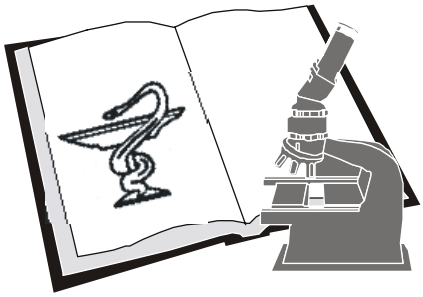
Міністерство охорони здоров'я України
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

МЕДИЧНА ОСВІТА

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

- *ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ*
- *ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ*
- *ПОВІДОМЛЕННЯ, РЕЦЕНЗІЇ*
- *З ІСТОРІЇ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ*
- *ЮВІЛЕЇ*



Ministry of Public Health of Ukraine
Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky
Kyiv Medical Academy of Post-Graduate Education by P.L. Shupyk

MEDICAL EDUCATION

SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL

4/2008

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)
Ковєшніков 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)
Чепелєва 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 № 5 від 25.11.2008 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.
Дизайн обкладинки	Кушик П.С.

Підписано до друку 9.12.2008. Формат 60×84/8.
Гарнітура Times New Roman Cyr. Друк офсетний.
Ум.др. арк. 6,74. Обл.-вид.арк. 5,95.
Наклад 600. Зам. № 309.

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

ЗМІСТ

Л.Я. Ковальчук, В.В. Гнатів, О.В. Олійник, Є.М. Стародуб
БЕЗПЕРЕРВНЕ ПІСЛЯДИПЛОМНЕ ПРОФЕСІЙНЕ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ: ПЕРСПЕКТИВИ І ПРОБЛЕМИ В АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ 5

Г.В. Дзяк, Т.В. Святенко
ВИХОВНА РОБОТА ЩОДО ЗАПОБІГАННЯ АСОЦІАЛЬНІЙ ПОВЕДІНЦІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ДЕРЖАВНІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ 8

І.Р. Мисула, В.Б. Коваль, А.О. Голяченко, Л.О. Вакуленко, Т.Г. Бакалюк, Л.В. Левицька, О.М. Лавріненко, М.Г. Безродний, Н.П. Бобеляк, В.Г. Левенець
РУХОВА АКТИВНІСТЬ – НЕВІД'ЄМНИЙ ВАЖЛИВИЙ КОМПОНЕНТ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС НАВЧАННЯ У ВИЩОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ 13

П.О. Неруш, О.Г. Родинський, О.В. Мозгунов, О.М. Демченко
ІНТЕГРАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ – ОСНОВА ЕФЕКТИВНОСТІ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ 16

Я.Й. Крижановський, В.С. Кульбака, В.М. Меллін, О.М. Коваленко, В.Р. Антонів, М.М. Стець
ПРОБЛЕМИ МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ І ВМІНЬ СТУДЕНТІВ З ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ ЗА ПРИНЦИПАМИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ 18

В.І. Філімонов, Н.Г. Гончарова, Г.І. Бессараб
ІННОВАЦІЇ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ КАФЕДРИ НОРМАЛЬНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ 20

І.М. Білай, В.І. Дарій, О.А. Крапівной, В.О. Демченко, Н.В. Кандибей, Ю.Г. Резніченко
ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОКІНЕТИКИ ПРОВІЗОРАМ-ІНТЕРНАМ НА ФАКУЛЬТЕТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ 23

Т.М. Сіліна, Н.Д. Сокуренко, О.В. Морозова, М.А. Тихоновська, С.В. Чернишова, А.К. Ереміна
ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ СТУДЕНТАМ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ В УМОВАХ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ 25

Н.І. Токарчук, Т.В. Капітан, О.С. Рубіна, Г.І. Мантак
ПРОБЛЕМИ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В УМОВАХ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ-ІНОЗЕМЦІВ 27

С.С. Ткачук, Г.І. Ходоровський, В.І. Швець, В.І. Ясінський, О.В. Ткачук, О.В. Ясінська, С.І. Анохіна, О.В. Кузнєцова
ПРОБЛЕМИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРАКТИЧНО ОРІЄНТОВАНОГО ВИКЛАДАННЯ ФІЗІОЛОГІЇ СТУДЕНТАМ, ЩО НАВЧАЮТЬСЯ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ 29

І.В. Міщенко, В.П. Міщенко, Т.М. Запорожець, Л.Е. Весніна, В.М. Соколенко, З.К. Моргун, Г.П. Павленко, М.Ю. Жукова, О.В. Коковська, О.В. Ткаченко, Н.М. Федотенкова
ПРАКТИЧНО ОРІЄНТОВАНЕ ВИКЛАДАННЯ ФІЗІОЛОГІЇ В УКРАЇНСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЧНІЙ АКАДЕМІЇ: ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ 32

В.М. Мерецький
ОСОБЛИВОСТІ АУДИТОРНОЇ РОБОТИ В ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ КУРСУ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ В УМОВАХ СИСТЕМИ "ЄДИНОГО ДНЯ" 33

С.Н. Вадзюк, Н.М. Волкова, О.В. Денефіль, Н.Є. Зятковська, І.Я. Папінко, І.Б. Паньків, В.А. Отченашенко
ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ У СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ НОРМАЛЬНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ 36

Б.Г. Бугай, С.М. Андрейчин, Т.Ю. Чернець, Н.А. Бількевич, М.М. Руда, Н.Я. Верещагіна, Н.З. Ярема, Н.А. Хабарова, І.М. Бутвін
КАРДІОЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ СИНДРОМИ: МОТИВИ НЕОБХІДНОСТІ ВИВЧЕННЯ ЇХ НА ПРОПЕДЕВТИЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ 38

І.Ф. Хурані
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ВИКЛАДАННЯ ОНКОЛОГІЇ В ІНОЗЕМНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ 41

Л.С. Фіра, П.Г. Лихацький, М.І. Шанайда
ВИВЧЕННЯ ФІТОТЕРАПІЇ – НЕОБХІДНА УМОВА ДЛЯ ДОСКОНАЛОЇ ПІДГОТОВКИ ПРОВІЗОРА-ФАХІВЦЯ 43

М.В. Слабий, О.М. Заліська, Б.Л. Парновський
ОБГРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ БЕЗПЕРЕРВНОГО НАВЧАННЯ ПРОВІЗОРІВ В УКРАЇНІ НА ПРИКЛАДІ ФАРМАКОЕКОНОМІКИ 45

І.Ф. Костенко
СИСТЕМА МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В КРАЇНАХ ЄВРОПИ ТА В УКРАЇНІ 49

О.Є. Федорців, О.М. Шульгай
ДОСВІД ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР-БАКАЛАВРІВ НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ 54

ОЛІЙНИК АЛЕВТИНА МИКОЛАЇВНА (до 75-річчя з дня народження) 57

УДК 614.253.5:37

БЕЗПЕРЕРВНЕ ПІСЛЯДИПЛОМНЕ ПРОФЕСІЙНЕ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ: ПЕРСПЕКТИВИ І ПРОБЛЕМИ В АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ

Л.Я. Ковальчук, В.В. Гнатів, О.В. Олійник, Є.М. Стародуб

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

UNINTERRUPTED POSTDIPLOMA PROFESSIONAL EDUCATION OF DOCTORS: PERSPECTIVES AND PROBLEMS IN ANESTHESIOLOGY

L.Ya. Kovalchuk, V.V. Hnativ, O.V. Oliynyk, Ye.M. Starodub

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Розкриваються питання впровадження безперервної післявузівської підготовки лікарів в Україні згідно з Болонською системою освіти; відображені проблеми професійної підготовки анестезіологів та їхньої оцінки за системою кредитів.

The article is dedicated to the evaluation of problems of uninterrupted professional education of doctors-anesthesiologists in Ukraine according to Bologna education system and their estimation by system of credits.

Вступ. Концепція здобування знань і умінь людиною протягом усього її професійного життя отримала назву безперервної професійної освіти і стала однією з основних доктрин організації і розвитку освіти в другій половині XX і початку XXI століття. Вона проголошена Всесвітньою федерацією медичної освіти (ВФМО); нею керуються такі міжнародні організації, як ЮНЕСКО, Організація економічного співробітництва і розвитку (ОЕСР), Європейська рада тощо. Ця концепція офіційно закладена в основу державної політики у таких країнах, як Франція, Швеція, ФРН, Великобританія, Канада; виступає в якості мети або домінуючого стимулу реформування національних систем навчання багатьох країн світу [1].

Ідея безперервної професійної освіти набуває у світі все більшого поширення. Безперервна освіта як "принцип, згідно з яким формується система освіти в цілому і, відповідно, кожної її складової частини" визнається усіма освітянами й науковцями. Найважливішою характеристикою Болонської декларації є те, що вона декларує формування моделі європейської вищої освіти з урахуванням специфіки і традицій національних освітніх систем і направлена на гармонізацію, а не на уніфікацію вищої освіти.

Приєднання України до європейського простору вищої освіти та підвищення міжнародної конкурентоздатності вимагає прийняття і впровадження в усіх національних школах вищої освіти системи залікових одиниць, які забезпечують як залікову, так і накопичувальну функції та гарантують академічне визнання навчання медиків за кордоном. Це сприятиме зростанню якості освіти, підвищенню конкурентоздатності вузів та визнанню медичних дипломів на рівні країн – учасниць Болонського процесу [2].

Основна частина. Для реалізації ідеї безперервної медичної освіти в нашій країні небхідні реальні економічні, соціальні, технологічні і педагогічні передумови.

Економічне підгрунтя полягає у тому, щоб рівень економічного розвитку спонукав кожного медичного працівника безперервно прагнути до все більш високого рівня професійної і соціальної компетентності та дозволяв їм здобувати різні форми навчань і умінь без шкоди для сімейного бюджету.

Соціальні передумови грунтуються на демократичних засадах здобування освіти, широкого доступу до опанування вищої освіти значної маси населення. Це відкриває населенню доступ до інтелектуальних, культурних цінностей, розширює кругозір. У даний час освіта, зокрема, медична стає каталізатором соціальної мобільності людини протягом усього її життя.

Технологічне підгрунтя полягає у розвитку технології передачі інформації і технології навчання: появились кабельне телебачення, супутниковий зв'язок, комп'ютеризація, аудіо- та відеокасети, що дозволяє полегшити процес навчання і зробити його постійним, безперервним.

Одночасно суттєво модифікувались форми і методи навчання спеціалістів різного віку, що створило педагогічні передумови реалізації цієї концепції.

© Л.Я. Ковальчук, В.В. Гнатів, О.В. Олійник, Є.М. Стародуб

Відрадно відмітити, що в останнє десятиріччя методологічна роль Тернопільського медичного університету з позицій застосування інноваційних технологій, форм і методів навчання медичних кадрів набула стабільної пріоритетності серед вузів України.

У даний час основні позиції Болонської декларації як у країнах СНД, так і в Україні розроблені в основному для додипломної освіти, де їхня ефективність доказана на практиці. Разом з тим, структура та зміст післядипломного навчання значно складніші. Це зумовлено тим, що формування необхідного рівня компетентності професіонала-медика відбувається в динаміці саме на етапі післядипломної освіти. На нього впливають цілий ряд об'єктивних та суб'єктивних факторів: динамізм сучасної медичної науки, безперервність її розвитку та оновлення, накопичення великих об'ємів інформації, а отже, необхідність спеціаліста довготривало (десятиліттями) навчатись; при цьому для лікаря часто притаманна вузокопрофільна направленість, неминучі зміни фізичних та інтелектуальних кондицій протягом його активного заняття лікарською практикою тощо. Вищенаведене визначає необхідність розробки стратегії і тактики розвитку післявузівської професійної освіти лікарів відповідно як до принципів Болонської декларації, так і до особливостей національної освітянської медичної системи.

Кредитна система – European Credit Transfer System (ECTS) – єдина система оцінки, яка дозволяє забезпечити прозорість та порівняльність програм навчання і освітянських кваліфікацій. Кредит – це система, покликана підвищувати ступінь інтеграції системи освіти та полегшувати міграцію курсантів поміж освітніми закладами Європи шляхом оцінки в кредитних одиницях об'єму отриманих ними знань (EURACT – Leeuwenhorst European Working Party of Continuing Education and General Practitioners, 2004). Кредити відображають не стільки час, затрачений на вивчення дисципліни, скільки оволодіння курсантами тим чи іншим ступенем компетенції.

Професійна компетенція – динамічне об'єднання знань, умінь та способів їх застосування, а також відносин, які базуються на вмісті освітньої програми (EURACT, 2004).

Сучасне тлумачення системи ECTS включає дві складових – статичну і динамічну компоненти.

Статична компонента урахування навчального навантаження призначена для визначення питомої ваги або об'єму навчальної програми на етапі додипломної і післядипломної професійної освіти (інтернатура, клінічна ординатура і професійна перепідготовка).

Динамічна компонента формується на етапі безперервного професійного розвитку для накопичення кредитних одиниць, яке здійснюється лікарем-спеціалістом в умовах вільного вибору місця навчання, часу і об'єму знань та умінь протягом тривалого часу.

Згідно з традиціями країн Європи, які підписали Болонську декларацію, лікар – спеціаліст повинен накопичувати щорічно по 25-30 кредитів, а за п'ятирічний період професійної діяльності – 130-150, лише після чого він може бути допущений до атестації на відповідну категорію.

Основним призначенням такого навчання є створення умов і необхідної мотивації для підтримання постійно високого і перманентно обновлюваного професійного рівня лікаря-спеціаліста.

Для прикладу доцільно розглянути систему післядипломної підготовки лікарів Російської Федерації (табл. 1).

Таблиця 1. Післявузівська професійна освіта лікарів РФ з використанням системи накопичування кредитів

Форма навчання	Тривалість навчання – (аудиторні навчальні години) / кредити
Післядипломне професійне навчання	
Інтернатура	1728 / 48
Клінічна ординатура	3456 / 69
Професійна перепідготовка	504-1008 / 14-28
Безперервний професійний розвиток	
Ресертифікаційні (передатестаційні) цикли	144 / 144
Цикли тематичного удосконалення	72 - 144 / 72 – 144
Система накопичувальних кредитів (39 позицій)	144 кредити за 5 років

При цьому для підтвердження достовірності опанованої навчальної дії повинні бути представлені відповідні документи (довідки, копії опублікованих тез, статті, автореферати, сертифікати учасника тощо).

В Україні, як і за кордоном, ведуться активні роботи щодо розробки і пошуку індикаторів освіти, які були б засновані на кількісних показниках. Робочою групою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика розроблені шкали значень різних видів і форм безперервного професійного розвитку лікарів (провізорів) в період між передатестаційними циклами [2]; при цьому виділені критерії (19

позицій), за якими оцінюється медична освіта спеціаліста, здобута ним в науковій, навчальній і лікувальній галузях.

Відмічаючи важливе значення розробки кількісних індикаторів медичної освіти, доцільно при цьому відмітити ряд недостатньо висвітлених моментів. Зокрема, перед отриманням сертифіката спеціаліста кожен інтерн проходить систему тестування "Крок–3". У подальшому на фоні безперервного навчання, удосконалення фахового рівня, яке у переважної більшості медиків має вузькопрофільну направленість, вміння надавати першу медичну допомогу при невідкладних станах (клінічній смерті, шоках, гострій дихальній недостатності, комах тощо) призабувається. Тому доцільно було б протягом міжатестаційного (5-річного) періоду кожному спеціалісту обов'язково оновлювати знання й уміння зі здачею практичного мінімуму (та відповідною кредитною індикацією) з питань невідкладної допомоги.

З позицій адаптації освітніх традицій підготовки спеціаліста-анестезіолога до європейських вимог слід відмітити, що в Україні післявузівське навчання проводиться в інтернатурі і складає усього 2 роки. У Російській Федерації інтернатура з анестезіології ліквідована – підготовка лікаря здійснюється у клінічній ординатурі; згідно з європейськими традиціями, тривалість оволодіння цією спеціальністю повинна становити від 3 до 7 років. Тому назріла необхідність переглянути терміни підготовки анестезіолога в нашій країні.

