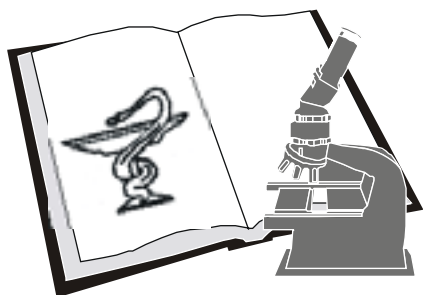


*Міністерство охорони здоров'я України
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика*

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

1/2008

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)
Казаков 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 № 11 від 12.03.2008 р.)

© Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського
© Науково-практичний журнал “Медична освіта”

Редагування і коректура	Мартюк Н.Є.
Технічний редактор	Демчишин С.Т.
Комп'ютерна верстка	Бенько Н.Б.
Художник	Кушик П.С.

Підписано до друку 18.03.2008. Формат 60×84/8.
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.
Ум.др. арк. 7,21. Обл.-вид.арк. 6,36.
Наклад 600. Зам. № 54.

Надруковано в друкарні
Тернопільського державного медичного
університету ім. І.Я. Горбачевського
46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

ЗМІСТ

<i>Л.Я. Ковальчук, А.Я. Господарський, А.Р. Вайда, А.І. Мисак, А.В. Довбуш</i> ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ РЕСУРСІВ WEB-ПОРТАЛУ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРАХ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	5
<i>І.Р. Мисула, А.Г. Шульгай, Н.Я. Панчишин</i> РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАСАД БОЛОНСЬКОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ ТА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ У ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО	7
<i>В.М. Лісовий, В.А. Капустник, В.О. Коробчанський, М.П. Воронцов</i> БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК ЛІКАРІВ І ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ПСИХОГІГІЄНИ	10
<i>А.Б. Бойків, О.В. Авдєєв</i> ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ	15
<i>В.С. Бітенський, В.А. Пахмурний, К.В. Аймедов</i> ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ПСИХІАТРІЇ МАЙБУТНІМ СТОМАТОЛОГАМ	17
<i>Л.В. Соколова, Д.Б. Коробко, Л.С. Фіра</i> СУЧАСНИЙ СТАН ПІДГОТОВКИ ПРОВІЗОРІВ-КОСМЕТОЛОГІВ: РЕАЛІЇ ТА ПОДАЛЬШІ ПЕРСПЕКТИВИ	20
<i>І.Р. Мисула, Т.Г. Бакалюк, А.О. Голяченко, О.М. Лаврінченко, В.І. Мартинюк, Л.О. Вакулєнко, В.Б. Коваль, Л.В. Левицька</i> ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТЬ З МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В САНАТОРНИХ УМОВАХ	23
<i>О.Є. Самогальська, Є.М. Стародуб, О.М. Масик, Т.Б. Лазарчук, С.Є. Шостак, О.І. Криський, Н.І. Ярема, Л.С. Бабінець</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ НА ФАКУЛЬТЕТІ ПІСЛЯ ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ	24
<i>А.В. Бойчук, В.С. Шадріна, В.І. Коптюх, О.І. Хлібовська, Б.М. Бєгош, В.В. Сопель</i> ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ ФПО	26
<i>І.М. Кліщ, В.Ф. Тюріна</i> ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ СТУДЕНТАМ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ	28
<i>О.Я. Пришляк, Б.М. Дикий, О.Є. Кондрин, В.С. Копча</i> ОСОБЛИВОСТІ ВІДПРАЦЮВАННЯ СТУДЕНТАМИ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК У КЛІНІЦІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ	31
<i>Т.А. Грошовий, О.В. Тригубчак, М.Б. Павлюк, Н.В. Гончарук, А.І. Денис, О.Б. Калушка, О.І. Ониськів</i> ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ ЯК ЕЛЕМЕНТ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ	34
<i>Л.В. Вронська, М.М. Михалків, Є.Б. Дмухальська, О.Б. Поляк, Н.А. Василюшин, Л.М. Іванець, Г.Я. Загрчук, Д.Б. Коробко, Л.П. Яворська, В.І. Гнідець</i> ПЕРШИЙ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ Z-СИСТЕМИ У ВИКЛАДАННЯ ХІМІЧНИХ ДИСЦИПЛІН НА КАФЕДРІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ХІМІЇ	37
<i>В.Б. Гоциньський, Н.Є. Боцюк, О.Р. Ясній, О.О. Воронцов, І.О. Боровик, Н.І. Корильчук, С.Є. Рябоконт</i> ЗАПРОВАДЖЕННЯ НОВІТНІХ ФОРМ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА ДОДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ	41
<i>М.О. Кашуба, К.О. Пашко, Н.І. Рега</i> УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ТА КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ТА ЕКОЛОГІЇ ЛЮДИНИ ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО	43
<i>І.Є. Герасимюк, Я.І. Федонюк, М.В. Ющак, П.П. Флекей, В.В. Бурій</i> ВПРОВАДЖЕННЯ АВТОМАТИЗОВАНОГО ДИСТАНЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ ЯК АЛЬТЕРНАТИВИ ДО ТРАДИЦІЙНОГО СПОСОБУ ТЕСТОВОГО ОПИТУВАННЯ	45

<i>О.І. Криськів, Л.С. Бабінець</i> НАСТУПНІСТЬ У ПРАКТИЧНІЙ ПІДГОТОВЦІ З ТЕРАПІЇ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В СУБОРДИНАТУРІ ТА ІНТЕРНАТУРІ	47
<i>М.В. Лелека, О.Б. Поляк, Г.Р. Козир</i> РОЛЬ НАВЧАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ З ОРГАНІЗАЦІЇ І ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ В СИСТЕМІ ОВОЛОДІННЯ СТУДЕНТАМИ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ	50
<i>Л.С. Фіра, С.М. Марчишин, М.І. Шанайда, П.Г. Лихацький, І.З. Кернична</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ФАРМАКОГНОЗІЇ ДЛЯ СТУДЕНТІВ-ТЕХНОЛОГІВ ПАРФУМЕРНО-КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ	52
<i>А.Х. Завальнюк, В.В. Франчук</i> ОСВІТНІ ЗАСАДИ І ЮРИДИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ	54
<i>М.В. Гребеник</i> МЕТОДИКА ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ ПОСІДНАНІЙ ПАТОЛОГІЇ	58

УДК 808.2:378.147.33] 054.6

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ РЕСУРСІВ WEB-ПОРТАЛУ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРАХ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Л.Я. Ковальчук, А.Я. Господарський, А.Р. Вайда, А.І. Мисак, А.В. Довбуш
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

EXPERIENCE OF WEB-PORTAL USING IN THE TEACHING OF SURGICAL DISCIPLINES FOR FOREIGN STUDENTS

L.Ya. Kovalchuk, A.Ya. Hospodarsky, A.R. Vayda, A.I. Mysak, A.V. Dovbush
Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Стаття присвячена аналізу досвіду навчання іноземних студентів в ТДМУ. Описані основні методики, що застосовуються в процесі навчання, тестування, серед них комп'ютерні та телекомунікаційні. Зроблено короткий аналіз особливостей навчання англomовних студентів, розглянуті питання застосування студентами web-порталу в процесі навчання.

The article is devoted to the analysis of teaching experience of the English-speaking students in Ternopil State Medical University. The basic pedagogical techniques used during training, including computer and telecommunication testing are described. The brief analysis of training peculiarities is carried out and questions of WEB-portal using in academic process by the English-speaking students are discussed.

Вступ. З виділенням України, як суверенної держави, налагодженням дипломатичних зв'язків з різними країнами світу, з'явилась можливість навчання студентів іноземних громадян в українських вузах, і разом з тим постало питання забезпечення у них високого освітнього рівня.

На початку третього тисячоліття у життя вступило нове покоління лікарів, які вміють працювати в Інтернеті. Це дає їм змогу оперативного отримувати усю необхідну медичну інформацію навіть в екстремальних випадках. Зрозуміло, що сьогодні студент без доступу до інформації буде відставати у своєму розвитку [1].

Проблема навчання студентів англійською мовою на всій території нашої держави є досить актуальною [2]. Багато вузів не мають спеціалізованих навчальних центрів, в них не вистачає англomовних викладачів, що володіють новітніми комп'ютерними технологіями. Поряд з цим відзначається дефіцит англomовної медичної літератури. Ось чому доведення до студентів основ медичних знань вимагає наявності телекомунікаційних технологій, що дозволяє передати по каналах зв'язку будь-яку медичну інформацію. Відповідно залишається актуальним питання оптимізації навчального процесу у медич-

них вузах, для підготовки кадрів високого кваліфікаційного рівня.

Основна частина. В ТДМУ навчання іноземних студентів здійснюється з 1998 р. Географія походження наших студентів включає: Йорданію, Палестину, Сирію, Ліван, Ірак, Ізраїль, Саудівську Аравію, Ємен, ОАЕ, Судан, Непал, Єгипет, Алжир, Пакистан, Індію, Шрі-Ланку. Після акредитації ТДМУ по IV (найвищому) рівню кількість студентів-іноземців значно зростає. Звичайно, забезпечити ефективний навчальний процес в іноземних студентів може тільки навчальний заклад з високим науково-методичним рівнем.

На лікувальному факультеті студенти-іноземці навчаються в окремо створених групах. Практичні заняття і лекції читаються англійською мовою. Заняття з іноземними студентами проводять найбільш кваліфіковані і найдосвідченіші викладачі кафедр. Поряд з опитуванням, яке проводиться в письмовій і усній формах, відбувається детальний розбір тем, вносяться додаткові пояснення щодо вирішення тієї чи іншої проблеми.

Згідно із прийнятою методикою системи навчання "єдиного дня", навчальний процес на хірургічних кафедрах поділений на 7-годинні заняття, які включають практичну частину (4 години), семінар та тес-

товий контроль. На початок вересня 2006 року були підготовлені тематично-календарні плани лекцій, розроблені робочі програми практичних занять, матеріали підготовки до самостійної роботи англійською мовою, які були адаптовані до методики “єдиного дня”. Зі всіма вищезгаданими матеріалами студенти могли ознайомитися на інформаційних стендах та Web-сторінках кафедр хірургічного профілю.

Заняття починається з практичної частини, де студенти опановують матеріал безпосередньо біля ліжка хворого. Це дає їм можливість опановувати практичні навички, які занесені до “Матрикула”, скласти практичні навички і отримати відповідну відмітку у “Матрикулі”, брати участь в курації хворих, лікарських маніпуляціях та додаткових методах обстеження. Проблемою залишається мовний бар’єр між студентом та пацієнтом. Особливо ця проблема виражена в перші роки навчання на клінічних кафедрах, коли викладач мусить виступати в ролі перекладача. Згодом, перебуваючи тривалий час на території України, іноземні студенти отримують необхідний словниковий запас для первинного огляду хворого.

Для підготовки іноземних студентів у нашому університеті перекладено підручник “Шпитальна хірургія”, створено мультимедійні компакт-диски, навчальні таблиці англійською мовою. Всі компакт-диски використовуються студентами для підготовки до занять, написання історій хвороби, рефератів і т. д. в читальних залах бібліотеки і вільно доступні кожному. До речі, функціонує спеціальний читальний зал для іноземних студентів, де зібрана англійська медична література. Накопичення навчального матеріалу на компакт-дисках дозволяє одночасно здійснювати функцію навчання та функцію контролю за ступенем засвоєння знань [3].

У зв’язку з потребою постійного оновлення навчальних матеріалів, та необхідністю викладання іноземним студентам новітніх технологій, методик оперативного лікування, що використовуються у світі,

було створено WEB-портал університету, на якому зібрано матеріали для підготовки до практичних занять і лекцій, відеофрагменти основних етапів операцій, лікарських маніпуляцій, а також атласи та схеми лікування. Застосування WEB-порталу дозволяє постійно оновлювати базу даних оригінальними авторськими матеріалами, які створюються колективом кафедри, а також новітніми даними з світової практики. Це має велику перевагу над підручником, який за кілька років “морально старіє”.

Ще одна “новинка”, що використовується при викладанні предметів хірургічного профілю, – це впровадження телевідеосистеми на кафедрі шпитальної хірургії у відділенні малоінвазивної хірургії ТОККЛ. Відеокамери, вмонтовані в операційному блоці, що знімають загальний план операційної, операційне поле при порожнинних втручаннях, хід лапароскопічної операції, транслюють зображення на відеомонітори, розташовані в навчальних кімнатах. Це дає змогу студентам в режимі реального часу спостерігати за найскладнішими оперативними втручаннями з одночасним коментарем викладача [3].

Поряд з теоретичним вивченням матеріалу проводиться і наочне його підкріплення в лабораторіях, експериментах, біля ліжка хворого, в маніпуляційних, перев’язочних, операційних. Студенти-іноземці мають можливість власноруч виконувати певні лікарські маніпуляції, що значно підвищує їх зацікавленість і заохочує до вивчення предмета. Звичайно, великою мірою результат освіти іноземних студентів залежить від високої компетентності, творчої активності викладачів університету.

Висновок. Таким чином, навчання англійських студентів вимагає застосування традиційних і нетрадиційних форм навчання, новітніх досягнень науки і техніки. При високому професіоналізмі викладачів вузу це може забезпечити високу якість підготовки фахівців, що дасть можливість їм успішно працювати в діагностично-лікувальних установах різних країн світу.

Література

1. Ковальчук Л.Я. Впровадження нової методики навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 16-20.
2. Васецька Л.І. Особливості викладання мови інозем-

ним студентам-медикам з англійською формою навчання // Медична освіта. – 2007. – № 3. – С. 93.

3. Ковальчук Л.Я. Впровадження сучасних технологій в навчальний процес // Медична освіта. – 2000. – № 1. – С. 18-20.

УДК 61:378.1

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАСАД БОЛОНСЬКОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ ТА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ У ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

І.Р. Мисула, А.Г. Шульгай, Н.Я. Панчишин

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

THE RESULTS OF INTRODUCING BOLOGNA DECLARATION PRINCIPLES AND CREDIT-MODULE SYSTEM OF EDUCATION AT TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY BY I.YA. HORBACHEVSKY

I.R. Mysula, A.H. Shulhay, N.Ya. Panchyshyn

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті викладено інформацію про впровадження кредитно-модульної системи навчання як новітньої моделі організації навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського.

The paper presents an information concerning introducing the credit-module system of education as the latest model of educational process organization at I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University.

Вступ. Соціально-економічні й політичні зміни в суспільстві, зміцнення державності України, входження її у світове співтовариство неможливі без структурної реформи національної системи вищої освіти [2, 4, 7]. Пріоритетним завданням є модернізація вищої освіти відповідно до положень Болонської декларації, одним із принципів якої є впровадження кредитно-модульного навчання як новітньої моделі організації навчального процесу [1, 3, 5, 6, 8].

З цією метою рішенням колегії Міністерства освіти і науки від 24 квітня 2003 року започатковано проведення педагогічного експерименту щодо впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації [9].

Сутність педагогічного експерименту полягає у визначенні шляхів та механізмів:

- адаптації ідей Європейської кредитної трансферної системи (ECTS) до системи вищої освіти України;
- посилення ролі самостійної роботи студентів;
- поглиблення впровадження новітніх педагогічних технологій;
- забезпечення гнучкості програм навчання та можливості навчання студента за індивідуальними навчальними планами;

– мотивації учасників навчального процесу на досягнення високої якості підготовки фахівців;

– надання можливості студенту отримати професійні кваліфікації відповідно до його потреб та вимог ринку праці.

Основна частина. У минулі навчальні роки навчальний процес в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського організовували з урахуванням необхідності модернізації вищої освіти, що відбувається в Україні на підставі підписаних міжнародних угод. В університеті проведена значна робота щодо вдосконалення навчальних планів, аналіз яких показав, що на часі – розробка єдиної концепції викладання і вивчення дисциплін на факультетах університету, в інститутах.

Враховуючи те, що МОН України орієнтує на повний перехід на кредитно-модульну систему організації навчання з використанням системи обліку навчальної роботи студента і викладача, що відповідає ECTS, Тернопільський державний медичний університет приділяє належну увагу створенню передумов для такого переходу. Систематичну роботу з її впровадження проводять в університеті з кінця 2005/2006 навчального року, коли були визначені основні напрямки подальшої роботи в університеті щодо впро-

вадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу.

Набутий в ході педагогічного експерименту проміжний досвід свідчить про те, що використання модульної форми організації навчання сприяє:

- інтенсифікації навчального процесу;
- систематизації засвоєння навчального матеріалу;
- підвищенню мотивації та відповідальності студентів за результати навчальної діяльності;
- забезпеченню належних умов вивчення програмного матеріалу і підготовки до контрольних заходів, що досягаються шляхом чіткого їх розмежування за змістом й у часі;
- розширенню можливостей для всебічного розкриття здібностей студентів, розвитку їх творчого мислення та підвищення ефективності роботи викладацького складу;
- забезпеченню стабільного психологічного стану студентів завдяки здійсненню наскрізного контролю знань;
- проведенню своєчасних дидактичних та виховних дій.

Виконання експерименту об’єктивно зумовило певне підвищення статусу та ролі студента як суб’єкта освітньої діяльності завдяки його участі у формуванні індивідуального навчального плану, підвищенню його відповідальності за результати навчання, самоорганізації власної освіти, участі в науковій, творчій роботі та в управлінні навчальним процесом.

Водночас перші результати педагогічного експерименту засвідчили, що для досягнення його мети необхідно вжити певних додаткових заходів.

МОЗ України направило в університет рекомендовані зміни до тимчасової інструкції з оцінювання навчальної діяльності (лист МОЗ України від 16.06.2005 № 08.01-22/1258), внесені за результатами апробації системи оцінювання впродовж 2005-2007 рр. та з метою узгодження інструкції з діючою нормативною базою щодо призначення стипендій студентам.

Студенти, які навчаються за однією спеціальністю, з урахуванням кількості балів, набраних з дисципліни, ранжуються за шкалою ECTS таким чином:

Оцінка ECTS	Статистичний показник
A	Найкращі 10 % студентів
B	Наступні 25 % студентів
C	Наступні 30 % студентів
D	Наступні 25 % студентів
E	Останні 10 % студентів

Ранжування з присвоєнням оцінок “A”, “B”, “C”, “D”, “E” проводять для студентів даного курсу, які навчаються за однією спеціальністю та успішно завершили вивчення дисципліни. Студенти, які одержали оцінки “FX” та “F” (незадовільно), не належать до студентів, які ранжуються, навіть після перескладання модуля. Такі студенти після перескладання автоматично отримують бал “E”.

Оцінки з дисципліни “FX” та “F” виставляють студентам, яким не зараховано хоча б один модуль з дисципліни після завершення її вивчення. Оцінку “FX” отримують студенти, які набрали мінімальну кількість балів за поточну навчальну діяльність, але яким не зараховано підсумковий модульний контроль. Ця категорія студентів має право на перескладання підсумково-

го модульного контролю за затвердженим графіком під час зимових або літніх канікул (до 1 липня поточного року) впродовж двох тижнів після завершення навчального року. Повторне складання підсумкового модульного контролю дозволяється не більше двох разів.

Оцінку “F” виставляють студентам, які відвідали всі аудиторні заняття з модуля, але не набрали мінімальну кількість балів за поточну навчальну діяльність і не допущені до підсумкового модульного контролю. Ця категорія студентів має право на повторне вивчення модуля.

Бали з дисципліни для студентів, які успішно виконали програму з дисципліни, конвертуються у традиційну чотирибальну шкалу за абсолютними критеріями, як наведено нижче у таблиці:

Бали з дисципліни	Оцінка за чотирибальною шкалою
Від 170 до 200 балів	5
Від 140 до 169 балів	4
Від 139 балів до мінімальної кількості балів, яку повинен набрати студент	3
Нижче мінімальної кількості балів, яку повинен набрати студент	2

Одним із актуальних питань на сьогодні в університеті є впровадження об’єктивного структуровано-

го клінічного іспиту (ОСКІ) в кредитно-модульну систему навчання студентів. ОСКІ в цьому році про-

водять на III курсі медичного факультету, а планується проводити наприкінці четвертого року навчання наприкінці кожного семестру та на V курсі – після зарахування всіх необхідних практичних навичок, зазначених у матрикулі, та перед проведенням семестрового тестового контролю або іспиту. При цьому остаточну оцінку за клінічний модуль виставляють таким чином: 40 % – середній бал за поточну успішність, 20 % – оцінка, отримана під час ОСКІ, 40 % – оцінка, одержана під час семестрового тестового контролю. Досі оцінку виводили за допомогою комп'ютерної програми "Контингент", де враховували поточну успішність студента (60 %) та оцінку, отриману на комплексному тестовому іспиті (40 %). Тому на даний час виникає необхідність створення додаткової комп'ютерної програми, яка б враховувала ще й оцінку, отриману на об'єктивному структурованому клінічному іспиті.

Правильно організувати самостійну роботу студентів (СРС), грамотно спрямувати їх на творчий пошук, забезпечивши його методично, – одне з найважливіших завдань організації навчального процесу.

Виконання самостійної роботи студентами повинно бути ефективним, для чого кафедрам університету необхідно провести певні заходи, а саме:

- чітке планування організації і контролю СРС;
- створення необхідних умов для СРС (бібліотека, читальні зали, комп'ютерні класи, навчальні лабораторії, навчально-методичні кабінети кафедр тощо);
- проведення консультацій із самостійної роботи;
- навчально-методичне забезпечення СРС;
- забезпечення розробки завдань і контроль за їх виконанням;
- складання графіків СРС;
- створення стендів і розміщення їх у доступному для студентів місці з інформацією про зміст завдань, контроль СРС;
- створення інформаційних пакетів для студентів тощо.

ECTS виконує акумулюючі функції – чітке визначення обсягів проведеної студентом роботи з урахуванням усіх видів навчальної та наукової діяльності. Сума кредитів визначає, на що здатний студент, який навчається за тією чи іншою програмою з дисципліни. Значною мірою це віддзеркалює його бажання і здатність до самостійної роботи.

Можливі види самостійної роботи студентів:

- пошук і вивчення додаткової літератури;
- конспектування матеріалу, складання планів, тез;
- кодування інформації (створення алгоритмів, схем, структурно-логічних схем лекції, заняття, теми взагалі, графіків тощо);

- написання рефератів, звітів, анотацій, доповідей, історій хвороби;

- виступ з повідомленнями на семінарських заняттях;

- чергування в клініці поза межами навчального часу;

- виконання фрагмента наукової роботи певної кафедри (дослідницька робота) з оформленням тез на конференцію, олімпіаду.

Найважливішим напрямком самостійної роботи студентів є індивідуальна самостійна робота, що передбачає створення умов для якнайповнішої реалізації творчих можливостей студентів через:

- індивідуально-спрямований розвиток здібностей кожного;

- науково- і навчально-дослідну роботу;

- творчу діяльність.

Індивідуальні заняття проводять під керівництвом викладача в позааудиторний час за окремим графіком. Індивідуальна самостійна робота враховує потреби і можливості кожного студента – її виконавця. Організацію та проведення індивідуальних занять доручають найбільш кваліфікованим викладачам.

Індивідуальні заняття на молодших курсах мають навчально-дослідний характер і спрямовуються здебільшого на поглиблення вивчення студентами окремих навчальних дисциплін, а на старших курсах мають науково-дослідний характер і передбачають безпосередню участь студента у виконанні наукових досліджень, творчих завдань.

Завдання для СРС – це завдання, які студент виконує самостійно, поза межами аудиторних занять. Вони повинні відповідати певним конкретним вимогам, а саме:

- завдання мають бути різних рівнів складності залежно від можливостей, здібностей і рівня підготовленості студентів;

- будь-яке завдання потрібно контролювати;

- завдання, які виконуються позааудиторно, необхідно доводити студентам на стендах чи в інформаційно-методичних матеріалах;

- зміст завдань із фахових дисциплін повинен бути зорієнтованим на майбутню професію, інтегрованим з іншими профільними дисциплінами;

- завдання потрібно спрямовувати на перевірку раніше засвоєних знань та вмінь використовувати ці знання.

Таким чином, активність і продуктивність самостійної позааудиторної роботи студентів обумовлюються вмідим навчанням їх методики оволодіння знаннями з першоджерел; використанням різномані-

тних форм контролю за ходом і результатами цієї роботи; регулярною індивідуальною допомогою студентам, які зазнають ускладнень щодо оволодіння матеріалом, який вивчається.

Висновок. Впровадження кредитно-модульного навчання вимагає розробки нового покоління науко-

во-методичного забезпечення навчальних дисциплін та організації навчального процесу в цілому, урізноманітнення форм і змісту самостійної та індивідуальної роботи студента, удосконалення її організації та розробки діагностичних засобів контролю її ефективності.

Література

1. Бабкіна О. Проблеми підвищення якості вищої освіти в Україні у контексті Болонських реформ // Освіта і управління. – 2006. – Т. 9, № 1. – С. 91-95.

2. Бондар В. Стратегія і тактика підготовки вчителя для реалізації завдань Болонського процесу // Освіта і управління. – 2006. – № 3-4. – С. 24-38.

3. Вища освіта України і Болонський процес: Навч. посібник / За ред. В.Г. Кременя. – Тернопіль, 2004. – 384 с.

4. Загородній А. Європейська система забезпечення якості вищої освіти // Вища школа. – 2006. – № 4. – С. 15-22.

5. Модернізація вищої освіти України і Болонський про-

цес. – К., 2004. – 44 с.

6. Основні засади розвитку вищої освіти України (в контексті Болонського процесу). – К.-Тернопіль, 2004. – 147 с.

7. Підаєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. – К., 2004. – 192 с.

8. Пугачов С. Болонський процес: перспективи і проблеми // Освіта України. – 2007. – № 13. – С. 11.

9. Тимчасова інструкція з оцінювання навчальної діяльності студентів при впровадженні кредитно-модульної системи організації навчального процесу. – Тернопіль, 2005. – 10 с.

УДК 614.254:613.86

БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК ЛІКАРІВ І ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ПСИХОГІЄНИ

В.М. Лісовий, В.А. Капустник, В.О. Коробчанський, М.П. Воронцов

Харківський національний медичний університет

CONTINUOUS PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF DOCTORS AND PROBLEMS OF MODERN PSYCHOHYGIENE

V.M. Lisovy, V.A. Kapustnyk, V.O. Korobchansky, M.P. Vorontsov

Kharkiv National Medical University

Розглядається значення сучасної психогієни як складової частини профілактичної медицини. Обговорюється актуальність безперервного професійного розвитку лікарів в аспекті практичних проблем психогієни та первинної психопрофілактики.

Value of modern psychohygiene as a component of preventive medicine is considered. The urgency of continuous professional development of doctors in aspect of practical psychohygienic and primary psychoprophylactic problems is discussed.

Вступ. Сучасна психогієна, як фундаментальна наука, розглядає актуальні проблеми збереження і зміцнення психічного здоров'я людини, практичне значення первинної психопрофілактики в системі охо-

рони здоров'я. Тому існує нагальна потреба цілеспрямованої підготовки широкого кола медичних фахівців, які володіють сучасним науковим і методичним арсеналом, що має використовуватись у по-

вськденній лікарській роботі для гігієнічної донозологічної діагностики граничних психічних станів і на цій базі здійснювати заходи психогієни і первинної психопрофілактики на індивідуальному, сімейному і популяційному рівні.

Основна частина. Відповідно до сучасних уявлень, психогієна – органічна складова профілактичної медицини, суть якої визначається її головною метою – на основі своєчасної ранньої психодіагностики та корекції донозологічних станів попередити виникнення психічних розладів і захворювань [1–4]. Нині постулати практичної психогієни набули широкого розповсюдження в усіх галузях медицини і в широкому медичному аспекті охоплюють два взаємопов'язані напрямки лікарської діяльності. Перший напрямок – це гігієнічна донозологічна психодіагностика, яка встановлює наявність предпатологічних станів. Об'єктом досліджень при цьому є здорова людина, а предметом вивчення слугує здоров'я в його якісному і кількісному виразі. Тут послідовно здійснюється вивчення середовища життєдіяльності, стану здоров'я на індивідуальному, сімейному та популяційному рівні і на цій основі далі розробляються заходи первинної профілактики захворювань [5]. Другий напрямок – власне первинна профілактика психічних порушень, завданням якої є підвищення психологічної і соматичної стійкості організму, а також активне попередження психосоматичних і соматопсихічних захворювань.

