ф., Капустник В.А. Професійні хвороби: Підручник. – К.: Здоров'я, 2003. – 636 с.
2. Кундієв Ю.І., Нагорна А.М. Професійне здоров'я в Україні. Епідеміологічний аналіз. – К.: Авіценна, 2006. – 316 с.

3. Родіонова В.В., Валевський С.П. Інтеграція дисциплін з метою підготовки лікаря-профпатолога // Тези доповід. Наук.-практ. конф. “Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних закладах України”. – Луганськ, 2000. – С. 300-301.

4. Валевський С.П., Родіонова В.В. До питання про післядипломну підготовку лікарів-профпатологів // Матеріали доповідей наук.-метод. конф. "Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних закладах освіти I-IV рівнів акредитації МОЗ України. – Київ-Тернопіль, 1999. – С. 545-546.

5. Викладання курсу профпатології студентам та лікарям, які беруть участь у профілактичних медичних оглядах працівників / В.В. Родіонова, О.В. Мужчиль, С.П. Валевський та ін. // Збірник праць наук.-метод. конф. з міжнародною участю "Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів". – К., 2007. – С. 310-312.

6. Пиддаев А.В., Передерий В.Г. Болонский процесс в Европе. Что это такое и нужен ли он Украине? Возможна ли

интеграция медицинского образования Украины в Европейское образовательное пространство? – Одесса: Одес. гос. мед. ун-т, 2004. – 192 с.

7. Система управління якістю медичної освіти в Україні: Монографія / І.Є. Булах, О.П. Волосовець, Ю.В. Вороненко та ін. – Д.: АРТ-ПРЕС, 2003. – 212 с.

8. Некоторые аспекты снижения работоспособности и жизнедеятельности врача-интерниста / В.В. Родионова, В.Г. Гинзбург, Л.В. Гинкота, А.И. Иванченко // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (семинар-нарада) "Фактори ризику в умовах праці медичних працівників та розробка пропозицій щодо профілактики професійних та виробничо обумовлених захворювань". – Київ, 2006. – С. 47.

УДК 616 - 092

РОЛЬ V МІЖНАРОДНОГО КОНГРЕСУ ПАТОФІЗІОЛОГІВ (ISP 2006) У ПОЛІПШЕННІ ВИКЛАДАННЯ ТА ЗАСВОЄННЯ ПРОВІДНОЇ ТЕОРЕТИЧНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Ю.Є. Роговий, Л.О. Філіпова, Л.Г. Архіпова, І.Л. Муравйова

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

THE ROLE OF 5TH INTERNATIONAL CONGRESS OF PATHOPHYSIOLOGISTS (ISP 2006) IN IMPROVEMENT THE TEACHING AND ASSIMILATION OF THE BASIC THEORETICAL SUBJECT

Yu.Ye. Rohovy, L.O. Filipova, L.H. Arkhipova, I.L. Muravyova

Bucovynian State Medical University, Chernivtsi

У представленій публікації пропонується впровадити у навчальний процес положення декларації щодо ролі і місця патофізіології в біомедичній культурі, яка була прийнята на V Міжнародному конгресі патофізіологів (June 28-July 1, 2006 Beijing, China), що дасть можливість істотно поліпшити вивчення провідної теоретичної дисципліни і в перспективі перейти до її викладання на трьох рівнях: 1) загальна, 2) загальна клінічна, 3) клінічна патофізіологія з кожної практичної спеціальності (клінічна патофізіологія хірургії, клінічна патофізіологія терапії, клінічна патофізіологія стоматології, клінічна патофізіологія акушерства і гінекології та ін.).

The publication, presented by the authors proposes to introduce into educational process the guidelines of the declaration as to the role and place of pathophysiology in biomedical culture which was adopted at the 5th International congress of pathophysiology (June 28-July 1, 2006 Beijing, China). This will make possible to improve essentially the study of the leading theoretical subject and in the short view switch over to its teaching at three levels: 1) general pathophysiology; 2) general clinical pathophysiology; 3) clinical pathophysiology in each practical speciality (clinical pathophysiology of surgery, clinical pathophysiology of therapy, clinical pathophysiology of stomatology, clinical pathophysiology of obstetrics and gynecology and others).

Вступ. Провідна мета навчально-методичної роботи медичного університету полягає у підготовці

спеціалістів, здатних в умовах практичної охорони здоров'я клінічно мислити, оперативно приймати

© Ю.Є. Роговий, Л.О. Філіпова, Л.Г. Архіпова, І.Л. Муравйова

рішення як у типових, так і в нестандартних ситуаціях, при цьому рівень підготовки фахівців у галузі медицини повинен характеризуватися динамікою переходу з першого (“знаю”) та другого (“знаю як”) рівнів піраміди Джорджа Міллера до третього (“демонструю”) та четвертого (“роблю”) рівнів [2, 3, 4]. У забезпеченні такої динаміки істотну роль можуть відіграти положення декларації щодо ролі і місця патофізіології в біомедичній культурі, яка була прийнята на V Міжнародному конгресі патофізіологів (June 28-July 1, 2006 Beijing, China) [7].

Мета даної публікації полягала в узагальненні ролі положень декларації щодо ролі і місця патофізіології в біомедичній культурі, яка була прийнята на V Міжнародному конгресі патофізіологів (June 28-July 1, 2006 Beijing, China) у поліпшенні викладання провідної теоретичної дисципліни.

Основна частина. Теоретичний фундамент клінічного мислення майбутнього лікаря формується в основному при вивченні патофізіології, що потребує в студентів з перших кроків освоєння цього предмета інтенсивної роботи таких сфер людської свідомості, як мислення (поняття, судження, умовивід) та інтелект (аналіз, синтез, абстракція, конкретизація, узагальнення) [1, 5, 6]. У вирішенні цієї проблеми істотну роль можуть відіграти положення декларації щодо ролі і місця патофізіології в біомедичній культурі, яка була прийнята на V Міжнародному конгресі патофізіологів (June 28-July 1, 2006 Beijing, China), головний зміст яких зводиться до наступного:

1. Вивчення послідовності людського генома та пов'язаних з цим передових молекулярних досліджень, прогрес у біофізиці, так само, як і в галузі комп'ютерних технологій, підкреслює важливість горизонтальних і вертикальних зв'язків у викладанні/вивченні медичних дисциплін. Інтегративність патофізіології є потужним знаряддям у пошуку та розумінні патобіологічної природи як основи для клінічного аналізу та правильного розуміння хвороби.

2. Патофізіологічний аналіз інтегративності регулюючих гомеостаз і гомеодинаміку процесів в організмі та взаємозв'язку між ними наближає до цілісного сприйняття та повнішого розуміння етіології та патогенезу хвороб. Нові важливі біомедичні принципи об'єднання клінічних і доклінічних знань орієнтують студентів у напрямку медицини, що ґрунтується на доказах.

3. Швидке розповсюдження наукових знань щодо різноманітних аспектів цілого комплексу патобіологічних явищ усе частіше дозволяє отримати кількісну оцінку важливих процесів у системній інтеграції організму. Усвідомлення первинних, вторинних і менш оче-

видних патогенних механізмів веде до розуміння внутрішньої послідовності природного перебігу хвороби.

4. Інтегративність викладання/вивчення патофізіології збільшує наполегливість студентів у здобутті та засвоєнні теоретичних знань і практичних навичок. Інтегративність веде до кращого усвідомлення та засвоєння знань, а також розуміння впідпорядкованості механізмів хвороби (молекулярних, біофізичних, клітинних, органних, системних, епідеміологічних), комплексного погляду на морфологічні, біохімічні, генетичні та клінічні знання.

5. Для успішного проведення реформ у галузі біомедичних навчальних програм слід дотримуватись та реалізовувати належні патофізіологічні викладацько/навчальні стратегії. Міжнародне патофізіологічне товариство рекомендує, що не менш ніж 8% від загального об'єму навчальних годин слід присвятити патофізіологічному аналізу хвороби, стану передхвороби та умовам їх розвитку. В оптимальному випадку, половина цих годин повинна вміщувати загальну патофізіологію, яка має справу з загальними концепціями, принципами і моделями етіології та патогенезу.

6. Розуміння складних явищ включає у себе узагальнення даних, отриманих із різних джерел (з метою повнішого розуміння їх суті). Подальше усвідомлення досягається шляхом наполегливості, повторення та постійного звернення до різних джерел, призводячи, таким чином, до більшого уточнення та глибшого сприйняття. У патофізіології таке тонке проникнення у суть включає визнання прямого та зворотного контуру в етіопатогенетичних процесах.

7. Методи, що використовуються в процесі викладання/вивчення патофізіології, не повинні ігнорувати паралельні та контекстуальні механізми, а також можливі місця етіопатогенетичного розгалуження під час розгляду головних патогенетичних ланок. Реалізація такого етіопатогенетичного аналізу – це істотна та надійна основа діагностичного та терапевтичного втручання, а також профілактичних заходів.

8. Прийняття комплексного підходу у процесі набуття та осмислення знань дає можливість логічно синтезувати структури із неоднорідними даними. Такий підхід, рівною мірою, стосується вивчення загальної та спеціальної патофізіології (нозології), і повинен використовуватись в різних формах викладання/вивчення, а саме – класичних семінарах, проблемних навчальних модулях, практичних і клінічних циклах.

Впровадження положень декларації щодо ролі і місця патофізіології в біомедичній культурі, яка була прийнята на V Міжнародному конгресі патофізіологів (June 28-July 1, 2006 Beijing, China), дасть можливість поліпшити вивчення провідної теоретичної дисципліни і в

перспективі перейти до викладання патофізіології на трьох рівнях: 1) загальна, 2) загальна клінічна, 3) клінічна патофізіологія з кожної практичної спеціальності (клінічна патофізіологія хірургії, клінічна патофізіологія терапії, клінічна патофізіологія стоматології, клінічна патофізіологія акушерства і гінекології та ін.). Це дасть можливість істотно поліпшити якість навчального процесу з провідної теоретичної дисципліни.

Висновок. У представленій публікації пропонується впровадити положення декларації щодо ролі і місця

патофізіології в біомедичній культурі, яка була прийнята на V Міжнародному конгресі патофізіологів (June 28-July 1, 2006 Beijing, China), що дасть можливість поліпшити вивчення провідної теоретичної дисципліни і в перспективі перейти до її викладання на трьох рівнях: 1) загальна, 2) загальна клінічна, 3) клінічна патофізіологія з кожної практичної спеціальності (клінічна патофізіологія хірургії, клінічна патофізіологія терапії, клінічна патофізіологія стоматології, клінічна патофізіологія акушерства і гінекології та ін.).

Література

1. Запорожан В.М., Гоженко А.І. Клінічна патофізіологія: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку // Фізіол. ж. – 2000. – Т. 46, № 6. – С. 123-126.
2. Милерян В.Е. Методические основы подготовки и проведения учебных занятий в медицинских вузах (методическое пособие). – Киев, 1997. – 64 с.
3. Мруга М.Р., Булах І.Є. Оцінка клінічної компетентності студентів медичних навчальних закладів за допомогою стандартизованих пацієнтів // Медична освіта. – 2000. – № 4. – С. 14-19.
4. Роговий Ю.Є., Архіпова Л.Г. Роль нового методу електроакупунктурної діагностики і контролю за лікуванням

ИМЕДИС-ТЕСТ+ у поліпшенні викладання патологічної фізіології // Медична освіта. – 2006. – № 3. – С. 107-109.