Крім того, спроможність анестезіолога отримати необхідну кількість кредитів в Україні значною мірою залежить від його фінансової спроможності (підготовка на курсах інформації та стажування, тематичних та передатестаційних курсах з відривом від лікарської практики вимагає значних затрат і суттєво залежить від місця проживання і роботи лікаря – напр., міська лікарня м. Києва чи ЦРЛ глибокого Полісся). Анестезіолог з "глибинки" також має значно менші можливості прослуховувати лекції, відвідувати конференції, брати участь у телемостах, використовувати у роботі сучасну наркозно-дихальну апаратуру та впроваджувати нові технології проведення наркозів, що неминуче впливатиме на його спроможність накопичувати кредити. Разом з тим, спеціаліст з ЦРЛ часто попадає у критичну ситуацію, де його вміння, знання відіграють вирішальну роль у порятунку потерпілого (його колега з провідної клініки має змогу проконсультуватися у провідного спеціаліста та отримати відповідну підтримку). Тому при оцінці кількості набраних кредитів кожним спеціалістом доцільно враховувати й ці фактори.

Висновок. Застосування концепції кредитування в системі післявузівської підготовки – важливий механізм стимулювання безперервної професійної медичної освіти, фахового вдосконалювання та підвищення якості системи медичної допомоги населенню України, що сприятиме визнанню медичних дипломів на рівні країн – учасниць Болонського процесу.

Питання реформування національних систем післявузівської підготовки лікарів потребує великої уваги, подальшої розробки економічних, соціальних, технологічних і педагогічних задач та уніфікації медицини відповідно до європейських традицій, національних особливостей та фахової специфіки.

Література

1. Роль системы зачетных единиц в развитии непрерывного профессионального обучения врачей в рамках реализации "Программы формирования инновационного образовательного пространства Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова" / М.А. Выжигина, А.А. Бунятян, Ж.М. Сизова и соавт. // Анестезиология и реаниматология. – 2007. – № 2. – С. 8-15.

2. Визначення критеріїв якості в системі безперервного професійного розвитку лікарів та провізорів на основі концепції кредитів / Ю.В. Вороненко, А.М. Сердюк, О.П. Мінцер та ін. // Медична освіта. – 2007. – № 3. – С. 11-15.

УДК 614.253.4:371.59:37.015.3

ВИХОВНА РОБОТА ЩОДО ЗАПОБІГАННЯ АСОЦІАЛЬНІЙ ПОВЕДІНЦІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ДЕРЖАВНІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ

Г.В. Дзяк, Т.В. Святенко

Дніпропетровська державна медична академія

EDUCATIONAL WORK ON PREVENTION OF ASOCIAL BEHAVIOUR OF STUDENT YOUTH IN DNIPROPETROVSK STATE MEDICAL ACADEMY

H.V. Dzyak, T.V. Svyatenko

Dnipropetrovsk State Medical Academy

Актуальність статті обумовлена зростанням асоціальної поведінки молоді, в тому числі і студентської. Підгрунтям цього явища, крім економічної та політичної нестабільності в Україні, невпевненості у майбутньому, недостатньої соціальної та правової захищеності молоді, є низька якість правового, морального і статевого виховання, на що вказують нормативні та законодавчі акти України. В цих документах йдеться про посилення діяльності навчальних закладів, в тому числі і ВНЗ, щодо профілактики асоціальних вчинків серед молоді. В статті висвітлюється досвід роботи Дніпропетровської державної медичної академії, викладацький склад якої постійно працює у цьому напряму, шукаючи нові форми впливу на молодь і оновлюючи традиційні види виховної роботи.

Actuality of the article is conditioned by the increase of number of cases of asocial behaviour of young people, including the student one. The reasons of this phenomenon besides economic and political absence of stability in Ukraine, uncertainty in the future, in sufficiency of social and legal protection of young people are also low quality of legal, moral and sexual education, specified in the normative and legislative acts of Ukraine. In these documents the attention is paid to the strengthening of activity of educational establishments, including higher educational establishments concerning the questions of prophylaxis of asocial actions among young people. Experience of Dnipropetrovsk State Medical Academy, the teaching staff of which constantly works in this direction in search of new forms of influence on youth and renewing the traditional types of educational work is shown in the article.

Вступ. Економічна та політична нестабільність в Україні, недостатня соціальна та правова захищеність молоді, невпевненість у власному майбутньому, низька якість правового, морального і статевого виховання – все це приводить до зростання асоціальних вчинків серед молоді, в тому числі і студентської. Поважність цієї проблеми на державному рівні відображена в нормативних та законодавчих актах України [1, 2, 3]. Професорсько-викладацький склад Дніпропетровської державної медичної академії постійно працює у напряму профілактики асоціальної поведінки студентів, шукаючи нові форми впливу на молодь і оновлюючи традиційні види виховної діяльності.

Основна частина. Реформування вищої школи в Україні визначило головною стратегією державної освітньої політики персоналізацію освіти. У ДДМА основою, підгрунтям усіх заходів запобігання асоціальній поведінці студентів стало особистісно орієнтоване виховання: створення сприятливих умов для самореалізації майбутнього фахівця, розвитку усіх його здібностей, допомога в здійсненні його життєвого задуму. З цією метою в медичній академії застосовуються нижченаведені заходи:

1. Створення централізованої системи правової освіти і виховання.

2. Організація ефективної взаємодії ДДМА з правоохоронними органами.

3. Заснування у ДДМА централізованої служби охорони громадського порядку.

4. Організація психолого-соціологічної служби для виявлення особистостей студентів, які потребують корекції поведінки, надання їм психологічної допомоги, використання "телефона довіри", проведення со-

© Г.В. Дзяк, Т.В. Святенко

ціологічних досліджень для попередження негативних тенденцій у молодіжному середовищі.

5. Налагодження співпраці служби кураторів з психолого-соціологічною службою, профілактична робота – виховна, просвітницько-лекційна, адміністративна.

6. Створення у ДДМА системи виховання у молоді здорового способу життя та протидії шкідливим звичкам.

7. Підвищення ролі студентського самоврядування у формуванні соціально правильної активної громадянської позиції молоді як противаги асоціальної поведінки.

8. Сприяння діяльності різноманітних студентських творчих об'єднань, підвищення їх ролі у персоналізації виховання і протидії негативним схильностям особистості, формування студентських об'єднань національної та громадянської спрямованості.

9. Виховання у студентів почуття інтернаціоналізму, поваги та інтересу до культури і традицій інших народів як профілактика прояву екстремального націоналізму і шовінізму з боку молоді.

10. Формування любові до обраного фаху, професійної гідності, прагнення створити кар'єру як протидія асоціальним тенденціям у студентському середовищі.

11. Виховання відповідального ставлення до шлюбу та сім'ї, до збереження репродуктивного здоров'я, попередження легковажного ставлення до статевих зв'язків, організація у ДДМА клубу "Студентська сім'я" як профілактики асоціальної поведінки на сексуальному грунті.

Зміст виховної роботи, спрямованої на протидію асоціальної поведінки студентської молоді.

1. Створена у ДДМА централізована система правової освіти та виховання включає викладання правових дисциплін протягом усього навчання (що сприяє безперервному процесу накопичення знань) і грунтовну позанавчальну роботу. Координацію цієї роботи здійснює методична рада з правового виховання. Діє єдиний комплексний план заходів позанавчального правового виховання: постійна праця кураторів у групах і гуртожитках, просвітницько-лекційна правова робота гуманітарних кафедр, конференцій, "круглі столи", олімпіади з правової тематики, експозиція правової літератури у бібліотеці, рубрики у вузівській багатотиражній газеті "Пульс" та студентських виданнях та ін. У правовому навчанні і вихованні перевага віддається емоційним формам як більш ефективним, що роблять значний вплив на молодь. Так, наприклад, на заняттях з правових дисциплін використовуються такі методи навчання, як правова оцінка власних дій, інсценування, групове обговорення правових проблем, проводяться цікаві конкурси, вікторини, працює правовий гурток. Методичне підгрунтя правового виховання забезпечує семінар з правової освіти для викладачів і кураторів. Важливим компонентом правового виховання є постійна робота деканатів і ради кураторів з профілактики правопорушень. До цієї справи залучаються і батьки студентів. З метою профілактики правопорушень у гуртожитках медичної академії засновано комітет у справах гуртожитків, очолений помічником проректора з навчально-виховної роботи. До складу комітету увійшли голови студрад, куратори, адміністрація гуртожитків. У запобіганні правопорушенням ДДМА тісно співпрацює з районними, міськими та обласним центрами соціальних служб для молоді. Правова грамотність студентства є запорукою дотримання молоддю норм і правил соціальної поведінки. Крім того, у майбутнього лікаря повинна бути загальна правова культура і правова ерудиція в обраній професії. Тому правове навчання і позанавчальна правова виховна робота мають профілізацію за фахом. Відслідковування результатів правової освіти і правового виховання проводиться шляхом соціологічних досліджень: опитування, анкетування. Отримані результати показують, що молодь цікавить правова відповідальність і юридичні аспекти майбутньої професійної діяльності, можливості запобігання правовим професійним помилкам. В цілому студенти усвідомлюють, що від їх знання законів залежить їх особисте життя і кар'єра.

Досвід Дніпропетровської державної медичної академії доводить, що позанавчальна правова виховна робота має не меншу вагу, ніж набуття правових знань. Мета її – перетворити ці знання в переконання, зробити їх невід'ємною частиною особистості молодої людини.

2. В ДДМА організована достатньо ефективна взаємодія з правоохоронними органами. Зустрічі з працівниками правоохоронних органів внесені у плани виховної роботи усіх факультетів і неухильно виконуються. Працівники міліції здійснюють допомогу кураторам щодо профілактичної протидії асоціальної поведінки – надають інформацію про негативні явища в молодіжному середовищі та методи їх подолання.

Спілкування працівників правоохоронних органів із студентами має попереджувальний, роз'яснювальний характер – молодь повинна чітко уявляти міру відповідальності за свої асоціальні вчинки та неминучість їх наслідків.

3. Достатньо ефективна взаємодія з правоохоронними органами дає позитивний результат в створенні на базі медичної академії громадського формування із числа студентів для забезпечення громадського

порядку на території навчального закладу – навчальних корпусів та гуртожитків, а також під час культурних, спортивних, громадських заходів, організованих академією. Студенти-медики постійно надають допомогу міліції і органам влади у забезпеченні порядку під час масових заходів, у районі та місті у проведенні рейдів запобігання асоціальній поведінці неповнолітніх і неодноразово одержували за свою працю подяки і нагороди. Щойно таку подяку отримало громадське формування ДДМА за активну участь у профілактичному рейді "Діти вулиці" від виконкому Жовтневої районної ради.

Важко переоцінити значення участі молоді в охороні громадського порядку: окрім трудової дисципліни, особистого усвідомлення значущості гідних правил поведінки у суспільстві, практичних юридичних знань щодо боротьби з правопорушеннями, студент набуває важливого життєвого досвіду, який формує його як громадянина.

4. Однією з головних функцій психолого-соціологічної служби ДДМА є запобігання асоціальній поведінці молоді – виявлення та усування джерел, які її провокують.

Так, служба була створена вже у 1992 році на базі лабораторії психофізіологічних досліджень академії. Зміст роботи цієї служби: виявлення студентів групи ризику, які потребують психологічної допомоги, і надання її, психопрофілактика, психокорекція, психодіагностика, бесіди, тренінги, консультації, аналіз морально-психологічного клімату в академічних групах, видання методичних рекомендацій кураторам і заступникам деканів з виховної роботи. Працюють "телефони довіри" і психологічний клуб. Засідання клубу сприяють формуванню свідомості, запобіганню асоціальній поведінці молоді – зникають недовіра, агресія, песимізм. Проводяться соціологічні дослідження з метою виявлення негативних тенденцій у молодіжному середовищі для своєчасного їх попередження і внесення необхідної корекції у плани виховної роботи. У числі пріоритетних напрямів психологічного попередження асоціальної поведінки молоді є надання психологічної допомоги першокурсникам, які щойно одержали свободу від батьківської опіки.

Діяльність психолого-соціологічної служби створює науково обгрунтовану основу для виховної роботи у напрямку профілактики правопорушень та асоціальних вчинків – як у виявленні їх витоків, так і в практичних методах їх запобігання та усування.

5. Головною ланкою, яка зв'язує викладацький колектив із студентським, є куратор. Інституція кураторства пройшла випробування часом. Результати опитувань, анкетувань та інших досліджень, проведених психолого-соціологічною службою, доводяться до відома кураторів з дотриманням принципу конфіденційності, а в узагальненому вигляді видаються у вигляді методичних рекомендацій кураторам, друкуються на шпальтах багатотиражної газети академії "Пульс". Особливу увагу куратори надають першокурсникам, а також "групі ризику" (групі посиленої психологічної уваги) як імовірній загрозі асоціальної поведінки. У виховному процесі з цими категоріями студентів, у роботі по запобіганню асоціальним вчинкам і порушенням з боку молоді куратори керуються в першу чергу порадами психолого-соціологічної служби. У профілактиці правопорушень, у боротьбі з порушниками навчальної дисципліни та правил поведінки в навчальних корпусах і гуртожитках кураторство тісно співпрацює з адміністрацією і органами студентського самоврядування: індивідуальні бесіди за участю працівників деканату і батьків студентів, аналіз та обговорення скоєних дій на студентських радах, прийняття відповідних рішень (попередження, догана, відрахування, виселення з гуртожитку).

Доцільно додати, що ефективний вплив робить на порушників залучення до виховної роботи батьків.

6. Профілактика правопорушень міцно пов'язана з проблемою виховання у молоді активної протидії шкідливим звичкам і прагнення до здорового способу життя. Ця проблема – важлива частина навчальних планів багатьох кафедр. У вирішенні цього складного питання дуже велика питома вага належить позанавчальному вихованню. У медичній академії роботу в цьому напрямку очолює і координує створена комісія. В умовах, коли українське суспільство ще не усвідомило пріоритет здоров'я як найвищої індивідуальної та суспільної цінності, ми повинні переконати студента у бажанні бути здоровим. Але накази не формують переконань. Допомогти в цьому може персоналізація виховного процесу – намагатися дійти до розуму і почуттів кожного. Тільки особиста причетність, особисті переживання створюють власні цінності. З даної точки зору доцільні такі емоційні заходи, як традиційний конкурс "За здоровий спосіб життя", де студенти вирішують це питання засобами художньої самодіяльності, конкурси студентських плакатів з цієї тематики, а головне – багаторічна діяльність студентів-медиків, які грунтовно підготувались, виступають у середніх та вищих навчальних закладах міста з лекціями і бесідами щодо боротьби з наркоманією, СНІДом, шкідливими звичками. Значну допомогу в роз'яснювальній та профілактичній роботі надають державні установи, а також Центр соціальних служб для молоді, Центр здоров'я, правоохоронні органи. У масш-

табі області, міста, району організуються масові акції за здоровий спосіб життя: Дні фізичної культури, Дні здоров'я, спортивні змагання і олімпіади, а також цикли лекцій, науково-практичні конференції. До зустріч із студентами залучаються наркологи, психіатри, священики, працівники практичних підрозділів ОВС, організуються відеолекторії з демонстрацією фільмів. Фізична культура і спорт завжди були надійними важелями у боротьбі з шкідливими звичками і правопорушеннями як їх наслідками. В ДДМА головний наголос робиться на оздоровчу спрямованість спортивно-масової роботи, посилення вимог до її індивідуалізації, до роботи з фізичного виховання у гуртожитках академії, де облаштовані спортивні кімнати і проводяться спортивні змагання.

7. Студентське самоврядування допомагає перенести акцент у виховній роботі на молодь, на її самосвідомість та самовиховання – саме їм належить ведуча роль в усіх заходах запобігання асоціальній поведінці і цьому є безліч прикладів. Студентське самоврядування активно сприяє поліпшенню правового виховання: студентська рада ДДМА самостійно проводить соціологічні дослідження з метою з'ясування імовірних причин, викликаючи асоціальну поведінку молоді, лідери студентського самоврядування беруть участь і мають ухвальний голос на оперативних нарадах у ректора, засіданнях ректорату і деканатів, присвячених протидії та боротьбі з правопорушеннями, не кажучи вже про старостати, засідання студентської ради академії і студрад гуртожитків. Студентське самоврядування ДДМА – ініціатор і виконавець важливих суспільних акцій, що чимало допомагає вихованню у молоді соціально правильної активної громадянської позиції – важливої умови запобігання асоціальній поведінці. Як вже згадано вище, медики брали активну участь в акціях "Діти вулиці", не менш значущим є волонтерський студентський благодійний рух, в межах якого було зроблено і робиться багато добрих справ. Студенти ДДМА допомагають знедоленим дітям, ветеранам, інвалідам, опікуються батьками дітей з церебральним паралічем. Все це прищеплює почуття емпатії, бажання допомогти тим, кому це потрібно, виховує відповідальність за суспільні питання і виключає можливість асоціальної поведінки.