Проблеми психогієни і первинної психопрофілактики безпосередньо пов'язані з різними аспектами практичної медицини, що вимагає від лікаря будь-якої спеціальності добре знати методологію гігієнічної донозологічної психодіагностики і вміти цілеспрямовано використовувати методи психокорекції [1, 6, 7, 8]. Необхідність цілеспрямованої професійної підготовки лікарів з питань психофізіології, психогієни та психопрофілактики безпосередньо пов'язана з практичною діяльністю. Як відомо, в етіопатогенезі широкого кола захворювань (АГ, ІХС, бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунка та ін.) важливе значення мають психічні фактори [9]. У хворих на соматичні захворювання часто спостерігаються симптоми супутньої невротизації, емоційний стрес, особистісна тривожність, депресія [6, 10, 11]. Хвороба супроводжується глибокими змінами психофізіологічного стану пацієнта, що призводить до змін у фізіологічному, психологічному і духовному станах, внаслідок чого – до зниження можливостей і тривалості життя [12]. За даними спостережень, серед хворих соматичного профілю частота депресій складає 23,8 % [13].

Поряд з цим, значної актуальності набули питання своєчасної діагностики, профілактики і терапії психогенно обумовлених станів, психічної дезадаптації, що розвиваються у людей у тих чи інших ситуаціях життєдіяльності, особливо при наявності екстремальних факторів [15, 16]. Виключно важливим розділом повсякденної роботи лікарів з питань психогієни і психопрофілактики є також попередження ятрогенних захворювань, що призводять до розвитку психічної травми та інших негативних наслідків лікувально-діагностичних втручань [17]. За даними спостережень, ятрогенії відмічаються у 20 % хворих і обумовлюють 10 % госпітальної смертності [18]. Таким чином, у лікувально-профілактичному процесі необхідне послідовне і регулярне здійснення психопрофілактичних та психодіагностичних заходів, особливо серед численних осіб з груп ризику, пацієнтів лікувально-профілактичних закладів, а також в умовах сім'ї [10, 14]. За даними спостережень, переважна більшість пацієнтів, що відвідують поліклініку чи знаходяться у соматичному стаціонарі, потребує психологічної допомоги [19].

Виходячи з цього, ВООЗ вказує на необхідність обов'язкового надання лікарем психологічної допомоги пацієнтам [20]. Тому психотерапевтичний компонент має бути обов'язковою частиною комплексної програми медичних втручань [10, 14], а лікарі повинні в повному обсязі володіти методом індивідуальної психопрофілактичної роботи [16].

Особлива актуальність проблем психогієни та психопрофілактики пов'язана з тим, що психічне здоров'я населення України суттєво погіршилось, свідченням чого є масова зміна поведінкових реакцій, емоційні зриви, інші порушення психологічного статусу, суїциди та суїцидальні спроби. Також зростає кількість межових, нервово-психічних розладів, невротичних і неврозоподібних станів, при соматичних захворюваннях [19, 21]. Тому цілком обґрунтовано ця проблема в системі охорони здоров'я України визначена як одна з пріоритетних у державній міжгалузевій програмі “Здоров'я нації” на 2002-2011 роки, відповідно до якої необхідно [21]: розробити нові та підвищити ефективність діючих методів і засобів профілактики, лікування та реабілітації психічних розладів, зосередивши увагу на пріоритетні використання методів і засобів психогієнічної корекції та реабілітації; проводити наукові дослідження з епідеміологічних та психогієнічних аспектів психічної патології; здійснювати заходи з профілактики порушень соціально-психологічної адаптації населення до гострого і хронічного стресу.

З огляду на це все більш значної актуальності набуває питання психологічної готовності лікарів до роботи з різним контингентом дитячого і дорослого населення, з пацієнтами зі зміненим психоемоційним станом внаслідок хвороби [12].

Виходячи з потреб медичної практики, формування і систематичне поглиблення знань практикуючого лікаря з проблем психогігієни та психопрофілактики має здійснюватись на етапах додипломної і усіх видів післядипломної підготовки лікарів. Вже на додипломному етапі навчання лікаря необхідно приділяти увагу підготовці з практично орієнтованих питань психології, психогігієни та психопрофілактики. Особливу увагу формуванню системи професійно запитуваних лікарських знань з медичної психології, психогігієни та психопро-

Таблиця 1. Основні базові практичні лікарські уміння стосовно психогігієни та психопрофілактики

філактики слід приділяти під час вивчення клінічних дисциплін і формування в майбутніх лікарів практичних навичок з психології спілкування в системі “лікар-хворий”. Відповідно до вимог освітньо-кваліфікаційної характеристики (ОКХ) та освітньо-професійної програми (ОПП) Державного галузевого стандарту вищої медичної освіти України (2003) випускники вищих медичних закладів в аспекті практичних проблем психогігієни та психопрофілактики повинні володіти комплексом професійних лікарських умінь (табл. 1).

Ці базові фахові знання та уміння в подальшому потребують систематичного удосконалення в загально-визнаній в системі безперервного професійного розвитку лікаря. Його як універсальну форму медичної освіти обґрунтувала Всесвітня федерація медичної освіти.

Він є етапом освіти і підготовки лікаря, який послідовно здійснюється після завершення базової медичної освіти і продовжується протягом усього професійного життя лікаря [22]. Безперервний професійний розвиток лікаря є заключною фазою медичного навчання – набуття високого професіоналізму [23].

Нині безперервна освіта є пріоритетним напрямком розвитку освітньої галузі України в процесі інтеграції у світовий та Європейський простір [30]. Вона є однією з важливих складових Національного плану дій в інтересах охорони здоров'я і розглядається, з одного боку, як професійне зобов'язання кожного лікаря, а з другого – як важлива передумова підвищення якості медичної допомоги населенню [22].

Одним з життєво важливих напрямків безперервного професійного розвитку лікарів, що постійно вимагається лікарською діяльністю, є психогігієна як вид міждисциплінарного удосконалення медиків різного фаху. З цих позицій конче необхідним є запровад-

ження спеціального циклу тематичного удосконалення лікарів по програмі “Психогігієна: гігієнічна донозологічна діагностика та первинна профілактика психічних розладів”, запропонованого кафедрою гігієни та екології Харківського національного медичного університету¹. Метою запропонованого циклу тематичного удосконалення є оволодіння лікарями загальної практики (сімейними лікарями), терапевтами, невропатологами, психіатрами, педіатрами, лікарями-гігієністами з гігієни дітей та підлітків і гігієни праці, а також психологами і медичними психологами принципами організації психогігієнічних і психодіагностичних досліджень донозологічних станів і сучасними заходами з первинної психопрофілактики. З урахуванням практичних аспектів психогігієни у діяльності лікарів різного фаху програма циклу включає чотири базові модулі.

Модуль 1. “Загальні принципи організації психогігієнічних досліджень донозологічних станів”. Класи-

¹Цикл затверджений вченою радою Харківського державного медичного університету і узгоджений з ЦМК вищої медичної освіти МОЗ (директор І.С. Вітенко) та Департаментом вищої освіти МОН України (директор Л.Я. Болюбаш) від 15.03.2006.

фікація та особливості психодіагностичних методів дослідження. Етичні проблеми у психодіагностичних дослідженнях. Психометричні вимоги до побудови та перевірки діагностичних методик. Методи гігієнічного дослідження соціобіологічних чинників навколишнього середовища та їхня комплексна оцінка. Психогенетичні дослідження у гігієні. Організація психодіагностичного дослідження донозологічних станів. Вимоги доказової медицини до гігієнічних досліджень: рандомізовані дослідження, проспективний метод, ретроспективні дослідження, дослідження серії випадків та ін. Структурно-функціональна організація ЦНС та саногенетичні механізми психічного здоров'я.

Модуль 2. “Діагностичне дослідження психофізіологічних функцій”. Методи дослідження сприйняття та узнавання. Психогігієнічне значення та методика вивчення основних властивостей нервової системи. Діагностичне значення та методи вивчення уваги. Методи психофізіологічного вивчення пам'яті. Методи дослідження розумової працездатності. Сучасні методи візуалізації нервових процесів. Порушення психофізіологічних функцій у діагностиці граничних психічних станів.

Модуль 3. “Критеріальні ознаки особистості у діагностиці граничних психічних станів”. Діагностика інтелекту та розумового розвитку. Тести інтелекту. Дослідження креативності та її діагностичне значення. Психодіагностика загальних та спеціальних здібностей. Методи психодіагностики комунікативних властивостей, емоційності та психотипу у психогігієні. Діагностика психічних станів у різному віці. Психодіагностика акцентуацій особистості та проблема психологічної стійкості.

Модуль 4. “Психопрофілактика психічних розладів”. Індивідуальна психопрофілактика станів ризику, допомога та самопомога у кризисній ситуації. Заходи первинної профілактики психічних порушень у ситуаціях та періодах ризику. Залежна поведінка та її профілактика засобами здорового способу життя. Профілактика наслідків акцентуованої поведінки та культурової залежності. Заходи громадської профілактики психічних розладів. Перевірка ефективності профілактичних заходів у психогігієні. Методичні основи організації та впровадження єдиної комплексної системи психодіагностики та психопрофілактики граничних станів.

В межах робочої програми навчального циклу забезпечується досягнення лікарями таких цілей стосовно практичної психогігієні та психопрофілактики [4]: лікарі опановують професійно необхідні знання сучасних методологічних принципів організації психогігієнічних та психодіагностичних досліджень до-

нозологічних станів і практичного застосування цих методів під час діагностики, лікування і реабілітації пацієнтів на основі вимог доказової медицини; детально вивчають дані про саногенетичні механізми формування психічного здоров'я, що є необхідною базою для обґрунтування лікувально-діагностичних втручань; опановують методiku організації і впровадження у свою практичну діяльність системи індивідуальної і колективної профілактики донозологічних станів; навчаються проводити гігієнічне дослідження соціобіологічних факторів навколишнього середовища пацієнта і надавати комплексну гігієнічну оцінку умовам життєдіяльності пацієнта для обґрунтування індивідуальної програми лікувально-діагностичних втручань з позицій сучасної доказової медицини; опановують методiku проведення індивідуальної і колективної первинної профілактики психічних розладів, що пов'язані з наявністю факторів ризику, залежною поведінкою, акцентуованою поведінкою людини тощо; навчаються аналізувати ефективність цілеспрямованих психогігієнічних і психопрофілактичних заходів; опановують сучасні методи психогенетичних досліджень в психогігієні, що набуває особливої актуальності у практиці сімейного лікаря; опановують методи діагностичного дослідження психофізіологічних функцій пацієнтів (сприйняття, узнавання, пам'ять, увага, розумова працездатність), а також методи вивчення основних властивостей нервової системи людини, що мають враховуватись лікарем для обґрунтування індивідуальної програми профілактики, діагностики, лікування і реабілітації; навчаються методів діагностики інтелекту і розумового розвитку, креативності, комунікативних властивостей, психотипу та інших провідних ознак особистості; навчаються методів психодіагностики загальних і спеціальних здібностей людини.

Під час організації запропонованого циклу слід враховувати, що у справі безперервного підвищення професіоналізму лікарів поряд з існуючими очними формами все більшого розповсюдження у світовій практиці набувають різні ефективні заочні (дистанційні) форми удосконалення медичних працівників, які також мають обов'язково використовуватись в розділі психогігієні і психопрофілактики. Як відомо, в аспекті проблем безперервної освіти розроблена перспективна міжвузівська комп'ютерна мережа “Інтермедвуз” для координації післядипломної освіти лікарів [25].

Необхідною умовою для навчання впродовж життя є розвиток комп'ютерної бази, розробка електронних посібників і підручників для здобуття дистанційної освіти за усіма напрямками та освітньо-квалі-

фікаційними рівнями [24, 27]. Така форма підвищення кваліфікаційного рівня лікарів набуває значної актуальності в умовах входження вищої медичної освіти України до єдиного Європейського освітнього простору [26]. Тому сучасні лікарі мають бути широко обізнані з питань можливостей телемедицини, вміти працювати в Internet, що є важливою сучасною формою безперервного професійного розвитку, яка дозволить лікарю систематично підвищувати рівень спеціальних знань, необхідних для вирішування актуальних питань практичної психогієни і психопрофілактики.

Висновки: 1. Запропонований тематичний цикл удосконалення лікарів з психогієни в системі безперервного професійного розвитку цілком відповідає практичним потребам діяльності лікарів різних спе-

ціальностей і зберігає свою актуальність протягом усього періоду фахової діяльності медичних працівників. 2. Враховуючи той факт, що знання практичних питань психогієни, донозологічної психодіагностики та первинної психопрофілактики торкається усіх лікарських спеціальностей, доцільне обов'язкове включення цього розділу у програми додипломної, післядипломної освіти, а також систему безперервного професійного розвитку лікарів, що сприятиме суттєвому підвищенню їхньої професійної компетенції та ефективності медичної допомоги. Також, виходячи з суто практичних потреб лікарської діяльності, необхідним слід вважати включення проблемних питань психогієни, донозологічної психодіагностики та первинної психопрофілактики у єдині нормативи надання медичної допомоги населенню.

Література

1. Вітенко І.С. Загальна та медична психологія. – К.: Здоров'я, 1994. – 296 с.
2. Воробейчик Я.Н., Поклитар Е.А. Основы психогигиены. – К.: Здоровье, 1987. – 184 с.
3. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики. – С.Пб.: Питер, 2004. – 464 с.
4. Коробчанский В.А. Психогигиена: как мы ее представляем в 2007 году // Врачебная практика. – 2007. – № 1 (55). – С. 108-115.
5. Носс И.Н. Руководство по психодиагностике. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. – 688 с.
6. Бачериков Н.Е., Воронцов М.П., Добромиль Э.И. Психогигиена умственного труда учащейся молодежи. – К.: Здоров'я, 1988. – 186 с.
7. Коробчанський В.О. Гігієнічна психодіагностика донозологічних станів у підлітковому та юнацькому віці: Посібник для докторантів, аспірантів, пошукачів та лікарів. – Харків: Контраст, 2005. – 192 с.
8. Коробчанский В.А., Воронцов М.П., Бардов В.Г. Гигиенические аспекты системогенеза профессиональной деятельности и профессиональной адаптации подростков. – Харьков: Контраст, 2004. – 280 с.
9. Бухаров Я.М., Головкин И.С. Психотерапевтическая помощь в практике семейного врача // Вестник семейной медицины. – 2007. – № 1. – С. 18-23.
10. Вітенко І.С., Чабан О.С. Сімейна медицина: Психогієнічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих: Навчальний посібник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 186 с.
11. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний / Н.С. Бачериков, М.П. Воронцов, П.Т. Петрик, А.Я. Цыганенко. – Харьков: Основа, 1995. – 276 с.
12. Губенко І.Я., Шевченко О.Т. Психоемоційні аспекти роботи медичних фахівців зі пацієнтами // Медична освіта. – 2006. – № 4. – С. 28-31.
13. Вологодина И.В. Возможность использования антидепрессанта рексентина в лечении пациентов старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью и тревожно-депрессивными расстройствами // Российский семейный врач. – 2007. – Т. 11, № 2. – С. 34-35.
14. Эйдемилляр Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1990. – 192 с.
15. Напреенко А.Н., Логановский К.Н. Экологическая психиатрия. – К., 1997. – 96 с.
16. Психогени в екстремальних умовах / Ю.А. Александровский, О.С. Любастов, Л.И. Спивак, Б.Г. Щукин. – М.: Медицина, 1991. – 96 с.
17. Абизов Р.А., Шкорботун В.О., Шкоба В.Я. Про всебічне впровадження питань ятрогенної патології у фахові програми післядипломного навчання лікаря // Науково-методична конференція з міжнародною участю "Проблема безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів": Збірник праць. – К., 2007. – С. 66-68.
18. Серов В.В. Общие патологические подходы к познанию болезни. – М.: Медицина, 1999. – 304 с.
19. Вітенко І.С., Колноець М.Ю., Дишук І.П. Методологія та зміст підготовки лікаря-психолога в Україні // Медична освіта. – 2001. – № 4. – С. 14-18.
20. Здоровье-21: Политика достижения здоровья для всех в Европейском регионе. ВОЗ-21 задача на 21-е столетие / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 1998. – 231 с.
21. Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки / МОЗ України. – Київ, 2002. – 88 с.
22. Медицинское образование в мире и в Украине / Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерий, О.П. Волосовец и др. – Х.: ИПП "Контраст", 2005. – 464 с.

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

24. М'ясніков В.Г. Безперервний професійний розвиток – наступний крок реформування медичної освіти в Україні // Науково-методична конференція з міжнародною участю "Проблема безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів": Збірник праць. – К., 2007. – С. 34-36.

25. Вороненко Ю.В., Гирін В.М., Лінцер О.П. Про необхідність створення інформаційної системи "Інтермедвуз" // Медична освіта. – 2002. – № 1. – С. 5-9.

26. Колесник Ю.М., Кривенко В.І., Нерянов Ю.М. Модернізація вищої медичної освіти в контексті впровадження засад Болонського процесу // Медична освіта. – 2006. – № 2. – С. 72-74.

27. Вітенко І.С., Мельник І.В., Штанько С.В. Електронна книга як важливий методичний аспект сучасної підготовки лікарів і фармацевтів // Медична освіта. – 2006. – № 4. – С. 72-74.

УДК 616.31:378.1

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ

А.Б. Бойків, О.В. Авдєєв

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

BASIC DIRECTIONS OF DEVELOPMENT OF STOMATOLOGICAL EDUCATION

A.B. Boykiv, O.V. Avdeyev

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Одним із аспектів реформування стоматологічної освіти є мінімізація інформації, яка механічно запам'ятовується: константного та цифрового матеріалу (може бути почерпнутий з довідників); інформації, навичок, які не будуть використані в подальшій роботі (їх необхідно подати в ознайомчому плані). Разом із тим, особливу увагу потрібно приділяти поглибленню тих знань і навичок, які будуть використовуватись в щоденній роботі лікаря.

One of aspects of stomatological education reformation is minimization of information which is mechanically memorized: constant and digital material (can be drawn from reference books); information, skills which will not be utilized in subsequent work (they should be given in an acquainting plan). At the same time the special attention must be spared on deepening of the knowledge and skills which will be applied in everyday job of a doctor.

Вступ. На сьогодні професійна підготовка згідно з освітньо-професійним напрямком "Медицина" за спеціальністю "Стоматологія" характеризується значним збільшенням об'ємів, складності й темпів засвоєння навчального матеріалу.

"Науково-інформаційний вибух" призводить до перенасичення вузівських програм за рахунок появи нових дисциплін, нових розділів у традиційних дисциплінах, поглиблення змісту окремих тем, питань. Значне психоемоційне перевантаження студентів, викликане збільшенням інформації, нині сягає граничних значень. Велика кількість інформації не завжди сприятиме клінічному застосуванню і не може бути ефективно використана в подальшій практичній діяльності лікаря.

Окрім того, проблеми змін у навчальних програмах по-стали у зв'язку із загальноєвропейською інтеграцією, зокрема в освітньому просторі. Була створена програма ECTS, яку підтримала більшість вузів Європи [1].

Основна частина. Сучасний підхід до розв'язання цієї проблеми передбачає створення базової системи психолого-педагогічних і методичних знань, навичок, умінь, яка забезпечує:

- розвиток сучасного методичного мислення викладачів, що дозволяє кваліфіковано вирішувати нові проблеми вищої медичної освіти;
- оволодіння психолого-педагогічними закономірностями професійної підготовки спеціаліста медичного профілю;

· оволодіння сучасним арсеналом форм, методів і засобів навчання, що охоплює всі сторони й етапи професійної підготовки медичного працівника.

На підставі цього можлива і необхідна відмова від жорсткої уніфікації та стандартизації навчально-методичної роботи медвузів, що часто базуються на ігноруванні специфіки змісту та цілей конкретних навчальних дисциплін, специфіки її методичних засобів, адекватних їм, особливостей педагогічного стилю колективів навчальних кафедр.

Основним в педагогічній роботі є визначення навчальних цілей заняття з конкретної дисципліни. Тому методична підготовка викладача передбачає перш за все оволодіння вміннями визначати навчальні цілі, але диференційовано, відповідно до певних рівнів професійної освіти (за В.П. Безпалько) виділяють такі чотири рівні:

I рівень – знання-знайомства, знання на рівні загальних уявлень, загальної орієнтації;

II рівень – репродуктивні теоретичні знання;

III рівень – власне рівень професійних навичок та вмінь;

IV рівень – творчий, коли створюються умови для самостійного знаходження студентом нових для нього знань або способів дій [2].

З 2007-2008 навчального року на кафедрах стоматологічного профілю Тернопільського державного медичного університету впроваджують нові методичні підходи до проведення практичних занять.

Для зменшення витрат часу на пересування студентів між кафедрами впродовж робочого дня практичне заняття тривалістю 6-7 годин проводять з однієї дисципліни – використана так звана “система єдиного дня”. Робочий день студента складається з трьох частин: практичної (3-4 години), семінарської (2 години) і контролюючої (1 година). Для оволодіння теоретичним матеріалом, практичними навичками вивчення стоматологічних дисциплін створюють оптимальні можливості. Особливо зручні такі заняття на старших курсах: є реальна можливість за час практичного заняття повністю виконати клінічне обстеження, взяти участь у додаткових методах обстеження, встановити діагноз, провести необхідні лікувальні заходи, заповнити медичну документацію. При двогодинних заняттях не завжди вдається встигнути провести всі ці види робіт. Тривале заняття також надає можливість студенту під час заняття додатково опанувати теоретичний матеріал, з яким він не встиг ознайомитись вдома.

Дана методика проведення практичних занять, без заперечень, вимагає від викладачів ретельної підго-

товки, а саме: підбору тематичних пацієнтів, засобів і інструментів; при написанні методичних рекомендацій для студентів висвітлення алгоритмів і методик виконання практичної роботи, зразків тестових завдань, ситуаційних задач. Окрім того, на кафедрах повинна бути наявна навчальна основна і додаткова література. Для цього на факультеті створена бібліотека. Студенти мають можливість опрацювати літературу і під час заняття.

Найбільш сучасним засобом донесення інформації є використання електронних носіїв. З метою уніфікації в нашому університеті створений потужний портал в Internet. Студенти і викладачі мають можливість ознайомитись з основною інформацією щодо навчального процесу, зокрема: розкладами практичних занять і лекцій; матеріалами для підготовки до лекцій і практичних занять (тексти, малюнки, графіки, схеми, відеофільми, посилання на інші інтернет-джерела); електронними книгами і журналами.

При читанні лекцій обов'язковим елементом є використання мультимедійної техніки. Презентації лектор розміщує в сервері університету на власній електронній сторінці.

Для запобігання несанкціонованому користуванню інформацією кожний студент і викладач має код доступу до внутрішніх інформаційних резервів. Кожний студент університету має власну електронну сторінку. Тобто є реальна можливість спілкування студентів і викладачів за допомогою електронної пошти, що сприятиме індивідуальному навчанню.

З метою покращення набуття студентами практичних навичок, особливо передбачених освітньо-кваліфікаційною характеристикою фахівця зі спеціальності “Лікар-стоматолог”, на факультеті впроваджені так звані “матрикули” – лінії практичних навичок для певного року навчання. Вони являють собою друкований типографським способом невеликий індивідуальний журнал з переліком навичок, якими студент повинен оволодіти у даному навчальному році. Тобто студент на початку навчального року отримує конкретні практичні завдання, без виконання яких йому не буде зараховано навчання з тієї чи іншої дисципліни. Впровадження “матрикулів” практичних навичок, як показує досвід 1,5 років, сприяє тому, що студент мусить сам проявляти ініціативу для того, щоб отримати залік. З іншого боку, викладач, який приймає навичку, своїм підписом засвідчує, що рівень оволодіння достатній. Окрім обов'язкового залучення студентів до індивідуального опанування навички, це нововведення впритул наближає навчальний процес на стоматологічному факультеті до кредитно-

модульної системи, готує викладацький склад до впровадження об'єктивно-структурованого комплексного іспиту (OSKI) з дисципліни.

Ще один важливий новітній розділ, який впроваджують на стоматологічному факультеті, – проблемно-орієнтоване навчання.

Мета даного навчання – розуміння і сумісна робота над вирішенням комплексного завдання (звичайно це наступна професійна проблема, ситуація, випадок), передбачення подальшого розвитку, розробка стратегії і виходів із ситуації шляхом програвання (ділова гра). Кожний випадок розбирається на заняттях: на першому дається завдання (ситуація), формулюються гіпотези, ставиться навчальна мета, котру студент повинен самостійно опрацювати; на другому – обговорюється знайдена інформація, відбувається дискусія (обов'язкова участь всіх студентів). Результатом цих двох занять стає колективна відповідь.

Висновки. Одним із аспектів реформування освіти є мінімізація інформації, яка механічно запам'ятовується:

константного та цифрового матеріалу (може бути почерпнутий з довідників); інформації, навичок, які не будуть використані в подальшій роботі (їх необхідно подати в ознайомчому плані). Разом із тим, особливу увагу потрібно приділяти поглибленню тих знань і навичок, які будуть використовуватись в щоденній роботі лікаря.

У перспективі загальними завданнями навчання в сучасних умовах повинні стати:

- можливість різнобічного розв'язування проблеми (навіть найпростіших ситуацій);
- обмін інформацією і співпраця в інтердисциплінарних темах;
- використання різних підходів до визначення, формулювання і розв'язання проблеми;
- можливість критичної оцінки інформації;
- самостійна організація пошуку інформації;
- можливість запропонувати розв'язати проблему власним способом;
- поглиблення знань з теми;
- орієнтація на навчання впродовж свого життя.

Література

1. Пидаев А.В., Передерий В.Г. Болонский процесс в Европе. – Киев, 2004. – 192 с.
2. Мілерян В.С. Методичні основи підготовки та прове-

дення навчальних занять в медичних вузах: Методичний посібник. – Київ: Хрещатик, 2004. – 80 с.

УДК 616.89 (075.8)

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ПСИХІАТРІЇ МАЙБУТНІМ СТОМАТОЛОГАМ

В.С. Бітенський, В.А. Пахмурний, К.В. Аймедов

Одеський державний медичний університет

SOME ASPECTS IN TEACHING PSYCHIATRY TO FUTURE DENTISTS

V.S. Bitensky, V.A. Pakhmurny, K.V. Aymedov

Odessa State Medical University

У статті йдеться про сучасні проблеми викладання психіатрії студентам стоматологічного факультету медичного університету. Крім відсутності адаптованих навчальних посібників, навчальних планів, орієнтованих до майбутньої праці стоматологів, суттєвим є використання традиційної системи викладання “непрофільного” предмета за консерва-

тивним трафаретом (опитування – розбір тематичного хворого). Наведено власний досвід роботи з групами студентів стоматологів на кафедрі психіатрії.

The modern problems of teaching psychiatry to the students of stomatological faculty of medical university are discussed in the article. Besides absence of the adapted study manuals, curricula, oriented to future work of stomatologists, the usage of traditional teaching system of “nonspecialized” subject with the conservative approach (questionnaire – analysis of thematical patient) is essential. Own experience of teaching the groups of students-stomatologists at the department of psychiatry is described in the article.