5. Роговий Ю.Є., Бочаров А.В., Кобилянська Р.М. Роль альтернативних методів навчання при викладанні теоретичних та клінічних медичних дисциплін // Медична освіта. – 2003. – № 1. – С. 22-24.

6. Досвід навчально-методичної роботи кафедри патологічної фізіології / Ю.Є. Роговий, В.Ф. Мислицький, Л.О. Філіпова та ін. // Медична освіта. – 2001. – № 3. – С. 38-40.

7. 5th International Congress of Pathophysiology (June 28-July 1, 2006 Beijing, China) // Chinese J. of Pathophysiology. – 2006. – Vol. 22, № 13. – 544 p.

УДК 614.253.52:378.14

ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА ТА ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Л.П. Бразалій

Черкаський медичний коледж

PROFESSIONAL TRAINING AND WORK OF GENERAL PRACTICE NURSE REFERRING TO REFORMATION OF PUBLIC HEALTH SERVICE

L.P. Brazaliy

Cherkasy Medical College

У статті розглянуто проблеми реформування медсестринської освіти та практики на терені сімейної медицини; формування ефективної взаємодії медичної сестри і лікаря загальної практики – сімейної медицини; використання організаторських і управлінських функцій медичних сестер-бакалаврів в ланці первинної медико-санітарної допомоги.

© Л.П. Бразалій

The article deals with the problems of nursing education and practice reformation in the field of family medicine; the formation of effective cooperation of nurse and physician of general practice – family medicine; application of organizational and managing functions of bachelor nurses in the link of the first sanitary aid.

Вступ. Характерною особливістю демографічної ситуації, яка сьогодні спостерігається в країні, є загрозливо високі показники інвалідизації та смертності осіб працездатного віку. Темпи скорочення населення сягнули найбільшого у Європейському регіоні рівня, при цьому середня тривалість життя українців стрімко знижується і вже зараз є на 10 років меншою від середньоевропейського показника. Масштабів справжньої епідемії набуло поширення таких соціально небезпечних захворювань, як рак, туберкульоз, вірусні гепатити і СНІД. Фактично втрачений будь-який контроль за розповсюдженням наркоманії та алкоголізму серед підлітків і молоді. Згадані явища супроводжуються негативними змінами структури населення та його тотальним постарінням. Цілком очевидно, що ефективне розв'язання такого переплетіння низки соціальних, профілактичних, санітарно-епідеміологічних та реабілітаційних задач [9, 15, 17] є можливим виключно за умов консолідації зусиль держави і суспільства, впровадження кардинальних змін у сфері охорони здоров'я.

У таких суспільно-економічних умовах одним із найбільш перспективних напрямків є переорієнтація первинної медико-санітарної допомоги на засади сімейної медицини. Створення з цією метою єдиного медичного простору дасть можливість максимально наблизити лікарську допомогу і медсестринський догляд не лише до окремого пацієнта, але й до його родини. Комплексний медичний моніторинг [9] за здоров'ям усіх членів сім'ї від їхнього народження і аж до самої смерті є тією перевагою сімейної медицини, яка сприятиме її органічній імплементації існуючому нині систему охорони здоров'я.

Розпочаті галузеві реформи, на жаль, далеко не завжди враховують потенційні можливості цієї форми медичного обслуговування. У свідомості більшої частини населення міцно закарбувалася думка, що провідна роль у наданні медико-санітарної допомоги і прийнятті рішень належить винятково лікарю. Медична сестра ж, у кращому випадку, є його суто технічним помічником, призначення якого полягає у сліпому виконанні лікарських призначень і приписів. Вивчення ж світового досвіду, зокрема тих країн, де сімейна медицина вже пережила етап становлення (як то США, Канада, Швеція та ін.), переконливо демонструє ефективність створеної там командної моделі взаємодії медичних сестер і лікарів – моделі, яка базується на обопільній професійній повазі та

рівноправному партнерстві членів команди, зосередженої на пацієнті та його потребах.

Таке саме бачення проблем властиве і сучасній політиці Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка декларує необхідність зміцнення здоров'я людини впродовж усього життя, а не лише в окремі його періоди. Підтримана всіма європейськими країнами концепція ВООЗ в галузі охорони здоров'я “Здоров'я-21” підкреслює, що забезпечення всіх груп населення рівно доступною медичною допомогою потребує кадрових ресурсів, адекватних з точки зору їх кількості і професійної кваліфікації, а також географічного розподілу. У зв'язку з цим центральне місце відводиться двом ключовим категоріям медичних працівників – сімейному лікарю і сімейній медсестрі. Ці спеціалісти повинні бути прибічниками співробітництва на основі взаємоповаги до експертних знань один одного. Роль сімейної медсестри розглядається набагато ширше, ніж функції, які виконують в даний час медичні сестри в країнах Європейського регіону [7].

Основна частина. Запорукою ефективної взаємодії медичної сестри і лікаря загальної практики сімейної медицини є стосунки, що побудовані на високому професіоналізмі фахівців, високоморальних людських якостях, партнерських засадах та злагодженій роботі членів медико-санітарної бригади.

Сучасний етап розвитку охорони здоров'я вимагає від медичних сестер сімейної медицини більш тісного контакту з пацієнтами, вміння давати роз'яснення стосовно прийому ліків, їх побічної дії, здатності допомогти пацієнтові адаптуватися до змін в житті, пов'язаних з хворобою, педагогічних здібностей навчити пацієнта та членів його родини елементів догляду та самогляду, методів контролю за станом здоров'я та шляхів його поліпшення.

В країнах-членах ВООЗ зараз поширюється рух, спрямований на підготовку медичної сестри “нового типу”: автономного, кваліфікованого практика, роль якого полягає не в слугуванні іншим професіоналам, тобто лікарям, а в наданні допомоги пацієнтові, його сім'ї. І саме медичні сестри загальної практики – сімейної медицини є однією з важливих ланок в охороні здоров'я, здатних забезпечити на всіх рівнях профілактику захворювань, реабілітацію та медсестринський догляд. Сьогодні зростає потреба у медсестринському персоналі одного із найбільш перспективних напрямів системи охорони

здоров'я України – сімейної і страхової медицини [7, 13, 14, 18]. Зростає потреба в реформуванні медичної освіти і створенні єдиного стандарту діяльності медичного персоналу, що змушує уніфікувати стандарти викладання, оцінювання та ліцензування фахівців [1, 9, 16, 17, 19].

Важливою складовою сімейної медицини повинна бути медсестринська справа, яка в Україні протягом тривалого часу розглядалася і сприймалася як другорядна, а медична сестра – як технічний виконавець призначень лікаря. Система сімейної медицини, яка розвивається в Україні, дає змогу повному подивитись на роль і функції медсестри, використати в повній мірі можливості її ступеневої освіти (молодший спеціаліст, бакалавр, а в перспективі – магістр), створити нову модель фахівця з медсестринської справи. Сьогодні є унікальна можливість чітко виокремити медсестринську справу в самостійний медичний фах, який має свою філософію, теорію і модель діяльності, який завоював повагу і довіру пацієнтів, і який дасть змогу медичним сестрам професійно розвиватися, мати кар'єрний ріст, отримати всі освітньо-кваліфікаційні і наукові ступені [8].

Впровадження засад сімейної медицини в практику вітчизняної охорони здоров'я є одним із актуальних завдань медичної науки. Важливим у розвитку цієї форми медичного обслуговування, окрім поліпшення інфраструктури та ресурсно-нормативної бази, є створення відповідного кадрового потенціалу, зокрема навчання студентів на додипломному рівні.

На сьогодні додипломна підготовка медичних сестер здійснюється відповідно до навчальних планів 2002 та 2006 років, де студентами вивчається профільний предмет “Медсестринство в сімейній медицині” [10, 11, 12].

З вересня 2006 року усі вищі медичні навчальні заклади I-II рівнів акредитації розпочали підготовку медичних сестер за новим експериментальним навчальним планом зі спеціальності 5.110102 Сестринська справа [12]. Цей навчальний план є дуже близьким до планів підготовки європейських медичних сестер як за тривалістю навчання, так і за наповненістю його навчальними дисциплінами, що дає змогу українським випускникам і студентам бути затребуваними не лише в нашій країні, а й на європейському ринку праці.

Цикл професійної та практичної підготовки інтегрований та передбачає підготовку якісно нового фахівця – медичної сестри з високим професійним рівнем знань та вмінь [10, 11, 12], зі сформованим

холістичним уявленням про об'єкт надання медсестринських послуг – пацієнта та його родину [3, 4]. Запровадження у вищих медичних навчальних закладах основних засад Болонського процесу відкриває нові можливості для створення на додипломному рівні повноцінної навчальної програми з сімейної медицини [2].

Післядипломна підготовка сімейних медичних сестер проводиться за створеними викладачами Черкаського медичного коледжу програмами спеціалізації [5] та удосконалення [6], які враховують особливості роботи медичної сестри з сім'єю в цілому і кожним її членом зокрема. Акцент у підготовці віддається формуванню активного спеціаліста з широким кругозором, рівноправного члена медико-санітарної бригади, безпосереднього учасника в реалізації заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я окремих пацієнтів, членів їх сімей, та всього населення закріпленої сімейно-територіальної ділянки.

Важливим завданням циклу є вивчення психології сім'ї, її функцій, взаємозв'язку сім'ї та демографічної ситуації в державі. Інститут сім'ї зазнає значних змін у сучасному світі, відповідно змінюються і функції сім'ї, особливо медична і репродуктивна, причому в сторону погіршення. Це не може не хвилювати, адже саме в сім'ї формується культура здоров'я, ставлення до здоров'я і хвороби, медична активність. Сім'я будує власну систему цінностей і проблема в тому, чи буде у ній відведене належне місце здоров'ю, тому що це впливає не тільки на розвиток суспільства сьогодні, а й на стан популяції в майбутньому [4].

В програмах значне місце відводиться ознайомленню слухачів з сучасними поглядами на медсестринство, з функціями медичної сестри при медсестринській, а не медичній моделі діяльності, з медсестринським процесом, як найбільш оптимальною і ефективною формою організації медсестринської діяльності [10, 11, 12].

Велика увага приділяється плануванню сім'ї та спостереженню за перебігом вагітності, оскільки основи здоров'я кожної особи закладаються ще в організмі її батьків. Педіатричний розділ занять акцентує увагу на нових стандартах догляду за здоровою доношеною дитиною та новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні, на перевагах грудного вигодовування та сучасних підходах до вигодовування дітей першого року життя і, відповідно, розрахунках показників фізичного розвитку [7].

Пам'ятаючи про проблему постаріння нації і збільшення кількості людей похилого віку, детально розглядають особливості догляду за пацієнтами по-

хилого віку, зміни їх психологічного і фізіологічного станів.