8. Ще одним важливим видом студентського самоврядування в ДДМА стали студентські об'єднання "за інтересами" – професійні, суспільні, правові, краєзнавчі, художньо-творчі, національної та інтернаціональної спрямованості та ін. Вони надають студенту можливості вибору різноманітної творчої діяльності і реалізації власних здібностей, талантів, уподобань. Більшість студентських об'єднань створено за ініціативою молоді при активній підтримці викладачів. Ці клубні форми роботи несуть значне навантаження у виховному процесі і виправдали себе як ефективний метод індивідуалізації виховання. Доведено, що близько 50% спонукальних мотивів асоціальної поведінки молоді – це бездіяльність, відсутність захоплення та інтересів [3]. У Концепції національного виховання підкреслюється, що розвиток індивідуальних здібностей і талантів молоді, забезпечення умов їх самореалізації є пріоритетним напрямом виховної роботи. Тому підтримка організації та діяльності різноманітних творчих об'єднань – оптимальний за змістом і формою метод профілактики правопорушень та асоціальних вчинків серед студентства.

9. Неодноразові анкетування та опитування, проведені у ДДМА, а також диспути, "круглі столи", студентські тематичні конференції показують, що сучасна студентська молодь України прагне світової інтеграції і одночасно вони свідчать про формування у молоді, незалежно від національності, рис громадянина України, любові до своєї нації, до своєї Батьківщини. Національна ідея – стрижень навчально-виховного процесу української вищої школи взагалі і медичної академії зокрема. У вихованні національної свідомості студентів беруть участь усі кафедри ДДМА, створено історично-культурний центр козацтва, студентський музей народного побуту, кабінет українознавства. Національне виховання йде разом з інтернаціональним – формуванням поваги та інтересу до культури і традицій інших народів. Цьому чимало допомагає наявність в академії факультету іноземних студентів. Викладацький колектив ДДМА всебічно сприяє організації спільних заходів іноземців разом з вітчизняною молоддю, залучає їх до участі в усіх студентських творчих об'єднаннях, прагнуть зародити любов та інтерес до України. Взаємообмін культурними цінностями та взаємоповага формує симпатії як надійну перешкоду проявам екстремального націоналізму і шовінізму з боку молоді.

10. Професійне виховання має і міцний зв'язок з запобіганням асоціальній поведінці молоді. Воно викликає любов до обраного фаху, бажання стати професіоналом у своїй справі, зробити кар'єру і забезпечити добробут для себе та своєї сім'ї. Викладачі доводять до свідомості молоді, що всі ці якості і умови несумісні з правопорушеннями і асоціальними вчинками. Викладачі розглядають не тільки актуальні напрямки наукових досліджень, а і умови використання здобутих знань на ринку праці в Україні.

11. Загрозливе поширення серед молоді СНІДу та інших інфекцій, що передаються статевим шляхом, зростання асоціальних вчинків на сексуальному грунті серед людей віком від 15 до 29 років [3] мають у своїй основі такі фактори, як легковажне ставлення молоді до статевих зв'язків, девальвація сімейних цінностей, негативний вплив поширення "цивільного шлюбу", який звільнює від відповідальності за партнера і за можливих дітей. Навчання у вузі є не тільки часом набуття спеціальності. Часто у студентські роки відбувається створення власної сім'ї, тому ця проблема у медичній академії є частиною навчальних планів багатьох кафедр і вагомим та значущим розділом комплексного плану позанавчальної виховної роботи. У 1997 році в академії було створено клуб "Студентська сім'я", членами і відвідувачами якого стають не тільки сімейні, але і неодружені студенти. Сімейний клуб ДДМА і досі залишається одним з найкращих серед подібних клубів у вузах області. Перед молоддю виступають психологи, лікарі, економісти, юристи. Вся ця робота здійснюється в основному силами колективу медичної академії, але існує міцна співпраця і з Центром соціальних служб для молоді та Центром планування сім'ї. Вся ця робота виховує серйозне ставлення до шлюбу, сім'ї, батьківства, свого репродуктивного здоров'я і попереджує легковажність і асоціальну поведінку в статевих відношеннях.

Висновок. Створена у ДДМА система правової освіти та виховання охоплює увесь термін навчання і складається з безперервного накопичення знань шляхом викладання правових дисциплін і грунтовної позанавчальної роботи, яка має не меншу вагу, бо мета її – перетворити правові знання в переконання та зробити їх невід'ємною частиною особистості молодої людини. Взаємодія медичної академії з правоохоронними органами має не епізодичний, а постійний характер і внесена у комплексний план роботи з правової освіти і виховання. Вона має попереджувальний, роз'яснювальний зміст – молодь повинна чітко уявляти міру відповідальності за свої вчинки та неминучість їх наслідків. Значну роль у правовій виховній роботі грає організація і плідна діяльність створеного у ДДМА із числа студентів громадського формування для забезпечення суспільного порядку: крім трудової дисципліни, особистого усвідомлення значущості гідних правил поведінки, практичних, юридичних знань студент набуває важливого життєвого досвіду, який формує його як громадянина. Велике навантаження щодо запобігання асоціальній поведінці молоді несе психолого-соціологічна служба ДДМА: виявлення та усування джерел, які її провокують. Особлива увага надається першокурсникам, які щойно позбавились батьківської опіки. Працює "телефон довіри" та студентський психологічний клуб. Результати психолого-соціологічних досліджень доводяться до відома кураторів і деканатів з дотриманням принципу конфіденційності, в узагальненому вигляді видаються методичні рекомендації, друкуються в багатотиражній газеті академії. Профілактиці правопорушень допомагає у ДДМА система виховання у молоді здорового способу життя та протидії шкідливим звичкам. Це питання входить в навчальні плани багатьох кафедр. Ураховуючи, що тільки особиста причетність, особисті переживання створюють власні цінності, в позанавчальній виховній роботі перевага надається таким емоційним заходам, як традиційний конкурс "За здоровий спосіб життя", де молодь вирішує проблему засобами художньої самодіяльності, конкурси студентських плакатів з цієї тематики, а головне, багаторічна діяльність студентів-медиків, які грунтовно підготувавшись, виступають у середніх та вищих навчальних закладах міста з лекціями і бесідами щодо боротьби з наркоманією, СНІДом, шкідливими звичками. В спортивно-масовій роботі академії робиться наголос на її оздоровчий характер, індивідуалізацію, спортивну роботу у гуртожитках. Студентське самоврядування ДДМА також активно сприяє правовому вихованню: студентська рада академії самостійно проводить соціологічні дослідження з метою з'ясування імовірних причин, що викликають асоціальну поведінку, результати обговорюються на їх засіданнях та на засіданнях студрад гуртожитків. Студентські лідери беруть участь і мають ухвальний голос на оперативних нарадах ректора, на засіданнях ректорату, деканатів, присвячених вказаній проблемі, на старостатах. Важко переоцінити значення студентського самоврядування у формуванні соціально правильної активної громадянської позиції молоді як противаги асоціальної поведінки. Студентське самоврядування ДДМА – ініціатор і виконавець важливих суспільних акцій, в тому числі благодійного волонтерського руху, в межах якого зроблено і робиться чимало добрих справ. Все це прищеплює відповідальність за суспільні питання, бажання допомогти тим, кому це потрібно, і виключає можливість асоціальної поведінки. Доведено, що близько 50% спонукальних мотивів асоціальної поведінки молоді – це бездіяльність, відсутність захоплення та інтересів. Тому підтримка адміністрацією, кураторами і викладачами студентства академії в організації та діяльності молодіжних об'єднань "за інтересами" – це оптимальний за змістом і формою метод профілактики правопорушень та асоціальних вчинків. Національне виховання йде разом з інтернаціональним – формування поваги та інтересу до культури і традицій інших народів, чому сприяє наявність іноземного фа-

культету. Взаємообмін культурними цінностями та взаємоповага створює симпатії як надійну перешкоду проявам екстремального націоналізму і шовінізму з боку молоді. Професійне виховання викликає любов до обраного фаху, бажання стати професіоналом у своїй справі, зробити кар'єру і забезпечити добробут для себе і сім'ї. Куратори і викладачі доводять до свідомості молоді, що всі ці якості і умови несумісні з правопорушеннями і асоціальними вчинками. Загрозливе поширення серед молоді СНІДу та інших венеричних хвороб, зростання асоціальних вчинків на сексуальному грунті гостро ставить проблему статевого виховання. Ця проблема у медичній академії є частиною навчальних планів багатьох кафедр і вагомим розділом комплексного плану позанавчальної роботи: організовано клуб "Студентська сім'я", членами і відвідувачами якого стають не тільки сімейні, але і неодружені студенти. Перед молоддю виступають психологи, лікарі, економісти, юристи. Вся ця робота здійснюється в основному силами колективу ДДМА, але існує міцна співпраця з Центром соціальних служб для молоді та Центром планування сім'ї.

Треба підкреслити, що, незважаючи на позитивні результати, виховна робота із запобігання асоціальній поведінці молоді потребує ще багато зусиль та нових підходів.

Література

1. Про затвердження Комплексної програми профілактики правопорушень на 2007-2009 роки: Постанова Кабінету Міністрів України № 1767 від 20.12.2006 року.

2. Про заходи Міністерства освіти і науки України на виконання Комплексної профілактики злочинності на 2007-2009 роки: Наказ Міністерства освіти і науки України № 27 від 20.01.2007 року.

3. Діяльність вищих навчальних закладів щодо профілактики асоціальної поведінки серед студентської молоді: Інструктивно-методичний лист Міністерства освіти і науки України № 14/18.2-1180 від 30.07.2001 року.

УДК 796.011.3

РУХОВА АКТИВНІСТЬ – НЕВІД'ЄМНИЙ ВАЖЛИВИЙ КОМПОНЕНТ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС НАВЧАННЯ У ВИЩОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ

І.Р. Мисула, В.Б. Коваль, А.О. Голяченко, Л.О. Вакуленко, Т.Г. Бакалюк, Л.В. Левицька, О.М. Лавріненко, М.Г. Безродний, Н.П. Бобеляк, В.Г. Левенець

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

PHYSICAL ACTIVITY IS A NECESSARY COMPONENT OF HEALTH DURING STUDIES AT HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENT

I.R. Mysula, V.B. Koval, A.O. Holyachenko, L.O. Vakulenko, T.H. Bakalyuk, L.V. Levytska, O.M. Lavrinenko, M.H. Bezrodny, N.P. Bobelyak, V.H. Levenets

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті дано інформацію про захворюваність студентів ВНЗ за останні роки; аргументовано доцільність використання занять з фізичного виховання з метою оздоровлення студентів та профілактики захворювань.

The information concerning morbidity of students of higher educational establishments during the last years is given in the article. The expediency of use of physical training lessons with the purpose of students' health maintaining and prophylaxis of diseases, is proved.

© І.Р. Мисула, В.Б. Коваль, А.О. Голяченко та ін.

Вступ. В сучасних умовах всебічний і гармонійний розвиток молодої людини стає не тільки бажаним, але й життєво необхідним. Одним з факторів, котрий впливає на стан здоров'я, є активно-спортивний спосіб життя, що має особливе значення для людей молодого віку. Тому заняття фізкультурою і спортом вже не є самоціллю. Вони стають каталізатором життєвої активності, умовою і невід'ємною частиною повноцінного життя. Різні види людської діяльності вимагають здоров'я [1, 5]. Немає фізичної тренованості – немає повноцінного працівника. Дбайливе ставлення до власного здоров'я, як найважливішої загальнолюдської цінності, повинно виступати основною мотивацією до занять фізичними вправами і спортом.

Протягом тривалого часу вищий навчальний заклад постає єдиною системою цілеспрямованого впливу на молоде покоління; тільки він може допомогти вирішити проблеми значної розповсюдженості хронічних захворювань і забезпечення високого рівня здоров'я. Лише тут можливе створення та підтримка середовища, яке сприятиме меті, цінностям, принципам і стратегіям посилення спроможності індивіда та громади здійснювати контроль за факторами, що визначають їх здоров'я, або впливають на нього. Отже, формування здоров'я студента постає невід'ємною складовою частиною сучасного навчального закладу [6].

Ефективна система формування здоров'я передбачає одночасну реалізацію декількох напрямків. Один з них– забезпечення реального здоров'я шляхом підвищення рівня адаптаційних можливостей організму, здатності захищатися від негативного впливу чи максимально використовувати позитивний вплив зовнішнього чинника на здоров'я (запобігання негативним та формування позитивних ефектів) [3].

Інтенсифікація навчального процесу у вищих навчальних закладах вимагає підвищення психологічних і функціональних характеристик студентів. Доведено, що систематичні заняття фізичними вправами підвищують опірність організму до несприятливих факторів зовнішнього середовища, нервово-психічну стійкість до емоційних стресів під час навчання і сесій, підтримують на оптимальному рівні розумову працездатність [2, 4]. Проте останнім часом спостерігається зниження рухової активності молоді, що призводить до погіршення здоров'я, фізичного розвитку та функціональних можливостей.

Основна частина. Значна частина молодих людей, що навчаються у вузах, має відхилення у стані здоров'я і фізичному розвитку. В останні роки спостерігається тенденція до зниження фізичного розвитку і збільшення захворюваності студентів.

Результати медичних оглядів за 2000-2006 роки показали, що кількість студентів з відхиленнями у стані здоров'я коливалась від 2,3 до 3,9% у різні роки. Аналіз даних медичних оглядів різних вузів за цей період виявив, що кількість студентів, направлених у спеціальні медичні відділення, невпинно зростає – з 6,5 до 12,7%

Якщо прослідкувати динаміку нозологічних форм захворювань за останні 5 років, то захворювання серцево-судинної та дихальної систем зросли до 27,5%, розлади нервової системи – 27,2%, органів травлення та обміну речовин – 26,7%, порушення опорно-рухового апарату – 11,1%, очні хвороби – 7%, інші – 0,5%.

Однією з причин цього становища є те, що у багатьох вузах України для зміцнення здоров'я студентів ще не в повній мірі використовуються різні форми профілактики захворювань та не збільшується діапазон їх рухової активності шляхом систематичного виконання фізичних вправ у процесі занять фізичною культурою та спортом.

Стан активного здоров'я краще всього підтримується руховою активністю. Про це свідчать дослідження вчених і статистичні дані. Так установлено, що на сучасному етапі цивілізації на м'язову силу припадає мінімум функціонального навантаження. В середині XIX століття 96% необхідної роботи проводилось м'язовою силою людини і лише 4 % – вітрильниками, паровими машинами, водяними й вітряними млинами. У наш час м'язовою силою людини проводиться лише 1% роботи.

Уже перші дослідження особливостей навчання студентів вищих навчальних закладів установили значну стомлюючу дію її на організм молодої людини, що, як це не буде здаватися дивним, різко знижує навіть фізичну працездатність. Причому, фізіологічні і біохімічні зміни, що відбуваються при втомі від розумової праці, ліквідовуються значно повільніше, ніж після фізичної втоми, а значить, потребують тривалого і раціонального відпочинку. Якщо ж чергова розумова робота починається в той час, коли ще повністю не відновилася працездатність після попередньої, то названі зміни переходять у патологічні. Відсутність м'язової активності призводить до всіх характерних для цього стану наслідків. Порушується обмін речовин, що спричиняється до розвитку таких захворювань, як атеросклероз, обмінний поліартрит, деформуючий спондильоз та інші. Зменшується швидкість течії крові і як наслідок цього погіршується постачання тканин і органів киснем та поживними речовинами (при цьому погіршується і робота мозку). Послаблюється мускулатура. Виникають всілякі порушення постави, збільшуються

жирові відкладення і виникає реальна небезпека ожиріння, яка є вже патологічним станом.

Під час навчального дня, який триває 6-8 годин, більшість студентів перебуває в одноманітній робочій позі – сидячи. Тепер прослідкуємо, як може негативно вплинути така поза на організм людини.

Підтримують положення сидячи одні й ті самі м'язи – м'язи спини. Причому вони виконують в основному статичну роботу – найбільш важку і для самих м'язів, і для нервових клітин, що ними керують. Тривала статична робота втомлює м'язи спини, послаблюючи їх напруження. Це призводить до розтягування м'язів і розвитку сутулості.