Вступ. Проблема викладання психіатрії студентам, для яких вона є нібито другорядною дисципліною, принаймні непрофільною, в сучасній літературі висвітлена недостатньо [1–5]. Проте сьогодні медицина по-новому бачить професіоналізм лікаря будь-якого фаху. Він визначається не лише досконалим володінням всіх необхідних навичок, але й обізнаністю у низці суміжних спеціальностей. Це дозволяє фахівцеві мати розвинену антиципацію та всебічно оцінювати актуальний стан хворого [6]. Йдеться насамперед про студентів-стоматологів, підручник психіатрії для яких видано ще у 1975 році, але і його не можна вважати таким, що повністю розкриває проблему з урахуванням особливостей мислення майбутніх стоматологів [7].

У зв'язку зі вступом України до Болонського процесу, який передбачає багато нововведень, відмінностей від класичної вітчизняної школи викладання у вищих навчальних закладах, проблема оптимізації вищої освіти набуває важливого значення та вимагає відповідних змін. Стосовно єдиного підходу до викладання психіатрії стоматологам, на сьогодні це питання залишається відкритим [1, 3]. При цьому не варто, переймаючи європейські тенденції у викладанні, втрачати безцінний досвід, набутий раніше вітчизняними спеціалістами [4]. Проблема є актуальною також тому, що кількість предметів, які викладаються у вищих навчальних закладах, постійно зростає, з'являються нові спеціальності та факультети, а кількість годин на вивчення окремої дисципліни (у тому числі психіатрії), як правило, зменшується.

Метою дослідження було підвищення ефективності викладання психіатрії студентам стоматологічного факультету з урахуванням особливостей мислення цього контингенту та конкретних вимог до обізнаності майбутнього стоматолога у розладах психіки та поведінки.

Основна частина. Протягом 2004 – 2006 років досліджено 412 студентів стоматологічного факультету Одеського державного медичного університету. При вивченні курсу психіатрії кожна академічна група була поділена на дві підгрупи по 10-12 студентів у кожній. З ними працювали два викладачі. Один з

цих викладачів використовував традиційну (“консервативну”) методику викладання (аудиторні заняття та робота з окремими “тематичними” хворими). Ці студенти (203 чоловіки) були віднесені нами до першої досліджуваної групи (гр. 1). У решти студентів (209 чоловік, гр. 2) практичні заняття проводились виключно у психіатричних та наркологічних відділеннях Одеської обласної клінічної психіатричної лікарні № 1 (клінічна база кафедри психіатрії ОДМУ); академічна активність була сфокусована на безпосередньому спілкуванні з пацієнтами лікарні, на базі чого формувались висновки щодо стану хворого, перспектив його реабілітації та ресоціалізації, а також – можливості та особливостей надання йому стоматологічної допомоги у віртуальних умовах стоматологічної поліклініки за місцем помешкання. Першу та другу групу вибрано однорідними за основними показниками (вік, успішність, рівень знань тощо). Оцінка проводилась за такими критеріями – поточна успішність, відвідуваність практичних занять, ступінь задоволеності роботою на кафедрі (за допомогою спеціальної анкети), а також тривалість отриманих знань та практичних навичок протягом півроку [4].

Порівнюючи середні бали студентів груп № 1 і 2, ми могли відмітити, що за умов щоденного оцінювання другі показали більш високі результати як стосовно загальних базових знань, так і стосовно набутих практичних навичок (відповідно $4,2 \pm 0,2$ та $3,8 \pm 0,2$). Інтерес до предмета у них також був вищим, про що вони свідчили, відповідаючи на питання анкети-опитувальника (“якщо Ви явно запізнюєтесь на пару, то віддасте перевагу тому, щоб потім відпрацювати заняття, або все ж таки прийдете на нього, хоч і з запізненням?”), “якщо навіть після закінчення пари у Вас залишилися нез'ясованими деякі питання, чи станете Ви просити викладача, щоб він затримався та відповів Вам на них, або розійдетесь та через короткий час забудете?”). На практичних заняттях у відділеннях студенти-стоматологи другої групи проявляли значно більше активності щодо оволодіння предметом, ніж їхні однокурсники (гр. 1), що вимірювалось кількістю спонтанних реплік та питань. Бесіди з пацієнтами, розбір тактики дій лікаря при

взаємодії з пацієнтом, який страждає від психічного розладу, викликають інтерес і добре фіксуються у пам'яті студента.

Суб'єктивним критерієм ефективності запропонованої нами форми навчання можна також вважати те, що студенти першої підгрупи з нетерпінням чекали на закінчення заняття, другої – постійно затримувались у відділеннях, розходились пізніше, обговорюючи отримані знання і досвід. Іншим суб'єктивним критерієм можна вважати те, що студенти, віднесені до гр. 1, протягом циклу навчання неодноразово намагались перейти до другої когорти, висуваючи різні “об'єктивні” причини, та часто висловлювали бажання більше працювати у відділеннях лікарні. Крім того, у нових академічних групах студентів, які тільки приходили на заняття, юнаки та дівчата вже були обізнані у суті розподілу по підгрупах та воліли потрапити саме до другої підгрупи.

Об'єктивним критерієм можна вважати той факт, що кількість пропущених академічних годин у групі 2 була на 18,3 % нижчою. Це пояснювалося більшим інтересом до занять з їхнього боку. Вже йшлося про те, що успішність у навчанні загалом була вищою також у групі № 2, де середній бал був 4,2 проти 3,8. При оцінці знань по тестових завданнях КРОК-2 (у розділі “Психіатрія”) група № 2 також показала у півтори рази кращі результати, ніж суміжна.

Вибіркове вивчення тривалості знань з психіатрії (у волонтерів груп 1 та 2) продемонструвало стійкість знань у студентів основної групи: вона на 29 % перевищувала таку у студентів контрольної.

Важливо відмітити існуючі недоліки навчальних планів. У них недостатньо уваги приділяється вивченню тієї психічної патології, з якою стоматологи у подальшому можуть зустрітися у своїй практичній діяльності (наприклад, епілептичний статус, афективні розлади, об'єктивні ознаки погіршення психічного стану та інше). У той же час надто уваги приділяється класифікаціям і питанням, з якими лікар-стоматолог у практиці майже не зустрічається [7].

Украй важливим є розвивання антиципації у практичних лікарів, яка формується на базі глибокого професійного розуміння, життєвого досвіду й науково-теоретичного трактування сценаріїв розвитку подій [6]. Робота безпосередньо з хворими дає майбутнім лікарям той необхідний досвід, який може в проблемній ситуації стати безцінним помічником у прогнозуванні можливого подальшого розвитку того, що відбувається. Так, набуваючи навичок спілкування з психічнохворими, лікар буде підготовленим до

зустрічі з такими пацієнтами у своїй майбутній практиці, знаючи про можливі проблемні моменти, про особливості тих чи інших психічних порушень, в результаті яких скарги пацієнта можуть бути сильно перебільшеними або наявні симптоми – прихованими від лікаря, відношення до лікування – зміненими за хворобливими мотивами. У частини хворих (особливо наркологічного профілю) їх захворювання накладає відбиток і на зовнішній вигляд хворого, що допомагає лікареві в діагностиці й тактиці лікування (у тому числі й стоматологам при обстеженні пацієнтів з дефектами зубного ряду, пошкодженнями емалі внаслідок зловживання пацієнтами певними психоактивними засобами) [4].

При цьому успішність і грамотність медичних кадрів різних спеціальностей буде вищою, що відповідно вплине на рейтинг не лише українських дипломів, але й українських спеціалістів, як професійних і вмільних лікарів із серйозним багажем необхідних практично підкріплених знань.

Постійно формувати базу глибокого професійного розуміння, життєвого досвіду й науково-теоретичного трактування сценаріїв розвитку подій у зв'язку зі вступом України до Болонського процесу, який передбачає багато нововведень, відмінностей від класичної вітчизняної школи викладання у вищих навчальних закладах, проблема оптимізації вищої освіти набуває важливого значення та вимагає відповідних змін. Стосовно єдиного підходу до викладання психіатрії стоматологам, то на сьогодні це питання до кінця не розкрито.

Висновки: 1. З оглядом на Болонську систему навчання у вищих навчальних закладах України необхідно суттєво переробити навчальний план викладання психіатрії студентам стоматологічного факультету відповідно до практичних вимог їхньої майбутньої спеціальності.

2. Найдоцільнішим є проведення практичних занять безпосередньо у психіатричних відділеннях через постійне спілкування з пацієнтами з наступним обговоренням почутого та побаченого.

3. Зробити акцент на практичних заняттях на безпосередній роботі з хворими, що є виправданим при викладанні психіатрії як непрофільного предмета студентам-стоматологам.

4. Відтворити базу навчальних посібників, включно з електронними, для студентів-стоматологів. Розробити для них принципово новий підручник із психіатрії.

Література

1. Гримблат С.О., Сосин И.К. Проблемы оптимизации высшего образования (на модели менеджмента и психологии). – Х.: Факт, 2004. – С. 42-46.
2. Артюх С.Ф., Коваленко О.Е. Обновление высшей школы требует нового содержания образования // Теория и практика управления социальными системами. Научно-практический журнал. – 2001. – № 2. – С. 3-16.
3. Национальная доктрина развития образования Украины в 21 столетии. Проект. – К.: Школьный мир, 2001. – 16 с.
4. Кудрявая Н.В., Уколова Е.М., Смирнова Н.Б. Педагогика в медицине. – М.: Медицина, 2006. – С.42-46.
5. Шпалинский В.В. Социальная психология менеджмента: Учебное пособие. – Харьков: ИВМО “ХК”, 1998. – 315 с.
6. Нуллер Ю.Л., Пегашова А.Е., Козловский В.Л. Антиципация в семьях // Сов. клин. психиат. – 1998. – Вип. 8, № 2. – С. 5-11.
7. Матвеев В.М. Учебное пособие по психиатрии. – М.: Медицина, 1975. – С. 244-264.

УДК 61(075.8)

**СУЧАСНИЙ СТАН ПІДГОТОВКИ ПРОВІЗОРІВ-КОСМЕТОЛОГІВ:
РЕАЛІЇ ТА ПОДАЛЬШІ ПЕРСПЕКТИВИ**

Л.В. Соколова, Д.Б. Коробко, Л.С. Фіра

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

**MODERN STATE OF PREPARATION OF PHARMACEUTISTS-
COSMETOLOGISTS: REALITIES AND FURTHER PROSPECTS**

L.V. Sokolova, D.B. Korobko, L.S. Fira

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті наведено аналіз підготовки провізорів-косметологів у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського, окреслено основні проблеми, шляхи їх вирішення та подальші перспективи розвитку спеціальності “Технологія парфумерно-косметичних засобів”.

The article analyzes the preparation of pharmacists-cosmetologists at Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky. Basic problems, ways of their solving and further prospects for development of speciality “Technology of perfume and cosmetic facilities” are described.

Вступ. У країнах Західної Європи та США значна увага приділяється розвитку парфумерно-косметичної галузі, існують навчальні заклади, які готують фахівців даного профілю. В Україні тривалий час виробництво косметики і парфумерії сприймалось як незначна галузь науково-виробничої сфери, не було спеціалізованої навчально-методичної бази для підготовки спеціалістів відповідного фаху [2].

Сьогодні парфумерно-косметичне виробництво має великі перспективи і набуває інтенсивного розвитку, залучаючи до виробничої сфери установи та підприємства фармацевтичної й хімічної галузей. Виникла гостра необхідність у підготовці професійно

зорієнтованих фахівців парфумерно-косметичної галузі, що дозволить вирішити проблему кадрового вакууму в даній сфері. Нинішній стан парфумерно-косметичної галузі багато в чому обумовлений відсутністю наукової бази, що визначає науково-методичний підхід стосовно створення і розробки конкурентоздатних рецептур і технологій [2].

Основна частина. Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського став другим вищим навчальним закладом в Україні, який здійснює підготовку провізорів-косметологів (єдиний на території Центральної і Західної України). В університеті створено всі необхідні умови для підготов-

ки спеціаліста з технології парфумерно-косметичних засобів, а саме: сучасну навчально-методичну та матеріально-технічну базу, наявний висококваліфікований професорсько-викладацький склад тощо. У підготовці провізорів-косметологів задіяно досвідчених фахівців з хімії, біології, медицини, фармації, косметології – доктори та кандидати наук. На всіх кафедрах розроблено відповідні лекції, методичні матеріали для студентів та викладачів, закуплено достатню кількість сучасних підручників, посібників, науково-популярних журналів відповідного профілю. У навчальному процесі для підготовки майбутніх провізорів-косметологів використовують власний комп'ютерний клас фармацевтичного факультету та комп'ютерні класи медичного університету, які налічують 557 комп'ютерів та 17 мультимедійних систем. Всі лекції супроводжуються мультимедійним забезпеченням, широко використовуються компакт-диски. На Web-порталі університету для студентів зі спеціальності “Технологія парфумерно-косметичних засобів” розміщені робочі програми з дисциплін навчального плану, методичні вказівки, матеріали для підготовки до лекцій і занять, що містять відеофільми, малюнки, схеми, табличний матеріал, діаграми, посилання на Інтернет-ресурси. Це дозволяє студентам в процесі навчання швидко і ефективно використовувати найновішу інформацію. Постійно зміцнюється матеріально-технічна база підготовки провізорів-косметологів. Так, тільки в 2005 році на кафедрі фармакогнозії з медичною ботанікою були придбані комп'ютери з відеосистемою та мікроскопами, на кафедрі фармацевтичних дисциплін закуплено сучасне обладнання для визначення якості твердих косметичних форм (пудри, тіні, рум'яна) на загальну суму 30 тисяч гривень. В планах – відкриття університетського косметичного салону [1].

Перший набір на спеціальність 7.110202 “Технологія парфумерно-косметичних засобів” було здійснено в 2003 році, і з того часу відбувається ґрунтовна, чітко спрямована підготовка спеціалістів даного профілю. Формування різносторонніх спеціальних знань, вмінь та навичок відбувається на базі загальної фармацевтичної освіти, яка об'єднує комплекс хімічних, технологічних, медико-біологічних і організаційно-економічних дисциплін. Навчальний план для студентів зі спеціальності 7.110202 “Технологія парфумерно-косметичних засобів” передбачає засвоєння трьох циклів нормативних навчальних дисциплін: гуманітарних та соціально-економічних, фундаментальних і професійно-орієнтованих. На наш погляд, дуже вдалим є поєднання класичної фарма-

цевтичної освіти, коли студенти обов'язково вивчають профільні фармацевтичні дисципліни – технологію ліків, організацію та економіку фармації, фармакогнозію, фармацевтичну та косметичну хімію і є обізнаними в усіх аспектах створення, виготовлення, стандартизації лікарських і косметичних препаратів, їх подальшої реалізації й, крім того, володіють навичками проведення сучасних косметологічних процедур. Таке раціональне поєднання класичних фармацевтичних і косметологічних дисциплін дозволяє сформувавши у майбутніх спеціалістів теоретичні знання і практичні навички для вибору або консультування з раціонального використання як косметичних препаратів і процедур, так і лікарських засобів.

На фармацевтичному факультеті Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського за спеціальністю “Технологія парфумерно-косметичних засобів” навчається лише 22 студенти. Ми думаємо, що цього недостатньо. Чому така невелика кількість студентів? На наш погляд, будь-які нововведення спочатку важко втілюються в життя, особливо це стосується нових спеціальностей і професій. Спеціальність провізор-косметолог потребує грамотної “розкрутки”, так званого “промоушена”, чому буде сприяти видання журналу “Парфюмерія и косметика”. Парадоксальна ситуація: згідно з наказом МОЗ України № 385 від 28.10.2002 р. “Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я” посада провізора-косметолога введена в штат аптечних закладів, але чи існують аптеки, де ця посада введена до штатного розкладу. Давайте не будемо забувати, що більшість завідувачів аптек отримували фармацевтичну освіту за тих часів, коли навчальним планом не було передбачено вивчення технології косметичних засобів і більшість провізорів вважають, що косметичні препарати є простими за складом, виробництвом, стандартизацією, реєстрацією. Однак практика свідчить, що все не так просто. Візьміть будь-який шампунь для лікування лупи, креми для корекції недоліків шкіри та зверніть увагу на їх склад – вони містять до 20-30 компонентів. Що ми про них знаємо? Навіть добре підготовлений технолог не зможе Вам пояснити, чому до шампунів додають як аніоноактивні, так і катіоноактивні поверхнево-активні речовини, цинку піритіонат, натрію хлорид, рослинні олії; чим одна зубна паста відрізняється від іншої; чому гелева зубна паста краща; чи може дитяче мило мати привабливий колір і запах полуниці? На ці та інші питання і дає відповідь

система підготовки провізора-косметолога. І якщо аптека дбає про свій імідж, займається серйозною реалізацією засобів лікувальної косметики провідних фірм Франції, Німеччини, Італії, їй необхідний саме провізор-косметолог. Досить часто можна спостерігати ситуацію, коли в аптеці біля вітрин з продукцією фірм “Vishy”, “Ozon” знаходиться велика кількість зацікавлених людей, які мають можливість і потребу придбати цю елітну косметику. У потенційних покупців виникає безліч запитань по функціональному призначенню відповідних компонентів, цінній політиці виробників косметики, коли склад останньої є практично однаковим, чим можна замінити той чи інший косметичний засіб. Якщо ж не дати вичерпну, науково обгрунтовану відповідь – клієнт до такої аптеки більше не зайде. Не викликає оптимізму також і номенклатура готових косметичних препаратів для лікування серйозних захворювань шкіри – розових вугрів, іхтіозу, себореї тощо. І в цьому аспекті також важливим є наявність спеціаліста, який може виготовити косметичний препарат за індивідуальним рецептом. Є аксіомою, що лікарі-дерматологи виписують велику кількість рецептів на косметичні суспензії, емульсії, настої лікарських рослин, але далеко не завжди можна знайти аптеку, де це виготовлять. Слід сподіватись, що скоро в аптеках міста Тернополя і Тернопільської області все ж таки з'являться спеціалісти, які володіють знаннями номенклатури і механізмів дії біологічно активних і спеціальних інгредієнтів косметичних препаратів, грамотні консультанти з вибору і використання не лише фармацевтичних препаратів, але і косметичних, фахівці з виготовлення косметичних засобів за індивідуальними рецептурами.

Література

1. Соколова Л.В. Провізор-косметолог: сучасне і майбутнє // Косметология и ароматология. – 2006. – № 2. – С. 7-11.

Однак це тільки один бік проблеми. Більш серйозне занепокоєння викликає ситуація із кадровим забезпеченням косметичних підприємств – до 90 % працівників – це люди без фармацевтичної освіти. Відразу виникає питання: а хто розробляє рецептуру косметичних засобів та займається питаннями її безпеки і стандартизації? Подивіться на сучасні креми – до 10 найменувань емульгаторів, по 2-3 стабілізатори та консерванти, парфумерна олія, 2-3 рослинні екстракти, кислота гіалуронова, вітаміни тощо. Будь-який науковець-провізор Вам скаже, що створення як лікарського, так і косметичного засобу – це справа не одного року; досліджуються технологічні, реологічні, фізико-хімічні, мікробіологічні параметри, на підставі яких обгрунтовується якісна і кількісна рецептура. Немає жодної потреби в значній кількості емульгаторів, стабілізаторів, консервантів – їх можна взяти в такій кількості для утворення стабільної системи, що буде зберігатись десятиріччями, не втрачаючи при цьому свої споживчі властивості, але хто подумав про вплив даних речовин на здоров'я користувача. Тому на косметичних підприємствах обов'язково потрібен провізор-косметолог, який грамотно і, головне, з наукової точки зору підійде до розробки складу та технології косметичного засобу.

Висновок. Хочеться звернутися до адміністрації аптек, косметичних підприємств – зробіть інвестиції в кваліфіковані кадри, беріть на роботу провізорів-косметологів сьогодні і вже завтра Ваші прибутки зростуть. Провізор-косметолог – це сучасно, актуально, модно, можливості удосконалення його безмежні, а Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського гарантує якість підготовки провізорів-косметологів на рівні сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки.

2. Черних В.П. Провізор-косметолог // Косметология и ароматология. – 2006. – № 1. – С. 4-7.

УДК 616-08-039.76:378

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТЬ З МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В САНАТОРНИХ УМОВАХ

І.Р. Мисула, Т.Г. Бакалюк, А.О. Голяченко, О.М. Лавріненко, В.І. Мартинюк,
Л.О. Вакуленко, В.Б. Коваль, Л.В. Левицька

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

SPECIFIC FEATURES OF MEDICAL REHABILITATION TEACHING IN THE SANATORIUM CONDITIONS

I.R. Mysula, T.H. Bakalyuk, A.O. Holyachenko, O.M. Lavrinenko, V.I. Martynyuk,
L.O. Vakulenko, V.B. Koval, L.V. Levytska

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті викладені деякі методичні особливості та практичні аспекти проведення занять з медичної реабілітації. Навчання на базі санаторію дає можливість повноцінно відпрацювати практичні навички, освоїти нові методи санаторно-курортної реабілітації та оцінити її ефективність.

Some methodical peculiarities of teaching medical rehabilitation are expounded in the article. Studies on the sanatorium base give possibility to work off the basic practical skills, acquire the new methods of Spa-rehabilitation, estimate its clinical and social effects.

Вступ. В основу вдосконалення організації медичної допомоги населенню покладено розвиток реабілітаційної служби на стаціонарному, амбулаторному, санаторному етапах за основними захворюваннями з розробкою ефективних реабілітаційних технологій. Накопичений досвід і наукові дані підтверджують, що найефективнішим етапом реабілітації є санаторний, який значною мірою сприяє підвищенню ефективності лікування, зниженню втрати працездатності та показників інвалідності [1]. Основна мета проведення занять в санаторних умовах – досягнути оптимізації якості навчання студентів шляхом збільшення об'єму наочного матеріалу, вивчення нових методів реабілітації та ознайомлення з курортами України.

Основна частина. Багаторічна практика та наукові дослідження доводять, що ефективність та якість медичної реабілітації залежать не тільки від рівня роботи установ охорони здоров'я, а й значною мірою від дотримання етапності лікування: стаціонар-поліклініка-санаторій [2]. Вивчення медичної реабілітації студентами шостого курсу на кафедрі медичної реабілітації та спортивної медицини відбувається після отримання знань про стаціонарний та поліклінічний етапи реабілітації на попередніх циклах.

При проведенні занять з медичної реабілітації студенти:

– вивчають дію природних лікувальних чинників у комплексі з іншими немедикаментозними методами (кінезіо-, фізіотерапією, нетрадиційними методами лікування тощо);

– ознайомлюються із сучасними фізіотерапевтичними методами (квантова терапія, пунктурна фізіотерапія);

– аналізують санаторно-курортну реабілітацію, оцінюють її організацію та ефективність;

– використовують принципи доказової медицини.

Новим якісним етапом у викладанні медичної реабілітації є вивчення питань наукового забезпечення санаторно-курортного етапу реабілітації: ознайомлення з новими методами і технологіями використання основних лікувальних чинників; обґрунтування критеріїв ефективності реабілітаційного етапу на підставі уніфікованих технологій; складання індивідуальних програм медичної реабілітації при різних патологіях; застосування стандартів санаторно-курортного етапу відновного лікування.

Завдяки накопиченню значного обсягу фактичних і наукових даних уже нині можна говорити про санаторно-курортну реабілітацію як медицину нового типу, яка орієнтована на відновлення здоров'я населення після досить тяжких, соціально значущих захворювань (операцій, травм), а також на підвищення рези-

стентності організму до дії несприятливих чинників довкілля та виробничої діяльності [3, 4].

Висновки: 1. Проведення занять з медичної реабілітації в санаторних закладах сприяє поглибленню теоретичних та практичних знань з основ

реабілітації, фізіотерапії, курортології, кінезіотерапії, дає можливість повноцінно оволодівати практичними навичками.

2. Правильно організоване навчання приводить до суттєвого підвищення рівня оцінки знань студентів.

Література

1. Колесник Е.О. Сучасні підходи до розвитку санаторно-го етапу реабілітації // Ваше здоров'я. – 2005. – № 4-5. – С. 18-20.

2. Основи курортології / За ред. М.В. Лободи, Е.О. Колесника. – Київ: Купріянова, 2003. – 511 с.

3. Медична та соціальна реабілітація / І.Р. Мисула,

Л.О. Вакуленко, М.І. Швед та ін. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 400 с.

4. Медицинская реабилитация в Украине: современное положение и перспективы развития / В.Н. Сокрут, В.Н. Казаков, В.Я. Уманский и др. // Новости медицины и фармации в мире. – 2003. – № 10(138). – С.19-20.

УДК 616.1/4-07/-08

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ НА ФАКУЛЬТЕТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

О.Є. Самогальська, Є.М. Стародуб, О.М. Масик, Т.Б. Лазарчук, С.Є. Шостак, О.І. Криський, Н.І. Ярема, Л.С. Бабінець

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

EFFICIENCY OF INTRODUCTION OF EVIDENCE-BASED MEDICINE PRINCIPLES AT THE FACULTY OF POST-GRADUATE EDUCATION

O.Ye. Samohalska, Ye.M. Starodub, O.M. Masyk, T.B. Lazarchuk, S.Ye. Shostak, O.I. Kryskiv, N.I. Yarema, L.S. Babinets

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті проаналізовано результати впровадження принципів доказової медицини в післядипломну підготовку лікарів.

This results of introduction of evidence-based medicine principles into physicians' post-graduate education are analyzed in the article.

Вступ. Незважаючи на те, що доказова медицина не перший рік є пріоритетним напрямком в освіті практикуючих лікарів, реальний стан справ ще не відповідає належному. Хоча протягом останніх років викладачі кафедри терапії і сімейної медицини факультету післядипломної освіти Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського широко застосовують положення доказової медицини у викладанні матеріалу із

спеціальності, недоліки такої роботи все ж таки існують. Результати анкетування лікарів-інтернів та курсантів виявили деякі загальні закономірності несприйняття ними принципів доказової медицини, які переважно знаходяться в емоційній площині [4], і стали підставою для удосконалення методології викладання з метою систематизації знань на засадах доказової медицини і наближення їх до потреб практичної медицини.

© О.Є. Самогальська, Є.М. Стародуб, О.М. Масик та ін.

Основна частина. Неоднозначне ставлення лікарів-курсантів до необхідності запровадження принципів доказової медицини на практиці, на нашу думку, головним чином зумовлене відсутністю або фрагментарністю інформації щодо цього питання. Так, на запитання запропонованої нами анкети “Чи усвідомлюєте Ви мету та задачі запровадження принципів доказової медицини у практичну діяльність?” більшість відповіли ствердно. Разом з тим, виявилось, що у прихильників впровадження принципів доказової медицини чіткого поняття про доказову медицину не було. Обмеження доступу до інформаційної бази, зокрема Кокранівської бібліотеки, великий обсяг і швидке оновлення інформації також ускладнюють процеси оволодіння принципами доказової медицини практичними лікарями і актуалізують проблему узагальнення спеціальної інформації в стандартах надання медичної допомоги.

Вказана вище ситуація стала підставою для переосмислення методології викладання матеріалу на практичних, семінарських заняттях та лекціях. Першочергово, ми запровадили проведення семінарського заняття з базових принципів доказової медицини, а на решті аудиторних занять ми наголошували на існуючій базі даних з доказової медицини в контексті проблеми, яка розглядалася, роблячи акценти на спростуванні хибних стереотипів, що існують в реальній практичній діяльності. Оскільки лише через п'ять років (регламентований МОЗ України ритм навчання на передатестаційних курсах) можливо оцінити результати запровадженого нами акцентування на принципах доказової медицини серед лікарів-курсантів, ми скористалися більш динамічним методом оцінки результативності роботи у цього напрямку під час роботи на засіданнях наукового терапевтичного товариства, переривчастих курсах терапевтів, клінічних і патологоанатомічних конференціях. Обов'язковою умовою підготовки доповідей на означені заходи і формування відповіді на запитання аудиторії є використання основних засад доказової медицини.