Медичні сестри належать до групи ризику розвитку синдрому емоційного вигорання, тому що ключову роль в ньому відіграють напружені стосунки в системі “людина-людина”. Справа в тому, що в професії медичної сестри виконання робочих задач пов’язано зі спілкуванням. Пацієнти очікують з її боку зацікавленості, уваги, бажання зрозуміти і допомогти, терпимості і доброзичливості, не відповідаючи такою ж поведінкою. В результаті виникає так зване асиметричне спілкування, якого не витримує багато людей. В процесі навчання ми даємо медичним сестрам елементарні навички захисту від постійного стресу, ази психоемоційного розвантаження [4, 17].

Ми намагаємося мотивувати майбутніх фахівців сімейної медицини прагнути до успіху у своїй новій діяльності і пояснюємо їм, які гарантії успіху. Це:

- знання умов життя пацієнта і його сім’ї, його культурного і професійного рівня, духовних і соціальних потреб;
- контакт із різними службами охорони здоров’я та соціальними службами;
- можливість забезпечення при необхідності швидкої і спеціалізованої медичної допомоги;
- уміння і бажання встановити психологічний контакт з членами сім’ї;
- навчання пацієнтів і членів їх родини методів само- і взаємоконтролю, само- і взаємодогляду [7].

Крім навчання сімейних медичних сестер, Черкаський медичний коледж співпрацює з Центром підготовки сімейних лікарів Головного управління охорони здоров’я та медицини катастроф Черкаської облдержадміністрації, а деякі викладачі одночасно є співробітниками кафедри сімейної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика. Тому ми бачимо навчання фахівців сімейної медицини з двох сторін (лікаря і медичної сестри) і чітко усвідомлюємо, що ці дві сторони поки що не стали одним цілим. Крім того, роль медичної сестри при такій формі організації медичної допомоги поки що залишається абсолютно недооціненою. Лікарі не знають функцій сучасної медсестри, не володіють інформацією про те, що медична сестра, працюючи в команді, може мати залежні, взаємозалежні і незалежні функції. Займаючи таку позицію, вони втрачають нагоду мати надійного партнера, односторонця і члена команди [4, 7]. Потрібно дати можливість сімейним лікарю і медичній сестрі в процесі навчання на циклах спеціалізації виробити алгоритми спільних дій у різних виробничих ситуаціях. Це стосується як медичних, так і деонтологічних проблем [8].

Організаторами та керівниками охорони здоров’я є виключно лікарі. Не знаючи функцій медсестри, вони бачать систему охорони здоров’я виключно з власної точки зору, і планують її так само. Відомі сімейні лікарі за кордоном, маючи широку приватну практику, недарма намагаються співпрацювати з якомога ширшим колом медичних сестер різного рівня, в тому числі з практикуючими медсестрами (nurse practitioner). Вони можуть вести самостійний прийом, призначати обстеження та лікування у стандартних випадках, вести спостереження за хронічними хворими та ін. Саме медсестри бакалаври і магістри беруть на себе основну організаторську і управлінську функції, очолюючи медичні центри, клініки, амбулаторії. Тому лікарям доцільно було б використовувати резерв вітчизняних медсестер-бакалаврів, які мають високий рівень професійної і організаторської підготовки задля ефективного медичного супроводу сімей [7].

Курсанти циклів спеціалізації та удосконалення з сімейної медицини прийшли з поліклінічних дільниць і принесли з собою, крім хорошого, ще і всі стереотипи і негативний досвід дільничної служби, яка, в основному, сьогодні виконує функції диспетчера і писаря. Вони не вміють працювати зі здоровими людьми, тому що весь час оперували показниками роботи з хворими, не вміють навчати пацієнтів самоконтролю і самоогляду, не мають навичок прогнозувати здоров’я пацієнтів і шукати разом з ними шляхів його поліпшення [7]. Важливо змінити їхню точку зору на сімейну медицину в цілому і на місце медичної сестри в ній, на ті можливості змін, які можна здійснити без вкладення додаткових коштів, лише усвідомивши необхідність змін, розширивши коло знань і змінивши ставлення до нововведень.

Висновки: 1. При розробці концептуальних питань розвитку сімейної медицини враховувати медсестринську модель діяльності медичної сестри сімейної медицини – загальної практики в сучасних соціально-економічних умовах на етапі реформування галузі охорони здоров’я на засадах сімейної медицини і переходу до загальнообов’язкового медичного страхування.

2. У рамках післядипломної освіти з сімейної медицини – загальної практики запровадити проведення спільних занять, тренінгів, семінарів для лікарів і медичних сестер з відпрацюванням командних дій у різноманітних робочих ситуаціях для формування партнерських основ і командного характеру діяльності сімейних лікарів і сімейних медичних сестер.

3. Зосередити увагу на спеціалізації з сімейної медицини – загальної практики медичних сестер-випускників навчальних закладів з метою формування су-

часного мислення і нових конструктивних підходів до організації роботи та попередження переносу медич-

ними сестрами зі стажем стереотипів і негативного досвіду дільничної служби.

Література

1. Господарський І.Я. Досягнення і проблеми в процесах реформування вищої медичної освіти в Австрії // Медична освіта. – 2006. – № 1. – С. 11-14.
2. Запровадження кредитно-модульної системи у навчальному процесі з сімейної медицини: досвід та проблеми / В.Б. Гоцинський, Н.Є. Боцюк, М.В. Бойчук та ін. // Медична освіта. – 2005. – № 1. – С. 21-22.
3. Медсестринський догляд за пацієнтом / І.Я. Губенко, О.Т. Шевченко, Л.П. Бразалій, В.Г. Апшай. – К.: Здоров'я, 2000. – 248 с.
4. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства / І.Я. Губенко, О.Т. Шевченко, Л.П. Бразалій, В.Г. Апшай. – К.: Здоров'я, 2001. – 208 с.
5. Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Апшай В.Г. Програма циклу спеціалізації “Медична сестра загальної практики – сімейної медицини”. – Київ, 2002.
6. Програма циклу удосконалення “Медична сестра загальної практики – сімейної медицини” / І.Я. Губенко, Л.П. Бразалій, О.Т. Шевченко, В.Г. Апшай. – Київ, 2007.
7. Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Борисенко О.В. Проблемні питання підготовки фахівців сімейної медицини // Медична освіта. – 2007. – № 1. – С. 16-19.
8. Москаленко В.Ф. Реалізація концепції розвитку сімейної медицини // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції “Сімейна медицина – досягнення і перспективи”. – Харків, 2002. – С. 3-4.
9. Навчальний план зі спеціальності 5.110102 Сестринська справа напряму підготовки 1101 Медицина. Кваліфікація молодшого спеціаліста: медична сестра. Термін навчання: 2 роки. 2002 р.
10. Навчальний план зі спеціальності 6.110100 Сестринська справа напряму підготовки 1101 Медицина. Кваліфікація бакалавра медицини: медична сестра. Термін навчання: 2 роки. 2002 р.
11. Навчальний план зі спеціальності 5.110102 Сестринська справа напряму підготовки 1101 Медицина. Кваліфікація молодшого спеціаліста: сестра медична. Термін навчання: 3 роки. 2006 р.
12. Про затвердження Програми розвитку медсестринства України на 2005 – 2010 рр.: Наказ МОЗ України № 585 від 08.11.2005.
13. Перфильева Г.М. Концепция семейной медсестры в европейской политике ВОЗ “Здоровье – 21” // Медицинская сестра. – 2000. – № 3. – С. 5-6.
14. Пономаренко В.М. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини. – Київ, 2000. – 185 с.
15. Прунчак Н.І., Прунчак С.І. Актуальні питання викладання предмета “Медсестринство в сімейній медицині” // Буковинський медичний вісник. – 2007. – Спеціальний випуск. – С. 52-53.
16. Хабарова Н.А., Андрейчин С.М., Бількевич Н.А. Сучасні погляди на медсестринську освіту // Медична освіта. – 2006. – № 3. – С. 20-22.
17. Шевченко О.Т. Психологія кризових станів: Навч. посібник. – К.: Здоров'я, 2005. – 120 с.
18. Davis A.K., Stearns J.A., Chessman A.W. et al. Family Medicine Curriculum Resource Project: Overview // Family Medicine J. – 2007. – Vol. 39, № 1. – P. 87-93.
19. Stearns J.A., Stearns M.A., Paulman P.M. et al. Family Medicine Curriculum Resource Project: The Future // Family Medicine J. – 2007. – Vol. 39, № 1. – P. 32-38.

УДК 614.253.52:378.14

ДО ПИТАННЯ ПОЄДНАННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ ТА ПРАКТИКИ НА ОСНОВІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ

І.Я. Губенко, Л.П. Бразалій, О.Т. Шевченко

Черкаський медичний коледж

CONCERNING THE QUESTION OF COMBINABILITY OF NURSING EDUCATION AND PRACTICE ON THE BASIS OF NURSING PROCESS IMPLEMENTATION

I.Ya. Hubenko, L.P. Brazaliy, O.T. Shevchenko

Cherkasy Medical College

У статті розглянуто проблеми реформування медсестринської практики відповідно до сучасної медсестринської освіти; гострої необхідності запровадження медсестринського процесу як основи медсестринської опіки, та медсестринської діагностики як методики чіткого формулювання проблем пацієнта.

The article deals with the problem of nursing practice reforming in accordance to modern nursing education; acute necessity of implementation of nursing process as a base of the nursing care and nursing diagnosing as a method of definite formulation of patient's problems.

Вступ. В останні роки все частіше звучать думки про необхідність глибоких реформ в охороні здоров'я, що стосувалися би самої суті організації діяльності медичної галузі. Особливо важливим це є для медсестринської практики, яка ще серйозно відстає від медсестринської освіти і традиційно базується на медичній, а не медсестринській моделі. У сучасній українській медицині всі звикли бачити за пацієнтом набір симптомів та синдромів, а не цілісну особистість з усіма рівнями потреб. Медсестринська модель сестринської справи має справу з потребами пацієнтів, з їх реакціями на хворобу.

Основна частина. Американський психолог А. Маслоу класифікував потреби людини у вигляді ієрархії (піраміди), в основі якої лежать фізіологічні потреби, що мають бути задоволені раніше, ніж потреби більш високого рівня: потреби в безпеці, соціальні потреби, потреби в самопомозі та самовираженні.

П.В. Сімонов створив тріадну структуру основних потреб людини в її актуальному житті:

1. Вітальні (біологічні) потреби.
2. Соціальні потреби.
3. Ідеальні потреби (пізнання навколишнього світу і свого місця в ньому, смислу і призначення свого існування на землі).

Як би хто не викладав потреби людини, вони принципово відбивають три рівні організації існування людини – біологічний (фізіологічний), свідомий (зверхжиття – інтеграцію людини в соціум), духовний (зверхсвідомість) – духовну культуру.

Ієрархія потреб людини може бути використана медичними сестрами як інструмент для обстеження стану здоров'я, а медсестринський догляд може бути організований відповідно до незадоволених потреб пацієнта.

Фундаментом медсестринської справи у тих країнах, де вона вже справді стала самостійним фахом і набула визнання, є медсестринський процес, а його методологічною основою – медсестринські теорії (моделі), найбільш прийнятні в даній країні, медичному закладі, до даного пацієнта.