Наступний несприятливий фактор – порушення кровообігу – неминуче при довготривалому сидячому положенні. Справа в тому, що наше серце, проштовхуючи по судинах кров, може самостійно упоратися з цим своїм обов'язком лише в тому разі, коли людина знаходиться у вертикальному положенні – стоячи. У положенні сидячи – серцю потрібна допомога в "підніманні" крові по венозних судинах із нижніх частин тіла. Цю допомогу можуть подати м'язи, або як образно висловлюються фізіологи, "м'язовий насос". Суть його в тому, що м'яз, скорочуючись, товщає і при цьому "витискує" кров із венозних судин, які прилягають до нього і пронизують його. Останні, як відомо, мають клапани, які відкриваються, пропускаючи кров, тільки в бік серця. Таким чином, не буде перебільшенням, коли скажемо, що під час фізичної роботи, яка навантажує всю мускулатуру, венозна мережа являє собою величезне єдине серце. Коли людина довго сидить, "м'язовий насос" не працює (винятком є катання на велосипеді тощо), вени переповнюються кров'ю, пересування її уповільнюється. Цьому протидіють "гладкі м'язи", що містяться в стінках судин. Однак при тривалих регулярних застоях крові вени втрачають еластичність, розтягуються, через що можуть виникнути запалення судин, кровотечі. Зокрема, багаторічна сидяча робота – одна з причин розвитку геморою (розширення вен прямої кишки).

На просування венозної крові впливає і дихання. Коли діафрагма скорочується, її купол опускається і посилює тиск у черевній порожнині. У грудній порожнині тиск тим часом зменшується і в легені "всмоктується" повітря. Різниця тисків прискорює течію крові з черевної порожнини до серця. Цьому ж сприяє і чисто механічний масажуючий вплив діафрагми на найбільшу венозну судину – ворітну вену. Чим інтенсивніше дихання (а воно залежить від фізичного навантаження і від пози тіла), тим ефективніше впливає воно на посилення венозного кровотоку. Зрозуміло, в положенні сидячи дихання неглибоке, що зумовлено і відсутністю будь-якого значного навантаження і позою. А це знову ж ніяк не допомагає усунути застійні явища.

До цього треба додати, що масажуюча дія діафрагми (амплітуда її руху становить у середньому 2-4 см), ритмічна зміна внутрішньочеревного тиску позитивно впливають і на інші органи. Стимулюється, наприклад, відтік жовчі від жовчного міхура. Звідси ясно, що сидяче положення зменшує відтік. А систематичне зменшення його може спричинитися до запалення жовчного міхура (холецистит). Давно помічено, що в людей з малорухомою сидячою роботою це захворювання зустрічається набагато частіше, ніж в інших. Спеціально проведені досліди показали, що фізичні вправи посилюють відтік жовчі у півтора-два рази.

На завершення цієї короткої характеристики положення сидячи відзначимо, що в цій позі м'язи черевної стінки розслаблені. Відсутність у даному положенні природного корсета з м'язів створює передумови для всіляких опущень (птозів) внутрішніх органів.

Висновок. Отже, тільки одного такого прикладу вже достатньо для доказу необхідності фізичного навантаження під час навчання студентів. Це завдання виконує фізична культура з її різноманітним арсеналом засобів і методів фізичного впливу на людину. Вибір їх диктується не тільки фізичною структурою навчання, але й, насамперед, функціональним станом організму студентів та їх фізичною підготовленістю.

Література

1. Експрес-скринінг рівня соматичного здоров'я населення при профілактичних оглядах: Методичні рекомендації / Г.Л. Апанасенко, Л.Н. Волгіна та ін. – Київ, 2000. – 8 с.

2. Врачебный контроль в физическом воспитании и спорте: методические рекомендации для студентов IV курса медицинского факультета / Сост.: В.С. Соколовский, Н.А. Романова, В.С. Владова, И.И. Бондарев. – Одесса: Одесс. гос. мед. ун-т, 2001. – 93 с.

3. Лыков А.А., Середенко Л.П., Добровольская Н.А. Практикум по лечебной физкультуре в терапии / Под ред. А.А. Лыкова. – Донецк: Дон. гос. мед. ун-т, 2001. – 175 с.

4. Медицинская реабилитация в артрологии / В.Н. Сокрут, В.Н. Козаков, О.В. Синяченко и др. – Донецк: ООО "Лебедь", 2000. – 377 с.

5. Мухін В.М. Фізична реабілітація. – Київ: Олімпійська література, 2000. – 423 с.

6. Полянська О.С., Тащук В.К. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник. – Чернівці: Медакадемія, 2004. – 232 с.

УДК 611:371.3

ІНТЕГРАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ – ОСНОВА ЕФЕКТИВНОСТІ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ

П.О. Неруш, О.Г. Родинський, О.В. Мозгунов, О.М. Демченко

Дніпропетровська державна медична академія

INTEGRATION OF EDUCATIONAL PROCESS IS A BASIS OF EFFECTIVENESS OF CREDIT-MODULE SYSTEM OF EDUCATION

P.O. Nerush, O.H. Rodynsky, O.V. Mozhunov, O.M. Demchenko

Dnipropetrovsk State Medical Academy

Сучасним вимогам розвитку вищої медичної освіти, особливо в аспекті її переходу на кредитно-модульну систему навчання, найбільш відповідає горизонтальна інтеграція медичних дисциплін, яка дозволяє здійснити об'єктивно-орієнтоване навчання і досягти вищого рівня міжпредметної інтеграції. Перевага горизонтальної інтеграції полягає у тому, що головним елементом такої технології навчання стають об'єкти майбутньої лікарської діяльності.

Horizontal integration of medical disciplines which allows to carry out the objectively-focused training and to reach higher level of intersubject integration, meets the modern requirements of development of higher medical education, especially in the aspect of its transition to credit-module system of training. The advantage of horizontal integration is in a fact that the main element of such technology of training become the objects of future medical activity.

Вступ. Проблема інтеграції навчального процесу у вищій медичній школі не нова. Вперше вона зазвучала ще в 60-ті роки минулого, XX сторіччя, коли гостро постали протиріччя між структурою освіти та тими вимогами, які життя пред'явило до знань людини і в зв'язку з її фахом і незалежно від її професії. Дана криза набула широкого розмаху, охопила всі галузі підготовки фахівців, в тому числі і медичних. Не винятково, що цією проблемою свого часу дуже серйозно займалася і Всесвітня організація охорони здоров'я. Ця проблема в останні роки набула актуальності в зв'язку із реформою вищої медичної освіти та переходом на нові навчальні плани підготовки фахівців у вищих медичних навчальних закладах України (з 2002 року) [1].

Визначення "інтеграції навчального процесу" не всіма розуміється однаково. В дидактичному процесі є три основні напрямки, кожен з яких по-своєму пояснює інтеграцію педагогічного процесу [1, 3, 4]. Прихильники першого напрямку розуміють інтеграцію як добре продуману і старанно відпрацьовану координацію педагогічного процесу. При цьому передбачається усунення недоцільного дублювання, побудова процесу навчання за принципом логічних узагальнень послідовності програмних дисциплін, сполучення "суміжних знань" у викладанні різних предметів. З такою позицією не можна не погодитись, але вона є дещо вузькою. Інші основу інтеграції бачать не тільки в широкій координації, але і в "комплексуванні" навчання. Згідно з цим напрямком викладання різних дисциплін повинно вестись так, щоб один викладач всіляко допомагав іншому, знання однієї дисципліни було б основою для іншої, причому окремі лекції або практичні заняття повинні стати ніби надбанням різних спеціалістів, кожний з яких в комплексному порядку передає студентам знання своєї дисципліни. Тобто такий підхід базується на спадкоємності викладання базових та клінічних дисциплін.

Основна частина. Педагогічний процес в медичному навчальному закладі підпорядкований одній меті – підготувати лікаря. А тим паче зараз, коли мова ведеться відносно підготовки лікаря загальної практики. Сприяти вирішенню цієї задачі повинні всі ланки навчання. Методи об'єднання всіх цих компонентів в одну логічну дедуктивну систему і є інтеграцією навчального процесу. Таким чином, інтеграція не може і не повинна обмежуватися лише навчальним процесом. Вона повинна охоплювати і самостійну роботу студентів. В цьому плані особливе значення набуває діяльність студентського наукового гуртка як своєрідного продовження педагогічного процесу [2].

© П.О. Неруш, О.Г. Родинський, О.В. Мозгунов, О.М. Демченко

У зв'язку з прогресуючим розвитком системного підходу щодо розуміння природи людського організму, шляхів їх діагностики та лікування, активним поверненням до давнього постулату медицини: "Лікувати не хворобу, а хворого", значно зросли вимоги щодо ефективності міждисциплінарної інтеграції [1, 4]. Був зроблений висновок про те, що сучасним вимогам більше відповідає так звана горизонтальна інтеграція, яка дозволяє здійснити об'єктивно-орієнтоване навчання і досягти вищого рівня міжпредметної інтеграції [1, 4]. Перевага горизонтальної інтеграції полягає у тому, що головним елементом такої технології навчання стають об'єкти майбутньої лікарської діяльності. Власне цілісний організм людини, його функціональні системи, органи в стані норми і патології є тими об'єктами, навколо яких повинні об'єднуватися навчальні дисципліни з метою міждисциплінарного вивчення цих систем. При цьому одночасно, системно, комплексно вивчаються окремі функціональні системи, органи в морфо-функціональному і самостійному аспектах в нормі і патології [3]. Слід підкреслити вагомість цієї проблеми. Свого часу ВООЗ була створена спеціальна робоча група для вивчення стану викладання фізіології в медичних навчальних закладах. Це питання знайшло своє відображення в низці документів ВООЗ. Зокрема, у звіті про технічну нараду Європейського регіонального бюро, де зазначалась необхідність інтеграції фізіології і біохімії з клінічними дисциплінами. Наголошувалось, що реорієнтація у викладанні фізіології могла б створити можливість для здійснення прикладного вивчення широких принципів регуляції і адаптації організму [3].

Що зроблено нами в цьому напрямку? Найбільш адекватною формою міждисциплінарної інтеграції на сьогодні є метод формування змістовних зв'язків. Це можна проілюструвати на конкретній проблемі, для прикладу, нервовій системі. Починаючи з медичної біології, далі в курсі анатомії, гістології, фізіології, біофізики та біохімії формується цілісне сприйняття даної системи через подачу на лекціях та практичних заняттях інтегрованих, загальних фактів, понять, законів, теорій з наголосом на спільні підходи в вивченні даної системи різними дисциплінами. Міждисциплінарні зв'язки можуть бути однобічними, двосторонніми та багатовекторними. При цьому зв'язки можуть бути прямими, наприклад, в процесі вивчення певної частини нервової системи, коли підводиться під неї морфо-функціональна основа (в курсі анатомії людини) [1, 3]. Зворотними, наприклад, в курсі нормальної фізіології, розглядаючи функціональну систему, можна перед або після розбору матеріалу провести вхідний тестовий контроль щодо тих знань, які студент набув з питань філо- та онтогенезу, морфологічних особливостей даної системи організму. Метод вхідного контролю нами застосовується впродовж останніх років [3, 4].

Висновок. Сучасним вимогам розвитку вищої медичної освіти, особливо в аспекті її переходу на рейки кредитно-модульної системи навчання, найбільш відповідає горизонтальна інтеграція медичних дисциплін, яка дозволяє здійснити об'єктивно-орієнтоване навчання і досягти вищого рівня міжпредметної інтеграції. Перевага горизонтальної інтеграції полягає у тому, що головним елементом такої технології навчання стають об'єкти майбутньої лікарської діяльності.

Література

1. Дзяк Г.В., Ліхолетова Н.В., Неруш П.О. Роль і місце самостійної роботи в підготовці лікаря // Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах України: Тези навчально-методичної конференції. – Луганськ, 2000. – С. 104.

2. Неруш П.О., Родинський О.Г. Виховна роль студентських наукових гуртків в підготовці фахівців // Сучасні аспекти виховного процесу у вищих навчальних закладах України: Тези доповідей міжрегіональної науково-практичної конференції. – Львів, 2000. – С. 87.

3. Шляхи стимуляції пізнавальної діяльності у іноземних студентів в практиці викладання нормальної фізіології / П.О. Неруш, Є.А. Макій, О.Г. Родинський та ін. // Медична освіта. –2002. – № 4. – С. 166-168.

4. Міждисциплінарна інтеграція як один з методів поліпшення самостійної роботи студентів на кафедрі нормальної фізіології / П.О. Неруш, Є.А. Макій, О.Г. Родинський та ін. // Тези доповідей науково-методичної конференції "Роль самостійної роботи у становленні майбутнього фахівця" (5-6 квітня 2004). – Тернопіль, 2004. – С. 100-103.

УДК 617-989:372.8

ПРОБЛЕМИ МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ І ВМІНЬ СТУДЕНТІВ З ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ ЗА ПРИНЦИПАМИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ

Я.Й. Крижановський, В.С. Кульбака, В.М. Меллін, О.М. Коваленко, В.Р. Антонів, М.М. Стець

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

PROBLEMS OF METHODICAL PROVIDING OF ESTIMATION OF STUDENTS' KNOWLEDGE AND SKILLS IN GENERAL SURGERY ACCORDING TO PRINCIPLES OF CREDIT-MODULE SYSTEM OF EDUCATION

Y.Y. Kryzhanovsky, V.S. Kulbaka, V.M. Mellin, O.M. Kovalenko, V.R. Antoniv, M.M. Stets

National Medical University by O.O. Bohomolets

У статті проаналізовано основні проблеми методичного забезпечення оцінювання знань і умінь студентів із загальної хірургії за принципами кредитно-модульної форми навчання. Зроблено висновок, що об'єктивне оцінювання знань є визначальною умовою для засвоєння програми загальної хірургії і практичних навичок.

The main problems of methodical providing of estimation of students' knowledge and skills in general surgery according to the principles of credit-module system of education have been analyzed in the article. The conclusion was made that the objective estimation of knowledge is an important condition for mastering the program in general surgery and practical skills.

Вступ. Більшість рекомендацій Консультативної комісії Європейського Союзу до дипломної медичної освіти орієнтовані на поглиблення інтеграції базових та клінічних дисциплін, на здійснення переходу від пасивного викладання до активного навчання студентів, поліпшення клінічного навчання біля ліжка хворого, оволодіння практичними навичками за рахунок збільшення спілкування і контролю викладачами самостійної роботи студентів з пацієнтами. Одним із основних завдань новітнього періоду в освіті є об'єктивне оцінювання знань і вмінь студентів вищих медичних закладів.

Основна частина. Перший досвід викладання загальної хірургії в умовах кредитно-модульної системи на другому та третьому курсах виявив ряд труднощів у виконанні вимог, критеріїв і стандартів, започаткованих Болонським процесом. Вони пов'язані з недоліком неналежної матеріально-технічної бази наглядних посібників, не адаптованих підручників, комп'ютерного забезпечення, що зменшує можливість варіювати тестовий контроль підготовки студентів до занять. Для поліпшення ефективності методів контролю і мотивації до навчання студентів була опрацьована, обговорена і прийнята на методичному засіданні кафедри рейтингова система оцінювання знань і вмінь студентів, яка рекомендована для впровадження викладачами кафедри після перших підсумків тестового контролю.

Оцінювання за рейтинговою системою ступеня підготовки студентів до практичних занять включає перевірку базових знань, тестовий контроль з теми заняття, усне опитування, знання і вміння виконувати передбачені програмою практичні навички, робочу активність біля хворих, перев'язочних, гіпсовочній, вирішення ситуаційних задач, поведінку, виконання деонтологічних принципів. Раціональна організація навчання на практичних заняттях, опитування студентів під час самостійної праці в палатах, в перев'язочних, маніпуляційних, приймальному відділенні, палатах, сприяє збільшенню часу для практичної діяльності.

Нами виявлені суттєві розбіжності в оцінюванні знань студентів, лише за підсумками тестового контролю і розв'язання ситуаційних задач, за які 95 %

© Я.Й. Крижановський, В.С. Кульбака, В.М. Меллін та ін.

третьокурсників отримали високі бали. За нашими даними, тільки 7-10 % студентів різних факультетів підтвердили результати тестового контролю після оцінювання навчання за рейтинговою системою.

На нашу думку, тести формату А дають можливість студентам, не вивчаючи тему заняття, навгад, можливо методом виключення, чи логічно міркуючи набрати необхідну кількість балів. Це підтверджено при усному опитуванні більше трьохсот студентів.