За аналогічною представленою у минулій нашій статті анкетною рід тому ми провели опитування 45 лікарів-терапевтів і сімейних лікарів під час засідання терапевтичного товариства. Результати анкетування не виявили суттєвих відмінностей у сприйнятті принципів доказової медицини між двома когортами респондентів. Те саме анкетування, проведене через рік, виявило позитивну динаміку знань з доказо-

вої медицини. Зокрема, лише 17% респондентів засвідчили приблизну обізнаність з питань доказової медицини, проте більшість (83%) вважали, що добре володіють принципами доказової медицини. Основним джерелом інформації з доказової медицини визначені конференції – 89% (проти 52% при попередньому анкетуванні). Збільшилася кількість користувачів Інтернету як джерела інформації з доказової медицини – 20% (проти 12%). Методичними рекомендаціями, літературними оглядами у медичних журналах як джерелом інформації щодо діагностики і лікування користувалися 36% лікарів-терапевтів і 33% сімейних лікарів.

Позитивним є активізація впровадження у діяльність практикуючих лікарів протоколів діагностики і лікування захворювань внутрішніх органів, затверджених МОЗ України. Як терапевти, так і сімейні лікарі відмітили, що використання протоколів допомагає чітко спланувати діагностичний пошук, визначити коло лікувальних заходів. Найбільш часто у своїй практичній роботі лікарі застосовують протоколи з кардіології, ревматології, ендокринології, пульмонології. Конкретизація матеріалу у створених викладачами кафедри на засадах доказової медицини навчальних посібниках та монографіях із обов'язковими акцентами на питаннях клінічної епідеміології та біологічної статистики сприяє оптимізації навчального процесу, збільшуючи відсоток сприйнятої інформації.

Таким чином, спостерігається перелом у негативному сприйнятті принципів доказової медицини серед практикуючих лікарів, проте залишаються актуальними питання інформаційного забезпечення цієї проблеми.

Звичайно ж, ми свідомі того, що зазначене вище покращення не є результатом лише наших зусиль, проте вважаємо, що і ми внесли певний вклад у створення позитивістського ставлення практичних лікарів до положень доказової медицини, а отже, наблизитись до того, щоб зробити медицину якомога точною наукою [1, 2, 3].

Висновки: 1. За нашими даними, у свідомості практичних лікарів спостерігаються позитивні зрушення у сприйнятті принципів доказової медицини.

2. Актуальним залишається питання розширення викладання клінічної епідеміології та біостатистики в рамках доказової медицини з метою ранньої діагностики найбільш поширених захворювань на догоспітальному етапі і як наслідок покращення загально-го здоров'я нації.

Література

1. Бащинский С.Е. Разработка клинических практических руководств с позиций доказательной медицины: Учебное пособие для врачей и организаторов здравоохранения. – Москва: Медиа Сфера, 2004. – 136 с.

2. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – Москва: Медиа Сфера, 2001. – 392 с.

3. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине. – Москва: ГЭОТАР–МЕД, 2001.

4. Попередні результати коректування методики запровадження принципів доказової медицини на факультеті післядипломної освіти / Є.М. Стародуб, О.М. Масик, О.С. Самогальська та ін. // Медична освіта. – 2007. – № 1. – С. 64-67.

УДК 618-07/-08: 378

ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ ФПО

А.В. Бойчук, В.С. Шадріна, В.І. Коптюх, О.І. Хлібовська, Б.М. Бегош, В.В. Сопель

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

INTRODUCTION OF PRINCIPLES OF EVIDENCE-BASED MEDICINE INTO STUDYING PROCESS AT OBSTETRICS AND GYNECOLOGY DEPARTMENT OF POST-GRADUATE FACULTY

A.V. Boychuk, V.S. Shadrina, V.I. Koptyukh, O.I. Khlibovska, B.M. Behosh, V.V. Sopol

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Інтеграція української вищої школи до світового і європейського освітнього простору потребує корінних змін національної системи медичної освіти. Приєднання до Болонської системи освіти вимагає перехід на кредитно-модульну систему організації навчання на післядипломному етапі. Важливе значення в реформуванні вищої медичної освіти має введення в навчальний процес основ доказової медицини. Доказову медицину слід розглядати як стратегічний напрямок медичної науки та клінічної практики. В статті розглянуті деякі аспекти змін у навчальному процесі на кафедрі акушерства та гінекології ФПО в світлі реформування української вищої медичної освіти.

Integration of Ukrainian higher school to world and European educational space needs founder changes of national system of medical education. Joining to Bologna system demands transition to credit-module system of organization of study on post-graduate stage. Important place in reformation of higher school has including the main principles of evidence-based medicine into teaching process. Evidence-based medicine should be considered as a strategic direction of medical science and clinical practice. Some aspects of changes in pedagogical process at obstetrics and gynecology department of post-graduate faculty at reformation of Ukrainian higher medical school are considered in the article.

Вступ. Для оптимізації діяльності органів державної системи охорони здоров'я доказову медицину слід розглядати як стратегічний напрямок медичної науки та клінічної практики, який ґрунтується на бездоганній науковій інформації і зорієнтований на підвищення рівня наукових досліджень, суттєве покращення діагностики, профілактики, лікування та прогнозу перебігу захворювань.

Для приведення рівня медицини в нашій країні до міжнародних стандартів слід проводити реформування вищої медичної освіти в Україні на засадах Болонського процесу, з одного боку, та одночасного вве-

дення в навчальний процес основ клінічної епідеміології й доказової медицини – з іншого. Лише за таких умов Україна найближчими роками зможе ліквідувати відставання в медичній освіті та клінічній практиці багатьох захворювань, а випускники наших вищих медичних навчальних закладів – досягти світового рівня, стати конкурентоздатними на Європейському ринку праці [2].

Основна частина. Доказову медицину слід розглядати як стратегічний напрямок медичної науки та клінічної практики, який ґрунтується на бездоганній науковій інформації і зорієнтований на підвищення рівня

© А.В. Бойчук, В.С. Шадріна, В.І. Коптюх та ін.

наукових досліджень, суттєве покращення діагностики, профілактики, лікування та прогнозу хворих, оптимізації діяльності органів державної системи охорони здоров'я.

Завдяки досягненням доказової медицини, науковці та практичні лікарі, незважаючи на регіон проживання та місце роботи на лікарській дільниці чи в міському стаціонарі, отримали унікальну можливість постійно раціонально поєднувати власний досвід із світовими здобутками у діагностиці і лікуванні хворих. В результаті цього з'явилися реальні перспективи для значного підвищення ефективності та безпечності будь-яких медичних втручань, особливо фармакотерапевтичних.

Доказову медицину в її сучасному вигляді розглядають у двох аспектах: по-перше, в контексті сучасної медичної практики, по-друге, як методологічну основу в формуванні нового світогляду лікаря, спрямованого на активне постійне використання світового досвіду клінічної практики, яка невинно удосконалюється новими досягненнями медичної науки. За такого підходу до справи різко зростає роль вищої медичної школи у визначенні шляхів підготовки лікарів нового покоління, які б своєю багатогранною діяльністю будували на засадах доказової медицини [1]. Тому навчання студентів, як і підвищення кваліфікації лікарів, повинно передбачати отримання навичок з впровадження їх у систему охорони здоров'я, наукову та клінічну практику.

В основу вивчення доказової медицини у вищих навчальних закладах України слід покласти принципи системного підходу та безперервності освіти впродовж професійного життя лікаря. Знанням у доказовій медицині є не тільки сукупність конкретної медичної інформації, але і навички щодо самостійного прийняття обґрунтованих рішень у конкретних клінічних чи організаційних ситуаціях. Для цього необхідно навчити і студентів, і лікарів володіти методикою пошуку, аналізу і можливого використання кращих технологій у світовій практичній роботі, отриманих із засобів періодичного друку та електронних баз даних. Тому комп'ютер у повсякденній діяльності лікарів повинен стати таким же обов'язковим атрибутом, як і фонендоскоп, медичний манометр, термометр.

В практичній лікарській діяльності дотримуються принципу міжнародної і національної стандартизації медичних втручань лише найбільш ефективних, безпечних і економічно виправданих методів лікування, профілактики і діагностики.

Усі ці принципи доказової медицини перебувають у полі зору викладачів нашої кафедри в навчальному процесі лікарів-інтернів та лікарів-курсантів.

Концепція реформування післядипломної медичної освіти повинна враховувати сучасні підходи до професійного розвитку фахівців і забезпечувати постійне безперервне навчання медпрацівників. Кредитно-модульна система організації навчання має стати базовою і для післядипломної освіти [3, 4]. Модульне навчання на післядипломному етапі вимагає суттєвого перегляду і відповідної структуризації навчального матеріалу на порції (модулі) і вираження їх в залікових кредитах. Змістовне наповнення навчальних модулів треба розробити на нових засадах з використанням принципів доказової медицини.

На нашій кафедрі акушерства та гінекології ФПО розпочався процес створення модулів, які відповідають глобальним розділам навчального матеріалу з акушерства та гінекології, такі як: кровотечі в акушерстві, передчасні пологи, пізні гестози вагітних, гнійно-септичні ускладнення в акушерстві та гінекології та інші. При створенні цих модулів як доказову медицину ми використовуємо матеріали клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги в стаціонарній та амбулаторній службах (накази МОЗ України № 503, 582, 620, 676). Для зарахування модулів лікарям-інтернам та курсантам необхідно отримати залікові кредити, за якими вимірюється навчальне навантаження, необхідне для засвоєння змісту певного модуля. Класичними формами для одержання залікового кредиту є лекції, семінарські заняття, самостійна практична лікарська діяльність, консультації, складання ліцензійного інтегрованого іспиту "Крок-3". На кафедрі акушерства та гінекології ФПО всі види навчального процесу мають активний статус, на яких лікарі-інтерни та лікарі-курсанти разом з професором або доцентом активно обговорюють сучасний стан певної медичної проблеми, попередньо ознайомившись з базисним лекційним матеріалом, який може бути представлений як на паперових, так і електронних носіях у комп'ютерному класі кафедри. Така форма лекцій посилює асоціативну пам'ять слухачів, розвиває в інтернів вміння творчо підходити до виучуваного навчального матеріалу. Для засвоєння лікарями-інтернами та лікарями-курсантами теоретичних та практичних знань з акушерства та гінекології, що є проявом доказової медицини в дії, вони широко залучаються до участі в щорічних Всеукраїнських науково-практичних конференціях, які проводяться кафедрою. За активну участь у конференції при наявності сертифіката ліка-

рям-інтернам та лікарям-курсантам може нараховуватися певна кількість кредитів.

Важливою формою проведення практичних занять на етапі післядипломної освіти є робота лікарів-інтернів та лікарів-курсантів у комп'ютерному класі кафедри, де опановуються навички створення бази даних для контролю за процесом діагностики та лікування хворих, уміння за допомогою інтернету користуватись інформаційно-електронними джерелами

доказової медицини та періодичними електронними медичними виданнями.

Висновок. Впровадження апробованих, розробка нових форм навчання є невід'ємною частиною ефективного запровадження доказової медицини та кредитно-модульної системи навчання лікарів-інтернів та лікарів-курсантів на етапі входження нашої країни до Європейського освітнього простору.

Література

1. Ковальчук Л.Я., Скакун М.П. Клінічна епідеміологія і доказова медицина як провідні фактори реформування вищої медичної освіти в Україні // Газета Медична Академія. – 2006. – № 2 (163). – С. 4.

2. Підаєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – С. 192.

3. Положення про організацію навчального процесу в

кредитно-модульній системі підготовки фахівців. – Тернопіль: Вид-во ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2004. – С. 38.

4. Модернізація вищої освіти України і Болонський процес: Матеріали до першої лекції / Уклад. М.Ф. Степко, Я.Я. Болюбаш, К.М. Левківський, Ю.В. Сухарніков; відп. ред. М.Ф. Степко. – К.: Вид., 2004. – С. 24.

УДК 378.1

ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ СТУДЕНТАМ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

І.М. Кліщ, В.Ф. Тюріна

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

CLINICAL PHARMACY TEACHING FOR STUDENTS OF PHARMACEUTICAL FACULTY

I.M. Klishch, V.F. Tyurina

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Узагальнено досвід викладання клінічної фармації студентам на кафедрі клінічної фармації. Звертається увага на впровадження нових технологій – використання комп'ютерної техніки, розробку структурно-логічних схем, тестових завдань. Основні зусилля спрямовані на підготовку до складання інтегрованого іспиту “Крок-1” і “Крок-2 – Фармація”.

The experience of clinical pharmacy teaching for students at the chair of clinical pharmacy is generalized. The attention is paid to the inculcation of new technologies – use of computer techniques, development of structural-logical charts, test tasks. The considerable efforts are directed onto preparation for passing the integration examination “Step-1” and “Step-2 – Pharmacy”.

Вступ. Клінічна фармація – одна з головних професійно-орієнтованих дисциплін у навчальному плані підготовки провізора, яка є теоретичною базою для проведення роботи з індивідуалізації медикаментозної терапії,

оптимізації схем лікування захворювань, а також консультативної роботи серед населення з питань раціональної фармакотерапії. Аудиторну та позааудиторну роботу студентів можна розглядати як головний резерв

© І.М. Кліщ, В.Ф. Тюріна

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, 2].

Основна частина. Клінічну фармацію вивчають студенти фармацевтичного факультету спеціальностей “Фармація” і “Технологія парфумерно-косметичних засобів”. Викладання клінічної фармації проводиться на кафедрі клінічної фармації, де створено умови, необхідні студентам для успішної навчальної праці, забезпечено їх необхідною навчально-методичною літературою, комп’ютерними програмами і устаткуванням. Кафедра забезпечена необхідним комплектом навчально-методичної літератури – підручниками, посібниками, таблицями, методичними вказівками, наборами ситуаційних задач, тестових завдань. Розроблено методичні вказівки для студентів, алгоритми, структурно-логічні схеми, листки лікарських призначень, ситуаційні та розрахункові задачі з еталонами відповідей до них, тестові завдання до інтегрованого іспиту “Крок-1” і “Крок-2 – Фармація”. Все вищенаведене дає змогу кожному студенту збирати інформацію, аналізувати отримані факти, приймати рішення. В усіх методичних матеріалах передбачена можливість самоконтролю і самокорекції знань з боку студента.

Методичні рекомендації для аудиторної роботи та тексти лекцій забезпечені унаочненнями, а саме мультимедійним оформленням, таблицями, навчальними фільмами.

Навчання проводиться за методикою “єдиного дня”. Практичні заняття у кожній групі студентів протягом усього робочого дня (з 9 до 15 год – 7 академічних годин) проводяться на кафедрі за такою схемою: практична робота – 4 академічні години, семінарське обговорення – 2 академічні години, письмовий контроль – 1 академічна година. 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[3].

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.

Практична частина заняття виконується індивідуально під контролем викладача. На практичній час-

тині заняття студентам надається можливість особистої праці, щодо вирішення завдань, передбачених методичними вказівками для аудиторної роботи студентів. На кафедрі забезпечується належна якість виконання практичної частини. Студенти разом з викладачами або лікуючими лікарями беруть участь у курації хворого з патологією по темі заняття. Вони виписують рецепти, коригують листки лікарських призначень, заповнюють таблиці з порівняльної характеристики лікарських препаратів, опановують практичні навички, працюють з довідковою літературою у кафедральній бібліотеці. Викладач надає консультативну допомогу студенту при виконанні практичної частини заняття. За бажанням студента викладач приймає практичні навички, при умові, що студент виконав заплановану на цей день практичну роботу, а навички відповідають темі заняття. Кількість практичних навичок не обмежується. За проведену практичну частину роботи викладач виставляє кожному 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 під час виконання практичної роботи.

Під час семінарського обговорення практичного заняття викладач разом із студентами обговорюють складні питання теми, аналізують отриману під час практичних занять інформацію, розбирають ситуаційні задачі, складні питання ліцензійного іспиту “Крок”, проводять ділові ігри. Викладач загострює увагу студентів на важливих питаннях теми. Студенти виступають з рефератами, доповідями, презентаціями, теми яких були роздані викладачем на попередньому занятті. Під час семінарського обговорення практичного заняття викладач пояснює складні та незрозумілі питання, спрямовує дискусію, організовує проведення ділових ігор. За участь у семінарському обговоренні практичного заняття викладач виставляє кожному студенту оцінку за 12-бальною шкалою в журнал академічної успішності. При виставленні оцінки за цю частину заняття враховується активність студента та продемонстровані знання.

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, як:

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:

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 [4, 5, 6].

На кафедрі велика увага приділяється аудиторній та самостійній роботі студентів в позааурочний час, яку можна розглядати як головний резерв оптимізації навчального процесу, що наближає нас до сучасного рівня розвитку світової освіти і стимулює розвиток творчих здібностей студентів, надає змогу приймати самостійні зважені рішення [1 – 6].

Основними видами аудиторної самостійної роботи, які використовуються на кафедрі, є консультації, розв'язування ситуаційних задач, аналіз та оцінка результатів клініко-інструментальних досліджень і параметрів, що характеризують функції організму людини, обґрунтування вибору методів діагностики і принципів лікування захворювань, виконання курсових робіт, тестовий контроль, ділові ігри, навчально-дослідна робота студентів.

Проводяться групові, індивідуальні і тематичні консультації, на яких студенти отримують не тільки інформаційний матеріал, але і допомогу з питань організації та методики проведення самостійної роботи. На консультаціях є чіткий зв'язок “викладач-студент” з певно поставленими завданнями і шляхами їх вирішення, має місце дискусійне обговорення матеріалу.

Матеріали підручників, лекцій, консультації стають підґрунтям для розв'язування ситуаційних задач, виконання контрольних робіт, тестового контролю, навчально-дослідної роботи студентів. При викладанні клінічної фармації викладачі кафедри у своїй роботі застосовують “ділові ігри”. Ці ігри мають ситуаційний

характер – студентам відводяться ролі завідувачів аптек, провізорів, консультантів, науковців, ставиться певне завдання, яке вимагає не тільки реалізувати свої знання і вміння, але і приймати нестандартні рішення, орієнтуватися в різноманітних ситуаціях.

Для визначення рейтингу вищих навчальних закладів проводиться складання студентами тестових іспитів. В навчальному процесі успішно використовується система тестування до кожної теми, що складають зміст навчальної програми. На кафедрі студентам надається банк тестових завдань з клінічної фармації. Це дозволяє їм ґрунтовно підготуватись до тестових іспитів. Тести складаються з запитання, до якого представлено п'ять відповідей.

Важливою частиною самостійної роботи є позааудиторна робота студентів. На кафедрі цей вид самостійної роботи проводиться за такими напрямками у вигляді індивідуальних завдань: рефератів, доповідей, розрахункових задач, тестів для самоконтролю, курсових робіт, оформлення щоденників з практики та інше.

На наш погляд, максимально проявити свою творчість, надбані знання і вміння, критично аналізувати і узагальнювати матеріал самостійно студенти можуть під час виконання курсової роботи. Курсові роботи виконують студенти 4 курсу (спеціальність “Фармація”). Теми курсових робіт є актуальними, відповідають завданням навчальної дисципліни і тісно пов'язані з практичними проблемами конкретного фаху.

Метою виконання індивідуальної роботи є оволодіння студентами навичками самостійно аналізувати стан поставленої проблеми, приймати обґрунтовані клінічні рішення.

Виконання студентами дипломних робіт сприяє розвитку навичок самостійної роботи і оволодіння методикою досліджень, експерименту. Деякі студенти вже починаючи з 3 курсу виконують дипломні роботи. На наш погляд, цей вид роботи є найважливішим для студентів і відноситься до аудиторної і позааудиторної роботи. Дипломна робота є комплексною самостійною роботою студента-випускника.

Невід'ємною частиною самостійної роботи студентів є практична підготовка. Кафедра займається підготовкою і проведенням практики з клінічної фармації. Практика – це модель наступної роботи фахівця, яка вимагає від студента самостійно приймати і аналізувати рішення. Практика здійснюється у ба-

гатопрофільних лікувально-профілактичних закладах. Знання, набуті під час виробничої практики, направлені на формування умінь та навичок, необхідних провізору, що в подальшому спонукає його до самостійного вивчення цієї важливої дисципліни. Залік з практики проводиться у формі співбесіди з студентом та дає оцінку його придатності до самостійної роботи.

Висновки: 1. Узагальнений досвід організації викладання предмета “Клінічна фармація” на кафедрі клінічної фармації.

2. Вказані основні види аудиторної і позааудиторної роботи студентів та контролю їх знань на кафедрі клінічної фармації.

Література

1. Лобода О.В. Розвиток творчих здібностей студентів у позанавчальній роботі // Психолого-педагогічні проблеми підготовки кадрів у системі ступеневої освіти: Мат. наук.-практ. конф. – К., 1999. – С. 177-182.

2. 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.

3. Методичні рекомендації для викладачів щодо організації навчального процесу в ТДМУ. – Тернопіль: ТДМУ, 2007. – 86 с.

4. Чехія: погляд на систему освіти. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 100 с.

5. Досвід Віденського медичного університету в реформуванні системи освіти. Перспективи співпраці. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 288 с.

6. Концепція розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського (інтеграція у світовий медичний простір). – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 50 с.

УДК 371.315.6-057.87+37.1-623.5

ОСОБЛИВОСТІ ВІДПРАЦЮВАННЯ СТУДЕНТАМИ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК У КЛІНІЦІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

О.Я. Пришляк, Б.М. Дикий, О.Є. Кондрин, В.С. Копча

*Івано-Франківський державний медичний університет,
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

PECULIARITIES OF MASTERING PRACTICAL SKILLS BY STUDENTS IN THE CLINICS OF INFECTIOUS DISEASES

O.Ya. Pryshliak, B.M. Dyky, O.Ye. Kondryn, V.S. Kopcha

*Ivano-Frankivsk State Medical University,
Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky*

Представлені методи удосконалення роботи викладачів для забезпечення засвоєння студентами практичних навичок у клініці інфекційних хвороб.

© О.Я. Пришляк, Б.М. Дикий, О.Є. Кондрин, В.С. Копча

The methods of teachers' work improvement for providing mastering practical skills by the students in clinics of infectious diseases are presented in this article.

Вступ. Інфектологія залишається унікальною спеціальністю, яка вимагає від лікаря, що присвятив їй своє життя, мало не досконалості. За таких умов професійна підготовка набуває неабиякого значення, оскільки інфекціоніст постійно стикається з гострою патологією: кишкові, кров'яні, інфекції дихальних шляхів і зовнішніх покривів. Більше того, гостра інфекційна патологія часто перебігає на тлі супутніх станів: хвороб серцево-судинної, травної системи, ендокринопатій тощо. Це буденна робота лікаря і тому узагальнений досвід щодо ведення хворих із використанням навиків і прийомів, загальний для більшості випадків, повинен стати новим важливим компонентом у підготовці лікаря.

Основна частина. У становленні лікаря необхідний, радше, складний комплекс розумової і фізичної роботи, скованої на постановку попереднього діагнозу з урахуванням диференційно-діагностичних ознак, складання плану обстеження та лікування хворого.

Практичне спрямування клінічних кафедр ґрунтується на ознайомленні студентів з роботою відділень лікарні й поліклініки, із санітарно-епідемічним режимом, виявленні особливостей перебігу гострої й хронічної патології органів і систем людського організму, травматичних уражень, навчанні загального і спеціального догляду за пацієнтами, методів обстеження, діагностики й лікування, принципів асептики й антисептики, основ реанімації тощо.

Головною метою підготовки лікаря є формування систем умінь і навичок, що складають основу професійної майстерності спеціаліста [1].

Відомо, що удосконалення відпрацювання практичних навичок проводиться викладачем поетапно. Так, першим етапом засвоєння практичних навичок є теоретична підготовка студентів, їх ознайомлення з методикою збору інформації, обстеження хворих, проведення діагностичних і лікувальних маніпуляцій, засвоєння принципів деонтології. На другому етапі відбувається подальше засвоєння практичних навичок шляхом виконання студентами діагностичних і лікувальних маніпуляцій на манекенах і муляжах (ін'єкції, промивання шлунка, постановка різних видів клізм, проведення дуоденального зондування, катеризації сечового міхура тощо). В обладнаних кабінетах навчаються правил роботи з навчальною апаратурою і технікою безпеки при роботі з ними. Третій етап – це самостійна робота студентів під керівництвом викладача. Вона починається на практичному

занятті чи курації хворих і надалі продовжується студентами під час виробничої практики [2].

Основою навчання на кафедрі інфекційних хвороб, як і на інших клінічних кафедрах, є робота студентів під контролем викладача біля ліжка хворого. Викладач з першого практичного заняття повинен привчати студентів до дотримання протиепідемічних заходів у клініці інфекційних хвороб, роз'яснюючи, що кожен пацієнт є потенційним джерелом збудника. Для розриву епідемічного ланцюга важливим є вміння студентів визначити можливі шляхи та фактори передачі збудника при різних заразних хворобах. На цьому етапі викладачеві необхідно роз'яснювати значення правильно і ретельно зібраного епідеміологічного анамнезу.

Основою з практичних навичок у клінічній практиці є оволодіння методами і технікою клінічного обстеження, адже, щоб встановити діагноз, треба правильно зібрати анамнез і ретельно обстежити хворого за допомогою традиційних методів. Усе це в сукупності дозволяє отримати важливу інформацію і розвивати клінічне мислення, яке дуже потрібне лікарю. Крім того, у лікувальній справі важливим навиком є вміння призначити ефективне й безпечне медикаментозне лікування.

Обидва процеси – діагностичний і лікувальний – можливі лише при контакті двох особистостей – лікаря і пацієнта, тому обстеження хворого є найважливішою формою їх взаємин. Оцінивши загальний стан пацієнта, студент повинен оглянути шкірні покриви. При цьому необхідно навчити студента визначити колір шкіри (блідість, гіперемія, жовтяниця), вологість, відсутність чи наявність висипань, їх особливості. Якщо є висип, то необхідно з'ясувати терміни його появи, звернути увагу на локалізацію, поширеність, характер елементів (розеолі, петехії, папули, везикули, пустули), скупчення їх на певних ділянках тіла.

Дуже важливо в клініці інфекційних хвороб оглянути кон'юнктиву, слизові оболонки порожнини рота, задньої стінки глотки. При цьому можна виявити ін'єкцію судин склер, гіперемію слизових оболонок, енантему, (грип, аденовірусна інфекція). Викладачеві слід підкреслити, що енантема передуює екзантемі, тому її виявлення сприяє ранній діагностиці хвороби (кір). При деяких захворюваннях (дифтерія, скарлатина, інфекційний мононуклеоз та ін.) закономірно розвиваються зміни слизової оболонки ротоглотки і піднебінних мигдаликів. У цих випадках звертають

увагу на ступінь її гіперемії і набряку, характер меж ураження, а за наявності нальотів – на їх локалізацію, поширеність, колір, консистенцію, характер поверхні та можливість зняття шпателем (дифтерія, лакунарний тонзиліт). Для розпізнавання деяких інфекційних хвороб велике значення має практичне вміння виявлення збільшених лімфатичних вузлів. Можливе збільшення окремих вузлів (туляремія) або їх множинне збільшення (інфекційний мононуклеоз, бруцельоз, СНІД). Для діагностики важливі оцінка розмірів вузлів, їх консистенція, болючість, рухомість.

Об'єктивне обстеження внутрішніх органів теж проводиться в певному порядку (серцево-судинна, дихальна, травна, система крові, імунна, сечостатева, нервова, опорно-руховий апарат).

У відпрацюванні практичних навичок для діагностики інфекційних патологій велике значення має правильна інтерпретація показників гемограми. Сукупність всіх показників гемограми, яка розглядається у зв'язку з клінічною картиною недуги, – важливий додатковий метод у розпізнаванні багатьох інфекцій (інфекційний мононуклеоз, вірусний гепатит, черевний тиф, СНІД та ін.). Це ж стосується урограми, яка часто допомагає встановленню діагнозу (лептоспіроз, геморагічна гарячка з нирковим синдромом) і копрограми (шигельоз, амебіаз).