З точки зору сучасної концепції медсестринської справи, основними об'єктами медсестринського догляду є індивідуум, родина, суспільство, тоді як традиційна система охорони здоров'я розглядає особу відірвано від оточення, в якому вона перебуває.

Використання медсестринського процесу як методу медсестринської практики не має традицій в українській охороні здоров'я. Відповідно і медсестринська діагностика є явищем новим і невипробуваним для медичних сестер нашої держави.

Запровадження медсестринського процесу не буде легким, оскільки є ряд об'єктивних і суб'єктивних причин. Серед них такі:

- в Україні медичні сестри сьогодні ще мають менший авторитет для пацієнтів, ніж лікарі;
- у нашому медичному середовищі поки що мало говориться про психоемоційні проблеми пацієнтів, про вплив хвороби на виконання соціальних ролей та духовні потреби особи і її сім'ї;
- лікарі не обізнані з суттю медсестринської моделі медсестринської справи, її можливостями та значенням для пацієнтів та громади, не поінформовані про незалежні, взаємозалежні та незалежні функції медичних сестер;
- у вітчизняній системі охорони здоров'я ще не відпрацьовані механізми і принципи командної роботи багатопрофільних медичних бригад.

Щоб краще розуміти суть медсестринської справи, варто нагадати про її визначену *метапарадигму* (метаобраз), поняття якої визначає межі дисципліни та загальну позицію, яку розділяють всі члени дисципліни, і допомагає спрямовувати її діяльність. Уперше поняття метапарадигми в медсестринстві було визначено в 1984 році. Згідно з Fawcett, основними поняттями медсестринства є *особа, довкілля, здоров'я і медсестринська справа*. Ці елементи метапарадигми повністю охоплюють галузь медсестринської дисципліни.

Програма розвитку медсестринства України на 2005 – 2010 роки (наказ МОЗ України № 585 від 08.11.2005 р.) передбачає переорієнтацію навчального процесу на циклах спеціалізації та удосконалення для медичних сестер на основі медсестринської моделі, що у Черкаському медичному коледжі запроваджено з початком підготовки медичних сестер сімейної медицини – загальної практики у 2002 році та продовжено з відкриттям у 2006 році відділення післядипломної освіти. Одночасно визначено, що вивчення міжнародного досвіду в сестринській справі дозволило започаткувати підготовку медичних сестер на основі медсестринської моделі, що відповідає міжнародним стандартам [7].

Згідно з рекомендаціями Європейського регіонального бюро ВОЗ, медсестринський процес складається з 5 етапів:

- I етап – медсестринське обстеження пацієнта та визначення стану його здоров'я;
- II етап – медсестринська діагностика;
- III етап – планування медсестринських втручань;
- IV етап – виконання плану медсестринського догляду;

V етап – оцінка ефективності і якості медсестринського догляду.

Медсестринський процес забезпечує фундамент для медсестринської практики – рамки, в яких медична сестра застосовує знання та навички для догляду за пацієнтами. Медична сестра визначає пацієнта як центральну фігуру в плануванні догляду (на відміну від медичної моделі, де в центрі уваги хвороба) шляхом його участі у всіх аспектах медсестринського догляду, враховуючи реакцію пацієнта [3, 8, 9].

У поєднанні з лікувальним процесом медсестринський процес якнайповніше задовольняє потреби пацієнтів та здорових членів громади у формуванні, відновленні та збереженні здоров'я.

Етапи медсестринського процесу є послідовними і обов'язковими в будь-якій моделі незалежно від того, чи об'єднують їх деякі автори [1], чи подають як етапи вітчизняної моделі [5, 6]. Поняття “модель” у міжнародному контексті медсестринської справи знаходиться ближче до поняття “теорія”, що швидше стосується методики підходу до здійснення медсестринського процесу, але не до самих його етапів.

Медсестринські теорії (моделі) визначають суть медсестринства, описують, хто є об'єктами медсестринства (хто є пацієнтом і коли він потребує медсестринського догляду), визначають межі і мету медсестринської діяльності (що є метою медсестринських втручань). Кожна медсестринська теорія представляє дещо відмінні точки зору на поняття метапарадигми.

Варто враховувати, що всі моделі створювалися в конкретному соціальному і культурному середовищі з урахуванням потреб конкретного суспільства, тому різні моделі по-різному визначають природу людини (пацієнта), її потреби, роль медичної сестри і обсяг медсестринського втручання.

Модель, створена в одній країні, може виявитися неприйнятною для іншої. Взагалі ж під час здійснення медсестринського процесу за медсестринськими моделями слід завжди пам'ятати, що будь-яка модель може трансформуватися, відображаючи погляди, практичну діяльність і завдання медсестринської справи на певному відрізьку часу.

На практиці медичні сестри повинні вміти користуватись одночасно кількома моделями, щоб якомога повніше задовольнити потреби пацієнта. Модель медсестринського догляду стає в такому випадку гнучким інструментом, який дозволяє успішно впоратись з цим завданням і оптимізувати весь медсестринський процес або певний його етап. На ефективність медсестринського процесу радикальним

чином впливають як особистий професіоналізм медичної сестри, так і вдалий вибір моделі. Концептуальна модель, за якою медична сестра має здійснювати медсестринський процес, повинна бути найбільш прийнятною для кожного конкретного випадку.

В умовах переважання нині форми надання первинної медико-санітарної допомоги лікар надає її тільки в межах вузької спеціалізації, медсестра при цьому виступає в ролі асистента лікаря. Можливості прийняття нею самостійних рішень стосовно лікування та догляду за хворими навіть в межах її компетенції мінімізовані. Враховуючи це, Європейське регіональне бюро ВООЗ, до складу якого ввійшла Україна, прийняло за основу медсестринську модель Вірджинії Хендерсон, в якій більшою мірою враховуються фізіологічні потреби людини і меншою – психологічні, духовні і соціальні.

З розвитком біопсихосоціальної моделі здоров'я і хвороби початок захворювання, його перебіг і прогноз стали розглядатися як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів. Ставлення пацієнта до своєї хвороби, її розуміння і те значення, якого він їй надає, визначається його соціальним оточенням. З іншого боку, хвороба пацієнта впливає на його близьких та соціальне оточення. В даному контексті найбільш перспективною є медсестринська модель, запропонована Мойрою Аллен [4]. Згідно з цією моделлю, медсестринська справа розглядається як наука про шляхи покращення здоров'я людей та сприяння здоров'ю. Її мета – сприяти збільшенню кількості здорових людей, надаючи їм підтримку та заохочуючи їх до активної участі в процесі життя і особистої відповідальності за своє здоров'я. Здоров'я, за Аллен, – це спосіб життя, родинне явище, оформлене в соціальному контексті. Мойра Аллен виділяє дві величини здоров'я:

1. Намагання справитись з проблемою, що виникла. Для цього необхідно оволодіти ситуацією, визначити проблему, знайти альтернативні шляхи її вирішення, оцінити їх та ін.

2. Розвиток. Цей процес спрямований на збереження здоров'я у майбутньому завдяки здоровому способу життя.

Задані вище дві величини визначаються тільки у сім'ї, з досвіду здорового типу поведінки. Таким чином, медсестра, індивідуум чи сім'я в цілому повинні стати активними учасниками і співпрацювати в процесі покращення здоров'я. Посередництво, координація дій виступають головними рисами відносин між медичною сестрою та пацієнтом. Модель М. Аллен може бути застосована сімейною медичною сестрою в умовах закладів сімейної медицини.

Нарешті, в умовах хоспісів, відділень сестринського догляду може бути успішно застосована модель Доротеї Орем, у якій пріоритетним завданням медсестри є створення умов для здійснення пацієнтом самогляду та досягнення і підтримка оптимального рівня здоров'я.

Одна із головних цілей реформування охорони здоров'я сьогодення – це зближення медичного персоналу та пацієнта, розвиток партнерських стосунків між ними, фокусування уваги на проблемах особи загалом, а не тільки хворої людини.

За визначенням ANA (Американської асоціації медичних сестер), “діяльність медичних сестер являє собою встановлення медсестринського діагнозу і лікування реакції людини на існуючі чи можливі проблеми, пов'язані зі здоров'ям”. У 1992 році Північноамериканською діагностичною асоціацією медичних сестер (NANDA) були прийняті, а у 1994 та 1998 роках доповнені медсестринські діагнози, які використовуються у більшості країн, де медсестринська опіка здійснюється на основі медсестринського процесу. Вони можуть бути змінені та доповнені з урахуванням особливостей вітчизняної системи охорони здоров'я та менталітету населення держави.

Разом з тим, значна відмінність українських медсестринських діагнозів від зарубіжних зразків ускладнить інтеграцію української медсестринської науки, народження якої відбувається на наших очах, до світової спільноти.

У медсестринських діагнозах є три важливих компоненти, які позначаються PES-формат. “P” – вказує на проблему, пов'язану зі здоров'ям, “E” – являє собою етіологію (причину) проблеми, а “S” описує сукупність ознак і симптомів, тобто те, що називається “визначальні, характерні риси”.

Ці три частини об'єднуються в одне формулювання за допомогою зв'язуючих слів. Діагноз звучить так:

Проблема, “пов'язана з” (етіологія), яка “підтверджується” (ознаки і симптоми чи визначальні риси).

Проблему можна визначити як реакцію пацієнта на фактичні чи потенційні труднощі, пов'язані зі здоров'ям, виявлені медичною сестрою в процесі обстеження, тобто це те, що заважає йому в досягненні стану оптимального здоров'я в будь-якій ситуації, включаючи стан хвороби чи вмирання. Етіологія може бути зумовлена переживанням особи в минулому, впливом спадкових факторів, теперішнім, минулим чи очікуваним неблагополуччям оточуючого середовища чи патофізіологічними змінами в організмі. Визначальними характерними рисами буде те, що говорить пацієнт, і те, що спостерігає медична

сестра, вони підтверджують існування конкретної проблеми [2].

Значна частина діагнозів NANDA звернена на реакції здорової людини на зміни сімейних і соціальних ролей та стосунків. Вони відображені у розділах “Відносини/взаємовідносини”, “Оцінка та вибір”, частково у розділі “Рухомість”. Це відповідає метапарадигмі медсестринської справи, в центрі якої знаходиться пацієнт, довілля та здоров’я (а не хвороба). Таким чином забезпечується цілісний (холістичний) підхід до пацієнта на основі філософії сучасного медсестринства.

Сучасна наука розглядає гармонію особи з власним “я” як один з чинників загального благополуччя індивідуума. Такі діагнози, як “порушена самооцінка”, “порушення особистої ідентифікації”, “порушений образ тіла”, відображають дисбаланс в системі адаптації “я-концепція” (згідно з моделлю К. Рой).

Пацієнти потребують уваги не тільки до своїх фізичних потреб, а й до психоемоційних, соціальних та духовних, що стає більш нагальним в умовах економічної кризи та недостатнього фінансування охорони здоров’я.