Рейтингова система оцінювання комплексної праці студентів на практичному занятті має задачу також підвищити мотивацію студентів до самостійного активного навчання, оволодіння практичними навичками, яка у студентів молодших курсів залишається низькою.

Наш досвід свідчить, що оволодіння простими практичними навичками (проби на чутливість до антибіотиків, підшкірні, внутрішньом'язові ін'єкції, зняття швів і ін.) на рівні вміння, що можливе за багаторазового повторення їх під час самостійної роботи студентів, викликає у них щире бажання розширити коло вмінь. Підвищенню мотивації для оволодіння практичними навичками у студентів молодших курсів сприяють викладачі кафедри, надаючи бажаючим можливість працювати під час ургентних чергувань в приймальному відділенні, операційних, гіпсовочній, маніпуляційних, медсестринських постах.

Об'єктивізації рейтингового оцінювання знань і вмінь студентів сприяють навчально-організаційні заходи. Розклад деканатів має передбачати, а кафедри строго притримуватись складання підсумкових модулів в тільки зазначені дні і терміни для виключення обставин, за яких студенти в один і той же день складають по 2-3 підсумкові модулі з базових дисциплін, не маючи достатньо часу для підготовки до заліку з клінічних дисциплін.

Комісійне прийняття заліку з підсумкового модуля за доглядом за хірургічними хворими підтвердило нашу думку, що число комісій, число аудиторій для підсумкового заняття має варіювати відповідно до числа груп і кількості студентів, котрі складають залік в один і той же час.

Праця комісії під час підсумкового залікового модуля в спокійній обстановці і забезпечення умов для самостійного виконання теоретичних (тести, ситуаційні задачі) і практичних (практичні навички відповідно до програми) завдань сприяють об'єктивній оцінці знань і вмінь студентів.

Ще однією важливою проблемою необхідно вважати удосконалення організації та методичного забезпечення відпрацювання пропущених занять. Найбільш повноцінне опанування матеріалу може забезпечити лише впровадження монотематичних відробок у вигляді повноцінних практичних занять. Для цього необхідно забезпечити їх своєчасність і попередній запис студентів, що можливо тільки при активній підтримці деканатів. На нашій кафедрі успішно проводяться монотематичні відробки занять. їх результати свідчать про можливість ефективного контролю підготовки студентів з тем пропущених занять на основі рейтингової системи оцінювання знань і вмінь.

Висновок. Оцінювання знань і вмінь студентів за рейтингом на всіх практичних заняттях, включаючи заліки з модулів, забезпечення умов і доброзичливих обставин для самостійної роботи студентів біля ліжка хворих, в перев'язочній, гіпсовочній, маніпуляційній під керівництвом і при допомозі викладача є визначальними умовами для засвоєння програми загальної хірургії, оволодіння практичними навичками, деонтологічними принципами, професійної чуйності і відданості пацієнтам.

Позитивні доробки багаторічного досвіду викладання загальної хірургії на кафедрах мають бути практичною базою для набуття студентами медичної професії і в сучасній кредитно-модульній навчальній системі.

УДК 378.147:612].001.76

ІННОВАЦІЇ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ КАФЕДРИ НОРМАЛЬНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ

В.І. Філімонов, Н.Г. Гончарова, Г.І. Бессараб

Запорізький державний медичний університет

EDUCATION PROCESS INNOVATIONS AT NORMAL PHYSIOLOGY DEPARTMENT

V.I. Filimonov, N.H. Honcharova, H.I. Bessarab

Zaporizhyan State Medical University

Використання Інтернет-ресурсів та електронного підручника забезпечує доступ студентів до сучасного інформаційного поля, оптимізує підготовку до практичних занять, розкриває переваги втілення інтенсивних технологій у навчальний процес.

The use of Internet-resources and electronic textbook provides the students' access to modern informative field, optimizes the preparation to practical lessons, shows the advantages of embodiment of intensive technologies into educational process.

Вступ. Сучасні умови вищої освіти, ініційовані входженням України в освітньо-науковий європейський простір, передбачають перехід на гнучкі моделі організації педагогічного процесу, який максимально мотивований та більше спрямований на студента. Ідеї особистісно орієнтованих технологій найбільш вдало віддзеркалено в започаткованій Європою новітній технології навчання, такій як кредитно-модульна система. Використання у навчальному процесі модульної технології підвищує пізнавальну активність та самостійність студентів при вирішенні навчальних завдань, забезпечує індивідуальний підхід у навчанні, розвиток професійного інтересу та мотивації, сприяє ефективному формуванню практичних навичок та умінь, відкриває нові підходи до поступового підвищення рівня якості знань [1].

Не залишилися осторонь від шляху інновації навчання і вищі навчальні заклади медичного профілю, для яких якісність підготовки конкурентоспроможного фахівця з розвинутим професійним вмінням та мисленням є головним та відповідальним завданням [2].

Завжди під інноваційним підходом у навчанні припускалося навчання, орієнтоване на створення готовності особистості до змін у суспільстві за рахунок розвитку здібності до творчості і співробітництва з іншими людьми, при цьому суспільство інформаційних технологій або постіндустріальне суспільство завжди зацікавлене в тому, щоб його громадяни були здатні самостійно та активно діяти, приймати рішення, адаптуватися до постійних змін в умовах життя і праці [3].

Відомі і класичні шляхи для вирішення цих завдань: заохочування кожного студента до активної пізнавальної діяльності; застосування отриманих знань на практиці; спільна праця при вирішенні різноманітних проблем; широке спілкування з однолітками інших ВНЗ, регіонів та країн; вільний доступ до необхідної інформації з метою формування особистої, незалежної, але аргументованої думки; постійне випробування своїх інтелектуальних, фізичних та моральних сил для вирішення проблем, що виникають [4]. Між тим сучасний інформаційний вибух в науково-освітньому просторі диктує свої умови для коректування технологій навчання.

Закономірно виникають питання: по-перше, щодо втілення технологій модернізації в медичну систему освіти; по-друге, щодо особливостей викладання та навчання з використанням новітніх інформаційних та комунікаційних технологій (ІКТ), з огляду на традиційну підготовку медичного працівника, завжди базовану на науково-доказовому наочному підході, за рахунок детального формування питання, що дискутується, ретельного пошуку доказів, оцінці вірогідності доказів та їх відповідності темі, пошуку методів засвоєння практичних навичок, інтегруванню різних джерел інформації [5].

Виникла також необхідність проаналізувати особливості новітньої "технології освіти в глобальній інфор-

© В.І. Філімонов, Н.Г. Гончарова, Г.І. Бессараб

маційній спільноті" (ТОГІС) та "технології навчання в співпраці" (ТНС) та їх доцільність щодо широкого впровадження в технологію навчання майбутніх лікарів.

Основна частина. Поява ІКТ змінила звичний процес спілкування між викладачем та студентом та принципово поміняла їхні рольові позиції, коли інтерпретатором знань стає студент, а викладач лише виконує функції координатора навчальної інформації, перш за все, на правах консультанта. Він спрямовує роботу пізнавальних процесів студента, опікується професійним зростанням та становленням майбутнього фахівця, формуючи інший спосіб мислення, інтелекту, відносин. Ми поділяємо точку зору авторів, які акцентують увагу медичних освітян на "випереджуюче навчання", яке готує студентів до стрімких змін в навколишньому світі [6]. В останні роки все частіше традиційні педагогічні технології в навчанні змінюються в напрямку до інформаційних. Дистанційне навчання дозволяє людині в нових соціально-економічних умовах стати широко освіченим фахівцем, здібним до швидкої перебудови своєї діяльності в контексті змін на ринку праці.

Розповсюдження ІКТ в освітньому процесі медичного ВНЗ обумовили появу глобальної задачі і перед викладачем, щодо прийняття і розвитку культури неперервного навчання протягом всього педагогічного життя. Нові технології змінюють рамки традиційного освітнього процесу, а освіта не може більше значитися тривалою традицією, якої необхідно додержуватися лише на ранньому етапі життя. Використання ІКТ веде до зруйнування вікових, часових та просторових бар'єрів і дає кожному змогу навчатися все життя, і справа не тільки в наявності такого бажання, але і в його необхідності. Нам імпонує вираз С. Ермана: "Найбільше значення має не тільки те, що учень використовує нові технології, але й те, як це використання сприяє підвищенню його освіти", тобто незважаючи на оптимізацію процесу навчання не слід не звертати увагу на прояви елементів харизми особистості.

Інноваційні процеси у вищій професійній медичній школі відбиваються як на теорії, так і на методиці викладання різних предметів, в тому числі і нормальної фізіології. Характерною відмінністю сучасного навчального процесу є інформатизація освіти, коли інформаційне середовище стає невичерпаним джерелом діяльності студента. З часом в умовах інформаційного суспільства при формуванні фахівця виникають проблеми суперечності між темпом приросту інформації і обмеженими можливостями особистості щодо її засвоєння і утримання. З особистого досвіду, перспективним в розв'язанні цих суперечностей можуть бути лише інформаційні технології в якості нового освітнього простору, який з точки зору [5] відрізняється від традиційного тим, що особистість в ньому є актуальним джерелом особистого навчання і розвитку.

Привабливим у цьому плані може бути застосування технології ТОГІС, запропонованої В.В. Гузєєвим (2004), яка передбачає побудування навчального процесу, в якому студентові для освоєння пропонується не набір готової інформації, а моделюється його діяльність по усвідомленому пошуку, відбору та аналізу. [4] Достатньо розширився і список джерел інформації, де поряд із традиційними виданнями використовуються Інтернет-ресурси.

Наприклад, при вивченні англомовними студентами тематичного модуля "Вступ до фізіології. Фізіологія збудливих тканин", яка має конкретні цілі: 1) навчитися пояснювати фізіологічні основи методів дослідження функцій організму в експерименті на тваринах та при дослідженні функцій у людини при різних фізіологічних станах; 2) вміти пояснювати механізми розвитку потенціалу спокою і потенціалу дії у нервових і м'язових волокнах й інтерпретувати їх параметри і т. п., ми орієнтували увагу студентів на навчальний сайт "Internet Archive: Details: Experiments in the Revival of Organisms", відповідні електронні адреси з тематичною навчальною інформацією, такі як http://www.lib.mcg.edu/edu/eshuphysio/program/index/index1.htm та інші, що в повній мірі відповідають інформаційній потребі. Використання комп'ютерних технологій та Інтернет-ресурсів в системі навчання студентів-медиків дає перевагу займатися професійним саморозвитком в зручний для них час, порівняно з традиційних класом "за розкладом". Кожний самостійно визначає для себе місце, тему роботи, що взагалі не впливає на звичайний ритм життя. З цієї позиції ми акцентуємо увагу на переваги широкого використання віртуальних підручників та лекційного матеріалу на сайті віртуальної бібліотеки.

Створення будь-якого підручника та підготовка його до друку завжди забирає певний та достатньо довгий термін часу, за який, на жаль, деяка інформація, з огляду на швидкий рух всесвітньої науки вперед, втрачає позиції сучасності, а іноді потребує повного перегляду, переробки застарілих "класичних" поглядів та вдосконалення навчально-інформаційного матеріалу, бо тільки за таких умов слід чекати поліпшення якості підготовки високопрофесійних фахівців-медиків.

На кафедрі нормальної фізіології ЗДМУ вже три роки використовується електронний варіант англомовного підручника з предмета та повний курс лекцій. До ство-

рення віртуального носія спонукала не тільки недостатня кількість його паперового аналога, скільки переваги, які дає навчальному процесу використання нових комп'ютерних технологій. По перше, це стовідсоткове забезпечення усіх студентів повноцінним інформаційним матеріалом. По друге, широка доступність до електронного підручника студентського загалу, як у мережі віртуальної університетської бібліотеки, так і в рамках персонального користувача. Це особливо цікаво, з огляду на те, що близько 90% студентів (у тому числі і іноземних), за даними опитування кафедри, мають доступ до персонального комп'ютера і певним чином ним користуються. По третє, такий підхід відкриває можливість мобільних змін гіпертексту, що дає змогу не тільки до проведення своєчасного, творчого коректування поданого текстового матеріалу, але й до обновлення кольорових малюнків, графіків, діаграм, фотографій, схем контурів регулювання органів і систем (в оптимальному варіанті – з озвученою анімацією), тощо. По четверте, дешевизна віртуального підручника, який не потребує дорогого поліграфічного оздоблення, "не псується" при довготривалому використанні, на відміну від паперового носія, хоча і є його електронним аналогом.

Щодо питання "технології навчання в співпраці" (ТНС), то головною ідеєю ТНС є "навчання разом". Технологія освіти в "малих групах" отримала розвиток у Великобританії, Німеччині, Канаді, Японії та Ізраїлі, а в останній рік прийшла і в Росію [4]. Успіх усієї групи, за поданою технологією, може бути досягнутий лише внаслідок самостійної роботи кожної людини, яка навчається у цій групі. Мета визначеного підходу грунтується на пізнаванні знань разом, щоб кожен учасник команди оволодів необхідним теоретичним матеріалом, сформував необхідні навички і щоб досягнення одного контролював кожний учасник команди. З досвіду роботи з іноземними студентами, такий підхід ще більше стимулює особистість до активної самостійної повноцінної праці, розвиває в ній почуття відповідальності перед малим колективом, тренує перед майбутньою роботою в реальному професійному колективі з реальними пацієнтами.

Висновок. Використання новітніх технологій ТНС, ТОГІС та ІКТ в медичній освіті відкриває перспективи підвищення ефективності навчального процесу, рівня інформованості та підготовки студентів, систематизації знань, індивідуалізації навчання, оволодіння сучасними комп'ютерними технологіями роботи, грамотності при праці з різними інформаційними джерелами і є необхідною умовою для подальшого зростання професійних якостей майбутнього фахівця.

Література

1. Гриценко Л.А., Готовцева И.П. Модульный подход в обучении при проведении практических занятий по физиологии растений // Матеріали 9-го Всеросійського симпозіуму "Викладання фізіології і біохімії рослин". – М., 2007. – С. 461-463.

2. Мороз І.В. Створення програм засобів діагностики якості освіти // Початкова школа. – 2004. – № 2. – С. 55-58.

3. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах. – Київ, 2006. – 80 с.

4. Новаковская Т.В. Инновации в образовательном процессе биологии // Матеріали 9-го Всеросійського симпозіуму "Викладання фізіології і біохімії рослин". – М., 2007. – С. 482-483.

5. Государственный образовательный стандарт обучения по специальности "Врач общей практики". – М., 2005.

6. Елисеев Ю.Ю., Аброськина О.В. Инновационные технологи в образовательном процессе медицинского вуза. – http://www.naukapro.ru/ot2006/1_057.htm

УДК 378.147.096.018.46:615.31/.34

ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОКІНЕТИКИ ПРОВІЗОРАМ-ІНТЕРНАМ НА ФАКУЛЬТЕТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

І.М. Білай, В.І. Дарій, О.А. Крапівной, В.О. Демченко, Н.В. Кандибей, Ю.Г. Резніченко

Запорізький державний медичний університет

CLINICAL PHAPMACOKINETICS TEACHING TO PHARMACISTS-INTERNS AT FACULTY OF POST-GRADUATE EDUCATION

I.M. Bilay, V.I. Dariy, O.A. Krapivnoy, V.O. Demchenko, N.V. Kandybey, Yu.H. Reznichenko

Zaporizhyan State Medical University

В роботі розглянуті основні принципи проведення практичних занять з клінічної фармакокінетики для провізорів-інтернів на факультеті післядипломної освіти. Приділена увага цільовим видам діяльності, контролю вихідного рівня знань, необхідного, щоб засвоїти матеріал поточного заняття, формуванню вмінь самостійно користуватися основними фармакокінетичними характеристиками лікарських засобів та використанню результатів проведених досліджень для корекції режиму дозування.

The main principles of practical classes in clinical pharmacokinetics for pharmacists-interns at the faculty of post-graduate education are considered in this work. The attention is paid to the aiming forms of activities, to final knowledge level control, which is necessary for mastering the current lesson material, to the forming of skills of independent application of drugs basic pharmacokinetics characteristics and using of conducted research results for dosage correction.

Вступ. Фармакокінетика вивчає процеси надходження, розподілу, біотрансформації та екскреції лікарських засобів в організмі хворої людини. Іншими словами, фармакокінетика дозволяє оцінити динаміку концентрації лікарського засобу в організмі. Основним завданням фармакокінетики є виявлення зв'язків між концентрацією лікарського засобу та його метаболіту в рідинах і тканинах та фармакодинамічним ефектом [1, 5, 6].