Відпрацьовуючи практичні навички у клініці інфекційних хвороб, викладачам слід звертати особливу увагу на розуміння й інтерпретацію специфічних методів діагностики (вірусологічного, бактеріологічного, паразитологічного діагнозу).

Література

1. Івченко В.К., Меженський П.С., Швець О.І. Про деякі проблеми практичної підготовки фахівців // Проблеми медичної науки та освіти. – 2001. – № 3. – С. 32-33.

У процесі навчання велике значення треба надавати набуттю навиків діагностики й лікування невідкладних станів (ботулізм – гостра дихальна недостатність, лептоспіроз – гостра ниркова недостатність, вірусний гепатит – гостра печінкова недостатність і т. п.), – робота у реанімаційних відділеннях і в поліклініці, – де удосконалюються професійні вміння і навички з ранньої діагностики, первинної та вторинної профілактики захворювань, засвоюється ведення медичної документації. На певних етапах підсумком діяльності у плані засвоєння навичок є студентські історії хвороби.

У набутті практичних навичок і вмінь дуже допомагають технічні засоби навчання: інформаційні (аудіо-візуальні) та програмованого комп'ютерного навчання й контролю. Комп'ютерні програми можуть бути не тільки контрольними, але й моделювати різні клінічні ситуації. Студенти повинні підібрати адекватні методи лікування, виявити помилки, можливі ускладнення. Це навчає їх мислити поняттями й категоріями. Але слід пам'ятати, що досконале оволодіння навичками лікарського вміння можливе тільки в тандемі лікар-пацієнт.

Висновок. Удосконалення засвоєння практичних навичок у клініці інфекційних хвороб, як і на всіх інших клінічних кафедрах, – це складний і тривалий процес. І якщо викладачі та студенти дотримуватимуться слушної думки І.В. Давидовського, що “до лікаря приходять не хвороба, а хвора людина”, то оволодіння лікарською майстерністю буде ефективним й оптимальним.

2. Перцева Т.О., Тищенко І.В., Богацька К.Є. Виробнича практика як важлива складова підготовки лікаря // Медична освіта. – 2003. – № 3. – С. 29-32.

УДК 615.1:371.8

ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ ЯК ЕЛЕМЕНТ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ

Т.А. Грошовий, О.В. Тригубчак, М.Б. Павлюк, Н.В. Гончарук, А.І. Денис,
О.Б. Калушка, О.І. Онишків

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

PRACTICAL SKILLS AS AN ELEMENT OF SPECIALISTS' PREPARATION IN MANAGEMENT AND ECONOMY OF PHARMACY

T.A. Hroshovy, O.V. Tryhubchak, M.B. Pavlyuk, N.V. Honcharuk, A.I. Denys,
O.B. Kalushka, O.I. Onyshkiv

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті узагальнюється досвід впровадження вимог Болонської конвенції на кафедрі фармацевтичних дисциплін при вивченні курсу управління та економіки фармації. Акцентується увага на самостійній роботі студентів і оволодінні ними практичними навичками як елемента підготовки майбутніх спеціалістів галузі.

The experience of introduction of Bologna convention requirements at the department of pharmaceutical disciplines while studying the course of management and economy of pharmacy is summarized in the article. The attention is accented on students' independent work and acquiring the practical skills as an element of the future specialists' training.

Вступ. Ефективність роботи фармацевтичної галузі України значною мірою залежить від якості підготовки професійних кадрів. За роки незалежності України фармацевтичний сектор розвивався найбільш динамічно порівняно з іншими галузями господарювання. Суттєво розширилась кількість аптечних підприємств, оптових фірм, хіміко-фармацевтичних заводів і фабрик тощо. Так, на початок 1992 року в Україні функціонувало близько 6500 аптек, сьогодні загальна кількість аптек, аптечних пунктів, аптечних кіосків, оптових складів становить приблизно 23 000. В декілька разів збільшилась кількість працівників, які обіймають різні посади на аптечних та хіміко-фармацевтичних підприємствах. Відповідно до наказу МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385, встановлено перелік провізорських посад у закладах охорони здоров'я [2]. Крім традиційних провізорських посад, які обіймають спеціалісти з вищою фармацевтичною освітою, в останні роки з'явився цілий ряд нових спеціальностей – клінічний провізор, провізор-косметолог, інженер-технолог тощо. Фармацевтичний ринок диктує необхідність підготовки спеціалістів вузького профілю – маркетингологів, спеціалістів з фармацевтичної логістики, економічного аналізу, інформаційних

технологій, менеджерів, експериментаторів дослідних центрів тощо.

В системі підготовки спеціалістів з вищою фармацевтичною освітою важливе місце відводиться вивченню однієї з базових дисциплін фармацевтичного факультету “Управління та економіка фармації”.

Метою роботи було узагальнення досвіду щодо здобуття студентами практичних навичок при вивченні дисципліни “Організація та економіка у фармації”.

Основна частина. Традиційно до цієї дисципліни відносять чотири блоки: організацію роботи аптек, основи економіки та бухгалтерського обліку, менеджмент у фармації, фармацевтичний маркетинг. Після вивчення вказаних блоків випускник фармацевтичного факультету повинен вміти організовувати роботу аптечних підприємств, володіти питаннями економіки, вести оперативний облік, мати навички менеджера, оперувати прийомами фармацевтичного маркетингу тощо. Вивчення студентами управління та економіки фармації проводиться протягом 4-х семестрів. Крім цього, студенти фармацевтичного факультету вивчають основи зовнішньоекономічної діяльності, аналіз фінансово-господарської діяльності аптечних підприємств, інноватику та патентознав-

© Т.А. Грошовий, О.В. Тригубчак, М.Б. Павлюк та ін.

ство, фармацевтичне і медичне товарознавство, правові та етичні аспекти у фармації, охорону праці в галузі, історію фармації, які теж є складовим компонентом вказаної дисципліни.

Конкуренція на ринку праці, бажання студентів у майбутньому досягти кар'єрного успіху і реалізувати себе вже в молоді роки вимагають від викладацького складу організувати навчальний процес таким чином, щоб при виконанні практичних занять максимально наблизити навчальну лабораторію до майбутнього робочого місця випускника.

Приєднання України до Болонської декларації зобов'язує нас вже сьогодні враховувати надбання європейської спільноти в організації навчального процесу. Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського один із перших в Україні перейшов на навчання студентів за модульно-кредитною системою. Для цього було узагальнено досвід багатьох країн Європи, проведено стажування викладачів університету за кордоном, а результати узагальнено в методичних матеріалах [4]. Питання реформування фармацевтичної освіти згідно з вимогами Болонської декларації розглядаються в роботі Л.Г. Кайдалової [1], а формування концепції організаційно-економічної підготовки фахівців для фармацевтичної галузі України відповідно до європейських стандартів – у роботі А.С. Немченко із співавт. [3].

Зростання якості підготовки майбутніх провізорів згідно з вимогами Болонської конвенції вимагає певної перебудови навчального процесу із залученням новітніх технологій засвоєння матеріалу, використанням нових форм подання інформації, ефективного контролю знань студентів. Для забезпечення цих вимог в ТДМУ вивчення дисципліни “Управління та економіка фармації” проводять за методикою “єдиного дня”, відповідно до якої тиждень для студентів складається з 5 робочих днів, з них один день – лекційний, чотири дні – практичні заняття.

Для ефективного здобуття студентами теоретичних і практичних навичок на кафедрі створені необхідні умови. Обладнані спеціалізовані навчальні кімнати, працює комп'ютерний клас в системах Інтернет та Інтранет, функціонують бібліотека, де є найновіші надходження, та навчальна аптека.

Первинна нормативно-правова база дисципліни “Управління та економіка фармації” постійно змінюється і доповнюється. Існуючі підручники з дисципліни дуже часто застарівають через рік-другий після виходу їх у світ. Тому найголовнішим в її вивченні є освоєння методики здобуття знань та самостійне прийняття рішення в конкретних ситуаціях.

При вивченні розділу “Організація роботи аптечних підприємств” дуже важливим моментом є оволодіння навичками роботи з первинними нормативними документами (законами, постановами, наказами). Це питання вирішується шляхом використання в навчальному процесі комп'ютерних технологій. Студенти навчаються проводити пошук первинних нормативних актів на Інтернет-сторінках. Крім цього, для студентів видавництво “Укрмедкнига” при Тернопільському державному медичному університеті пропонує видані типографним способом нормативні акти з організації роботи аптечних і хіміко-фармацевтичних підприємств, що актуальні й для практичних спеціалістів. Авторами “Фармацевтичного законодавства” є викладачі кафедри фармацевтичних дисциплін.

Перехід на навчання згідно із Z-системою передбачає насамперед зміну методики підготовки студентів до практичних занять. Відповідно до прийнятої структури методичних розробок, студенти повинні самостійно опрацювати інформаційний матеріал, який подається на Web-сторінці в розділі на допомогу студенту.

Проведення лабораторних занять за Z-системою вимагає від студентів здобувати теоретичні знання та самостійно виконувати лабораторну роботу. Для цього розроблені за новою структурою, яка прийнята в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського, методичні рекомендації. Виконання лабораторної роботи дає можливість використовувати додаткову літературу, включену в методичні рекомендації задач, які моделюють реальні ситуації, що виникають в практичній роботі. Методичні розробки включають актуальні завдання, перелік яких постійно змінюється залежно від потреб практичної фармації. Залучення до викладацької роботи за сумісництвом провідних маркетологів, керівників аптечних підприємств, які мають досвід роботи та займаються інноваційною діяльністю, сприяє адаптації лабораторних завдань до реальних умов.

Як елемент тренінгу щодо здобуття практичних навичок ефективними є ситуаційні завдання. В системі прийняття рішень майбутнім менеджерам фармації необхідно вибрати оптимальний (або альтернативний) шлях вирішення. Ситуацій, які виникають в практичній фармації, достатньо. Проте вміння студентів полягає не тільки у вказанні правильної відповіді, але й в її аргументуванні, що дуже важливо в навчальному процесі.

Важливим елементом у набутті студентами практичних навичок є виконання деяких лабораторних

завдань безпосередньо в аптеці. Функціонування аптеки, яка розміщена на території кафедри, як засвідчують самі студенти і керівники аптек, куди приходять наші випускники на роботу, сприяє набуттю практичних навичок, які деколи неможливо змоделювати в навчальній лабораторії.

Опрацюванню методики оволодіння практичними навичками в аптеці приділяється особлива увага. Відпрацьована тактика набуття практичних навичок. Це актуально тому, що з часу вивчення дисципліни “Організація та економіка фармації” до проходження виробничої практики минає 1 рік. Не підкріплені багатократною практикою навички швидко забуваються.

Встановлений перелік практичних навичок, якими повинні оволодіти студенти. Ці навички є базовими в переліку до матрикул. Зокрема, виділені блоки практичних навичок, за якими студенти повинні скласти матрикули безпосередньо в аптеці. Серед них:

- прийом товару в аптеці;
- вхідний контроль;
- розміщення товару за місцем зберігання;
- облік надходження товару;
- проведення бухгалтерських операцій;
- оформлення платіжних доручень, звітів;
- контроль за термінами придатності;
- аналіз приписів держінспекції;
- організація проведення інвентаризації;
- вибір постачальника лікарських засобів та виробів медичного призначення;
- складання та проведення замовлення на товар;
- бесіди з медичними представниками;
- робота на реєстраторах розрахункових операцій;
- відпуск безрецептурних лікарських засобів та ін.

Про зацікавленість студентів щодо оволодіння практичними навичками свідчить той факт, що вони щоденно в позааудиторний час відвідують навчальну аптеку.

Відомо, що функції провізора, який займається прийомом рецептів та відпуском ліків, а також безрецептурним відпуском ліків, в Україні та більшості країн ЄС відрізняються. Європейські стандарти вимагають дотримання вимог належної аптечної практики (GPP), яка прийнята в 1992 р. Впровадження елементів належної аптечної практики в навчальний процес потребує іншого підходу до організації навчального процесу. Насамперед йдеться про використання основних принципів з етики та деонтології. За кордоном вивченню деонтологічних та етичних аспектів у фармації приділяється значна увага. Діалог “провізор-хворий”, “провізор-лікар”, “провізор-медичний представник” можна відпрацювати тільки в торговому залі аптеки.

Відомо, що за кордоном в процесі навчання студентів, а також в системі післядипломної освіти використовують так звані стандартні робочі процедури (СРП). Суть СРП полягає в тому, що в межах стандартів належної аптечної (GPP), належної дистрибуторської (GDP) чи належної виробничої практики (GMP) на основі складеної інструкції для конкретного робочого місця провізора затверджується алгоритм найраціональніших дій. Для молодого спеціаліста відпрацювання за студентською лавою таких прийомів є надзвичайно важливим, що вже сьогодні підтверджено значною кількістю наших випускників, які працюють за кордоном.

Проходження виробничої практики в аптеках різних форм власності не завжди дає можливість студентам ознайомитись з фінансовим станом аптеки, провести економічний аналіз господарської діяльності аптеки тощо. Тому окремо відпрацьована методика набуття практичних навичок при проведенні первинного, оперативного і бухгалтерського обліку. Ознайомлення з роботою бухгалтера аптеки, участь у здійсненні облікових операцій, складанні звітності та виконання інших облікових операцій теж дозволяють закріпити практичні навички студентів.

З великою цікавістю і бажанням пізнання студенти проходять спеціалізацію на кафедрі з курсу “Організація та регулювання діяльності підприємств фармацевтичної галузі”. Цикл проводять на Х семестрі навчання. Завдяки впровадженню в навчальний процес вимог Болонської конвенції студенти мають можливість при виконанні курсових і дипломних робіт розв’язувати конкретні ситуації, що склалися на фармацевтичному ринку України. Теми наукових досліджень диктуються реальною ситуацією в країні. Прищеплення вміння самостійно організувати робочий час ще зі студентської лави спонукає майбутніх спеціалістів проявити свої організаторські здібності, знайти оригінальний шлях вирішення поставленого завдання.

Висновки. Особливістю курсу управління та економіки фармації є постійна динаміка, яка йде в ногу із сучасністю. Тому ефективно його вивчення як окремо віддаленої науки неможливе. Впровадження в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського основних вимог Болонської системи забезпечило новий погляд на вивчення фахової дисципліни “Організація та управління фармацевтичною діяльністю”. Це дозволило акцентувати увагу на специфічних особливостях науки, пристосувати навчання студентів до реальної ситуації в країні, досконало оволодіти теоретичними знан-

нями і практичними навичками з дисципліни, навчитись вирішувати конкретні завдання практичної фармації, а також виховати у студентів самостійність,

відповідальність за свої вчинки. Описана методика навчання гарантує підготовку першокласних фахівців з управління та економіки фармації.

Література

1. Кайдалова Л.Г. Зміст підготовки фахівців у контексті Болонської декларації // Досягнення та перспективи розвитку фармацевтичної галузі України: Мат. VI Національного з'їзду фармацевтів України. – 2005. – С. 18-19.

2. Про затвердження переліку закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 385 від 28.10.2002.

3. Немченко А.С., Котвіцька А.А., Жирова І.В. Науково-методичні підходи до викладання організаційно-економічних дисциплін згідно вимог Болонського процесу та стандартів Належних практик (GDP, GPP) // Фармацевтичний часопис. – 2007. – № 2. – С. 10-12.

4. Підаєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. Що це таке і чи потрібний він Україні? Чи можлива інтеграція медичної освіти України в Європейський освітній простір? – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – 190 с.

УДК 378.147:54:615.1-057. 875

ПЕРШИЙ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ Z-СИСТЕМИ У ВИКЛАДАННЯ ХІМІЧНИХ ДИСЦИПЛІН НА КАФЕДРІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ХІМІЇ

Л.В. Вронська, М.М. Михалків, Є.Б. Дмухальська, О.Б. Поляк, Н.А. Васишин, Л.М. Іванець, Г.Я. Загричук, Д.Б. Коробко, Л.П. Яворська, В.І. Гнідець

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

THE FIRST EXPERIENCE OF Z-SYSTEM INTRODUCTION IN TEACHING OF CHEMICAL DISCIPLINES AT THE DEPARTMENT OF PHARMACEUTICAL CHEMISTRY

L.V. Vronska, M.M. Mykhalkiv, Ye.B. Dmukhalska, O.B. Polyak, N.A. Vasylyshyn, L.M. Ivanets, H.Ya. Zahrychuk, D.B. Korobko, L.P. Yavorska, V.I. Hnidets

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті авторами описані основні результати та переваги впровадження Z-системи у викладання неорганічної, органічної, аналітичної, фізичної та колоїдної, фармацевтичної, токсикологічної, медичної, біологічної і біоорганічної хімії на кафедрі фармацевтичної хімії.

In the article the authors describe basic results and advantages of Z-system introduction in teaching inorganic, organic, analytical, physical and colloid, pharmaceutical, toxicological, medical, biological and bioorganic chemistry at the department of pharmaceutical chemistry.

Вступ. В Україні триває активне реформування освіти з різних сторін і аспектів [1, 2]. Кінцевою метою всяких реформ у цьому напрямі є суттєве підвищення якості освіти майбутніх фахівців [3, 4, 5]. Другий рік наш університет працює в напрямку впровад-

ження у навчальний процес Z-системи викладання дисциплін. Вона передбачає отримання якісних теоретичних знань дисциплін у нерозривному зв'язку з практикою. На це спрямована діяльність науково-педагогічних колективів всіх кафедр університету.

© Л.В. Вронська, М.М. Михалків, Є.Б. Дмухальська та ін.

Основна частина. На нашій кафедрі навчаються студенти медичного, стоматологічного і фармацевтичного факультету та студенти ННІ медсестринства. Студенти вивчають різноманітні хімічні дисципліни, які безперечно мають зв'язок з іншими дисциплінами, доповнюючи останні, або є інструментом для вивчення інших, але окремі дисципліни є фаховими для певних факультетів і спеціальностей.

Викладачами кафедри активно дискутувались питання впровадження Z-системи у навчальний процес при викладанні хімічних дисциплін. Кожна хімія є дисципліною, яка має глибокі теоретичні засади та майже кожна має прикладне значення. Щоб розпочати викладання з глибокою професійною орієнтацією, викладачі кафедри:

- проаналізували сучасні проблеми і найновіші наукові досягнення в галузі прикладного застосування окремих дисциплін;
- переглянули вимоги до спеціалістів з точки зору кваліфікаційної характеристики кожного напрямку підготовки;
- ретельно переглянули робочі програми;
- внесли відповідні корективи у вибір практичних робіт для виконання студентами на практичних заняттях;
- вибрали окремі практичні навички, якими повинні оволодіти студенти для здійснення успішної майбутньої професійної діяльності, у матрикули практичних навичок.

Вже за півтора року роботи в рамках впровадження даної системи ми бачимо позитивні зрушення у вивченні студентами дисциплін. Бачачи безпосереднє застосування отримуваних знань, вмінь і навичок, у студентів з'являється зацікавленість і позитивна мотивація до оволодіння наступними вміннями і навичками.

Що хотілось змінити вже давно і що вже вдалось змінити при викладанні хімічних дисциплін на нашій кафедрі та чого ми очікуємо від студентів та самих себе?

Неорганічна хімія на фармацевтичному факультеті є першою хімічною дисципліною і закладає професійну орієнтацію для майбутнього провізора. На етапі вивчення цієї дисципліни майбутній фахівець повинен знати методи отримання і очистки лікарських засобів неорганічного походження, а найважливіше – студент повинен оволодіти практичними навичками приготування розчинів з різними способами вираження концентрацій, володіти технікою виконання якісних реакцій на катіони та аніони. Тому практичні роботи спрямовані на вивчення різних типів реакцій і їхнє практичне значення при ідентифікації і

кількісного визначення речовин, на особливості приготування розчинів різних речовин.

Аналітична хімія та **органічна хімія** є базовими хімічними дисциплінами на фармацевтичному факультеті. Про їх важливість для освіти майбутніх провізорів свідчить хоча б те, що донедавна з цих дисциплін студенти другого курсу складали державні іспити. Насправді ці дві дисципліни складають базу для вивчення всіх інших хімічних дисциплін для фармацевтичного факультету.

В зв'язку з все строгішими вимогами до якості лікарських засобів для їх контролю все ширше і ширше застосовуються фізико-хімічні методи аналізу. Тому при вивченні аналітичної хімії слід особливу увагу приділити вивченню фізико-хімічних методів аналізу та особливостям їх застосування в аналізі лікарських засобів. Оскільки всі методики ідентифікації і кількісного визначення зараз обов'язково валідуються, то і питанням валідаційних характеристик потрібно виділити час.

Для підвищення професійної орієнтації при вивченні аналітичної хімії всі практичні роботи поставлені на аналізі готових лікарських засобів. Вважаємо, що отримані студентом добрі чи негативні результати аналізу готового лікарського засобу, виготовленого і проконтрольованого виробником, відіграють важливу навчально-виховну і стимулюючу функцію до подальшого вдосконалення. Студенти на окремих практичних заняттях мають вибір щодо аналізу того чи іншого лікарського засобу, і, як показує досвід, студенти, які на попередніх заняттях виконували призначені викладачем легші практичні роботи, вибирають з числа важчих по аналізу чи пробопідготовці. Позитивним моментом є їхнє прагнення отримати правильні результати або проаналізувати негативні результати, і, з'ясувавши помилки, виконати аналіз повторно, щоб переконатись у правильній оцінці причин невдач та доброякісності препарату. Вважаємо, що вивчати просто аналітичну хімію на фармацевтичному факультеті просто на стандартних розчинах і модельних задачах є менш виправдано.

Для контролю засвоєння практичних навичок з аналітичної хімії найважливіші з них (всього 12) винесені у матрикули практичних навичок, які студенти можуть виконати у лабораторіях кафедри безпосередньо на практичному занятті чи після занять.

При вивченні органічної хімії найбільша увага приділяється вивченню реакцій ідентифікації різних функціональних груп, методів синтезу лікарських речовин, методів очистки і виділення основного компонента. У матрикул практичних навичок винесені 15

найважливіших практичних вмінь, які повинен вміти виконати самостійно студент II курсу.

Фізична та колоїдна хімія є базовою дисципліною в системі освіти провізорів та клінічних провізорів. Одним із перших вивчається розділ “Термодинаміка хімічної та фазової рівноваги”. Засвоєння термодинамічного методу дослідження дозволяє вивчати обмін речовини та енергії, передбачати напрям перебігу реакції в організмі за участю лікарської форми речовини. Розуміння основ термічного аналізу допоможе студентам при вивченні аптечної технології ліків, оскільки цей метод широко використовується для виявлення та усунення несумісності компонентів лікарської форми. Студенти набувають теоретичних знань про оптимальний підбір основи м’яких лікарських форм.

Розділ “Хімічна кінетика” закладає фундамент для вивчення фармакокінетики ліків і фармакології. Розв’язуючи типові задачі, студенти вчаться визначати термін придатності ліків та період напіввиведення їх з організму.

Дуже важливо для майбутнього провізора отримати ґрунтовні знання про властивості розчинів. Адже синтез і виробництво основної маси лікарських препаратів здійснюється в розчинах. На заняттях з фізичної та колоїдної хімії студенти опановують криометричний та осмометричний методи визначення молярної маси нових препаратів та ізотонічної концентрації розчинів. Тема “Електропровідність розчинів електролітів” наближує предмет до клінічної фармації, фізіотерапії. Студенти знайомляться з кондуктометричним методом дослідження електропровідності біологічних рідин і тканин організму, який лежить в основі виявлення на ранніх стадіях запальних процесів і пухлин.

Фармацевтична хімія є однією з найважливіших профільюючих дисциплін у підготовці спеціаліста-провізора. Фармацевтична хімія вивчається 6 семестрів протягом 3 – 5 курсів. Дворічне викладання фармацевтичної хімії в ТДМУ імені І.Я. Горбачевського за Z-системою виявилось виправданим і виявило ряд переваг цієї системи порівняно з іншими системами освіти.

Практичні заняття з фармацевтичної хімії, залежно від навчального плану, є 6- і 7-годинними. Перша половина заняття (3-4 години) присвячена виконанню практичної роботи, на початку якої викладачі акцентують увагу на особливостях методики виконання роботи. Виконуючи практичну частину, студенти набувають нових та удосконалюють раніше засвоєні практичні навички з аналізу якості лікарських препа-

ратів (реакції totoжності, випробування на чистоту і кількісний аналіз). Студенти виконують практичну роботу індивідуально або невеликими групами (2-3 чол.) під контролем викладача. Виконувана практична робота є реальною робочою ситуацією провізора-аналітика і стосується як аналізу лікарської речовини у формі субстанції, так і в екстемпоральній лікарській формі чи готовому лікарському засобі.

Спілкуючись із студентами під час виконання практичної роботи, викладач виявляє рівень підготовки до заняття і питання, на які треба звернути увагу під час семінарського обговорення теми. На нашу думку, здача магікулів сприяє кращому засвоєнню вивченого матеріалу і перевірці набутих практичних навичок.

Під час семінарського обговорення практичного заняття студенти разом з викладачем обговорюють методи одержання, фізико-хімічні властивості, методики ідентифікації, встановлення доброякісності і кількісного визначення субстанцій досліджуваних лікарських препаратів певної конкретної групи, їх умов зберігання та застосування у медичній практиці і фармацевтичному аналізі. Основна увага приділяється методам аналізу, наведеним в Державній фармакопеї України. Викладач загострює увагу студентів на важливих питаннях теми і на використанні набутих знань у їх подальшій професійній діяльності.

Токсикологічна хімія є однією зі спеціальних фармацевтичних дисциплін, яка вивчає властивості сильнотоксичних і отруйних речовин природного та синтетичного походження, їх розподіл і метаболізм в організмі людини; місця знаходження токсичних речовин і продуктів їх метаболізму у трупному матеріалі.

З метою професіоналізації вивчення токсикологічної хімії до практичних робіт винесені сучасні методики ізолювання токсичних речовин та їх метаболітів, хімічних і фізико-хімічних методів ідентифікації та визначення вмісту речовин, що викликають в організмі процеси інтоксикації. На першому ж занятті з токсикологічної хімії студенти фармацевтичного факультету проводять зовнішній огляд і попередні дослідження “модельних” об’єктів (кров, сеча, вміст шлунка), що є першим етапом при проведенні експертизи в токсикологічній лабораторії. Крім того, при вивченні розділу “Експрес-аналіз гострих інтоксикацій” студенти проводять хіміко-токсикологічний аналіз біологічних рідин (кров, сеча) високочутливими реакціями, які використовуються в лабораторіях експрес-аналізу гострих інтоксикацій.

Виявлення отруйних речовин у модельних витяжках за допомогою фізико-хімічних методів аналізу, зокрема тонкошарової хроматографії, є необхідними

в практиці хіміка-токсиколога для підтвердження тотожності отруйних речовин, а також для проведення ТШХ-скринінгу як попереднього етапу проведення дослідження на наявність невідомої лікарської отрути. На заняттях при вивченні тем “Аналіз витяжок на наявність лікарських отрут” студенти проводять ТШХ-скринінг кислоти та лужної хлороформних витяжок для проведення очистки витяжки, розділення та ідентифікації “лікарських” отрут.

При викладанні на I курсі медичного факультету дисципліни *медична хімія* на практичних заняттях студенти опановують лабораторні методи дослідження. Вивчаючи розділ “Розчини”, студенти готують розчини, які використовуються в клініці, визначають їх кількісний склад. Під час вивчення теми “Електролітичні процеси” студенти проводять дослідження біологічних рідин: слини, сироватки крові, сечі, кишкового і шлункового соку потенціометричним методом. Результати визначення студенти аналізують і порівнюють з показниками рН рідин в нормі. Більшість біологічних систем, лікарські засоби є колоїдними розчинами, тому опановуючи тему “Дисперсні системи. Колоїдні розчини” студенти отримують колоїдні розчини різними методами та очищають їх метода-

ми діалізу, тим самим знайомляться з принципом роботи апарату “штучна нирка”.