Важливий момент в діяльності медичних сестер – попередження захворювань. Тому багато медсестринських діагнозів звучить як “ризик”. Встановлення цього діагнозу демонструє, що медична сестра виявила ризик/загрозу порушення особистісної цілісності пацієнта і її наступні втручання будуть спрямовані на усунення факторів ризику захворювання, травми чи іншого патологічного стану.

Інший факт, який ми не маємо права залишити поза увагою, – Україну населяють різні етнічні групи і з кожним роком кількість таких груп збільшується. Саме тому освітня підготовка медичних сестер в питаннях, що стосуються надання пацієнтам допомоги і догляду, повинна враховувати специфічні культурні аспекти, традиції і ставлення до здоров’я. Використання методології етномедсестринства (модель транскультурального медсестринства М. Лейнінгер) та таксономії медсестринських діагнозів NANDA дасть можливість медичній сестрі застосовувати в своїй практиці втручання трьох типів:

узгодження традиційно прийнятих методів надання медсестринської допомоги з нетрадиційними, прийнятими в певній культурі, до якої належить конкретний пацієнт; введення в план медсестринського догляду методів, прийнятих в тій культурі, до якої він належить; видозміна медичної допомоги, прийнятої в його культурі.

Неможливо просто сліпо копіювати те, що робиться за кордоном. Разом з тим, не варто тратити нашу енергію, час і досить обмежені кошти на винахід велосипеда.

Важливо взяти кращі здобутки медсестринства інших країн і розумно пересадити їх на наш багатий національний ґрунт.

Думаємо, що варто прийняти за основу діагнози NANDA як результат тривалої праці і значного досвіду зарубіжних колег. Медсестринські діагнози в Таксономії I (1992 р.) відображають моделі людських реакцій, які об’єднані в 9 груп: *обмін, комунікація/спілкування, відносини/взаємовідносини, оцінка, вибір, рухомість, сприйняття, знання, почуття/відчуття*.

Все, що пропонується сьогодні до впровадження в охорону здоров’я, в тому числі і медсестринські діагнози, потребує активної участі усіх медичних працівників, їх обговорення, дискутування, внесення пропозицій.

Щоб змінити ставлення до медсестринства у суспільстві, необхідно зламати стереотипи бачення медсестринського фаху.

Висновки: 1. Потреба у зміні базових засад медсестринської практики та приведенні її у відповідність до медсестринської освіти вже визріла і стала нагальною.

2. Застосування медсестринського процесу у практичній діяльності медичних сестер повинно опиратися на відповідну нормативно-правову базу, яка на даний момент відсутня.

3. До створення вітчизняної моделі медсестринської справи варто керуватися моделлю В. Хендерсон як базовою, використовуючи для оптимізації медсестринського догляду інші моделі (М. Аллен, Д. Орем, К. Рой, Д. Джонсон, М. Лейнінгер тощо).

Література

1. Головащук Л.А. Формування процесу сестринської справи в системі загальної практики – сімейної медицини на прикладі навчально-практичного центру сімейної медицини Дарницького району // Сімейна медицина. – 2004. – № 1. – С. 76 – 78.

2. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства / І.Я. Губенко, О.Т. Шевченко, Л.П. Бразалій, В.Г. Апшай. – К.: Здоров’я, 2001. – 208 с.

3. Медсестринство: Модуль 3. Медсестринський процес. – Громадський коледж імені Грента МакЮена, 1998. – 84 с.

4. Вибір оптимальної моделі підготовки медичної сестри в Україні // І.А. Плеш, В.І. Каленюк, Л.Д. Борейко та ін. // Медсестринство. – 2007. – № 2. – С. 34 – 35.

5. Шегедин М.Б. Нова вітчизняна модель медсестринського процесу // Буковинський медичний вісник. – 2007. – Спеціальний випуск. – С. 96.

6. Шегедин М.Б., Окс Н.Л. Реформування медсестринства в практичній охороні здоров'я // Буковинський медичний вісник. – 2007. – Спеціальний випуск. – С. 97.

7. Про затвердження Програми розвитку медсестринства України на 2005–2010 рр.: Наказ МОЗ України № 585 від 08.11.2005.

8. Delaune S.C., Ladner P.K. Fundamentals of nursing: standards and practice. – Delmar Publishers, 1998. – 1267 p.

9. Wilkinson J.M. Nursing diagnosis hand book with NIC interventions and NOC outcomes. – Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health, 2000. – 664 p.

УДК 616-053.2-08-039.76

ФОРМУВАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ПІДХОДУ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ У СТУДЕНТІВ ТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

О.Р. Ясній, О.Р. Боярчук, Н.Є. Боцюк

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

FORMING THE COMPLEX APPROACH TO THE TREATMENT AND REHABILITATION OF CHILDREN WITH CHRONIC PATHOLOGY IN STUDENTS AND POSTGRADUATE STUDENTS

O.R. Yasniy, O.R. Boyarchuk, N.Ye. Botsyuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті показано шляхи формування у студентів та інтернів з фаху “Загальна практика – сімейна медицина” комплексного підходу до лікування та реабілітації дітей з хронічною патологією органів травлення з використанням фізіотерапевтичних та нетрадиційних методів лікування.

The ways of forming the complex approach to the treatment and rehabilitation of children with chronic gastroduodenal and hepatobiliary pathology with the use of physiotherapeutic and non-traditional methods of treatment in students and postgraduate students in speciality “General practice – family medicine” are shown in the article.

Вступ. Згідно з засадами Болонської декларації навчання студентів у медичних закладах повинно бути практично орієнтованим. Вже з перших курсів студенти опановують ті практичні навички, які їм знадобляться у майбутній лікарській діяльності [1]. В навчальному процесі ми використовуємо наявні підручники та посібники з фаху “Загальна практика – сімейна медицина”, протоколи лікування, сучасні підходи до медикаментозної терапії, які ґрунтуються на засадах доказової медицини. Особливу увагу надаємо висвітленню об'ємів та методів реабілітаційної терапії, яка є необхідною для профілактики загострень хронічної патології, подовження ремісії захворювання та сприяє швидшому видужанню дітей.

Враховуючи негативну динаміку, яка відмічається в нашій країні за останні роки зі сторони основних показників здоров'я дітей і підлітків, зростання поширеності анемії, захворювань системи кровообігу, органів травлення та сечовидільної системи, комплексна реабілітація даного контингенту хворих набуває особливого значення [2]. Серед загальної захворюваності дитячого віку захворювання кишково-шлункового тракту є одними з найчастіших. У 70% випадків вони починаються ще в дошкільному віці, а діагностуються пізніше. Багатогранність патогенетичних механізмів формування гастродуоденальної патології, високий ризик хронізації, несвоєчасна діагностика часто призводять до формування тяжких

© О.Р. Ясній, О.Р. Боярчук, Н.Є. Боцюк

форм захворювань. Це диктує необхідність своєчасного проведення комплексної терапії, що включає призначення оптимального етіопатогенетичного лікування та наступного обов'язкового проведення відновної терапії. Саме дотримання раціонального проведення всіх етапів лікування хронічної патології є невід'ємною складовою їх успішної реабілітації. Комплекс лікувальних та реабілітаційних заходів включає три етапи: стаціонарне лікування, реабілітація в амбулаторно-поліклінічних умовах та санаторно-курортне лікування. В останні роки опрацьовані диференційні підходи до лікування хронічних захворювань травної системи з використанням медикаментозних і немедикаментозних засобів [3].

Основна частина. Кафедра поліклінічної справи та сімейної медицини у навчальному процесі формує комплексне уявлення про необхідність проведення реабілітаційних заходів у дітей з хронічною патологією. Особлива увага звертається на II (амбулаторний) етап лікування. На практичних заняттях студенти в кабінетах дільничних педіатрів мають можливість брати безпосередню участь у складанні планів реабілітації дітей з різними формами хронічних захворювань. Найчастіше це діти з ураженнями шлунково-кишкового тракту (хронічні гастродуоденіти, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки) та гепатобіліарної зони. В історії розвитку дитини (ф. 112-о) кожного диспансерного хворого з вказаною вище патологією внесено план реабілітації, який заповнюється педіатром чи сімейним лікарем та контролюється завідувачем відділення. Адже ефективність спостереження за диспансерною групою – це один з важливих показників ефективності роботи дільничних та сімейних лікарів.

На кафедрі педіатрії ФПО лікарі-інтерни з фахів “Педіатрія” та “Загальна практика – сімейна медицина” також засвоюють принципи реабілітації дітей з хронічною патологією. Більшість занять з майбутніми сімейними лікарями проводиться на базі поліклінічних відділень. Лікарі-інтерни самостійно складають плани реабілітації дітей з відповідною патологією, призначають необхідні лабораторно-інструментальні методи обстеження та комплекс медикаментозних засобів, фізіотерапії конкретно для кожної дитини з відповідною нозологією. У своїй практиці ми в основному спираємося на Тимчасові нормативи надання медичної допомоги населенню та підручник за редакцією професора Л.М. Слободян “Діагностика захворювань та реабілітація дітей” [4, 5].

В процесі таких практичних занять студенти та лікарі-інтерни мають можливість систематизувати

свої знання, створити цілісне уявлення про комплекс оздоровчих заходів, засвоїти методи та обсяг реабілітаційної терапії. В комплексному лікуванні дітей з хронічними ураженнями застосовуються медикаментозні та немедикаментозні методи. Незважаючи на успіхи сучасної фармакології, розробку стандартів лікування згідно з засадами доказової медицини, традиційна медикаментозна терапія хронічної гастродуоденальної патології не завжди сприяє повному одужанню. Застосування медикаментів нерідко супроводжується появою побічних ефектів, а також потребує тривалого застосування ліків. У зв'язку з цим стає актуальною реабілітація таких дітей в амбулаторних умовах із використанням немедикаментозних методів. В навчальних посібниках, якими користуються студенти на молодших курсах, немає детальної інформації про методи і обсяг реабілітаційної терапії з використанням таких нетрадиційних методів, як рефлексотерапія, фітотерапія, ароматерапія, апікотерапія, магнітотерапія та багато інших. Досягнути швидшого лікувального ефекту допомагає також використання різноманітних фізіотерапевтичних методів. Досвід показує, що труднощі виникають у студентів та лікарів-інтернів не тільки при підборі відповідних дозувань для кожної дитини, але і з призначенням певного комплексу фізіотерапевтичних методів реабілітації.

В процесі проведення семінарського заняття обговорюються можливі схеми лікування, проводяться дискусії щодо більш ширшого призначення в лікуванні дітей нетрадиційних методів. Для отримання глибших знань студенти готують реферативні доповіді з питань, які їх найбільше зацікавили.

В наших клініках та реабілітаційних відділеннях, які працюють на базі поліклініки, ефективно використовується рефлексотерапія, фітотерапія, магніторезонансна терапія, магнітотерапія, музикотерапія, парафіно-озокеритові аплікації в реабілітації дітей з хронічною гастродуоденальною та гепатобіліарною патологією. Студенти-субординатори та лікарі-інтерни на практичних заняттях мають можливість ознайомитись з роботою реабілітаційних центрів. Наш лікарський досвід показує, що саме використання комплексу реабілітаційних заходів дає змогу зменшити частоту загострень та продовжити ремісію захворювання, забезпечити гармонійний фізичний і духовний розвиток людини.