На підставі даних про фармакокінетику того чи іншого препарату визначають дозування, оптимальний шлях уведення, режим застосування препарату та тривалість лікування. Регулярний контроль вмісту лікарських засобів в біологічних рідинах дозволяє своєчасно корегувати лікування [1].

Знання основних засад фармакокінетики, вміння використовувати їх практично набувають особливої цінності в тих випадках, коли незрозумілі причини неефективності лікування або поганої переносимості хворим лікарського препарату, а також в лікуванні хворих, що страждають від захворювання печінки та нирок, за одночасного застосування декількох лікарських засобів [2, 3, 4].

Знання основних етапів фармакокінетики та чітке уявлення обставин, що визначають рух ліків в організмі конкретного пацієнта (лікарські форми препаратів, їхні шляхи уведення до організму людини, особливості всмоктування з місць уведення, особливості розподілу у ньому, а також особливості метаболізму і виведення ліків та їхніх метаболітів за його межі), дозволяє клінічним провізорам призначати лікарські засоби так, як це потрібно для вирішення завдань фармакотерапії.

Основна частина. У зв'язку з цим метою заняття є вивчити провізорів-інтернів на етапі післядипломної освіти загальних засад аналізу результатів проведення раціональної фармакотерапії на основі вивчення фармакокінетичних параметрів для їхнього подальшого застосування при вирішенні питань клінічної фармакології.

Цільовими видами діяльності провізорів-інтернів є:

– навчитися використовувати основні фармакокінетичні процеси абсорбції, розподілу, біотрансформації, екскреції та взаємодії лікарських препаратів залежно від стану функціональних систем організму хворого;

© І.М. Білай, В.І. Дарій, О.А. Крапівной та ін.

– вміти розраховувати основні фармакокінетичні параметри та використовувати їх для корекції режиму дозування лікарських засобів.

Ілюструючи наочно актуальність даної тематики, викладач пропонує провізорам-інтернам розв'язати ситуаційне завдання, що демонструє, як неправильний облік конкретних особливостей фармакокінетики лікарських препаратів у даного хворого може призвести до зниження якості фармакотерапії, що проводиться, та до появи побічних ефектів. Важливість практичного заняття з клінічної фармакокінетики може бути проілюстрована також за допомогою таблиць, що демонструють зміни фармакокінетичних параметрів за різних патологічних станів та акцентують увагу провізорів-інтернів щодо наявності серед ряду лікарських засобів однієї групи виражених відмінностей біоритмів та часових фармакокінетичних параметрів.

Контроль готовності провізорів-інтернів до засвоєння вмінь поточного заняття проводиться у звичайній формі з використанням теоретичних питань, ситуаційних задач, які повинні охоплювати клінічні ситуації, що забезпечує вихідний рівень знань з теми, що вивчається.

По завершенню цього етапу провізори-інтерни повинні чітко уявляти такі фармакокінетичні параметри, що характеризують:

– надходження лікарського препарату до системного кровообігу (всисання, розподіл, біодоступність, біоеквівалентність, ефект першого проходження);

– розподіл лікарського засобу в організмі (початковий, справжній та уявний об'єм розподілу);

– метаболізм та виведення ліку (елімінація, кліренс та його різновиди: сумарний, нирковий, печінковий та інші);

– період напіввиведення лікарського засобу з плазми, напівперіод "біологічного життя", елімінації та напіввиведення речовини з організму, коефіцієнт (квота) елімінації.

У процесі цього етапу заняття необхідно звернути увагу провізорів-інтернів щодо можливостей використання тих чи інших фармакокінетичних параметрів задля корекції режиму дозування лікарського засобу. Тому необхідно підкреслити, що ці параметри можна використати для визначення:

– першопочаткової дози лікарського засобу;

– підтримуючої дози лікарського засобу та її корегування;

– часу досягнення рівноважної концентрації ліку;

– часу повної елімінації препарату з організму.

Наступним етапом цього практичного заняття є формування вміння самостійно користуватися основними фармакокінетичними характеристиками лікарських засобів та використовувати результати проведених досліджень задля корекції режиму дозування. При цьому, рахуючись з особливостями тематики, що вивчається, необхідно:

1. Навчити провізорів-інтернів найпростіших математичних розрахунків фармакокінетичних параметрів на основі отриманих даних про концентрацію лікарських засобів в плазмі крові. Це здійснюється шляхом проведення розрахунків у конкретних хворих при експертній оцінці історії хвороби.

2. Проводиться експертна оцінка історії хвороби з метою відповіді на такі питання: а) чи то є правильним призначення лікарського засобу даному хворому по відношенню до прийому страви; б) чи то є потрібно збільшувати або зменшувати дозу, кратність уведення лікарського засобу у даного хворого з визначеною патологією шлунково-кишкового тракту; в) чи то є необхідним змінювати дозу, кратність введення препарату, зважаючи на наявність у хворого гіпопротеїнемії, диспротеїнемії, порушення екскреторної функції нирок, печінки, віку понад 76 років.

Аналізуючи з історії хвороби режим дозування лікарського засобу конкретного хворого, провізор-інтерн може дати витяг відносно відповідності режиму особливостям фармакокінетики лікарського засобу. Ураховуючи складність питань приватної клінічної фармакології конкретних препаратів, провізори-інтерни повинні користуватися відповідним довідниковим матеріалом.

3. Групі провізорів-інтернів у 2-3 персони проводити вивчення вмісту теофіліну та антипірину на фотоелектроколориметрі з подальшим розрахунком основних фармакокінетичних параметрів.

По закінченню практичного етапу заняття у провізорів-інтернів повинне бути сформоване уявлення про те, як використовуються фармакокінетичні параметри та характеристики лікарського засобу щодо вибору найбільш раціонального шляху уведення, навантажувальної та підтримувальної доз, кратності призначення лікарського засобу. Отримані дані провізори-інтерни подають у протокольному зошитові та доповідають наприкінці заняття. Роль викладача на цьому етапі полягає в корекції методики дослідження, роз'ясненні незрозумілих питань.

В ході заключного етапу заняття провізори-інтерни оформлюють самостійну роботу у вигляді таблиць та завдань, розв'язують ситуаційні завдання та проводять корекцію листків призначень залежно від конкретної клінічної ситуації з урахуванням фармакокінетичних параметрів використовуваних лікарських

засобів з наступним вибором дозувань, режиму та кратності дозування, а також корекцією доз при порушенні функції нирок та печінки, коморбідній патології (серцева недостатність, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, бронхіальна астма та ін.).

Висновок. Таким чином, вивчення провізорами-інтернами засад аналізу фармакокінетики лікарських засобів необхідне для використання чи вирішення питань проведення раціональної та безпечної фармакотерапії. При цьому звертається увага на цільові види діяльності провізорів-інтернів, контроль готовності їх до засвоєння поточного заняття, а також формування вміння самостійно користуватися основними фармакокінетичними характеристиками лікарських засобів та використовувати результати проведених досліджень задля корекції режиму дозування.

Література

1. Белоусов Ю.Б., Гуревич К.Г. Клиническая фармакокинетика. Практическое дозирование лекарств // Спец. выпуск серии "Рациональная фармакотерапия". – М.: Литера, 2005. – 288 с.
2. Кивман Г.Я., Рудзит Э.А., Яковлев В.П. Фармакокинетика химиотерапевтических препаратов. – М.: Медицина, 1982. – 255 с.
3. Клінічна фармакологія: Підручник / О.М. Біловол, О.Ф. Возіанов, І.К. Латогуз та ін. – К.: Здоров'я, 2005. – Т. 1. – 608 с.; Т. 2. – 684 с.
4. Лакин К.М., Крылов Ю.Ф. Биотрансформация лекарственных веществ. – М.: Медицина, 1981. – 344 с.
5. Самура Б. А., Дралкин А. В. Фармакокинетика. – Х.: Основа, 1996. – 288 с.
6. Соловьев В.Н., Фирсов А.А., Филов В.А. Фармакокинетика: Руководство. – М.: Медицина, 1980.

УДК 378.146/.147:612]. 001.76:615.1-057.875

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ СТУДЕНТАМ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ В УМОВАХ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ

Т.М. Сіліна, Н.Д. Сокуренко, О.В. Морозова, М.А. Тихоновська, С.В. Чернишова, А.К. Еремінa

Запорізький державний медичний університет

SOME ASPECTS OF STUDENTS' TEACHING AT PHARMACEUTICAL FACULTY UNDER CONDITIONS OF BOLOGNA PROCESS

T.M. Silina, N.D. Sokurenko, O.V. Morozova, M.A. Tykhonovska, S.V. Chernyshova, A.K. Eremina

Zaporizhyan State Medical University

У статті продемонстрована методика подачі матеріалу при вивченні матеріалу студентами фармацевтичного факультету на практичних заняттях, з подальшим впровадженням систематичного контролю знань. Доведена актуальність тестового контролю знань студентів на різних рівнях, як гарант послідовного входження вищої медичної школи у Болонський процес.

The article demonstrates the method of serving material to the students of pharmaceutical faculty at practical lessons, with subsequent introduction of system control of knowledge. Actuality of test control of students' knowledge was proved on different levels as a guarantor of the successive introduction of higher medical school into Bologna process.

Вступ. При входженні до Болонського процесу реалізуються інтеграційні умови, які передбачають впровадження європейських стандартів у вищій медичній школі. Але вони повинні передбачити збереження на-

© Т.М. Сіліна, Н.Д. Сокуренко, О.В. Морозова та ін.

лежного ставлення до досвіду та глибоких традицій української педагогіки. Вона має свої особливості у медичній вищій школі. При підготовці до впровадження в навчальний процес кредитно-модульної системи освіти слід передбачити, що головною системою освіти у медичних вузах є класична класно-урочна [1, 2].

Вона була найбільш вдала, розвинута, достатньо досконала. Але з поглядом на здобутки і впровадження на заняттях технологій науково-технічного процесу, можливість використання інноваційних педагогічних технологій при підготовці фахівців, ми повинні з усією відповідальністю підійти до впровадження нової структури національної системи вищої освіти в Україні. Це дасть можливість на новий рівень підвищити якість підготовки фармацевтів-провізорів та технологів парфумерно-косметичних засобів. Професійна діяльність, щодо вказаних фахівців, дуже тісно пов'язана з розвитком нових технологій в галузі фармації та лікувальної косметології.

Основна частина. Навчальний процес для студентів фармацевтичного факультету здійснюється за класичним планом: лекції (теоретичний матеріал), практичні заняття (вивчення теоретичного матеріалу і підкріплення знань виконанням практичних завдань з подальшим оформленням документації).

Щодо лекційної програми , то вона повинна бути нерозривно пов'язана з програмою практичних занять. Вона є одним з найважливіших видів вивчення теоретичного матеріалу. Також лекція сприяє безпосередньому спілкуванню студента і лектора. Особливо цінним і пізнавальним моментом сприймання теорії предмета є демонстрація картографічного матеріалу. Частково теми лекційного курсу повинні включати запитання тестового контролю знань студентів. Ці питання повинні бути цілеспрямовані на особливості надання теоретичного матеріалу для студентів фармацевтів-провізорів і технологів парфумерно-косметичних засобів.

Вищеперераховані прийоми вивчення теоретичного матеріалу дають можливість максимально застосувати отримані знання при проведенні тестового контролю. Принципи міцності отриманих результатів навчання, можливості їх застосування при вивченні інших дисциплін та в повсякденній професіональній діяльності є нашим остаточним пунктом по використанню тестового контролю знань студентів фармацевтичного факультету. Тестовий контроль знань проводиться як після вивчення розділів, так і після проходження всього курсу фізіології. Екзаменаційні тести дають змогу більш широко провести контроль знань. В цілому це 150 тестових питань з чотирма варіантами відповідей на них. Тестовий контроль знань студентів дає можливість максимально об'єктивно оцінити знання кожним окремим студентом.

Також міцність раніш отриманих знань (через 2,5-3 роки) контролюється проведенням ліцензійного інтегрованого іспиту "Крок 1". Цей іспит проводиться протягом останніх шести років.

Висновок. Входження України в Болонську освітню систему повинно іти комплексно, з урахуванням наробок української педагогіки. На нинішньому етапі інтеграції української освітньої системи в європейську найбільш вагомим є тестовий метод контролю знань студентів. Його вдосконалення, диференціація є вірогідним шляхом вищої медичної школи для підготовки сучасних фахівців фармації та технологів парфумерно-косметичних засобів з високою конкурентною спроможністю.

Література

1. Вища медична освіта і Болонський процес: Навчально-методичні та інформаційно- довідкові матеріали наради-семінару для науково-педагогічних працівників, аспірантів, магістрантів (17-19 січня 2005 р.). – Київ, 2005. – Ч. 1. – С. 97.

2. Каленюк І., Корсак К. Рух Європи до суспільства знань, Болонський процес і Україна // Вища освіта України. – 2004. – № 3. – С. 22-28.

УДК 371.24.001.8:336.47:378.193

ПРОБЛЕМИ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В УМОВАХ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ-ІНОЗЕМЦІВ

Н.І. Токарчук, Т.В. Капітан, О.С. Рубіна, Г.І. Мантак

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

PROBLEMS OF EDUCATIONAL PROCESS UNDER CONDITIONS OF CREDIT-MODULE SYSTEM DURING THE TRAINING OF FOREIGN STUDENTS

N.I. Tokarchuk, T.V. Kapitan, O.S. Rubina, H.I. Mantak

Vinnytsia National Medical University by M.I. Pyrohov

У статті наведені узагальнення досвіду впровадження кредитно-модульної системи в навчальний процес додипломної підготовки студентів-іноземців. Висловлено побажання щодо подальшої уніфікації даної системи відповідно до національних, пріоритетних освітніх програм і навчальних планів, що стосується також і при підготовці лікарів серед іноземних студентів.

Generalization of the experience of introduction of credit-module system into educational process of pre-diploma training of foreign students is presented in the article. Advice concerning the further unification of the system according to the national, main educational programs and curricula, connected with studying of medical foreign students are presented.

Вступ. Процес європейської інтеграції не оминув вищої медичної освіти нашої країни. Відтак, Україна чітко визначила орієнтири на входження в освітній та науковий простір Європи, здійснює модернізацію освітньої діяльності у контексті європейських вимог [1-3].

Головними цілями Болонського процесу є підвищення якості та конкурентоспроможності європейської вищої освіти, мобільності студентів, викладачів, науковців. Крім того, Болонський процес передбачає здатність випускників європейських вищих навчальних закладів до працевлаштування в умовах глобального ринку праці.

Система освіти є унікальним явищем, що має глибокі корені в духовній та матеріальній сферах минулого і сучасного. З огляду на це у кожній країні освіта та її організація мають свої неповторні особливості. Відтак, при реформуванні вищої освіти на засадах Болонської декларації, з одного боку, мають бути врахованими пріоритети збереження різноманітності національних систем освіти, а з іншого – виникає реальна потреба у певній уніфікації вимог, змісту, якості освіти, а також вирішенні проблеми конвертації дипломів фахівців з метою посилення якості та конкурентоспроможності європейської вищої школи в освітньому просторі.

Метою даної роботи було узагальнення досвіду впровадження кредитно-модульної системи в навчальний процес додипломної підготовки студентів-іноземців.

Основна частина. Як відомо, кредитно-модульна система організації навчального процесу включає вивчення дисциплін, що структуровані на модулі, як задокументовану логічно завершену частину навчальної програми, що реалізується відповідними формами організації навчального процесу, і закінчуються підсумковим модульним контролем. Відповідно, дана модель вимагає розробки сучасних механізмів здійснення навчального процесу, визначення результатів якості освіти. Однак необхідно враховувати провідну діагностичну роль вмінь, як інтегрованого показника здатності майбутнього фахівця оперувати системами знань і практичних навичок у вирішенні нових задач сучасної професійної діяльності.

Отже, перехід до нової моделі організації навчального процесу потребує від професорсько-викладаць-

© Н.І. Токарчук, Т.В. Капітан, О.С. Рубіна, Г.І. Мантак

кого складу вищих медичних навчальних закладів оволодіння новою системою психолого-педагогічних та методичних вмінь.