На першому курсі студенти медичного факультету починають вивчати **біологічну і біоорганічну хімію**, на практичних заняттях вони опановують сучасні клінічні методи аналізу, визначають біохімічні показники, інтерпретують результати аналізу, пояснюють гіпер- та гіпопротеїнемії, їх причини та наслідки, що буде використано в клініці при встановленні діагнозу.

Висновок. На нашу думку, Z-система викладання в поєднанні з методикою єдиного дня дає можливість вибудувати навчальний процес на високому науково-теоретичному і професійно-орієнтованому рівні. Введення матрикулів практичних навичок дозволяє скерувати вивчення дисципліни максимально на потреби майбутньої професійної діяльності в лабораторії контролю якості лікарських засобів чи клініці. Для подальшого успішного впровадження цієї системи у навчальний процес необхідне створення навчально-методичного забезпечення у вигляді відеофільмів, які б демонстрували роботу унікальних аналітичних приладів, виконання специфічних визначень і навіть просто правильне виконання певних практичних навичок.

Література

1. Вища освіта України і Болонський процес: Навчальний посібник / За ред. В.Г. Кременя. – Тернопіль: Богдан, 2004. – 384 с.
2. Досвід Віденського медичного університету в реформуванні системи вищої освіти. Перспективи співпраці / За ред. чл.-кор. АМН України, д-ра мед. наук, проф. Л.Я. Ковальчука. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 288 с.
3. Сучасний розвиток сучасної медичної та фармацевтичної освіти й проблемні питання забезпечення якісної підготовки лікарів і провізорів / М.В. Банчук, О.П. Воло-

совець, І.І. Фещенко та ін. // Медична освіта. – 2007. – № 1. – С. 5-8.

4. Ковальчук Л.Я. Впровадження нової методики навчального процесу у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 16-21.

5. Філіппова Л.В., Калібабчук В.О., Сергієчко В.П. Теорія і практика професійної підготовки майбутніх фахівців фармацевтичної галузі у процесі вивчення хімічних дисциплін // Медична освіта. – 2007. – № 3. – С. 78-82.

УДК 616.1/9:614.254.3:378.1

ЗАПРОВАДЖЕННЯ НОВІТНІХ ФОРМ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА ДОДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ

В.Б. Гощинський, Н.Є. Боцюк, О.Р. Ясній, О.О. Воронцов, І.О. Боровик,
Н.І. Корильчук, С.С. Рябоконт

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

INTRODUCTION OF THE NEWEST FORMS OF EDUCATIONAL PROCESS ORGANIZATION AT THE TRAINING OF DOCTOR OF GENERAL PRACTICE-FAMILY MEDICINE AT PRE-DIPLOMA STAGE

V.B. Hoshchynsky, N.Ye. Botsyuk, O.R. Yasniy, O.O. Vorontsov, I.O. Borovyk,
N.I. Korylchuk, S.S. Ryabokon

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті проаналізовано досвід запровадження у навчальний процес нових прогресивних методів, форм та засобів викладання предмета “Загальна практика – сімейна медицина” на додипломному рівні.

The experience of introduction of new progressive methods, forms and facilities of teaching the subject “General practice - family medicine” into educational process is analysed in the article.

Вступ. Впровадження сімейної медицини зумовило необхідність пошуку нових підходів до викладання предмета “Загальна практика – сімейна медицина” на додипломному рівні. Вимогою часу колектив кафедри вважає підготовку професійно компетентного фахівця, адже якість надання медичної допомоги населенню визначається якістю підготовки спеціалістів на додипломному та післядипломному рівні. Високий рівень педагогічної майстерності визначає запровадження у навчальний процес нових прогресивних методів, форм та засобів викладання предмета, включаючи розвиток інноваційного мислення [1]. Колектив кафедри активно впроваджує новітні моделі навчання та контролю знань на базі відділення загальної практики – сімейної медицини поліклініки № 2 та амбулаторії сімейного лікаря в с. Галушинці. Така модифікація забезпечує практично-орієнтоване навчання студентів, адже засвоєння психологічних особливостей роботи сімейного лікаря, основ диспансеризації, профілактики, пропаганди здорового способу життя, роботи ЛКК та МСЕК можливе лише при проведенні заняття на цих базах. Саме за таких обставин студенти вчаться спілкування з сім’єю в цілому та кожним її членом

зокрема, об’єднуючи базові теоретичні знання, комунікативні навички, уміння проводити фізикальне обстеження зі знанням основ доказової медицини для діагностики [2].

Основна частина. З-поміж прогресивних методів педагогіки ми обрали варіант інтерактивного навчання майбутнього сімейного лікаря, оскільки в такий спосіб забезпечується найбільш повне формування самостійності і творчої активності студентів, їх здатності до критичного мислення, що в кінцевому результаті повинно зміцнити підґрунтя теоретичних знань і прискорити формування практичних навичок [3]. Така технологія передбачає постійну взаємодію всіх студентів (моделювання ситуацій вибору, вільний обмін думками, постановка та вирішення проблемних й творчих завдань). Впродовж навчання студенти і викладач є рівноправними суб’єктами формування інноваційного способу мислення лікаря. Для педагога виникає можливість більш повно розкритися перед студентами, виступити справжнім лідером науково-доказового світогляду, а для студента – формування самостійності у прийнятті рішень, зміцнення практичних навичок. За нашими спостереженнями, така мето-

дика сприяє розвитку комунікативних здібностей, створенню атмосфери колегіальності, співпраці.

Враховуючи сучасні принципи в методиці викладання, ми вдалися до професійно-орієнтованого тренінгу. Такий метод ми розглядаємо як форму проблемного навчання, що орієнтована на відпрацювання і закріплення ефективних моделей поведінки студентів у конкретній клінічній ситуації. Завдання подавались у вигляді реальних випадків з практики сімейного лікаря і вимагали від них цілеспрямованих дій для ефективного вирішення індивідуального завдання. В основу тренінгу покладено принцип активності (студенти залучались до спеціально розроблених дій, зокрема обстеження пацієнтів з різними захворюваннями впродовж амбулаторного прийому); принцип дослідницької позиції (кожна конкретна ситуація сприяє розвитку творчості студента, дає можливість усвідомити та апробувати практичні навички); принцип об'єктивації поведінки (для здійснення цього принципу використовували спостереження викладача за діями студента, інтерв'ю у пацієнта та практикуючого лікаря); принцип партнерського спілкування викладача, студентів і пацієнтів.

Підвищення вимог до національної системи медичної освіти, поява нових інформаційних технологій, активне впровадження принципів доказової медицини спонукають до забезпечення максимальної самостійності студентів, зокрема під час роботи з хворими на амбулаторному прийомі, обслуговування викликів, участі в профоглядах, подворових обходах, роботі ЛКК, МСЕК тощо [4]. Перед студентами поставала необхідність урахування обмеження в часі, визначеному для прийому одного пацієнта (студент повинен навчитися швидко переходити від анамнезу до діагнозу, скласти план подальшого обстеження та лікування і втілювати його через виписування рецептів). Важливою особливістю заняття є непередбачуваність клінічної ситуації (готовність до зустрічі з пацієнтом з будь-якою патологією, адже підібрати тільки тематичних хворих неможливо); вимога до знання основ диспансеризації; вироблення комунікативних навичок. Під час прийому для поглибленого вивчення теми заняття студент самостійно обирає собі відповідного пацієнта, збирає про нього первинну інформацію, детально оглядає, знайомиться з висновками лабораторно-інструментальних обстежень. Пріоритетними завданнями викладача є індивідуальне керівництво студентом у діагностичному пошуку, допомога у виборі серед можливих варіантів вирішення проблеми, формування у студента відповідальності і розуміння свого значення в долі пацієнта як сімейного лікаря.

Підсумковим етапом заняття є оформлення навчально-амбулаторної карти, у якій студент обґрунтовує свою роботу. Іншим студентам пропонується провести експертну оцінку історії хвороби, звертаючи особливу увагу на дотримання загальних принципів побудови діагнозу, адекватність призначення лікування з урахуванням видів фармакотерапії, її ефективності, простоти і зручності застосування, побічних ефектів та економічної доцільності препаратів. Задля ретельно обґрунтованого, вираженого використання найкращих сучасних досягнень фармації, обов'язковим вважали засвоєння рівнів доказовості, викладених в наказах МОЗ України. В подальшому до обговорення залучаються всі учасники. Необхідною умовою такої колективної дискусії є урахування принципу індивідуального підходу до хворого та зіставлення його із стандартом досліджень, включення немедикаментозних методів до схеми лікування [5]. Окремим пунктом викладач вводить до дискусії питання про обов'язковість розробки схем динамічного спостереження, реабілітаційних та профілактичних заходів, адже саме цим напрямком визначено майбутнє поліклінічної та сімейної медицини.

Зазначимо, що впродовж навчання студентів на окремих циклах, відповідно, велика увага приділяється формуванню навичок вивчення психології сім'ї, оскільки саме тут формується культура здоров'я, ставлення до хвороби, медична активність суспільства. Враховуючи, що здоров'я кожної людини закладається ще в організмі матері, особлива увага до планування сім'ї та спостереження за перебігом вагітності виявлялась при проходженні циклу "Акушерство та гінекологія". На заняттях з педіатрії засвоювались стандарти догляду за здоровою дитиною, вивчались профілактичні та лікувальні заходи щодо найбільш поширених захворювань дітей. Впродовж навчання на терапевтичних циклах звертають увагу на тенденції до зміни структури захворюваності у бік хронічної патології, на особливості психологічного контакту з людьми похилого віку та необхідність адаптації стандартів лікування до кожного пацієнта з цієї групи. Особливістю проходження циклу "Хірургія" є засвоєння практичних навичок амбулаторної допомоги в об'ємі, передбаченому освітньо-кваліфікаційною характеристикою. Вкрай важливим є відпрацювання умінь надавати невідкладну допомогу на догоспітальному етапі при проходженні циклу "Швидка допомога" [6].

Впродовж кожного заняття увага викладача має бути скерована на деонтологічні проблеми та морально-етичні аспекти практичної діяльності сімей-

ного лікаря, естетичне виховання студентів [7]. Спілкування, що відбуваються в такий спосіб, сприяють максимальній активності студентів, взаємобміну думками та використанню ефективної групової взаємодії.

Висновки: 1. Новітні форми організації навчального процесу сприяють підвищенню якості підготов-

ки лікарів за фахом “Загальна практика – сімейна медицина” на додипломному рівні.

2. Запровадження практично-орієнтованого тренінгу на базі поліклініки та амбулаторії сімейного лікаря об’єднує вітчизняні традиції підготовки професійно-компетентного фахівця з вимогами до входження у світовий медичний освітній простір.

Література

1. Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини: Наказ МОЗ України № 72 від 23.02.2001.
2. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров’я: Постанова Кабінету Міністрів України № 989 від 20.06.1006.
3. Концепція розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського (інтеграція у світовий медичний освітній простір). – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 50 с.
4. Методичні вказівки для викладачів щодо організації

навчального процесу в ТДМУ. – Тернопіль: ТДМУ, 2007. – 86 с.

5. Гирина О.М., Новичкова Е.М. Доказательная медицина в общей врачебной практике // Мед. всесвіт. – 2003. – Т. 3, – № 2. – С. 142-144.

6. Самостійна робота студентів вищих навчальних закладів: досвід, проблеми та перспективи. – Х.: Вид-во НФАУ, 2004. – 216 с.

7. Academic Catalog 2005-2006^ University of South Caroline Upstate. – 2006. – P. 153-156.

УДК 613 (07.07)

УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ТА КОНТРОЛЮ ЗНАТЬ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-MОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ТА ЕКОЛОГІЇ ЛЮДИНИ ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

М.О. Кашуба, К.О. Пашко, Н.І. Рега

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

IMPROVEMENT OF EDUCATIONAL PROCESS ORGANIZATION AND STUDENTS’ KNOWLEDGE CONTROL UNDER CONDITIONS OF CREDIT-MODULE SYSTEM INTRODUCTION AT GENERAL HYGIENE AND HUMAN ECOLOGY DEPARTMENT OF TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY BY I.YA. HORBACHEVSKY

M.O. Kashuba, K.O. Pashko, N.I. Reha

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті викладено деякі шляхи удосконалення навчального процесу та контролю знань студентів в умовах запровадження кредитно-модульної системи на кафедрі загальної гігієни та екології людини. Висвітлено проблеми і перспективи подальшого підвищення якості навчання студентів в умовах запровадження кредитно-модульної системи.

© М.О. Кашуба, К.О. Пашко, Н.І. Рега

The preparation of the General Hygiene and Human Ecology Department to the organization of educational process at introduction of credit-module system and the control of students' knowledge are considered in the article. The problems and prospects of the further improvement of students' preparation quality under conditions of credit-module system introduction are reviewed.

Вступ. Колектив кафедри загальної гігієни та екології ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського активно впроваджує кредитно-модульну систему організації навчального процесу з використанням основних елементів європейської системи трансферу кредитів [2, 3]. Основним у роботі навчального закладу, який приєднується до європейського освітнього простору, є забезпечення якості освіти і відповідно максимального рівня готовності наших випускників до успішного виконання у майбутньому своїх професійних обов'язків [1]. Тому колектив кафедри спрямовує зусилля на пошук таких форм і методів навчання, які будуть сприяти досягненню поставлених завдань.

Основна частина. У зв'язку з тим, що реально об'єктивним методом перевірки якості підготовки студентів та засвоєння ними теоретичних знань є вирішення тестових завдань, що покладено і в основу державної атестації, ми плануємо змінити проведення процесу оцінювання. На сьогодні при організації навчального процесу в університеті, а відповідно і на кафедрі за методикою "єдиного дня" проведення практичних занять, під час оцінювання ми пропонуємо студентам дати відповіді письмово на три конструктивних питання та дванадцять тестових завдань множинного вибору. Досвід показує, що більшість студентів не досягає достатнього рівня вирішення тестових завдань, особливо тестів на конструювання. Тільки окремі із них можуть стисло і повно розкрити конструктивні питання, а більшість дає фрагментарні відповіді. Частина студентів дає відповідь загальними фразами, які не можна оцінити як неправильні, однак за ними важко судити про фактичний рівень знань студента. Також враховуючи те, що загальна підсумкова оцінка щоденного контролю знань студента навіть при незадовільному вирішенні тестових задач складається із підсумкової середньої за конструктивні питання та оцінки за тестові завдання, це часто дає студенту можливість отримати достатньо високу оцінку загальну при наявності низької – за тести множинного вибору, хоча остання є більш об'єктивною. Часто внаслідок цього студенти не концентрують своїх зусиль на засвоєнні матеріалу, що необхідний для успішного складання тестових іспитів різної категорії складності, і відпрацюванні методичних прийомів для досягнення високих результатів. Тому засвоєнню теоретичних знань варто приділяти більше уваги під час проведення семінарської час-

тини заняття, а на частину заняття з оцінювання знань студентів доцільно збільшити кількість тестів множинного вибору, довівши їх до 12 з кожної теми. Це буде у середньому 36 тестів для щоденного контролю. Можливо, доцільно винести на оцінювання і одне конструктивне питання з найбільш важливої теми. Щоб забезпечити таку кількість тестів, необхідно постійно працювати над створенням нових тестових завдань з метою поповнення і розширення їх бази. Крім того, треба звернути увагу на їх якість, що потребує високої професійної підготовки професорсько-викладацького складу та проведення ним значного обсягу методичної роботи.

До майбутнього фахівця з кожним роком ставляться все вищі вимоги – він повинен брати участь у лікарських науково-практичних конференціях, подавати у фахові журнали наукові статті, виступати з санітарно-просвітницьких проблем на радіо і телебаченні, а також проводити бесіди з профілактики захворювань серед своїх пацієнтів тощо. Все це вимагає від нього умінь та навичок опрацювання значної кількості наукової літератури та отримання потрібних даних із інших доступних джерел інформації, умінь вибрати з неї у стиснутому вигляді і донести до аудиторії відповідну інформацію. Крім того, треба навчитися тримати себе перед аудиторією, оволодіти навиками цікавого донесення інформації і підтримки постійної уваги у слухачів. Для цього нам вважається доцільним під час проходження студентами циклів з загальної гігієни на 6-му курсі ввести, як навчальний елемент та складову підсумкової оцінки, проведення реферативних конференцій. Виступаючи з ним перед своїми колегами по групі студент, окрім досягнення вказаних вище завдань, буде ще і долати психологічний бар'єр, який часто виникає у людини перед виступом в аудиторії, навчиться розраховувати час та користуватися мультимедійною технікою, доступ до якої у нашому університеті на сьогодні цілком реальний.

Висновки: 1. Колектив кафедри визначився з завданнями, які стоять перед ним, у зв'язку з переходом на організацію навчального процесу на засадах Болонської конвенції і впевнено вирішує їх.

2. З метою підвищення якості навчання в умовах запровадження кредитно-модульної системи однією з найважливіших проблем є руйнування стереотипів надмірної опіки студентів викладачами і спонукання

студентів до активного здобування знань шляхом самостійної роботи.

Проведення контролю знань студентів шляхом незалежного тестування об'єктивізує оцінку за засвоє-

ння теоретичного матеріалу, а також сприяє підготовці студента до складання ліцензійного іспиту "Крок-2".

Література

1. Основні заходи розвитку вищої освіти України в контексті Болонського процесу (документи і матеріали 2003-2004 рр.) / За ред. В.Г. Кременя; Авторський колектив: М.Ф. Степко, Я.Я. Болюбаш, В.Д. Шинкарук, В.В. Грубінко, І.І. Бабин. – Тернопіль: Вид-во ТДПУ імені В. Гнатюка, 2004. – 146 с.

2. Підаєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – 192 с.

3. Положення про організацію навчального процесу в кредитно-модульній системі підготовки фахівців. – Тернопіль: ТДПУ ім. В. Гнатюка, 2004. – 38 с.

УДК 371.27

ВПРОВАДЖЕННЯ АВТОМАТИЗОВАНОГО ДИСТАНЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ ЯК АЛЬТЕРНАТИВИ ДО ТРАДИЦІЙНОГО СПОСОБУ ТЕСТОВОГО ОПИТУВАННЯ

І.Є. Герасимюк, Я.І. Федонюк, М.В. Ющак, П.П. Флекей, В.В. Бурій

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

APPLICATION OF AUTOMATIZED REMOTE CONTROL OF KNOWLEDGE AS ALTERNATIVE TO TRADITIONAL TEST CONTROL

I.Ye. Herasymyuk, Ya.I. Fedonyuk, M.V. Yuschak, P.P. Flekey, V.V. Bury

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті висвітлено перший досвід застосування дистанційного автоматизованого контролю знань студентів з анатомії людини через мережу Інтернет з використанням програми "MOODLE".

The article shows the first experience of application of automatized remote control of knowledge at human anatomy department using Internet and "MOODLE" program.

Вступ. В усі часи та історичні епохи освіта належала до тих важливих суспільних факторів, які мали величезне значення для розвитку позитивних економічних, соціальних та політичних змін. Адже саме від освіти залежить потенціал держави, її конкурентоспроможність на міжнародному ринку праці, а також економічний та політичний курс. У зв'язку з цим не втрачає своєї актуальності питання про те, як зробити систему освіти якомога гнучкішою, динамічнішою, а систему контролю знань більш об'єктивною та зручною [1].

Національна нарада по стратегії розвитку вищої професійної освіти в охороні здоров'я України з участю експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я і Всесвітньої федерації освіти, яка відбулася у Києві 7-8 грудня 2005 року, якраз і дозволила намітити основні шляхи вдосконалення підготовки медичних кадрів в Україні з метою підвищення їх професійності та наближення до європейських стандартів [2]. Зокрема, була запропонована концепція реформування вищої медичної освіти України, в якій одним із напрямків поставлено підвищення якості підготовки

© І.Є. Герасимюк, Я.І. Федонюк, М.В. Ющак та ін.

медичних кадрів шляхом введення ефективної системи організації навчального процесу. Одним із завдань на цьому шляху визначено впровадження нових технологій організації навчання, включаючи введення ліцеійних тестових іспитів з базових і клінічних дисциплін Крок 1 і Крок 2. Відповідно до цього і підготовка спеціалістів, включаючи контроль знань, повинна бути спрямована у належне технологічне русло.

На сьогодні тестування знань студентів набуло широкого застосування у всьому світі [4]. Відповідно і в Україні, поряд із традиційною системою оцінки знань та контролю навчального процесу, тестування набуває все більшої і більшої популярності. Разом з тим при використанні тестових завдань на традиційних паперових носіях на даний час доступними і популярними стають методи проведення тестового контролю знань із застосуванням різноманітних Інтернет-програм, які дозволяють одночасно збирати, аналізувати відповідні дані та повертати результати тестування до його виконавців [1].

Основна частина. На кафедрі анатомії людини Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського з впровадженням у навчальний процес методики “єдиного дня” тривалість робочого часу щоденно складає 7 академічних годин (1 академічна година – 45 хв), з яких 3 відводяться на практичну роботу, 3 – на семінарське обговорення тем практичних занять і 1 – на письмовий контроль знань [3]. Оцінювання знань студентів здійснюється за 12-бальною шкалою по трьох позиціях:

- активність студента на практичній частині заняття;
- активність на семінарській частині заняття;
- результати письмового контролю.

Сам письмовий контроль включає в себе як описові, так і 12 тестових питань, в тому числі завдання типу Крок 1. Введення саме такої системи оцінювання на кожному занятті дозволило в певній мірі об’єктивізувати оцінку і одночасно адаптувати студентів до тестового опитування з виходом в перспективі на підготовку до здачі ліцеійного тестового іспиту Крок 1. Разом з тим тут виявилися і певні недоліки. Зокрема, зберігається суб’єктивний фактор при оцінці описових питань, втомлений у кінці робочого дня студент може допуститися помилок при фактичній наявності знання з даного питання, нерідко у викладача виникають проблеми із читанням нерозбірливого почерку.

Виходячи саме з таких міркувань, студентам було запропоновано можливість вибору альтернативного

автоматизованого методу тестового контролю знань через мережу Інтранет за системою “MOODLE”.

Для цього на кафедрі анатомії людини сумісно з університетським центром комп’ютерних технологій було створено і введено базу тестових завдань для кожного дня навчання в кількості не менше як 20 тестів на одну академічну годину. Причому ця база може постійно поповнюватися.

Напередодні заняття студенти мають можливість, використовуючи свій персональний логін і пароль, зайти в Інтранет на Web-порталі університету в мережі Інтернет і в розділі “Електронний контроль знань” відкрити з потрібного предмета і розділу свій персональний набір тестових завдань. Кожному студенту пропонується для вирішення 24 тестових питання з лімітом часу для їх вирішення в 24 хвилини (по 1-й хвилині на кожне питання). Якраз випадковий підбір індивідуальних комплектів питань і ліміт часу на їх вирішення, а також термін проведення тестування регулюється за допомогою програми “MOODLE”. Після закінчення тестування з певного розділу кожен із студентів отримує виставлену комп’ютером оцінку на свою персональну електронну адресу. Причому кожен студент має можливість ознайомитися з результатами своєї роботи і побачити свої правильні і неправильні відповіді, а також вірні варіанти відповіді у тих місцях, де він допустився помилки. Якщо студент з якихось причин не зміг чи не захотів проходити тестування через систему Інтранет або він не задоволений результатами комп’ютерного оцінювання, то йому надається можливість на наступний день, додатково підготувавшись, пройти традиційний письмовий контроль і отримати іншу оцінку.

З результатами тестування також має можливість ознайомитися і викладач, використовуючи відповідно свій логін і пароль. Причому програма “MOODLE” дозволяє переглядати всі оцінки з даного розділу як за терміном здачі, так і за розташуванням в алфавітному порядку прізвищ студентів, за ступенем наростання оцінок, а також погрупно, що значно полегшує проведення аналізу успішності.

Таке застосування програми “MOODLE” дає можливість ще більш об’єктивізувати оцінку. Студент може пройти тестування у зручний для нього час, і зрештою це полегшує роботу викладача. При автоматизованому дистанційному контролі усувається емоційне сприйняття студентом особи викладача, що також може мати свій вплив на результати оцінювання. Крім того, програма передбачає можливість введення не тільки простих тестових питань з вибором однієї правильної відповіді, але й більш складних, включа-

ючи орієнтування на малюнках, схемах, вибір правильної послідовності дій і т. ін.

Щодо прогнозованих недоліків. Можливий випадковий набір правильних відповідей заздалегідь не підготовленим студентом, але в даній ситуації імовірність цього така ж, як і при застосуванні будь-якого іншого виду тестового контролю. Щодо можливості використання під час тестування джерел навчальної літератури та інших посібників – ліміт виділеного для тестування часу практично усуває таку можливість, якщо студент попередньо відповідно не підготувався, а це якраз і стимулює підготовку

до занять напередодні, про що дають підстави стверджувати результати опитування серед студентів. А вже маючи такий вихідний рівень знань, студент може його вдосконалити і доповнити під час практичної роботи і семінарського заняття на наступний день.

Висновок. Впровадження дистанційного автоматизованого контролю знань надає альтернативну можливість студенту отримати більш об'єктивізовану оцінку, пройшовши тестування у більш зручний для нього час, а також полегшує роботу викладача при проведенні аналізу успішності.

Література

1. Медсестринська освіта в Університеті Південної Кароліни Апстейт (США) / За ред. чл.-кор. АМН України, д-ра мед. наук, проф. Л.Я. Ковальчука. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 396 с.

2. Національна нарада по стратегії розвитку вищої професійної освіти в охороні здоров'я України з участю експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я і Всесвітньої федерації освіти. Київ, Україна, 7-8 грудня 2005 року. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 19 с.

3. Методичні рекомендації для викладачів щодо організації навчального процесу в ТДМУ. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 25 с.

4. Досвід Віденського медичного університету в реформуванні системи освіти / За ред. чл.-кор. АМН України, д-ра мед. наук, проф. Л.Я. Ковальчука. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 288 с.

УДК 616:15(07.07)

НАСТУПНІСТЬ У ПРАКТИЧНІЙ ПІДГОТОВЦІ З ТЕРАПІЇ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В СУБОРДИНАТУРІ ТА ІНТЕРНАТУРІ

О.І. Криський, Л.С. Бабінець

*Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського*

SEQUENCE IN PRACTICAL PREPARATION IN THERAPY OF GENERAL PRACTICE – FAMILY MEDICINE DOCTORS IN THE CLINICAL SUBSTUDIES AND RESIDENCY

O.I. Kryskiv, L.S. Babinets

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Стаття присвячена завершальним етапам формування лікаря загальної практики – сімейної медицини. Висвітлено проблемні моменти практичної підготовки з терапії на кафедрах поліклінічної справи і сімейної медицини медичного факультету та терапії і сімейної медицини факультету післядипломної освіти.

© О.І. Криський, Л.С. Бабінець

The article is devoted to the final stages of general practice doctor-family physician' forming. It reviews the problem moments of practical preparation in therapy at the departments of policlinic and family medicine of medical faculty and therapy and family medicine of posteducational faculty.