Висновок. Таким чином, навчання комплексного підходу у студентів та лікарів-інтернів до лікування та реабілітації дітей з хронічною патологією з використанням комплексу медикаментозних і немедикаментозних засобів дасть змогу сформулювати клінічне мислення у молодих лікарів.

Література

1. Лехан В.М., Загородній В.В., Джафарова Д.М. Структурна перебудова системи медичної допомоги як спосіб підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я // Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2001. – Розділ 4. – С. 58-80.
2. Ігнатенко Л.В. Підвищення ефективності реабілітаційних заходів у дітей з хронічними захворюваннями верхнього відділу травного тракту // Матеріали науково-практичної конференції “Медико-соціальні проблеми дитячого віку”. – Тернопіль, 2007. – С. 52-53.
3. Белоусов Ю.В. Гастроентерологія дитячого віку. – Київ, 2007. – 439 с.
4. Тимчасові нормативи надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів: Наказ МОЗ України № 502 від 29.12.2002.
5. Слободян Л.М., Лобода В.Ф., Процайло Н.Б. Діагностика захворювань та реабілітація дітей. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 614 с.

УДК 811.161.2(0.75)

ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ ЯК ІНОЗЕМНОЇ

М.П. Тишковець

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

STUDENTS' INDEPENDENT WORK ORGANIZATION FOR LEARNING THE UKRAINIAN LANGUAGE AS A FOREIGN ONE

M.P. Tyshkovets

Ternopil State University by I. Ya. Horbachevsky

У статті обґрунтовано значення самостійної роботи для вивчення української мови іноземними студентами, визначено оптимальні методи і форми самостійного засвоєння мовних знань.

The article analyzes the importance of students' independent work for learning the Ukrainian language by foreign students. The favourable methods and forms of independent development of language skills have been determined.

Вступ. Виконання основних напрямів перебудови вищої школи (розвиток активності, самостійності і творчих здібностей майбутніх фахівців; забезпечення держави кваліфікованими, ініціативними кадрами, які матимуть ґрунтовну теоретичну і практичну підготовку з фаху і зможуть самостійно приймати рішення, пов'язані з майбутньою професійною діяльністю; формування в молодих фахівців прагнення до неперервної самоосвіти, здатності постійно оновлювати здобуті у вищій школі наукові знання, вміння швидко адаптуватися до змін та коригувати професійну діяльність [1]) вимагає пошуку шляхів удосконалення навчально-виховного процесу, розроблення нових методів та форм взаємодії викладача і студента. Тому самостійна робота – це необхідна органічна частина пізнавального процесу, що є методом навчання, видом навчальної діяльності, а також засобом навчання.

Самостійна робота сприяє розвитку творчих здібностей особистості, забезпечує оптимальний режим роботи кожного студента згідно з його індивідуально-психологічними можливостями та ступенем підготовки. Як бачимо, мета самостійної роботи – двоєдина: формування самостійності як риси особистості й засвоєння знань, умінь, навичок.

Основна частина. Самостійна робота для студентів-іноземців, що вивчають українську мову, є особливо важливим компонентом навчання. Саме на першому та другому курсах студенти-іноземці зас-

воюють основні комунікативні формули, знайомляться з важливими граматичними правилами для побудови власного мовлення, вивчають нові українські слова та медичну термінологію.

Самостійна робота студентів загалом поділяється на таку, що організована викладачами під час практичних занять, і самостійну роботу в позааудиторний час [2]. Лише ці взаємопов'язані види роботи дають плідні знання для студентів.

Однак при вивченні української мови як іноземної відсоток цих видів самостійної роботи не завжди однаковий. Під час опрацювання початкових тем ("Український алфавіт", "Вимова і написання голосних і приголосних звуків української мови", "Склад. Наголошування складів", "М'який знак. Вимова м'яких приголосних. Читання та написання слів з м'яким знаком", "Інтонаційні конструкції в українській мові. Апостроф"), коли студенти формують первинну базу україномовних знань і вмінь, організація роботи з боку викладача дещо більша, оскільки потрібно подати досі невідомі студентам знання, навчити писати і читати українською мовою, правильно вимовляти та інтонувати нові лексеми, вчити будувати перші словосполучення, діалогічні фрази, речення.

Ці перші знання повинні навчити студентів-іноземців працювати самостійно. Адже настановами викладача вивчення мови не закінчується. Вироблення письмових навичок, вміння читати і засвоювати нові слова іноземною мовою, вправи на удосконалення артику-

ляції українських звуків – це ті основні питання, над якими студент-медик повинен працювати натхненно, сумлінно, головне – самостійно, щоб у майбутньому вміти порозумітися з українськими пацієнтами.

З набуттям мовних і мовленнєвих навиків роль самостійної роботи іноземних студентів при вивченні української мови зростає. Важливо у цей період роботи зацікавити іноземців – майбутніх медиків – у вивченні нової для них мови.

Одним із оптимальних методів самостійної роботи при вивченні української мови є читання медичних текстів. Не викликає сумніву, що найбільш актуальна форма наукового мовлення є письмова, а видом мовленнєвої діяльності є читання. Це мотивується реальними комунікативними потребами студентів у навчально-професійній сфері: необхідно опрацювати велику кількість наукових і навчальних текстів при підготовці до різних видів занять, писати історії хвороб, реферати, а згодом і дисертаційні дослідження. Крім цього, саме читання є головним засобом формування творчої особистості, засобом мобілізації всієї розумової діяльності студента-медика.

Не менш актуальним методом у самостійній роботі студентів-іноземців, що закріплює теоретичні знання, формує практичні вміння, а також систематизує й узагальнює ці знання і вміння, є метод тренувальних вправ.

Систему типових тренувальних вправ для організації самостійної роботи студентів-іноземців при вивченні української мови становлять вправи для вироблення орфографічних навиків (списування українських текстів, добір власних прикладів на запропоновану тему, вправи порівняльного характеру на основі рідної мови та ін.), вправи для удосконалення вмінь правильно артикулювати голосні і приголосні звуки української мови, а також інтонувати словосполучення, речення, діалогічні репліки, текст (переповісти прослуханий текст, поставити до нього запитання, дати відповіді на ці запитання, проаналізувати незрозумілі слова; диктант із проговорюванням записуваного слова, словосполучення, речення; артикуляційні вправи та ін.), вправи для вироблення граматичних вмінь і навиків (завдання на знаходження вивченої граматичної форми; добір прикладів на опрацьовану граматичну тему, пошук неправильних відповідей і т. д.).

Особливо важливим у мовленнєвій практиці лікаря є діалог із пацієнтом. Тому іноземних студентів потрібно, найперше, спрямовувати у вивчення української медичної лексики, привчати самостійно з'ясувати зміст медичних термінів, вміти їх доречно використовувати у мовленні.

Ефективними в самостійному засвоєнні медичної термінології студентами-іноземцями стануть діалоги, запропоновані вченими Золотухіним Г.О., Литвиненко Н.П., Місник Н.В. [3]. Подаємо ряд вправ для вивчення українських медичних термінів із деякими змінами для іноземних студентів.

Діалог лікаря з хворим, що має симптоми захворювання органів кровообігу.

Завдання 1. Прочитайте слова, словосполучення та речення, що характеризують скарги хворого.

Болить серце. Болить серце і в грудях, ось тут.

Напад болю. Біль нападами.

Серце стискає. На серце тисне.

Біль віддає у ліву руку.

Відчуваю біль у цьому місці.

Біль з'являється, коли несучь щось важке, піду швидше, піднімаюся сходами чи хвилююся.

З'являється задишка. Іноді задишка з'являється під час сну чи відпочинку.

Напад триває хвилин п'ять.

Допомагають валідол і нітрогліцерин.

Завдання 2. Прочитайте назви захворювання та його симптоми.

Стенокардія. Стенокардія напруження. Стенокардія спокою. Стискальний біль. Стискальний біль у ділянці серця. Нападopodobний біль. Біль у ділянці серця і за грудниною нападopodobного характеру. Напад болю. Відчуття болю. Біль у стані спокою. Біль під час фізичних напружень і через психоемоційні впливи. Задишка при фізичному навантаженні. Біль локалізується в ділянці серця. Іноді біль супроводжується відчуттям страху смерті. Тривалість болювого нападу – декілька хвилин. Больовий напад зникає з припиненням фізичного навантаження.

Завдання 3. Прочитайте наведений нижче діалог лікаря з хворим в особах.

– Увійдіть, будь ласка. Прошу сідайте. Що вас турбує?

– Я погано почуваюся. У мене болить серце.

– Який біль вас непокоїть? Постійний чи періодичний?

– Серце болить періодично. Особливо біль з'являється, коли несучь щось важке, піду швидше, піднімаюся сходами чи хвилююся.

– Де ви відчуваєте біль?

– Відчуваю біль у цьому місці.

– Куди віддає біль?

– Біль віддає у ліву руку.

– Протягом якого часу триває напад болю?

– Напад триває хвилин п'ять.

- Через який час повторюються напади болю?
- Через двадцять хвилин.
- Які ліки знімають напади болю?
- На деякий час знімає біль валідол.

Завдання 4. **Сформулюйте запитання, щоб розпитати хворого про...**

1. Характер болю.
2. Інтенсивність болю.
3. Локалізацію больових відчуттів.
4. Умови виникнення нападів болю.
5. Тривалість больових відчуттів.
6. Додаткові відчуття.
7. Повторення нападів болю.

Завдання 5. Дайте орієнтовні відповіді пацієнта на запитання лікаря.

- На що ви скаржитесь? Що вас турбує (непокоїть)?
- Який біль вас непокоїть? Постійний чи періодичний? Якого характеру біль вас непокоїть?
- Коли виникає напад болю?

Література

1. Дроздова І.П. Самостійна робота студентів – засіб активізації творчої пізнавальної діяльності у процесі вивчення української мови // Значення українознавчих та мовних дисциплін у системі вищої освіти: Матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конфер. 11 – 12 листопада 2004 року. – Харків, 2004. – С. 108 – 111.
2. Авдєєнко А.П., Дементій Л.В., Поляков О.Є. Інтен-

- Де ви відчуваєте біль?
- Куди віддає біль?
- За яких умов виникає напад болю?
- Протягом якого часу (скільки часу, як довго) триває напад болю? Через який час припиняється напад болю?
- Які ще відчуття виникають під час нападу болю?
- Через який час повторюються напади болю?
- Які ліки знімають напади болю?

Висновки: 1. Самостійна робота студентів-іноземців при вивченні української мови є невід’ємною частиною сучасних навчальних технологій. Студенти формують самостійність як рису особистості й засвоюють знання, уміння і навички.

2. Оптимальними методами самостійної роботи при вивченні української мови є читання медичних текстів, метод тренувальних вправ, а також засвоєння медичної термінології шляхом опрацювання діалогів “Лікар – Пацієнт”.

фікація навчального процесу та організація самостійної роботи студентів // Проблеми освіти: Наук.-метод. збірник. – Київ: НМКВО, 2001. – Вип. 24. – С. 108-111.