При узагальненні досвіду впровадження кредитно-модульної системи в навчальний процес додипломної підготовки студентів-іноземців можна дійти таких висновків:

– значно зменшена кількість практичних занять зі збереженням попереднього об'єму теоретичного матеріалу, що призводить до недостатньо повного вивчення предмета. Великий об'єм теоретичного матеріалу також, у свою чергу, зумовлює недостатньо повне відпрацювання практичних навичок, особливо іноземними студентами;

– зменшення кількості годин на лекційний матеріал зумовлює об'єднувати значну кількість тем в одній лекції;

– кредитно-модульна система організації навчального процесу характеризується великим дубляжем роботи викладача по написанню стандартних списків груп та їх оцінок, балів;

– викладачі клінічних кафедр, які працюють за кредитно-модульною системою, витрачають багато часу на відробки студентами незадовільних оцінок, математичні розрахунки, що призводить до зменшення часу на лікувальну роботу;

– слід зазначити, що студенти, які навчаються за кредитно-модульною системою, мають нижчі знання порівняно зі студентами, які навчалися за традиційною системою;

– на нашу думку, недоцільно проводити сестринську практику для студентів під час академічних занять. Присутність одночасно великої кількості груп студентів, особливо у педіатричних відділеннях, зумовлює психологічне і фізичне навантаження не лише на дітей та їх батьків, але і на медичний персонал лікарні.

Висновок. Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу має полегшувати академічне визнання дипломів і кваліфікацій. Однак дана система потребує подальшої уніфікації щодо національних, пріоритетних освітніх програм і навчальних планів, це стосується також і при підготовці лікарів серед іноземних студентів.

Література

1. Вища освіта України і Болонський процес / За ред. В.Г. Кременя. – Тернопіль, 2004.

2. Модернізація вищої освіти України і Болонський процес // Освіта України. – 2004. – № 60-61.

3. Рекомендації щодо розроблення навчальних програм навчальних дисциплін / МОЗ України, НМУ. – К., 2004.

УДК 616.003.96:378.180

ПРОБЛЕМИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРАКТИЧНО ОРІЄНТОВАНОГО ВИКЛАДАННЯ ФІЗІОЛОГІЇ СТУДЕНТАМ, ЩО НАВЧАЮТЬСЯ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ

С.С. Ткачук, Г.І. Ходоровський, В.І. Швець, В.І. Ясінський, О.В. Ткачук, О.В. Ясінська, С.І. Анохіна, О.В. Кузнєцова

Буковинський державний медичний університет

PROBLEMS AND ORGANIZATIONAL PECULIARITIES OF PRACTICALLY ORIENTED TEACHING PHYSIOLOGY THE STUDENTS ON THE BASIS OF CREDIT-MODULE SYSTEM

S.S. Tkachuk, H.I. Khodorovsky, V.I. Shvets, V.I. Yasinsky, O.V. Tkachuk, O.V. Yasinska, S.I. Anokhina, O.V. Kuznetsova

Bucovynian State Medical University

Стаття присвячена проблемам організації практично орієнтованого викладання фізіології студентам на основі кредитно-модульної системи. Проаналізовано переваги та недоліки цієї системи в засвоєнні умінь і практичних навичок.

The article is dedicated to the organizational problematic questions of practically oriented teaching physiology the students on the basis of credit-module system. Advantages and disadvantages in gaining knowledge and practical skills in physiology on the basis of credit-module system were analysed.

Вступ. Кінцевою метою і головним завданням вищої медичної освіти є покращання якості надання медичних послуг населенню. Тому підготовка студента до майбутньої практичної діяльності лікаря з перших його професійних кроків повинна бути спрямована не лише на засвоєння спеціальних знань та вмінь, але й на оволодіння сучасними технологіями профілактики, діагностики й лікування [1, 2]. Це, у свою чергу, забезпечується новими підходами до методики викладання, розробкою адекватних програм контролю та обліку знань, які вимагають використання інноваційних технологій у навчальному процесі [6].

Практично орієнтоване викладання фізіології студентам медичних факультетів має кінцевою метою якомога ретельніше підготувати їх до вивчення клінічних дисциплін і є важливим підгрунтям успішного їх засвоєння. Завершуючи навчання на кафедрі фізіології, студенти повинні скласти чітке уявлення не лише про нормальний перебіг фізіологічних процесів, але й засвоїти низку практичних навичок, уміти виявити елементарні відхилення у стані здоров'я та функціонуванні органів і систем. Разом із тим, не слід забувати, що можливість здобути вищу освіту на рівні європейських стандартів для студентів України зараз тісно пов'язана з реалізацією засад Болонської декларації, що в майбутньому повинно зробити наших спеціалістів-медиків конкурентоспроможними на Європейському ринку праці [3, 5]. Тому не лише рівень теоретичних знань, але й умінь та практичних навичок повинен відповідати європейському. На наш погляд, саме в цьому і полягають основні труднощі, оскільки наявність розвиненої комп'ютерної мережі створює доступ до світової літератури і, таким чином, належне засвоєння теоретичних знань для всіх бажаючих. Однак наші кафедри не можуть йти ні в яке порівняння з відповідними кафедрами європейських університетів за технічним оснащенням, що значною мірою унеможливлює повноцінну практичну підготовку студентів [1, 4]. Тому саме зараз більш ніж дворічний досвід викладання фізіології дозволяє критично оцінити як переваги, так і недоліки Болонської системи в плані організації практично орієнтованого навчання і продемонструвати студентам не лише фундаментальні, але й прикладні аспекти дисципліни.

© С.С. Ткачук, Г.І. Ходоровський, В.І. Швець та ін.

Основна частина. Ми поставили за мету винести на розсуд колег наше бачення переваг та недоліків кредитно-модульної системи оцінки знань в організації практично орієнтованого вивчення фізіології.

Слід зазначити, що викладачі кафедри акцентують увагу студентів на прикладному значенні фізіології з першого ж заняття. На початку навчального року студенти мають змогу ознайомитися з переліком не лише теоретичних питань, які входять до складу кожного модуля, але й практичних умінь, які необхідно засвоїти впродовж року. Значну частину з них становлять так звані "критичні питання", незнання яких не дає права студенту отримати позитивну оцінку й завершити вивчення курсу фізіології.

Однак ще до впровадження кредитно-модульної системи кафедра мала певні труднощі з оволодінням студентами уміннями та навичками. Найвагомішими з них є слабка матеріальна база. Не секрет, що в силу відомих економічних причин більшість медичних навчальних закладів України не має можливості придбання нових приладів у достатній кількості, а наявні на кафедрах, як правило, морально та технічно застарілі, давно не використовуються в клініках. Це призводить до того, що, наприклад, практичне виконання більшості робіт з фізіології крові не відповідає сучасним технічним вимогам і студенти можуть оцінити лише кінцевий результат аналізу, який не завжди отримано у відповідних одиницях, не кажучи вже про те, що вони не можуть скласти уявлення про саму процедуру виконання. Відсутність достатньої кількості приладів для функціональної діагностики унеможливлює задоволення інтересів студентів до даних розділів. Особливо відчутним є дефіцит забезпечення тих розділів фізіології, які потребують надзвичайно чутливої сучасної техніки. Це фізіологія збудливих тканин, фізіологія ЦНС, оскільки експерименти на тваринах далекі від клінічних аспектів даних розділів і, зазвичай, спрямовані на відтворення тих фізіологічних явищ, які були відкриті ще у XVIII ст. Вихід із цієї ситуації ми вбачаємо хоча б у віртуальному навчанні, але воно, знову ж таки, потребує достаньої кількості комп'ютерної техніки та відеосистем.

На теоретичних кафедрах викладання предмета, як правило, здійснюється викладачами, які по закінченні вищого медичного навчального закладу не мали досвіду практичної роботи, тому їм важко надійно обгрунтувати необхідність вивчення фізіології для клініциста. Ще гірше справа виглядає в тому разі, коли фізіологію викладають випускники біофаку, де фізіологія людини вивчається відірвано від клінічних дисциплін, тому маючи грунтовну підготовку зі спеціальності, такі викладачі, в силу відомих причин, мають труднощі при практичній орієнтації викладання предмета.

Із впровадженням кредитно-модульної системи для забезпечення багатоступеневої поточної оцінки знань студентів упродовж кожного заняття використовуються розроблені співробітниками кафедри тести контролю вихідного рівня знань (не менше десяти тестових завдань), контрольні питання (усне опитування), тести заключного контролю (від десяти до двадцяти тестових завдань) та клініко-ситуаційні задачі, які спрямовані не лише на здійснення заключного контролю поточного заняття, але й дозволяють студентам застосувати отримані фундаментальні знання в прикладному аспекті. Особлива увага надається контролю виконання експериментальної частини. При сукупній оцінці роботи кожного студента протягом практичного заняття враховується також ступінь засвоєння практичних навичок. Кожний змістовий модуль завершується контролем засвоєння практичних навичок. Підсумковий модульний контроль передбачає також вирішення типових і ситуаційних задач, контроль практичних навичок і вмінь. Таким чином, контроль засвоєння є багатоступеневим і включає елемент повторюваності, що, безперечно, позитивно впливає на якість засвоєння. Звичайно, що можливості та якість контролю прямо залежать від рівня технічного оснащення й обернено пропорційні до кількості студентів в академічній групі.

Із впровадженням кредитно-модульної системи навчання виникає низка додаткових труднощів для практично орієнтованого викладання фізіології. Вони полягають у тому, що контроль теоретичних знань займає левову частку часу, відведеного для заняття. Велика кількість студентів у групах, необхідність перевірки письмових тестових завдань до закінчення пари не лише скорочує час для безпосереднього виконання практичної роботи, але й забирає у викладача час для належного контролю якості виконання практичної частини роботи. Це не тільки позначається на якості виконання роботи, але й утруднює її оцінку викладачем. Разом із тим, викладач змушений вивести сукупну оцінку та оголосити її наприкінці кожного заняття, тобто зробити оцінювання знань прозорим та максимально об'єктивним.

Крім того, програма з фізіології передбачає зменшення годин практичних занять при зростанні кількості годин, відведених для самостійної та індивідуальної роботи. Особливо багато запитань викликають практичні аспекти самостійної роботи сту-

дентів (СРС), частка якої становить не менше 30 % навчального матеріалу. За цієї ситуації проблема ускладнюється тим, що значна частина практичних навичок є надто складною, а то й неможливою для засвоєння самостійно в позааудиторних умовах.

Перелічені причини породжують ще одну проблему – низьку мотивацію. Більшість студентів, розуміючи невідповідність реалій нашої освіти європейським стандартам, з недовірою сприймають основну ідею кретидно-модульної організації навчального процесу – входження вищої медичної освіти України в єдиний Європейський науковий і освітний простір, а відтак і всі пов'язані з нею новації.

Висновки. Для повноцінної організації практично орієнтованого викладання фізіології, яке б відповідало європейським стандартам, необхідно:

1. Створити відповідне матеріально-технічне забезпечення реалізації умінь та практичних навичок, передбачених програмою з фізіології.

2. Привести у відповідність з вимогами Болонської системи кількість студентів у групах.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку ми вбачаємо в пошуках нових форм оптимізації практично орієнтованого викладання фізіології.

Література

1. Болонський процес і система організації практичної підготовки студентів: Матеріали Всеукр. навч.-наук. конф. "Впровадження засад Болонської системи освіти: Український і зарубіжний досвід" (Тернопіль, 14-15 травня 2007 р.) / М-во охорони здоров'я, Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти, Тернопільський держ. мед. ун-т імені І.Я. Горбачевського. –Тернопіль: ТДМУ, 2007. – С. 74-76.

2. Вдовиченко Ю., Вернер О., Головань Д. Дискусійні питання безперервного професійного розвитку // Ваше здоров'я. – 2007. – № 6. – С. 8.

3. Волосовець О.П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 17-21.

4. Колесник Ю.М., Нерянов Ю.М. Болонський процес та якість освіти // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 38-40.

5. Вища освіта в Україні і Болонський процес / За ред. В.Г. Кременя. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2004.– 384 с.

6. Федченко С.Н. Использование современных технологий, система контроля и коррекции знаний студентов в контексте Болонского процесса // Клін. та експерим. патол. – 2006. – Т.V, № 1. – С. 25-27.

УДК 612 : 378 (477.53)

ПРАКТИЧНО ОРІЄНТОВАНЕ ВИКЛАДАННЯ ФІЗІОЛОГІЇ В УКРАЇНСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЧНІЙ АКАДЕМІЇ: ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ

І.В. Міщенко, В.П. Міщенко, Т.М. Запорожець, Л.Е. Весніна, В.М. Соколенко, З.К. Моргун, Г.П. Павленко, М.Ю. Жукова, О.В. Коковська, О.В. Ткаченко, Н.М. Федотенкова

Вищий державний навчальний заклад "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

PRACTICALLY ORIENTED TEACHING PHYSIOLOGY IN UKRAINIAN MEDICAL DENTAL ACADEMY: EXPERIENCE AND PROSPECTS

I.V. Mishchenko, V.P. Mishchenko, T.M. Zaporozhets, L.E. Vesnina, V.M. Sokolenko, Z.K. Morhun, H.P. Pavlenko, M.Yu. Zhukova, O.V. Kokovska, O.V. Tkachenko, N.M. Fedotenkova

Higher State Educational Institution "Ukrainian Medical Dental Academy", Poltava

У статті наведено досвід, проблеми та перспективи практично орієнтованого викладання фізіології в Українській медичній стоматологічній академії (УМСА) в м. Полтаві на різних факультетах.

Experience, problems and prospects of practically oriented teaching physiology in Ukrainian Medical Dental Academy (UMDA) in Poltava at different departments is given in the article.

Вступ. Мета вивчення фізіології визначається кінцевими цілями, що встановлені на основі освітньо-професійної програми (ОПП) підготовки лікаря за відповідним фахом. Серед кінцевих цілей вивчення фізіології згідно з ОПП є такі, як:

– вміння робити висновок про стан фізіологічних функцій організму, його систем та органів;

– аналізувати вікові особливості функцій організму та їх регуляцію;

– аналізувати регульовані параметри й робити висновки про механізми нервової та гуморальної регуляції функцій організму та його систем;

– аналізувати стан здоров'я людини за різних умов на підставі фізіологічних критеріїв.

Ці конкретні кінцеві цілі потребують опанування студентами практичних навичок та вмінь, що й визначає необхідність практично орієнтованого викладання фізіології у вищих медичних навчальних закладах.

Основна частина. В УМСА фізіологія викладається студентам медичного та педіатричного факультетів за спільною програмою та студентам стоматологічного факультету за окремою програмою. На основі відповідних типових програм розроблені робочі програми, плани занять, які передбачають проведення лабораторних робіт, на яких досліджуються функції організму, та окремих занять з контролю практичних навичок. Під час лабораторних занять вивчаються методи дослідження функцій організму, які використовуються в клініці як діагностичні, наприклад, ЕКГ, спірографія, дослідження рефлексів, аналіз крові та інші. Окремі заняття з практичних навичок проводяться наприкінці кожного змістового модуля на медичному факультеті та наприкінці курсу фізіології на стоматологічному факультеті. Зокрема, на медичному факультеті планом занять передбачено 7 окремих занять з контролю практичних навичок: практичні навички з фізіології ЦНС, серцево-судинної системи, систем крові, дихання, травлення, виділення, а також обміну енергії. Нами розроблено перелік практичних навичок для студентів медичного та стоматологічного факультету з фізіології. Питання з цього переліку є обов'язковими серед питань кожного білета на підсумкових модульних контролях на медичному факультеті. Під час підсумкового модульного контролю студент демон-

© І.В. Міщенко, В.П. Міщенко, Т.М. Запорожець та ін.

струє викладачу свої практичні вміння – аналізує надані викладачем ЕКГ, спірограми, показники обміну енергії, дослідження крові, сечі та інші. На іспитах на стоматологічному факультеті окрім тестових питань різного рівня та задачі також є питання з практичних навичок. Студент письмово описує методи дослідження та принципи аналізу отриманих результатів. Для студентів іноземного факультету, які мають усний іспит, розроблені білети з 4-х питань, одне з яких практичне.

Враховуючи переважно стоматологічний напрямок підготовки медичних кадрів в УМСА, кафедрою фізіології видано в 2005 році "Практикум для студентів стоматологічних факультетів медичних ВНЗ України" з грифом ЦМК МОЗ України, до якого включено питання практичного використання теоретичних знань з кожної теми та описання методів функціональних стоматологічних досліджень. Раніше, в 1995 році, опис цих досліджень видано окремим навчальним посібником "Функціональна діагностика в ортопедичній стоматології".