Вступ. Підготовка висококваліфікованого сімейного лікаря – пріоритетне завдання вищих навчальних медичних закладів України [1]. Воно співзвучне вимогам сучасного розвитку системи охорони здоров'я у розвинутих країнах світу. Перехід на Болонську систему освіти, започаткований в 2006 р. у Тернопільському державному медичному університеті ім. І.Я. Горбачевського, дозволив впровадити нові методики в навчальний процес: методика “єдиного дня”, лінії практичних навичок, семестровий тестовий контроль рівня знань та ін. [2]. Це об'єднує зусилля викладачів медичного факультету і факультету післядипломної освіти у фаховому вдосконаленні лікарів-субординаторів і лікарів-інтернів. Завдання викладачів кафедри терапії і сімейної медицини ФПО – продовжити формування клінічного мислення молодих лікарів, розпочате на медичному факультеті [3]. Процес навчання на кафедрах поліклінічної справи і сімейної медицини медичного факультету та терапії і сімейної медицини ФПО слід вважати послідовними і вагомими ланками системи вищої медичної освіти у формуванні професійного рівня молодих лікарів.

Основна частина. Базові знання з поліклінічної терапії майбутній сімейний лікар найбільш детально отримує на кафедрі поліклінічної справи і сімейної медицини [4]. Пріоритетним напрямком роботи із лікарями-субординаторами є не просто повторення набутих знань і вмінь, а спрямованість на здатність оперувати цією системою знань в певній клінічній ситуації, особливо в амбулаторних умовах. Практичні заняття на кафедрі моделюються відповідно до теми, відображаючи специфіку роботи сімейного лікаря.

Лікарі-субординатори практикуються, наприклад, в ролі лікаря швидкої допомоги (цикл “Швидка допомога”) або дільничного (сімейного) лікаря (цикл “Поліклінічна терапія”). Діагноз та об'єм невідкладної допомоги часто у цьому випадку визначається на рівні синдромологічного. Правильно проведений диференційний діагноз на догоспітальному етапі дозволяє виставити діагноз відповідно до класифікації, вирішити подальшу тактику стосовно хворого, уникнувши фахових помилок і суперечливих моментів. Під час вказаних занять від студентів вимагають швидко і якісно оглянути пацієнта, надати невідкладну допомогу, грамотно оформити медичну документацію. Практика показує, що попередньо набутий студентами об'єм теоретичних знань і практичних навичок

з невідкладної допомоги є недостатнім. Тому викладач змушений повторно опрацювати пройдений матеріал, зосередивши увагу на ретельному аналізі клінічної ситуації та алгоритми медикаментозної терапії конкретного невідкладного стану. Обов'язковою при цьому є оцінка практичної роботи студента у виїзній бригаді швидкої допомоги. Ці заняття на VI курсі є визначальними, оскільки в інтернатурі цикл “Швидка допомога” не повторюється.

Прикладний характер мають практичні заняття із субординаторами під час амбулаторного прийому хворих під керівництвом викладача, а також – обслуговування викликів на дому. Студенти-субординатори повинні чітко засвоїти алгоритм проведення диспансерного спостереження за хворими та здоровими людьми згідно із офіційними стандартами. Відпрацьовуються вміння якісно діагностувати і лікувати пацієнтів як у фазі загострення, так і під час ремісії захворювання. На практичних заняттях детально розглядаються найбільш розповсюджені в амбулаторній практиці нозології, наприклад: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба, цукровий діабет, хронічний панкреатит та ін. Всього, відповідно до навчального плану, в цикл “Поліклінічна терапія” внесено 10 тем.

Зазначимо, що в інтернатурі вказані заняття мають ширшу тематику. Лікар-інтерн приймає амбулаторних хворих з різними захворюваннями, не обмежуючись лише тематичними хворими. Під час прийому лікар-інтерн вирішує також правові аспекти в оформленні медичної документації, оперуючи набутими в субординатурі знаннями.

На практичних заняттях в інтернатурі, як і в субординатурі, викладач оцінює попередні рівні знань, якими студенти оволоділи як на клінічних, так і на теоретичних кафедрах. Чим краща підготовка на кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини, тим впевненіше себе почуває лікар-інтерн, обстежуючи хворого. Чим детальніше проводиться клінічний розбір тематичних хворих на кафедрі факультетської терапії, тим легше лікарю-інтерну сформулювати діагноз та виділити основні синдроми.

Проте знання чималої кількості лікарів-інтернів не відповідають рівню “знання-вміння”. Це змушує викладача повертатись до попереднього рівня набуття знань, а саме: “знання-копія”. Для цього викладач проводить показовий огляд хворого. В навчальній кімнаті лікарі-інтерни інтерпретують отримані дані.

Впадає у вічі роз'єднане сприйняття даних по огляду хворого, інколи не якісний збір скарг і аналізу пацієнта. При огляді хворого, наприклад в гастроентерологічному відділенні, лікарі-інтерни шукають переважно гастроентерологічну патологію і не звертають увагу на вік та супутні захворювання. Згодом їм важко трансформувати отримані дані в діагноз і адекватне лікування. Тому навіть студенти, які закінчили ВНЗ із відзнакою, на перших заняттях в інтернатурі мають низькі оцінки. Це може бути наслідком або недостатньої вимогливості викладачів попередніх курсів, або доказом низького рівня "виживання" знань. Про відсутність мотивації в навчанні у студентів-медиків старших курсів не доцільно говорити, бо помилки в професійній орієнтації виявляються уже на I-II курсах. Лише наполеглива праця, відтворення знань із різних розділів терапії і клінічної фармакології допомагають молодим лікарям оволодіти фаховими знаннями і виробити в себе клінічне мислення.

Кожен лікар-інтерн на таких заняттях має по одному хворому, викладач певний час теж працює з кожним лікарем-інтерном окремо. Якщо лікар-інтерн не може відповісти на запитання, до бесіди залучають інших лікарів-інтернів. Отже, вся група вчиться швидко, адекватно і грамотно реагувати на певну клінічну ситуацію. Так формуються нові рівні знань: "знання-вміння" і "знання-трансформація", що і є завданням факультету післядипломної освіти. Поточна оцінка в таких випадках повинна складатись із двох оцінок – за теоретичні знання із теми заняття та за практичні навички (огляд хворого, аналіз додаткових методів обстеження, диференційний діагноз, призначене лікування).

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. Ковальчук Л.Я. Впровадження нової методики навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті ім. І.Я. Горбачевського // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 16-20.

Зазначимо, що для повного засвоєння практичних навичок з огляду хворого у студентів медичного факультету і в лікарів-інтернів слід проводити залік на початку і в кінці навчального року. З кожним курсом вимоги на заліку можна підвищувати, додатково вводячи такі завдання: сформулюйте попередній діагноз, виділіть основні синдроми, проведіть диференційний діагноз, призначте обстеження і лікування хворому, дайте рекомендації пацієнту щодо амбулаторного лікування. На факультеті післядипломної освіти лікарі-інтерни під час вказаного заліку виконують всі вищеперелічені завдання, але за менший проміжок часу. Це дозволяє максимально наблизити їх до реального щоденного навантаження практикуючого сімейного лікаря. Викладачі повинні пам'ятати, що саме у вищій школі формується особистість кваліфікованого лікаря. Тому поблажливості і лояльності зі сторони викладача не доцільні.

Висновки: 1. У підготовці сімейного лікаря на етапах субординатури та інтернатури необхідно дотримуватись принципу наступності цих ланок медичної освіти.

2. Завдання і методи викладання сімейної медицини на додипломному і післядипломному рівнях мають бути диференційованими відповідно до сформульованих навчальних завдань, повинні прогресивно ускладнюватись для досягнення основної мети – формування фахівця за спеціальністю "Загальна практика – сімейна медицина".

У перспективі подальших досліджень вважаємо за доцільне висвітлити інші ланки підготовки лікаря загальної практики-сімейної медицини.

3. Багаторівнева підготовка – найважливіший принцип засвоєння практичних навичок лікарями-інтернами / Б.О. Ребров, О.О. Реброва, Н.Г. Строїло та ін. // Медична освіта. – 2007. – № 1. – С. 30-33.

4. Деякі аспекти проведення практичних занять з циклу "Невідкладна допомога" на кафедрі поліклінічної справи та сімейної медицини / В.Б. Гошинський, Л.С. Бабінець, Н.І. Корильчук та ін. // Медична освіта. – 2002. – № 4. – С. 22-24.

УДК 615: 371.3

РОЛЬ НАВЧАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ З ОРГАНІЗАЦІЇ І ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ В СИСТЕМІ ОВОЛОДІННЯ СТУДЕНТАМИ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

М.В. Лелека, О.Б. Поляк, Г.Р. Козир

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

THE ROLE OF TRAINING PRACTICE IN ORGANIZATION AND ECONOMICS OF PHARMACY IN THE SYSTEM OF MASTERING PRACTICAL SKILLS BY THE STUDENTS

M.V. Leleka, O.B. Polyak, H.R. Kozyr

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті розглянуто актуальні питання проходження студентами фармацевтичного факультету навчальної практики з організації і економіки фармації, акцентовано увагу на її ролі в навчальному процесі та системі оволодіння студентами практичними навичками.

Actual problems of doing practical training in organization and economics of pharmacy by the students of pharmaceutical faculty are considered in the article. The attention is paid to its role in educational process and system of mastering practical skills by the students.

Вступ. Навчальна практика з організації і економіки фармації (ОЕФ) є важливою ланкою в процесі формування провізора як фахівця і невід'ємною частиною навчального процесу. Головними завданнями навчальної практики є закріплення знань, одержаних в процесі навчання, а також засвоєння і вдосконалення практичних навичок в умовах аптечних (фармацевтичних) закладів. Навчальними планами передбачено проходження студентами фармацевтичного факультету ряду навчальних практик з організації і економіки фармації, а саме: після I курсу пропедевтична (ознайомча) практика, а також виробнича практика на V курсі. У більшості випадків базами проходження практики є аптеки міста й області. Кожен студент забезпечений методичними вказівками для проходження практики. Згідно із вказівками, студенти кожного дня ведуть записи у щоденнику відповідно до обсягу виконаної роботи.

Основна частина. Велике значення в процесі проходження студентами практики має вид діяльності аптеки. Найбільшу користь та найглибші знання студент отримує в аптеках, де здійснюється приготування ліків. Проблеми фармацевтичного бізнесу в м. Тернополі, очевидно, типові для всієї країни. Так, в Ук-

раїні, у цілому, катастрофічно скорочується число виробничих аптек. Наше місто, на жаль, не стало винятком. Для прикладу: до виробництва інфузійних розчинів в аптеках законодавство ставить такі ж вимоги, як і до виробництва в заводських умовах. Тому в тих аптеках, де були зустрічні технологічні потоки, через невідповідність розташування виробничих приміщень, відсутність необхідного устаткування виробництво інфузійних розчинів припинилося. Так, у 2004 році було сімнадцять аптек, що виготовляли стерильні лікарські форми, а в 2007 – лише чотири. В цілому ж аптечне приготування ліків поки що не дає високих прибутків, а вимагає додаткових затрат.

Базовими аптеками для проходження студентами практики з ОЕФ в м. Тернополі є: аптека № 126, аптека № 134, аптека № 157, аптека № 159, аптека № 78, аптека № 103. Саме тут найбільшою мірою збереглися практичні аспекти виробничої діяльності аптек, які забезпечують високий рівень оволодіння студентами практичними навичками. Тому з метою створення оптимальних умов проходження практики та у зв'язку з недостатньою кількістю баз практики було запропоновано провести її в кілька етапів за індивідуальним графіком.

Керування практикою зі сторони аптек здійснюється на високому методичному рівні. При перевірці практики викладачами університету спостерігається сумлінне ставлення студентів до виконання своїх обов'язків, причому працівники аптеки намагаються за невеликий період часу передати майбутнім колегам максимум знань та навичок.

Під час складання студентами I курсу заліку з ознайомчої практики відчутно, що процес формування спеціалістів отримав міцний фундамент. Один тиждень триває така практика. Студенти ознайомлюються з аптекою, вивчають основні нормативні акти, організаційні засади діяльності аптек. На III курсі починається вивчення предмета "Організація і економіка фармації". Студент, який починає вивчати цей предмет, уже має базис. Він знає фундаментальні законодавчі акти, організаційну структуру аптеки, що полегшує вивчення даних дисциплін студентами і робить міцнішими їх знання.

Виробнича практика з ОЕФ включає два блоки – організацію роботи аптек підприємств та основи економіки і бухгалтерського обліку. Методичні рекомендації складені відповідно до вимог "Положення про проведення практики студентів вищих навчальних закладів України" (наказ Міністерства освіти України № 93 від 08.04.1993 р.) та інших нормативних актів [1, 2].

Згідно з навчальним робочим планом фармацевтичного факультету Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, виробнича практика з організації та економіки фармації проводиться для студентів V курсу в 10-му семестрі. Виробнича практика з організації і економіки фармації є завершальним етапом у формуванні професійних знань та практичних навичок майбутнього провізора. Практика з організації та економіки фармації проходить тривалістю три тижні (15 робочих днів при семигодинній робочій зміні).

Завдання практики:

- ознайомлення з принципами лікарського забезпечення хворих та населення України;
- вивчення системи постачання аптек лікарськими засобами і виробами медичного призначення;

Література

1. Інструкція про виробничу практику студентів медичного, лікувального, педіатричного, медико-профілактичного, стоматологічного та фармацевтичного факультетів медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації: Наказ МОЗ України № 179 від 03.10.1995.

– вивчення порядку здійснення вхідного контролю якості лікарських засобів і виробів медичного призначення;

– приймання рецептів та вимог лікувально-профілактичних установ, їх таксування, облік, внутрішньоаптечний контроль якості ліків, їх оформлення та відпуск;

– здійснення безрецептурного відпуску лікарських засобів, відпуску ліків за рахунок фондів громадського споживання;

– ознайомлення з порядком приймання, зберігання, відпуску й обліку наркотичних, психотропних лікарських засобів, прекурсорів та їх аналогів, спирту етилового;

– ознайомлення з особливостями роботи аптечного складу (бази);

– ознайомлення з порядком контролю якості лікарських засобів під час їх оптової та роздрібною реалізації;

– ознайомлення з основами економіки аптеки, проведенням обліку, складанням звітності;

– ознайомлення з основами економічного аналізу основних показників фінансової діяльності аптеки.

За період проходження виробничої практики з ОЕФ студенти набувають таких практичних навичок, як: організація діяльності аптек, приймання рецептів та їх таксування, складання замовлення та здійснення приймання товару, оформлення документів з обліку товаро-матеріальних цінностей, ведення обліку грошових коштів, праці та заробітної плати, оформлення документів інвентаризації та звітності.

Висновки: 1. У зв'язку з малою кількістю аптек, в яких збереглось приготування ліків, необхідно забезпечити можливість проходження практики усіма студентами на базі таких аптек, що дасть їм необхідні знання та навички.

2. Згідно із Z-системою навчання в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського, студенти повинні володіти практичними навичками з кожної дисципліни. З метою наглядного виконання конкретної практичної навички потрібно використовувати базові аптеки для підготовки відеоматеріалів складання студентами практичних навичок.

2. Кваліфікаційні характеристики провізора: Наказ МОЗ України і Міністерства праці і соціальної політики України // Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. – Випуск 78.

УДК 619.015:378.1

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ФАРМАКОГНОЗІЇ ДЛЯ СТУДЕНТІВ-ТЕХНОЛОГІВ ПАРФУМЕРНО-КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ

Л.С. Фіра, С.М. Марчишин, М.І. Шанайда, П.Г. Лихацький, І.З. Кернична
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

PARTICULAR FEATURES OF TEACHING PHARMACOGNOSY FOR STUDENTS-TECHNOLOGISTS OF PERFUME AND COSMETIC FACILITIES

L.S. Fira, S.M. Marchyshyn, M.I. Shanayda, P.H. Lykhatsky, I.Z. Kernychna
Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті викладені основні особливості викладання фармакогнозії з основами фітокосметики для студентів фармацевтичного факультету Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, які навчаються за спеціальністю “Технологія парфумерно-косметичних засобів”.

The article presents the particular features of teaching pharmacognosy with principles of phytocosmetics for students of the pharmaceutical faculty at Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky (TSMU), who study on speciality “Technology of perfume and cosmetic facilities”.

Вступ. Для України, як і для інших країн Європи, актуальною проблемою є нестача кваліфікованих спеціалістів у парфумерно-косметичній та фармацевтичній галузях. Косметична індустрія (підприємства, фірми, косметичні салони і кабінети) поповнюється кадрами за рахунок суміжних галузей – медицини, фармації, харчової промисловості [1].

Неможливо не враховувати і сучасні реалії розвитку фармацевтичної галузі. Очевидним є той факт, що аптечні заклади значною мірою розширили асортимент лікувальних косметичних препаратів вітчизняного і закордонного виробництва. У зв'язку з цим, аптеки відчують необхідність у спеціалістах із реалізації, виготовлення та контролю якості лікувально-косметичних засобів, фахівцях, які здатні надати кваліфіковану фармацевтичну консультацію з вибору і використання косметичних засобів.

Основна частина. Прогресивна частина людства надає перевагу використанню натуральних лікувально-оздоровчих засобів, які можуть компенсувати дефіцит вітамінів, мікроелементів, мінералів. Ці та інші корисні для організму людини речовини здатні попередити розвиток багатьох захворювань, укріпити здоров'я та продовжити молодість. Не викликає

сумніву, що для цього необхідно використовувати саме ті ресурси, які є доступними та нешкідливими для людини. У зв'язку з цим, практично усі косметичні фірми, які існують у світі, все більше звертаються до рослинної сировини. Знання хімічного складу рослин, фармакологічної активності діючих речовин, що є у їх складі, та можливість використання останніх в косметичних засобах, безсумнівно, необхідні для майбутніх технологів, які будуть виготовляти ці засоби, рекламувати та консультувати клієнтів.

Фармакогнозія з основами фітокосметики – одна з основних фахових дисциплін, які вивчають студенти-технологи парфумерно-косметичних засобів. За навчальним планом дисципліна дещо повторює тематику навчання провізорів, проте є свої відмінності. Значно більше уваги приділяється вивченню рослин, біологічно активні речовини яких використовують у косметології, зокрема тим, що є складовими частинами кремів, гелів, лосьйонів, шампунів. Необхідною умовою прихильності клієнтів є грамотний, кваліфікований підбір не тільки декоративної косметики, але і лікувальних косметичних засобів, у чому мусить добре орієнтуватись майбутній провізор-косметолог. Слід відмітити, що при виготов-

ленні та застосуванні таких засобів варто враховувати їх алергенність.

Особливу групу лікувальних косметичних засобів становлять ті, які використовують підлітки та діти. Вони вирішують проблеми підліткової шкіри, тому тут важливі знання рослин, які є нетоксичними і дія їх біологічно активних речовин буде м'якою та поступовою [2].

На практичних заняттях студенти цікавляться питаннями попередження процесів старіння шкіри, стимулювання росту волосся, позбавлення пігментних плям тощо. Для цього їм пропонуються прописи різних зборів, примочок, до складу яких входять настої та настоянки з лікарських рослин. Необхідною умовою успішного використання фітозасобів є вивчення хімічного складу лікарських рослин та методів ідентифікації їх біологічно активних речовин, а також з'ясування дії на організм і виявлення побічних ефектів та протипоказань щодо застосування.

Більшість сучасних косметичних засобів (креми, гелі, тоніки) містять комплекс антиоксидантів, що попереджають процеси старіння шкіри, пригнічуючи в ній окиснювальні процеси. Це сприяє регенерації клітин і стимулює омолодження шкіри та усунення зморшок. Значна увага також приділяється фітозасобам, які запобігають та лікують підвищену пігментність, сухість чи жирність шкіри, вугрові висипи, лупу, веснянки тощо. Оскільки основними користувачами таких засобів є жінки, то це є надзвичайно актуальним питанням косметології. На кафедрі розроблені лекції, в яких висвітлюються питання хімічного складу та біологічної дії рослин із антиоксидантними, антисептичними та в'язучими властивостями.

На лекціях і практичних заняттях розглядається лікарська рослинна сировина, що містить ліпідні компоненти (фосфоліпіди, жирні олії, воски), доводиться ефективність їх використання у складі косметичних препаратів. Студенти із задоволенням готують екстракти, настої, настойки з рослин, які використовуються для пом'якшення шкіри рук чи протирання обличчя. Це вимагає тривалого часу, тому доцільним є введення у навчальний процес семигодинних практичних занять, що повністю відповідає курсу ТДМУ на шляху до інтеграції в Європейський освітній простір [3].

Під час проведення практичних занять студенти беруть активну участь в обговоренні питань сучасного ринку косметичних фірм та їх продукції, готують реферати, наочність та здійснюють аналіз доступних косметичних засобів, враховуючи їх склад та переваги над іншими формами.

Для оцінки знань майбутніх провізорів-косметологів на кафедрі розроблено банк тестових завдань із врахуванням специфіки підготовки спеціалістів цього фаху. До тестів включені питання, що стосуються рослинної сировини, яка сьогодні використовується світовими косметичними компаніями (з врахуванням набутих знань з анатомії та фізіології людини).

Під час навчальної практики значна увага майбутніх провізорів-косметологів акцентується на заготівлі лікарської сировини, яка широко використовується у фітокосметології, зокрема: квітки нагідок лікарських, хамоміли запашної і лілії білої, листки кропиви дводомної, шавлії лікарської та горіха грецького, трава череди трироздільної і фіалки триколірної, корені лопуха звичайного і любистку лікарського, плоди обліпихи крушиноподібної, ефірні та жирні олії рослин тощо.

Одним з недоліків при підготовці спеціалістів цього напрямку є недостатня кількість наукової літератури, яка б висвітлювала сучасні питання фітокосметології та робила акцент на лікарській рослинній сировині, що використовується при виготовленні косметичних засобів.

Висновки: 1. Доцільність введення до сучасної фармацевтичної галузі спеціалістів з напрямку "Технологія парфумерно-косметичних засобів" не викликає сумніву і, очевидно, стане в пригоді лікарям-косметологам. Враховуючи прогресивний розвиток сучасної косметології, забезпечення її фаховими спеціалістами-технологами відповідає вимогам часу.

2. Вважаємо, що для успішної підготовки майбутнього провізора-косметолога необхідні ґрунтовні знання з дисципліни "Фармакогнозія з основами фітокосметики". Це передбачає оволодіння як теоретичною частиною предмета (особливості заготівлі, хімічного складу, фармакологічної дії біологічно активних речовин рослин), так і практичною (приготування екстрактів, настоїв та настоянок) з метою виготовлення та реалізації фітокосметичних засобів.

Література

1. Провізор-косметолог // Косметология и аромология. – 2006. – № 2. – С. 7-11.
2. Головкин В.В. Растительный мир и фитосредства для детей и подростков. – Запорожье, 2005. – 427 с.

3. Кадрова політика у галузі охорони здоров'я та рух вищої медичної освіти України до Європейського освітнього простору / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Фещенко та ін. // Мед. освіта. – 2006. – № 2. – С. 6-14.

УДК 614.212: 002

ОСВІТНІ ЗАСАДИ І ЮРИДИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ

А.Х. Завальнюк, В.В. Франчук

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

EDUCATIONAL PRINCIPLES AND LEGAL VALUE OF MEDICAL DOCUMENTS

A.Kh. Zavalnyuk, V.V. Franchuk

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті пояснюється важливість правильного заповнення медичних документів з точки зору права і судово-медичної експертної діяльності. Проаналізовано недоліки у складанні первинних медичних документів, надано рекомендації щодо коректності лікарських записів.

An importance of correct creation of medical papers from the legal and forensic-medical point of view has been explained in the article. Some defects in composing of the initial medical documents have been analyzed, specific recommendations concerning correctness of the doctor's notes have been given.

Вступ. Медичні документи мають важливе значення у процесі навчання студентів та діяльності лікарів і середніх медичних працівників. Зокрема, згідно з положеннями ст. 65 “Докази” і ст. 83 “Документи” Карно-процесуального кодексу України та відповідно до “Типових інструкцій щодо заповнення форм первинної медичної документації лікувально-профілактичних закладів”, які затверджені наказом МОЗ України № 258 від 3.07.2001, медичні документи часто використовують органи досудового слідства, прокуратура та суд як важливе, іноді єдине джерело доказів у певних кримінальних справах, пов’язаних, наприклад, з професійними правопорушеннями медичних працівників, статевими злочинами, заподіянням тілесних ушкоджень, незаконним проведенням абортів тощо [1, 2, 3]. В таких випадках вирішальне значення для розслідування мають саме первинні медичні документи, в яких повинні бути ретельно і професійно відображені наявні у пацієнта на момент госпіталізації ушкодження, їх об’єктивні прояви, особливості клінічного перебігу травми чи захворювання і т. ін.

Основна частина. Документ (від лат. documentum – зразок, свідоцтво, доказ) – матеріальний об’єкт, який містить певну інформацію (тексти, зображення, відеоматеріали) у зафіксованому вигляді та спеціально призначений для її передачі у часі й просторі. У вузькому розумінні документ – діловий папір, який юридично підтверджує будь-який факт або право на

щось [4, 5]. Сукупність документів, присвячених будь-якому питанню, явищу, процесу, особі, закладу тощо, називають документацією.

Медична документація складається з документів первинного обліку та звітних документів. До документів першої групи належать: медична карта стаціонарного хворого (історія хвороби), історія пологів, індивідуальна карта амбулаторного хворого (амбулаторна карта), індивідуальна карта вагітної та породіллі, історія розвитку новонародженого, листок тимчасової непрацездатності, журнали запису оперативних втручань у стаціонарі й амбулаторії і т. ін. Звітну групу документів складають: карта профілактичних щеплень, обмінна карта поліклініки, статистичний талон, екстрене повідомлення про гостре інфекційне захворювання тощо.

Майже всі медичні документи мають важливе значення для наукових досліджень, необхідні як довідкові при подальшому лікуванні хворих і широко використовуються у слідчій чи судовій практиці. Тому для них передбачена особлива система зберігання та використання. Основні документи стаціонару належить зберігати тривалий час, наприклад, історію хвороби – протягом не менше 25 років, журнал оперативних втручань – безстроково.

З усіх первинних облікових медичних документів найважливішими є історія хвороби та амбулаторна карта. Схема історії хвороби вперше була запропоно-

вана видатним клініцистом-терапевтом М.Я. Мудровим (1776-1831), який детально розробив вчення про анамнез, впровадив у клініку методи пальпації, перкусії та аускультатії, лабораторні дослідження. В подальшому історія хвороби увібрала в себе практичні рекомендації відомих учених Г.А. Захар'їна, О.О. Остроумова, С.П. Боткіна, М.В. Чорноручького та інших з побудови науково обґрунтованих схем клінічного обстеження хворого, щодо етіо-патогенетичних принципів у складанні діагнозу, комплексного підходу до лікування. Історію хвороби постійно удосконалювали та кілька разів видозмінювали. Тепер її оформлення здійснюється на бланку встановленого взірця за єдиною схемою. Контроль за правильністю ведення та зберігання медичної документації покладається на завідувачів відділень, головних лікарів закладів охорони здоров'я та їх заступників з лікувальної роботи.

Оформлення історії хвороби й амбулаторної карти – відповідальна робота з ведення службового документа і є прямим обов'язком лікаря щодо юридичного оформлення даних об'єктивного стану хворого. У медицині, її теорії та практиці, в навчально-виховному процесі та юриспруденції медична документація має винятково важливе значення.

Лікувально-діагностичне значення історії хвороби чи амбулаторної карти проявляється в тому, що за записами в них здійснюють діагностичні та лікувальні заходи. Оскільки тепер роботу з хворим проводить, зазвичай, не один, а кілька лікарів, то записи в медичних документах дають змогу інтегрувати зусилля багатьох клініцистів у діагностику, забезпечують наступність і послідовність під час лікування пацієнта.

Науково-практичне значення медичних документів полягає в тому, що вони є незамінним джерелом отримання наукової інформації про причини та умови виникнення різних захворювань, їх клінічний перебіг і наслідок. Аналіз великої кількості історій хвороби сприяє виробленню рекомендацій для правильної діагностики, раціонального лікування та профілактики хвороб.