3. Золотухін Г.О., Литвиненко Н.П., Місник Н.В. Фахова мова медика: Ділова українська мова для студентів-медиків. – К.: Здоров’я, 2002. – 390 с.

УДК 378.1

МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ “ВСТУП ДО ФАХУ” У КОНТЕКСТІ ЇЇ ПРАКТИЧНОЇ СПРЯМОВАНОСТІ

Л.С. Стрельников, О.П. Стрілець, В.В. Чікіткіна,
О.В. Щербак, І.Г. Сеннікова, В.І. Діхтярьов

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

METHODICAL ASPECTS OF TEACHING THE DISCIPLINE “INTRODUCTION INTO SPECIALITY” IN CONTEXT OF ITS PRACTICAL TREND

L.S. Strelnykov, O.P. Strilets, V.V. Chikitkina, O.V. Shcherbak,
I.H. Sennikova, V.I. Dikhtyaryov

National Pharmaceutical University, Kharkiv

У статті викладено основні методичні аспекти викладання дисципліни “Вступ до фаху” для студентів, що навчаються на фармацевтичних факультетах.

The article considers the main methodical aspects of teaching the discipline “Introduction into speciality” for students of pharmaceutical faculties.

Вступ. У сучасних умовах реформування вищої освіти України і у зв'язку з переходом на Болонську систему навчання важливо забезпечити якісно новий рівень підготовки майбутніх фахівців. Важливу роль при цьому відіграє раціональна організація навчального процесу – аудиторних занять, а також самостійної роботи студентів. Особливо це є актуальним при вивченні теоретичних дисциплін. На сьогодні в умовах зменшення аудиторних годин і збільшення часу на самостійне вивчення студентом матеріалу є дуже гострим питання продуктивного використання аудиторного часу та інтенсифікації навчального процесу.

Основна частина. Дисципліна “Вступ до фаху” у Національному фармацевтичному університеті розрахована на підготовку бакалаврів з біотехнології як майбутніх фахівців різних галузей народного господарства.

Викладання дисципліни здійснюється за кредитно-модульною системою, яку необхідно розглядати як інструмент стимулювання та контролю якості навчання студентів.

Метою дисципліни є надання студентам першого курсу теоретичних знань, пов'язаних з питаннями історичних етапів розвитку науки, цілісного уявлення про сучасний стан біотехнології в Україні та за кор-

доном, можливостей виробництва лікарських засобів та продуктів харчування, підготовки до вивчення наступних спеціальних дисциплін, а саме: “Загальна біотехнологія”, “Обладнання біотехнологічних виробництв”, “Проектування біотехнологічних виробництв”, тощо.

Дисципліна є теоретичною і складається з аудиторної частини, яка включає курс лекцій та семінарських занять, та позааудиторної – самостійну роботу студентів.

При викладанні цієї теоретичної дисципліни використовуються різні навчально-методичні підходи. Лекції та семінари проводяться у нетрадиційній формі із застосуванням мультимедійних технологій, показу тематичних відеофільмів, дискусій та діалогів, ігрових моделей навчання. Це допомагає студентам творчо підходити до процесу навчання, сприяє розвитку вміння зважувати альтернативні тлумачення або рішення, бачити і знаходити неординарні, нестандартні шляхи розв'язування проблем.

При вивченні дисципліни “Вступ до фаху” передбачена самостійна робота студентів у вигляді написання рефератів, складання тематичних кросвордів, підготовки доповідей тощо. Самостійна робота надає максимальну можливість для розвитку особистих і

професійних якостей, творчої індивідуальності майбутніх фахівців-біотехнологів. Захист рефератів та обговорення доповідей проходять в активній формі за участю всіх студентів академічної групи.

Закінчення теоретичного курсу підсумовує ознайомлювальна біотехнологічна практика. Її головною метою є розкриття змісту і суспільного значення обраного студентами фаху шляхом ознайомлення з біотехнологічними установами, підприємствами та закладами, їх діяльністю у сучасних умовах розвитку галузі, а також закріплення отриманих теоретичних знань. Ознайомлювальна практика як зв'язуюча ланка між даною теоретичною дисципліною та про-

фесійно-орієнтованими дисциплінами формує профіль та світогляд майбутнього біотехнолога. В її основі – тематичні екскурсії на сучасні підприємства біотехнологічної галузі. Підсумковий контроль практики здійснюється шляхом складання та захисту звіту про її проходження.

Висновок. Таким чином, вивчивши дисципліну “Вступ до фаху” та пройшовши ознайомлювальну біотехнологічну практику, студенти отримують уявлення про історію, сучасний стан та перспективи розвитку біотехнології як напрямку наукової та практичної діяльності людини, що цілеспрямовано формує майбутнього фахівця біотехнологічної галузі.

УДК 61:378(08-06)

ОРГАНІЗАЦІЯ КОНТРОЛЮ ЗНАТЬ НА КАФЕДРІ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ

І.М. Кліщ, В.Ф. Тюріна, І.М. Марків, З.П. Мандзій, Ю.М. Цяпа

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ORGANIZATION OF KNOWLEDGE CONTROL AT THE DEPARTMENT OF CLINICAL PHARMACY

I.M. Klishch, V.F. Tyurina, I.M. Markiv, Z.P. Mandziy, Yu.M. Tsyapa

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Узагальнено досвід організації контролю знань студентів на кафедрі фармакології з клінічною фармацією. Звертається увага на щоденний контроль знань за методикою “єдиного дня”. За цією методикою студент отримує одну кінцеву оцінку, яка є середнім арифметичним за кожен вид діяльності (практична робота, семінарське обговорення практичної роботи та письмовий контроль). Оцінка виставляються за 12-бальною шкалою.

The experience of organization of students' knowledge control at the department of pharmacology with clinical pharmacy is summarized. The attention is paid to the daily knowledge control. According to this method the student gets the final mark for each kind of activity (practical work, in-class discussion of practical work and written control). The marks are given by 12-grade system.

Вступ. Оцінка – якісний показник, що визначає, наскільки успішно студент засвоїв програму курсу, виконавши визначений в кредитах об'єм навантаження. Оцінювання знань та вмінь студента спонукає його до пошуку і аналізу літературних, комп'ютерних джерел інформації і навчає майбутніх фахівців впродовж всього життя вдосконалювати свій досвід і

знання, використовувати у своїй професійній діяльності сучасні досягнення науки і техніки [1, 2, 3].

Аудиторну та самостійну роботу студентів в позаурочний час можна розглядати як головний резерв оптимізації навчального процесу, який наближає нас до сучасного рівня розвитку світової освіти і стимулює розвиток творчих здібностей

студентів, надає змогу приймати самостійні зважені рішення [1 – 6].

Але не існує єдиної думки фахівців і педагогів щодо організації самостійної роботи студентів [3, 4, 5].

Основна частина. Навчання студентів у нашому університеті проводиться за методикою “єдиного дня”. За цією методикою студент отримує одну кінцеву оцінку, яка є середнім арифметичним за кожен вид діяльності (практична робота, семінарське обговорення практичної роботи та письмовий контроль), незалежно від кількості тем дисциплін, які вивчаються на кафедрі згідно з навчальною програмою. Усі оцінки виставляються за 12-бальною шкалою.

Наша кафедра розробила критерії оцінювання знань студентів з кожної частини заняття: практична робота, семінарське обговорення практичної роботи та письмовий контроль. Ці критерії затверджені на засіданнях кафедри та циклової методичної комісії.

За проведену кожну частину заняття (практична робота, семінарське обговорення практичної роботи, письмовий контроль знань) викладач виставляє

студенту оцінку за 12-бальною шкалою в журнал академічної успішності.

Під час практичної роботи викладач оцінює об’єм та якість виконаної роботи, а також участь та активність студента.

При виставленні оцінки за семінарську частину заняття враховуються активність студента та продемонстровані знання.

Оцінка за письмовий контроль також виставляється відповідно до розроблених критеріїв. Наша кафедра визначила “вартість” конструктивних питань, завдань, ситуаційних задач, тестів, які складають варіанти контролюючої програми у відсотках або умовних балах. **МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ КОНТРОЛЮЮЧОЇ ЧАСТИНИ ЗАНЯТТЯ З КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ**

Контролююча частина заняття з клінічної фармації включає такі завдання:

1. Корекція листка лікарських призначень (20 хв) – 50 %.
2. Теоретичне описове питання (10 хв) – 30 %.
3. Ситуаційна задача (5 хв) – 10 %.
4. Тестові завдання (10 завдань – 10 хв) – 10 %.

Оцінювання знань студентів проводиться за такою схемою:

Оцінка за 12-бальною шкалою	% правильних відповідей	Оцінка за традиційною 4-бальною шкалою
12	96-100	5
11	91-95	
10	86-90	
9	81-85	4
8	76-80	
7	71-75	
6	66-70	3
5	61-65	
4	51-60	
3	41-50	2
2	25-40	
1	0-24	

В зошитах, у яких студент виконує завдання з контролю знань, викладач виставляє оцінки за практичну, семінарську, контролюючу частини заняття та підсумкову середньоарифметичну оцінку за день, а також зауваження щодо відповідей студента, після чого викладач ставить свій підпис та дату. Усі оцінки (три за окремі частини заняття і четверта – середня) виставляються у журналі академічної успішності студентів групи. Оцінена викладачем робота повертається студентові на наступному занятті. Однак, за бажанням, кожен студент може ознайомитись зі своєю роботою на наступний день, з’ясувати у викладача, який вів заняття, відмічені у роботі помилки, обговорити незрозумілі питання, опротестувати оцінку. При опротестуванні студент звертається до

викладача, який проводив заняття. Викладач уточнює з студентом в усній формі окремі питання з теми заняття і має право змінити оцінку, якщо для цього є підстави (при цьому у журналі попередня оцінка закреслюється і поруч виставляється нова), чи залишити її без змін. При незгоді з викладачем студент може звернутися до завідувача кафедри чи завуча.

Отже, ефективність навчального процесу залежить від поєднання координуючої та контролюючої функції викладача з самоуправлінням і самоконтролем студентів.

Висновки: 1. Узагальнений досвід організації контролю знань студентів на кафедрі фармакології з клінічними фармакологією, фармацією та фармакотерапією.

2. Представлена методика контролю знань студентів з дисциплін, які вивчаються на кафедрі.

Література

1. Чехія: погляд на систему освіти. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2006. – 100 с.
2. Методика поточного оцінювання студента // Методичні рекомендації для викладачів щодо організації навчального процесу в ТДМУ. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2007. – С. 7-9.
3. Трегубова Г.Ф. Формування навичок роботи з науковим текстом // Психолого-педагогічні проблеми підготовки кадрів у системі ступеневої освіти: Мат. наук.-практ. конф. – К., 1999. – С. 324-329.
4. Досвід Віденського медичного університету в реформуванні системи освіти. Перспективи співпраці. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2006. – 288 с.
5. Казаков В.М., Талалаєнко О.М., Каменецький М.С. Система програмно-цільового управління якістю підготовки фахівців // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 25-27.
6. Концепція розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського (інтеграція у світовий медичний простір). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2006. – 50 с.