Написання історії хвороби має важливе значення у вихованні позитивних якостей як лікаря, так і середнього медперсоналу. Знаний терапевт академік М.В. Чорноручький стверджував, що “лише біля ліжка хворого з історією хвороби в руках формується справжній лікар”. Прищеплюючи студентам-медикам і молодим лікарям навички правильного ведення історії хвороби, педагоги й старші колеги виховують у них клінічне мислення, здатність належним чином оцінювати виявлену симптоматику й правиль-

но встановити діагноз, визначити тактику лікування, розвивають і підвищують почуття відповідальності за здоров'я і життя пацієнта.

Історія хвороби чи амбулаторна карта є не тільки медичним, а й юридичним документом, адже використовується правоохоронними органами або судом для встановлення істини під час розслідування кримінальних справ. Тому медичні документи мають надзвичайно важливе *юридичне значення*. Первинні медичні документи протоколюють всі дії медичних працівників з надання хворим діагностично-лікувальної допомоги. Саме з історії хвороби можна судити про необхідність, своєчасність, а отже, правильність всіх діагностично-лікувальних заходів. Чим повніший та об'єктивніший зміст історії хвороби, тим легше встановити за ним той чи інший факт, який цікавить слідство. Так, в історії хвороби фіксують точний час госпіталізації пацієнта, зазначають час і місце ушкоджень та обставини, за яких вони були отримані. Важлива інформація, необхідна для правоохоронців, може бути також у супровідному документі станції швидкої допомоги, з яким потерпілого приймають у стаціонар.

Найбільше значення для розслідування злочинів проти здоров'я та життя людини мають дані історії хвороби, що стосуються *опису ушкоджень*. Досліджуючи ушкодження, клініцист визначає їх вид (синяки, рани, вивихи тощо), вирішує питання про їх походження (від дії тупого, гострого предмета чи вогнепальної зброї). Описуючи ушкодження, лікар повинен зазначити їх форму, величину, точну локалізацію (відповідно до анатомічної ділянки, а при транспортних травмах – відстань від підшви ступні), морфологічні властивості країв, кінців і дна (у ранах), стан оточуючих тканин (насамперед наявність чи відсутність крововиливів). Крім того, надаючи допомогу пораненим вогнепальною зброєю, колючими чи колючо-ріжучими предметами, лікар зобов'язаний описати хід ранового каналу, а при складанні протоколу операції – задокументувати його напрямок в історії хвороби.

У разі заподіяння тілесних ушкоджень, згідно зі ст. 76 КПК України, обов'язково призначають судово-медичну експертизу, яку виконують на підставі дослідження експертом первинних медичних документів. Під час цієї експертизи вирішують ряд питань, важливих для слідства: про характер ушкоджень, механізм їх виникнення, знаряддя травми, ступінь тяжкості, давність тощо. Відповіді на ці питання ґрунтуються на даних, які містяться в історії хвороби [6]. Тому, якщо ці дані неповні або ушкодження описані недбало чи абияк, то експертиза не в змозі допомогти слідству. В

цьому аспекті суттєве значення мають опис в історії хвороби та збереження для передачі слідчому сторонніх включень, виявлених в ушкодженнях. Наприклад, вогнепального снаряда – кулі, дробинок, пижа; частини зламаного ножа; інших сторонніх тіл чи речовин. Те саме стосується вмісту штучних флегмон. Важливо також описати в історії хвороби стан ампутованої під час операції кінцівки чи її частини, видалених травмованих органів тощо. Обов'язковим для слідства є вирішення питання про ступінь тяжкості ушкоджень. Зокрема, один із критеріїв тяжкого тілесного ушкодження – його небезпечність для життя. Небезпечними для життя є ушкодження, які загрожують життю потерпілого в момент заподіяння або за звичайного перебігу закінчуються смертю. Факт небезпечності ушкодження для життя встановлює експерт, як правило, на підставі записів в історії хвороби про клінічні прояви та ускладнення травми. На практиці часто неможливо зрозуміти, чим саме обумовлений зазначений в історії хвороби тяжкий загальний стан хворого за нормальних показників мозкової, серцевої діяльності, дихання тощо.

Стисло – щодо діагнозу, який обов'язково слід обґрунтувати об'єктивними даними з історії хвороби. Діагноз повинен відображати не лише основні ушкодження, а й усі решта (садна, подряпини, синяки тощо), які є у потерпілого. Якщо розвинулись явища шоку, то необхідно зазначити його стадію та ступінь. За наявності крововтрати потрібно встановити її ступінь з урахуванням результатів лабораторного дослідження крові.

Особливого значення записи в історії хвороби набувають при розслідуванні справ *про професійні правопорушення медичних працівників*, коли є скарги хворих чи їх родичів на несвоєчасне або неналежне лікування чи халатність лікаря. Часто в таких випадках звинувачення лікарів не обґрунтовані, однак нерідко з'ясовується, що їх провина цілком очевидна. За таких обставин вирішальне значення для з'ясування правомірності дій медичних працівників, поряд з результатами патологоанатомічних чи судово-медичних досліджень, належить історії хвороби та амбулаторній карті. За записами в них судять про правильність діагностики і лікування, про необхідність, терміни, методику й техніку оперативних втручань тощо. Особливо ретельному аналізу піддаються розділи історії хвороби, де відображені первісний стан хворого, обґрунтування діагнозу, дані про хірургічні втручання, виконання певних досліджень і т. ін.

Недбале заповнення історії хвороби унеможливило експертні висновки про перебіг хвороби чи травма-

тичного процесу. Зокрема, стандартні загальні фрази у щоденниках, відсутність запису про згоду хворого на оперативне втручання, а також підчистки та виправлення, свідчать про недостатню відповідальність лікаря у виконанні посадових обов'язків. Медики забувають про існування ст. 366 Кримінального кодексу України “Службове підроблення”, яка передбачає достатньо суворе покарання. Не переконують при цьому посилення на зайнятість, обмеженість часу, нерозбірливий почерк тощо.

Для прикладу, за даними Ю.Д. Сергеева, який вивчив 1513 первинних медичних документів з кримінальних справ і матеріалів прокурорських перевірок у разі неналежного надання медичної допомоги, не всі лікарі та керівники закладів охорони здоров'я розуміють важливість правильного оформлення та заповнення медичної документації. Так, майже у половині таких документів мали місце недбальство, неповнота, недопустима короткість щоденників, непослідовність викладення, відсутність даних динамічного спостереження, епікризів, результатів аналізів, листків призначень, а також пряма фальсифікація медичної документації [7].

“Лікарю належить завжди пам'ятати, що недбало та неправильно оформлена історія хвороби – перший його обвинувач і завжди ускладнює справу”, – писав видатний судовий медик професор М.І. Райський. І далі він зазначав: “Часто-густо лікарі починають доповнювати історію хвороби, вписувати відповідні дані, як кажуть, “заднім числом”, що недопустимо, адже “потім” можна писати все, що заманеться”. У разі необґрунтованого звинувачення медичного персоналу в неналежному наданні допомоги хворому історія хвороби, за умови її сумлінного ведення, і є тим документом, який цілком може виправдати дії лікаря.

Вважаємо за необхідне звернути особливу увагу на *почерк*, яким ведуться записи в медичних документах, де часто прочитати слово чи речення, іноді цілі сторінки неможливо. Медичні записи треба робити так, щоб їх вільно могла прочитати інша, крім автора, особа. Посилання на те, що “у мене такий почерк”, не доречні. Почерк може бути різним, але кожна літера повинна читатись вільно. Писати поспіхом, абияк – для лікаря не припустимо.

Інститут медицини при Національній академії наук США на початку 2007 року оприлюднив такі результати своїх досліджень: через недбайливий, нерозбірливий почерк лікарів щороку помирає 7 тисяч американців, а серйозні проблеми зі здоров'ям виникають більш ніж в 1,5 мільйона пацієнтів. У нас такої статистики немає, але на це треба звернути увагу керівникам медичних закладів.

Подекуди у медицині важко обійтись без “скороченості” у записах. Вона бажана з етичних міркувань чи з огляду на лікарську таємницю. Всім лікарям зрозуміло, що означає, наприклад, АТ, ІХС, ЕКГ, ГРВІ тощо. Однак не потрібно зловживати аббревіатурами, адже навіть не всі фахівці знають, що таке АВМ, ОАА, ПДМ, КДЗ, ДОО, ЗВУР і под. Тому, хоча б один раз, в історії хвороби необхідно надати відповідну повну назву.

Деякі лікарі та консультанти пишуть шаблонно, неграмотно, не дотримуючись елементарних вимог сучасної ділової та наукової української мови [8]. Наприклад, хворий перебуває в комі чи непритомному стані, а лікар зазначає “скарг немає”.

Ще один недолік стосовно написання історії хвороби – її вигляд та оформлення. Так, нерідко ліворуч від тексту, де звичайно зазначають дату та години запису тих чи інших даних або “щоденників”, не залишають поле (1,5-2 см), і це місце заклеюють іншими аркушами. Тому під час експертизи вирішити питання про своєчасність чи несвоєчасність надання допомоги або виконання певних лікарських маніпуляцій стає неможливо, що не на користь лікуючого лікаря. Окрема проблема – підклеювання в історіях хвороби результатів лабораторних досліджень крові, сечі, калу: як правило, один аркуш наклеюють на інший в хаотичному порядку, абияк, внаслідок чого годі розібрати такі записи. Разом із тим, в кожному медичному закладі існує посада старшої медичної сестри, одне із завдань якої – забезпечувати відповідний вигляд документації, що складається у відділенні.

Література

1. Звід Кодексів і Законів України. – К.: Рада, 2007. – 800 с.
2. Наказ МОЗ України № 258 від 3.07.2001 “Про затвердження типових інструкцій щодо заповнення форм первинної медичної документації лікувально-профілактичних закладів” // Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров’я. – К., 2001 (VIII). – С. 113-114.
3. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України. – 4-те вид., переробл. та доповн. / За ред. М.І. Мельника, М.І. Хавронюка. – К.: Юридична думка, 2007. – 1184 с.
4. Зубков М. Сучасна ділова українська мова. – 2-ге вид., допов. – Х.: Торсінг, 2002. – 448 с.

У справах про зараження венеричною хворобою (ст. 133 КК України) судово-медичну експертизу нерідко призначають після того, як підозрювана чи потерпіла особа вже лікувалась з приводу цієї хвороби, внаслідок чого видимих проявів недуги може і не бути. Тому дані історії хвороби мають вирішальне значення щодо стадії і давності захворювання, можливості зараження іншої особи і под.

Записи в історії хвороби можуть мати також суттєве значення для ідентифікації особи в кримінальних справах, пов’язаних з виявленням трупів невідомих. Так, указування лікаря на властивості рубців, опис рентгенограм, стоматологічного статусу, родимих плям, татуювань та інших особливих прикмет вкрай важливі для встановлення тотожності покійного і зниклої безвісти особи.

Висновки: 1. Медичні документи мають велике діагностично-лікувальне, науково-практичне, виховне та, особливо, юридичне значення.

2. Без медичної документації неможливе повноцінне досудове слідство у певних кримінальних справах, а самі справи не можуть розглядатись судом.

3. Вимоги до заповнення та складання медичної документації завжди повинні бути високими, а недбальство при її написанні є неприпустимим.

4. Фальсифікація даних медичних документів (виправлення, скорочення, підчистки, дописування, підміна тощо) може потягти за собою кримінальну відповідальність за службове підроблення.

5. Роботу щодо покращення якості медичної документації необхідно вважати невід’ємною частиною заходів, які проводять органи охорони здоров’я для підвищення рівня усіх видів діяльності медичних закладів.

5. Сучасний тлумачний словник української мови / За ред. В.В. Дубічинського. – Х.: Школа, 2008. – 1008 с.
6. О медицинской документации как объекте судебно-медицинской экспертизы /И.А. Концевич, А.С. Лесовой, К.А. Лесовой и др. // Клиническая хирургия. – 1987. – № 5. – С. 35-38.
7. Сергеев Ю.Д. Медицинская документация в хирургической практике (правовой и судебно-медицинский аспекты) // Клиническая хирургия. – 1987. – № 11. – С. 55-56.
8. Павловський М.П. Ще раз про потребу упорядкування наукової мови медичних текстів // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 2. – С. 6-15.

УДК 616.127-005.8+616.233-002-036.12

МЕТОДИКА ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ ПОЄДНАНІЙ ПАТОЛОГІЇ

М.В. Гребеник

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CONCOMITANT DISEASE

M.V. Hrebenyk

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті наведено методологічні особливості і результати оцінки якості життя у хворих на інфаркт міокарда із супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень впродовж п'ятирічного терміну реабілітації, показано труднощі в трактуванні даного показника при мікст-патології та його значення для сучасної клінічної практики.

The article deals with methodological characteristics and results of quality of life evaluation in patients with myocardial infarction and concomitant chronic obstructive pulmonary disease during a 5 years rehabilitation period. Problems of interpretation of this index in mixed disease and its value for the current clinical practice are being discussed.

Вступ. З позицій сьогодення глобальна стратегія ведення пацієнтів, перш за все, передбачає забезпечення продовження тривалості та належної якості життя (ЯЖ). ЯЖ – показник, який інтегрує велику кількість фізичних, психологічних характеристик хворого, що відображають здатність хворого адаптуватись до проявів хвороби [1, 2].

Інструментом для дослідження ЯЖ слугують різноманітні анкети, сформовані за певними методологічними принципами. Слід чітко окреслити, що анкети оцінки ЯЖ життя визначають не тяжкість захворювання, а те, як пацієнт переносить свою хворобу. При тривалих патологічних станах деякі пацієнти наче звикають до неї і перестають звертати увагу на симптоми. Іноді в таких осіб можна навіть констатувати підвищення рівня ЯЖ, що не завжди вказує на регрес захворювання [3, 4, 5].

Залежно від мети дослідження використовують або загальні, або спеціальні анкети [1, 5]. Перші характеризують стан пацієнта незалежно від нозологічної належності, тому при різних захворюваннях їх відтворюваність і надійність недостатня. Другі – сфокусовані на оцінку специфічних проявів хвороби, що робить їх більш чутливими.

Слід зазначити, що в Україні подібні дослідження поки досить обмежені, через певні методологічні труднощі. По-перше, на даний час немає єдиного загально визнаного формулювання поняття ЯЖ. Крім цього, існуючі стандартні загальні і спеціальні анке-

ти (Міннесотська анкета ЯЖ, Респіраторна анкета лікарні Святого Георгія, SF-36 і ін.) англomовні і розраховані на певну категорію громадян. Використання даних анкет можливе не лише за умови коректного перекладу, але й адаптації до відповідних національних, ментальних особливостей. Проведені поодинокі невеликі дослідження з оцінки ЯЖ різних категорій пацієнтів не дають можливості оцінити в цілому стан вирішення даної проблеми в Україні.

Необхідність вивчення ЯЖ диктується наявністю в багатьох випадках дисонансу між об'єктивним зменшенням ознак патології та самопочуттям пацієнта. Сьогодні вивчення ЯЖ є одним із важливих аспектів оцінки ефективності терапії в клінічній медицині.

Основна частина. Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей показників ЯЖ в динаміці тривалого спостереження за хворими на інфаркт міокарда (ІМ) із супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ).

У дослідження було залучено 297 чоловіків у віці (54,1±0,9), з них у 138 хворих діагностовано ІМ без супутньої патології (1 група, контрольна), у 159 – ІМ із супутнім ХОЗЛ (2 група). Для верифікації діагнозу ІМ використано критерії Європейського товариства кардіологів (ESC) та Американської колегії кардіологів (ESC/ACC, 2000), для ХОЗЛ – накази МОЗ України №311 від 30.12.1999 та №499 від 28.10.2003 рр.

Обстеження включало антропометричні дані, основні фактори ризику, клінічну характеристику пато-

логі, ускладнення, лабораторні та інструментальні дані, протоколи лікування в динаміці. Оцінку ЯЖ пацієнтів проводили за методикою Аронова Д.М., Зайцева В.П., 2002 [6]. В процесі дослідження, починаючи із 6 місяців після ІМ, ми пропонували пацієнтам під час контрольних візитів (через кожні 12 місяців, впродовж 60-84 місяців поспіль) висловити своє відношення до змін у стані здоров'я і пов'язано із цим проблем у повсякденному житті.

Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою програми SPSS v.13.0. Критичний рівень значимості (p) при перевірці статистичних даних приймали меншим за 0,05. Для порівняння середніх значень між групами використовували неспарений t -тест, а для оцінки достовірності динаміки показників у часі в межах однієї групи – спарений t -тест. Кореляційний аналіз проводили шляхом визначення лінійного параметричного коефіцієнта кореляції Пірсона та непараметричного рангового коефіцієнта кореляції Спірмена.

Для хворих на ІМ, як і для хворих на ХОЗЛ, характерним було зниження фізичної активності та зростання ролі фізичних проблем у повсякденному житті, тобто зниження ЯЖ. Хоча, з наукових позицій, це поняття досить загальне і неоднозначне, часто має різне трактування.

Так при вивченні ЯЖ встановлено менш критичне і вимогливе ставлення до змін у стані здоров'я у хворих із ХОЗЛ, що очевидно зумовлено як особливостями соціального статусу даної категорії пацієнтів із відносно заниженими вимогами до свого самопочуття, так і особливостями перебігу ІХС в умовах бронхіальної обструкції [7] із меншою виразністю ангінозного синдрому, переважанням безбольової ішемії. Разом з тим, динаміка оцінки ЯЖ характеризувалась різнонаправленими тенденціями залежно від супутньої патології. Якщо у хворих на ІМ з плином часу на фоні врівноваження процесів післяінфарктного ремоделювання серця, фізичної та психологічної реабілітації, переосмислення цінностей і зниження життєвої планки вимог оцінка ЯЖ покращувалась, то при супутньому ХОЗЛ, навпаки, динаміка ЯЖ була негативною, очевидно, зумовлювалась дезадаптивним ремоделюванням серця та прогресуванням дисфункції кардіореспіраторної системи [8].

На початковому етапі дослідження ЯЖ у хворих 1 групи виявилась гіршою, починаючи з різниці з 2 групою у $(2,7 \pm 0,2)$ бали в перший рік після ІМ, відповідно, $(-12,7 \pm 1,5)$ і $(-10,1 \pm 1,3)$ балів, $p=0,029$. Через 5 років різниця показників ЯЖ нівелювалась до $(0,80 \pm 0,09)$ балів. Після 5 років простежувалась зворотна тенденція до погіршення ЯЖ у хворих із супутнім ХОЗЛ

$(-8,7 \pm 1,5)$ балів, в контролі – $(-6,8 \pm 1,4)$ балів, $p=0,107$. Найгіршою у перший рік після ІМ ЯЖ була при повторних ІМ – $(-15,4 \pm 1,9)$ балів.

На ЯЖ у хворих на ІМ із ХОЗЛ впливала локалізація ІМ, маса некрозу, артеріальна гіпертензія (АГ). Зокрема, при передніх ІМ показники ЯЖ між 1 та 2 групами майже вирівнювались, а при нижніх – були гіршими при супутньому ХОЗЛ, відповідно $(-7,2 \pm 1,5)$ та $(-11,6 \pm 1,6)$ балів, $p=0,042$, що, очевидно, було пов'язано із різницею в масі некрозу [7]. Дійсно, кореляційний аналіз підтвердив залежність оцінки ЯЖ від наявності АГ ($r=-0,460$, $p=0,021$) та маси некрозу ($r=-0,265$, $p=0,026$).

Супутня АГ погіршувала ЯЖ переважно у перші 3 роки після ІМ, в середньому на $4,0-1,7$ балів, особливо між 12 – 24 місяцями – $(-9,4 \pm 0,9)$ проти $(-6,3 \pm 0,9)$ балів у нормотензивних пацієнтів, $p=0,036$. Як при АГ, так і у нормотензивних пацієнтів за даними спареного t -тесту відзначалась чітка тенденція до покращення показників з плином часу.

Стримуючий вплив β -адреноблокаторів на процеси патологічного післяінфарктного ремоделювання серця супроводжувався вирівнюванням показників самооцінки стану здоров'я у групах хворих. Проте чітких кореляційних залежностей між об'єктивними змінами і оцінкою ЯЖ не отримано, що не суперечить трактуванням даного показника в різних джерелах [6, 9, 10].

Деталізований аналіз динаміки ЯЖ за окремими її показниками у хворих на ІМ в залежності від супутнього ХОЗЛ виявив ряд відмінностей. В контролі більшість пацієнтів оцінювали повноцінність свого життя після ІМ як середню, причому частка хворих з такою самооцінкою збільшилась від 43 % на початку дослідження до 63 % через 5 років спостереження ($p=0,053$), а частка хворих, які оцінювали своє життя як достатньо повноцінне – від 5 до 11 % ($p>0,05$). Одночасно кількість хворих з високою самооцінкою ЯЖ зменшилась з 32 до 11 % ($p=0,017$). Впродовж 1 року після ІМ 40 % хворих із супутнім ХОЗЛ вважали ЯЖ середньою, а 36 % – недостатньо повноцінною. Проте, якщо на початковому реабілітаційному відрізку лише 47 % хворих із ХОЗЛ пов'язували ЯЖ із захворюванням, то на завершальному етапі – 60 %, в контролі даний показник суттєво не змінився (54 і 56 %).

Більшість пацієнтів пов'язували зниження ЯЖ з необхідністю частих візитів до лікаря, постійною потребою у вживанні ліків (в 1 групі в динаміці – від 54 до 58 %, у 2 групі – від 62 до 60 % респондентів), обмеженнями у фізичних навантаженнях (відповідно, від

58 до 65 % і від 63 до 73 %) і розумовому та емоційному напруженні (відповідно, від 33 до 37 % і від 20 до 23 %). В третині випадків (37-33 %) хворі 1 групи переживали з приводу змін у ставленні до них родичів у зв'язку із захворюванням. В 2 групі на зміни ставлення близьких в перший рік після ІМ вказували 83 % хворих на ХОЗЛ ($p < 0,0001$ – по відношенню до контролю), до кінця дослідження даний показник зменшився вдвічі – до 40 % ($p = 0,0001$), а частка хворих, які не відчували змін у ставленні родичів, в динаміці збільшилась у 4 рази (від 15 до 60 %, $p < 0,0001$). Чим більше часу проходило від ІМ, тим частіше пацієнти відзначали зміни у ставленні до себе з боку друзів, співробітників, що, очевидно, зумовлено зміною соціального статусу (інвалідність, перехід на іншу роботу і т. ін.) і втратою звичних контактів (в 1 групі в динаміці – від 42 до 55 %, в 3 групі – від 53 до 57 %).

На ЯЖ суттєво впливало обмеження у зв'язку із перенесеним ІМ в професійній діяльності, з приводу чого свої переживання висловили в 1 групі від 65 до 77 %, в 2 групі – від 63 до 76 % респондентів. При цьому зниження фізичної активності у повсякденному житті відзначала переважна більшість хворих на супутнє ХОЗЛ, особливо у віддаленому післяінфарктному періоді (від 67 до 72 %) та в контрольній групі (від 67 до 68 %).

Разом із тим, стосовно обмежень у харчуванні: відсоток хворих, які переживали з цього приводу, відчували незручності, і тих, які ставились до цього байдуже або навіть були раді дієтичним обмеженням, був рівномірним. Фактор відмови від куріння суттєво не впливав на ЯЖ в контролі, оскільки більшість пацієнтів даної групи не курили, або ж відносились позитивно до необхідності відмови від цієї звички. 26 % хворих із супутнім ХОЗЛ досить важко переносили необхідність впливу на даний фактор ризику. Через рік кількість пацієнтів, які відмовились від паління, зменшилась з 85 до 65 %. З іншого боку, із збільшенням часу від ІМ кількість хворих, які не палили, за даними анкетування, збільшилась від 9 до 20 %. Детальніший аналіз вказаного показника виявив його відносний характер, пов'язаний переважно не з абсолютною кількістю хворих, які не палили, а з

кращим виживанням [11] у віддаленому періоді тих, що кинули курити, які і дали відносний приріст даного показника.

Зміни у сексуальній сфері суттєво порушили ЯЖ у віддалений післяінфарктний період переважно в 1 групі – від 46 до 67 % ($p = 0,048$), в 2 групі – від 40 до 48 % ($p > 0,05$).

Слід зазначити, що в цілому, детальний аналіз відповідей на запитання анкети виявив певні обмеження в адекватній їх інтерпретації за рахунок різного контингенту хворих у 1 та 2 групах за освітніми, соціальними, професійними відмінностями [11].

Висновок. Таким чином, встановлено, що зниження функціональних можливостей може мати неоднакові наслідки для різних пацієнтів, особливо при мікст-патології. Тому самооцінка свого стану, очевидно, має вирішальне значення у визначенні ЯЖ. Адже лише особиста оцінка хворого може відобразити різні аспекти життєдіяльності у зв'язку із реальними або очікуваними наслідками захворювання. Дослідження ЯЖ дозволяють виявити додаткові переваги або недоліки призначеної терапії, незважаючи на динаміку об'єктивних показників стану здоров'я. Це особливо важливо з позицій сучасних тенденцій розвитку фармакотерапії, скерованих на створення стандартів лікування, які базуються на елементах доказової медицини. Не заперечуючи важливості даного напрямку у новітній медицині, слід звернути увагу на суттєвий недолік уніфікованих методик терапії, за якими десь втрачається індивідуальний підхід до хворого, визнання його як особистості і носія власне свого захворювання. В даному аспекті оцінка ЯЖ є тим містком, який може поєднати стандартні підходи з індивідуальністю пацієнта, тобто зберегти основний принцип класичної терапії “лікувати хворого, а не хворобу”.

На сьогодні ЯЖ є невід'ємною частиною комплексного аналізу нових методів діагностики, лікування, профілактики та оздоровчих ініціатив. Тому оволодіння методиками оцінки ЯЖ повинно зайняти належне місце в навчальних програмах вищої школи і системі підготовки і перепідготовки молодих спеціалістів.

Література

1. Гурьлева М.Э., Журавлева М.В., Алеєва Г.Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии // Здоров'я України. – 2006. – № 17. – С. 65.
2. Чебаненко Н. Качество жизни, Wellness, индивидуаль-

ное здоровье: сравнительная оценка понятий // Ліки України. – 2002. – № 12. – С. 55-61.

3. Качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда/В.М. Проворотов, А.Я. Кравченко, А.В. Буд-

невский и др. // Клиническая медицина. – 1998. – № 11. – С. 25-27.

4. Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: можем ли мы ожидать большего? (Результаты национального исследования ИКАР–ХОБЛ)/ А.Г. Чучалин, А.С. Белевский, С.И. Овчаренко, И.А. Королева // Пульмонология. – 2006. – № 5. – С. 19-27.

5. Качество жизни больных хроническими обструктивными заболеваниями легких/Е.И. Шмелев, М.В. Беда, W.Jones Paul и др.// Пульмонология. – 1998. – № 2. – С. 79-81.

6. Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 2002. – № 5. – С. 92-95.

7. Гребеник М.В. Особливості клінічного перебігу, ускладнень та віддалених наслідків інфаркту міокарда у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень // Буковинський медичний вісник. – 2007. – № 4. – С. 28-31.

8. Гребеник М.В. Особливості післяінфарктного ремоделювання серця у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень та артеріальну гіпертензію // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. – 1997. – № 2. – С. 74-80.

9. Белевский А.С. Реабилитация в пульмонологии // Consilium Medicum Ukraina. Болезни дыхательной системы. – 2007. – С. 25-27.

10. Качество жизни у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (по материалам XVI, XVII, XVIII и XIX конгрессов Европейского общества кардиологов)/ О.Б. Степура, Л.С. Пак, Е.В. Акатова и др. // Кардиология. – 1998. – № 10. – С. 62-65.

11. Гребеник М.В. Фактори ризику, летальність та виживання хворих на інфаркт міокарда із супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 3. – С. 30-34.

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. Особливо 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, надрукованої 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 журнал. – 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 В 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!