УДК 581.6:615.322(075.8)

**ПЕРШИЙ УКРАЇНОМОВНИЙ ПІДРУЧНИК З
“ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ БОТАНІКИ”**

Л.М. Сіра

Національний фармацевтичний університет, Харків

**THE FIRST UKRAINIAN-SPEAKING MANUAL
“PHARMACEUTICAL BOTANY”**

L.M. Sira

National Pharmaceutical University, Kharkiv

У статті дано характеристику основних розділів першого україномовного підручника “Фармацевтична ботаніка”.

The article represents characteristics of the main chapters of the first Ukrainian-speaking manual “Pharmaceutical Botany”

Вступ. Протягом останніх 6-7 років забезпечення вузів навчальною літературою державною мовою з грифом Міністерства охорони здоров'я України складо близько 25%. Донедавна серед дисциплін, котрі не забезпечені такою літературою, була й базова дисципліна ВНЗ фармацевтичного профілю – “Фармацевтична ботаніка” (до вступу до Болонської угоди мала назву “Медицина ботаніка”).

Основна частина. Спираючись на Державну національну програму “Освіта”, Розпорядження Президента України “Про забезпечення навчальних закладів підручниками і посібниками” (від 26.04.02) та визнаючи важливість формування національної свідомості у майбутніх фахівців, авторським колективом НФаУ складений і виданий перший вітчизняний україномовний, повнокольоровий підручник для студентів всіх спеціальностей вищих фармацевтичних і медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації (Сербін А.Г., Сіра Л.М., Слободянюк Т.О. Фармацевтична ботаніка: Підручник для вузів / За ред. Л.М. Сірої. – Вінниця: Нова книга, 2007. – 488 с.). При його складанні були враховані норми навчальних планів, об'єм програми, а також фізичні можливості студентів у засвоєнні оптимального обсягу фундаментальних знань. Окрім вивчення основоположних питань, підручник стане у нагоді студентам 3-5 курсів при опрацюванні окремих розділів професійно орієнтованих дисциплін, а також може бути використаний як довідник. В ньому подана подача фундаментальних ботанічних питань з професійно орієнтованими, практично вагомими питаннями ботаніки, фармації, медицини, екології тощо.

Видання відповідає сучасним вимогам навчальної літератури вищої школи держав Європи, задовольняє потреби кредитно-модульної системи навчання. Складається зі вступу, двох модулів із змістовими модулями, що завершуються контрольними питаннями й тестовими ситуаційними завданнями, які також можуть бути використані у разі підготовки до ліцензійного іспиту “Крок 1”. Автори намагались зробити видання не тільки сучасним, оригінальним, практичним, доступним, наочно зрозумілим. Матеріал “Модуля 1” закладає основи знань відносно макро- і мікроскопічного аналізу рослинних об'єктів. На прикладі лікарських рослин висвітлено сучасне уявлення будови, хімічного складу і функцій рослинних клітин, тканин і органів. В ньому використані власні наукові розробки, авторські мікрофотознімки та схеми. Певна увага надана питанням впливу екологічних факторів на рослину у цілому, її будову і хімічний склад. У “Модулі 2” знайшли відображення сучасні погляди на фіторізноманіття і його класифікацію, питання фітоєкології, геоботаніки, охорони та раціональної експлуатації вітчизняної сировинної бази; надана морфолого-анатомічна і хемосистематична характеристика родин, найбільш важливих з точки зору медико-фармацевтичного застосування їх представників. Висвітлені проблеми раціонального використання і поновлення вітчизняних рослинних ресурсів, здобутки у справі розмноження, інтродукції, культивування та біотехнології лікарських рослин і грибів. Для 240 програмних, найцінніших, важливих та широко розповсюд-

© Л.М. Сіра

жених вищих лікарських рослин, водоростей і грибів наведено: фотографії зовнішнього вигляду та будови окремих органів і частин, поширення, екологія, видова діагностика, хімічний склад, біологічна дія, рекомендації й застереження відносно застосування, стан природних ресурсів. Текст супроводжують 22 таблиці, 30 схем, понад 370 рисунків і фотографій. В додатках підручника – термінологічний глосарій; алфавітний покажчик, три покажчики назв таксонів трьома мовами; класифікація лікарських рослин за

“Анатомо-терапевтичною системою”; еталони відповідей до тестових завдань; бібліографія.

Автори свідомі того, що не все вдалося втілити, що підручник не позбавлений недоліків та суперечностей. Все це буде враховане у разі дороблення й перевидання підручника.

Висновок. Перший україномовний підручник “Фармацевтична ботаніка” є вагомим внеском у проблему забезпечення студентів фармацевтичних навчальних закладів сучасною літературою

ПРИ ПІДГОТОВЦІ СТАТЕЙ ДО ЖУРНАЛУ “МЕДИЧНА ОСВІТА” ПРОСИМО ДОТРИМУВАТИСЯ ТАКИХ ВИМОГ

1. Стаття повинна мати відношення установи з рекомендацією до друку та підписом керівника установи й експертний висновок про можливість відкритої публікації, які завірені печаткою. Під текстом статті обов'язкові підписи всіх авторів. Окремо необхідно вказати науковий ступінь і вчене звання кожного автора, а також прізвище, ім'я, по батькові, адресу, телефон і факс автора, з яким можна вести листування і переговори.

2. Статтю треба друкувати на одному боці аркуша формату А4 (210-297 мм), 1800-2000 друкованих знаків на сторінці, українською мовою. Надсилати необхідно 2 примірники статті.

3. Обсяг статті, включаючи таблиці, рисунки, список літератури, резюме, не повинен перевищувати 8 сторінок.

4. Матеріал необхідно готувати на комп'ютері за стандартом IBM. Електронний варіант статті надсилати на дискеті 3,5". Текст треба набирати у програмі WORD 6.0 або будь-якої вищої версії, рисунки готувати у форматах JPG, TIF, CDR. Для формул бажано використовувати вбудований у WORD редактор формул.

5. Статті треба писати за такою схемою: УДК, назва роботи (великими літерами), ініціали і прізвища авторів, повна назва установи, назва статті англійською мовою (великими літерами), ініціали і прізвища авторів англійською мовою, повна назва установи англійською мовою, резюме українською мовою, резюме англійською мовою, вступ, основна частина, висновки, література (слова “вступ”, “основна частина”, “висновки” виділяти напівжирним шрифтом).

Відповідно до Постанови Президії ВАК України від 15.01.2003 р. за № 7-05/1 всі статті, подані до друку, якщо вони належать до рубрик “Вдосконалення вищої медичної освіти” та “Досвід з організації навчальної роботи”, повинні містити (у межах вказаних нижче частин) такі необхідні елементи (за їх відсутності стаття не буде прийматись до друку):

У вступі – постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор; виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття.

В основній частині – формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.

У висновках – висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

6. Ілюстрації до статті (діаграми, графіки, фотографії) треба надсилати у двох примірниках. На звороті кожної ілюстрації необхідно вказати номер, прізвища авторів і відмітки “Верх”, “Низ”. Фотографії повинні бути контрастними, рисунки – чіткими. Таблиці повинні мати короткі заголовки і власну нумерацію. Відтворення одного і того ж матеріалу у вигляді таблиць і рисунків не допускається.

7. Усі позначення мір (одиниці різних величин, цифрові дані) необхідно подавати відповідно до міжнародної системи одиниць (СІ).

8. У тексті статті при посиланні на публікацію слід зазначати її номер згідно із списком літератури у квадратних дужках.

9. До статті додається список літератури, надрукований на окремому аркуші. Джерела друкують у порядку посилання на них у тексті незалежно від мови оригіналу.

Приклади бібліографічних посилань

– посилання на книги:

1. Выготский Л.С. Психология искусства. – М.: Искусство, 1987. – 348 с.

2. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – 543 с.

3. Hobbiger F. Reactivation of phosphorylated acetylcholinesterase – Berlin: Springer, 1963. – 988 p.

4. The peptides. Analysis, synthesis, biology / Ed. by S. Udenfriend – New York: Acad. Press, 1984. – 410 p.

Якщо кількість авторів книги, статті, тез доповідей п'ять і більше, то подавати належить лише три прізвища з наступним “та ін.”, “и др.”, “et al.”.

5. Контроль и регуляция иммунного ответа / Г.В. Петров, Р.М. Хантов, В.М. Манько и др. – М.: Медицина, 1981. – 311 с.

Перекладні видання:

6. Гроссе Э., Вайсмангель Х. Химия для любознательных: Пер. с нем. – М.: Химия, 1980. – 392 с.

– посилання на статті:

1. Гарина М.Т. Тестовый контроль в мединституте // Клинический хирург. – 1994. – № 5. – С. 67-68.

2. Chisari F.V. Regulation of human lymphocyte function by a soluble extract from normal human liver // J. Immunol. – 1978. – 121, № 4. – P. 1279-1286.

– посилання на доповіді, тези доповідей:

1. Сучасні методи організації навчального процесу з біохімії та їх оптимізація / Я.І. Гонський, Г.Г. Шершун, І.М. Кліщ і ін. // Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні: Тези доп. наук.-метод. конфер. – Київ-Полтава, 1998. – С. 115-116.

– посилання на патенти, авторські свідоцтва:

1. А.с. 1007970 СССР, МКИ В 25 G 15/00. Устройство для захвата неориентированных деталей / В.С. Батулин, В.Г. Кемайкин. – Опубл. 30.08.81. – Бюл. № 12. – 2 с.

2. Пат. 4601552 США, МКИ G 03 B 27/74. Microfilming system with zone controlled adaptive lighting / Wise David S. (США). – Опубл. 22.06.86. – НКИ 355/68. – 3 с.

– посилання на дисертації і автореферати дисертацій:

1. Кияшко А.О. Влияние антиоксидантов на состояние клеточных мембран и обмен белка при ожоговой болезни: Дис. ... д-ра мед. наук. – Тернополь, 1983. – 280 с.

2. Фіра Л.С. Активність мембранозалежних ферментів при опіковій хворобі: Автореф. дис. ... канд. біол. наук. – Львів, 1987. – 16 с. – посилання на укази, накази, постанови, закони:

1. Про основні напрямки реформування вищої освіти в Україні: Указ Президента України № 832/95 від 12.09.95.

2. Про розробку типових навчальних планів та програм підготовки лікарів на циклах спеціалізації: Наказ МОЗ України № 197 від 9.07.97.

3. Про затвердження положення про державний вищий заклад освіти: Постанова Кабінету Міністрів України № 1074 від 5.09.96.

4. Про освіту: Закон України № 100/96 ВР від 23.03.96.

10. Редакція виправляє термінологічні та стилістичні помилки, усуває зайві ілюстрації, при потребі скорочує текст.

11. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, не реєструються. У першу чергу друкуються статті передплатників журналу, а також матеріали, що замовлені редакцією.

12. Автор несе повну відповідальність за достовірність даних, наведених в статті і в списку літератури.

13. Статті треба відсилати за адресою:

Редакція журналу “Медична освіта”

Тернопільський державний медичний університет

ім. І.Я. Горбачевського

Майдан Волі, 1

46001, Тернопіль

Україна.

Бажаємо успіху!