Досвід викладання фізіології співробітників кафедри та 15-річний досвід роботи в практичній охороні здоров'я її завідувача дозволяє під час лекцій та практичних занять наводити клінічні приклади використання знань фізіології в практичній роботі лікаря, що підвищує зацікавленість студентів до теми, що викладається, сприяє кращому запам'ятовуванню інформації, підвищує рівень викладача в очах студента.

Висновки: 1. Практично орієнтоване викладання фізіології спонукає студентів до її вивчення, адже вони розуміють, навіщо їм теоретичні знання за кожною темою.

2. Практично орієнтоване викладання фізіології дозволяє студентам опанувати практичні навички та вміння, які будуть використані ними в клініці, що відповідає кінцевим цілям вивчення фізіології згідно з ОПП.

3. З метою покращення практично орієнтованого викладання фізіології, можливо, необхідно дещо спростити теоретичну програму та внести відповідні зміни в навчальну літературу з нашої дисципліни.

УДК 615.03:371.3

ОСОБЛИВОСТІ АУДИТОРНОЇ РОБОТИ В ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ КУРСУ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ В УМОВАХ СИСТЕМИ "ЄДИНОГО ДНЯ"

В.М. Мерецький

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

PECULIARITIES OF TEACHING CLINICAL PHARMACOLOGY ACCORDING TO "ONE DAY" SYSTEM

V.M. Meretsky

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті розкривається методика викладання клінічної фармакології студентам 5 курсу медичного факультету і студентам 4 курсу фармацевтичного і стоматологічного факультетів відповідно до системи "єдиного дня".

The principles of teaching clinical pharmacology for 5-year students of medical faculty and 4-year students of pharmaceutical and stomatological faculties according to "One day" system are described in the article.

Вступ. У XXI сторіччя медицина вступила із потужним арсеналом лікарських засобів. Світова фармацевтична промисловість випускає на даний час десятки тисяч лікарських препаратів. Тому проблема медикаментозного забезпечення, раціональна та безпечна фармакотерапія в останні роки стала од-

© В.М. Мерецький

нією із найбільш актуальних у діяльності лікувальних закладів.

Клінічна фармакологія – наука, що вивчає вплив лікарських засобів на організм хворої людини. Її розвиток починається із 60-х років, коли у багатьох країнах різко зросли вимоги до дослідження нових фармакологічних засобів і з'явилась необхідність розробки принципів і методів всебічного вивчення дії фармакологічних препаратів у клінічних умовах. Клінічна фармакологія займається вивченням різноманітних проблем медикаментозної терапії, починаючи з методології клінічних досліджень лікарських засобів і закінчуючи фармакоекономікою і молекулярною фармакогенетикою. Ринок сьогодні лавиноподібно поповнюється новими медичними препаратами і, звичайно, необхідно, щоб спеціаліст, котрий закінчує вищий медичний навчальний заклад, був компетентним у величезному світі ліків, який пропонує на сьогодні фарміндустрія.

У різних країнах становище клінічної фармакології як науки є відмінним. В одних вона виділена в окрему дисципліну, а у системі охорони здоров'я працюють спеціально підготовлені клінічні фармакологи. В інших – клінічна фармакологія як наука не існує. Проте в даний час є очевидним, що кожний лікар незалежно від спеціалізації повинен добре знати основи клінічної фармакології [1].

Останніми роками, коли Україна стала брати активну участь у міжнародному науковому співробітництві при проведенні багатоцентрових рандомізованих клінічних досліджень, підвищилися вимоги до викладання клінічної фармакології студентам і інтернам. В Україні сформована нормативно-правова база, що регламентує проведення клінічних випробувань лікарських засобів згідно з вимогами GCP. Слід відзначити, що у вищих медичних закладах не проводиться цілеспрямована підготовка спеціалістів з апробації лікарських засобів згідно з міжнародними вимогами. Певну допомогу в цьому аспекті можуть надати кафедри фармакології та клінічної фармакології вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів України [2].

Згідно із новою концепцією розвитку ТДМУ імені І.Я. Горбачевського, відповідно до якої підготовка студентів повинна здійснюватися за європейськими стандартами, у 2006-2007 навчальному році була впроваджена система "єдиного дня". Суть цієї нової навчальної методики полягає у збільшенні практичної частини заняття, що дає можливість студентам більш раціонально використати навчальний час, ретельніше відпрацювати практичні навички, більше часу приділити роботі з хворими, а викладачам пояснити навчальний матеріал.

Основна частина. Предметом вивчення клінічної фармакології є фармакокінетика та фармакодинаміка лікарських засобів, показання та протипоказання до їх застосування, побічні ефекти, раціональний вибір лікарських препаратів, їх комбіноване призначення та ін.

Клінічна фармакологія як дисципліна введена в навчальний план і викладається на 5 курсі медичного, 4 курсі фармацевтичного і 4 курсі стоматологічного факультетів. Відповідно до методики "єдиного дня", практичне заняття на курсі клінічної фармакології триває 6 годин. Практичні заняття на всіх факультетах проводяться згідно з планом та виділеними навчальною частиною годинами з використанням необхідної навчально-методичної літератури (методичних розробок для аудиторної і позааудиторної роботи студентів, методичних розробок для викладачів, методичних посібників і матеріалів з профілізації для студентів стоматологічного та фармацевтичного факультетів). Найбільша увага на заняттях приділяється методології вибору найбільш ефективних та безпечних лікарських засобів та їх комбінацій з урахуванням індивідуальних особливостей організму, клінічної форми, тяжкості захворювання, супутньої патології, ускладнень, факторів ризику, віку, на підставі знань фармакокінетики, фармакодинаміки, особливостей взаємодії препаратів, спектра побічної дії для забезпечення максимально раціональної медикаментозної терапії; відпрацюванню в умовах стаціонару навички складання схем надання невідкладної допомоги при загрозливих (критичних) для життя станах, враховуючи особливості дії лікарських засобів; модифікації традиційних схем надання невідкладної допомоги, зважаючи на побічні дії препаратів, динаміку патологічного процесу, індивідуальні особливості хворого; питанням взаємозаміни препаратів, поєднання та взаємодії лікарських засобів при проведенні комплексної терапії захворювань внутрішніх органів; методології проведення клінічних випробувань лікарських препаратів.

Розвитку клінічного мислення у студентів сприяє аналіз листів призначення ліків з клінічних відділень, розв'язування на практичному занятті ситуаційних задач, вибір альтернативних варіантів лікування з урахуванням особливостей організму хворого та перебігу хвороби, визначення критеріїв ефективності та обгрунтованості призначених препаратів. Перш ніж призначити лікування, майбутній лікар повинен відповісти собі на ряд наступних запитань. Яких конкретно змін у стані хворого він хоче досягти? Які лікарські

засоби можуть здійснювати очікувану дію? Який препарат найбільше підходить даному хворому? Яким чином застосувати препарат, щоб дія його була найбільш ефективною? Які побічні реакції може викликати препарат, чи може він нашкодити хворому? Яким є співвідношення можливих користі і шкоди при використанні лікарського засобу? Адже ефективність та безпечність фармакотерапії залежать від вміння лікаря правильно оцінити всі ці фактори, що повинно грунтуватись на глибоких знаннях як клінічної медицини, так і експериментальної фармакології.

Студентів фармацевтичного факультету ознайомлюють із методами практичного проведення та юридичними основами клінічних випробувань лікарських засобів, методикою складання протоколу клінічних досліджень, особливостями відбору пацієнтів для клінічної апробації лікарських засобів з етичними питаннями таких досліджень. До відома студентів доводяться основні функції Державного фармакологічного центру МОЗ України. Студент повинен вміти збирати лікарський анамнез для встановлення можливої побічної дії ліків із наступним складанням протоколу побічної дії ліків, а також оформляти відповідну документацію для повідомлень до Фармкомітету України про випадки встановлення побічної дії ліків.

Навчальна програма з клінічної фармакології на стоматологічному факультеті, відповідно до специфіки майбутньої професії, більше уваги приділяє вивченню та застосуванню у практиці антисептичних, анальгетичних та протизапальних засобів, препаратам, які впливають на гомеостаз кальцію та фосфору, антибіотикам та антибактеріальним засобам, місцевоанестезуючим та іншим препаратам для наркозу.

Беззаперечно, пацієнт потребує ефективного, безпечного та економічно доцільного лікування. Сьогодні клінічний фармаколог повинен вибрати придатний лікарський препарат для конкретного пацієнта в оптимальному дозуванні і за розумною ціною та заповнити нішу між мистецтвом діагностики лікаря і знаннями фармацевта для забезпечення найбільш ефективного використання ліків, профілактики, своєчасного виявлення та лікування побічної дії медикаментозних засобів, здійснення контролю за правильністю їх застосування. Необхідність вивчення клінічної фармакології певним чином аргументують також ті факти, що питома вага фармакотерапії складає 80-90 % і те, що ефективна терапія базується на трьох "китах" – точному діагнозі, знаннях патогенетичних основ захворювання та клінічній фармакології [3, 4].

Тому при викладанні цієї дисципліни нами вважається важливим формування професійного, відповідного до вимог сьогоднішнього дня клініко-фармакологічного мислення у молодих спеціалістів, оскільки застосування лікарських засобів не передбачає застосування шаблону, воно потребує глибоких знань, використання науково обгрунтованих методів індивідуалізації фармакотерапії. Саме це і забезпечує клінічна фармакологія, яка за своєю сутністю є методологією вибору медикаментозної терапії. Складність вибору клінічно та економічно ефективного і безпечного лікарського засобу для лікування конкретного хворого пов'язана із різноманітністю фармакотерапевтичних альтернатив, що обумовлені, насамперед, значною кількістю та постійним оновленням асортименту препаратів на фармацевтичному ринку України, чисельністю лікарських засобів із недоведеною ефективністю і безпечністю, неоднорідністю популяції та значною варіабельністю генетично детермінованих відповідей на введення ліків, а також надлишком інформації низької якості про лікарські засоби. Поліпрагмазія, призначення препаратів, що погано взаємодіють, недостатнє інформування лікарів про більш ефективні засоби значно знижують ефективність фармакотерапії.

Висновки. 1. Підвищення якості підготовки студентів вищого медичного навчального закладу неможливе без формування клініко-фармакологічного мислення у них.

2. Значимість клінічної фармакології у сучасній медицині потребує постійного підвищення кваліфікації та творчого підходу до систематичного грунтовного вивчення цієї дисципліни.

Література

1. Хапалюк А.В. Общие вопросы клинической фармакологии и доказательной медицины: Пособие / А.В. Хапалюк. – Мн.: Промпечать, 2007. – 74 с.

2. Чекман І.С., Горчакова Н.О. Удосконалення викладання положень доказової медицини при вивченні фармакології і клінічної фармакології // Медична освіта. – 2008. – № 3. – С. 73-74.

3. Зурдинов А.З., Тилекеева У.М. Новые подходы к преподаванию принципов рационального использования лекарственных средств // В кн.: "Клиническая фармакология в России. Достижения и перспективы". – М., 2004. – С. 80-81.

4. Врачебные ошибки как причина осложнений лекарственной терапии / В.К. Лепахин, А.В. Астахова, Е.А. Овчинникова, Л.К. Овчинникова // Качественная клиническая практика. – 2002. – № 1. – С. 35-39.

УДК 613.3.51

ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ У СТУДЕНТІВ ÏÐÈ ÂÈÂ×ÅÍÍ² ÍÎÐÌÀËÜÍÎ¯ Ô²Ç²ÎËÎÃ²¯

С.Н. Вадзюк, Н.М. Волкова, О.В. Денефіль, Н.Є. Зятковська, І.Я. Папінко, І.Б. Паньків, В.А. Отченашенко

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

FORMING OF STUDENTS' CLINICAL MENTATION WHILE TEACHING NORMAL PHYSIOLOGY

S.N. Vadzyuk, N.M. Volkova, O.V. Denefil, N.Ye. Zyatkovska, I.Ya. Papinko, I.B. Pankiv, V.A. Otchenashenko

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті розглядається практичне значення впровадження клінічних методів функціональної діагностики і практичних медико-біологічних ситуацій у викладання нормальної фізіології. Навчальний процес на кафедрі зараз переорієнтований на циклову систему навчання за методикою єдиного дня. Студенти не тільки засвоюють інформацію, а й вчаться практично її застосувати і приймати рішення.

The article reviews practical importance of introduction of clinical functional diagnostic methods and practical medical-biological situations into normal physiology teaching process. Nowadays educational process at the department is conducted according to the united-day principles. Besides learning the theory the students study to use knowledge for solving practical situations.

Вступ. Організація практичних занять на кафедрі нормальної фізіології орієнтована на кінцеву мету навчання – професійну діяльність. Уже на рівні вивчення фундаментальних дисциплін треба формувати у студентів навички системного аналізу медико-біологічних ситуацій, клінічного мислення, виховання соціальної та професіональної мобільності. Студент має не тільки осмислити і засвоїти інформацію, а й оволодіти способами її практичного застосування і прийняття рішень. За таких умов зменшується частка зовнішнього інформування і розширюється застосування інтерактивних форм роботи студентів під керівництвом викладача, що включає самостійну роботу в лабораторіях, читальних залах [1].

Одним із поширених способів залучити студентів до вирішення практично-орієнтованих завдань є виконання ними дослідів і медичних обстежень, які ілюструють певні фізіологічні функції. На етапі доклінічної підготовки медичного працівника важливо створити умови для самостійного творчого опрацювання студентами результатів найпоширеніших методів клінічних обстежень [1].

Основна частина. Навчальний процес на кафедрі зараз переорієнтований на циклову систему навчання за методикою єдиного дня. Вивчення розділу "Нейро-гуморальна регуляція функцій організму" включає сучасні методи дослідження біопотенціалів, що дають можливість проаналізувати на клітинному рівні функціональні механізми і діагностувати їх порушення при патології (електроенцефалографія, електроміографія). Важливе значення надається усвідомленню ролі автономної нервової системи в регуляції гомеостазу та адаптаційно-трофічному забезпеченні. Вісцеро-вісцеральні рефлекси (гастро-кардіальні, кардіо-кардіальні) спостерігаються в клінічній практиці. Такі рефлекси, як вісцеро-дермальні, вісцеро-соматичні, пояснюють діагностичні симптоми у хворих (гіперальгезія лівої лопатки при ішемічній хворобі, дефанс м'язів живота при апендициті). Зони Захар'їна-Геда (дермато-вісцеральні рефлекси) пояснюють застосування фізіотерапевтичних лікувальних заходів, голкотерапії. Вивчення механізмів дії гормонів необхідні для подальшого вивчення механізмів розвитку і обгрунтування терапії ендокринних захворювань і розробки заходів первинної профілактики.

Вивчення розділу "Фізіологія крові" дає можливість провести дослідження функцій окремих ланок цієї системи, оцінити отримані результати, провести їх

© С.Н. Вадзюк, Н.М. Волкова, О.В. Денефіль та ін.

аналіз і дати конкретні рекомендації з їх використання в практиці.

Вивчення груп крові в системі АВ0 найбільше наближено до клінічних умов і проводиться з використанням двох методів: за стандартними гемаглютинуючими сироватками і моноклональними антитілами. Впроваджені методи дослідження дозволяють студентові як майбутньому лікареві навчитись чітко формувати обумовлений і науково обгрунтований алгоритм постановки діагнозу.

Вивчення розділу "Фізіологія кровообігу" сприяє вивченню студентами механізмів регуляції діяльності серця і судин, що забезпечить використання отриманих навиків у майбутній практичній діяльності.

Оцінка діяльності серця проводиться з використанням таких методів, як електрокардіографія, ехокардіографія в різних режимах, трансторакальна тетраполярна реографія. При цьому студенти ознайомлюються з принципами роботи апаратів, засвоюють методики проведення дослідження і проводять аналіз електрокардіограм, ехокардіограм і реограм. Для оцінки функціонального стану судин на заняттях студенти засвоюють методики вимірювання артеріального тиску, знайомляться з методиками проведення доплерографії судин, реовазографії. Для оцінки механізмів регуляції кровообігу використовуються функціональні проби: з фізичним навантаженням, ортокліностатична, око-серцева.

У вивчення розділу "Фізіологія дихання, обміну речовин та терморегуляції" впроваджена оцінка функціонального стану зовнішнього дихання, що проводиться за допомогою методів спірометрії і спірографії. Знання проведення методик і аналіз отриманих результатів сприяє поглибленню теоретичних знань і практичних навичок студентів. Резервні можливості організму вивчають, проводячи функціональні проби з затримкою дихання.

Для розуміння регуляції дихання і механізмів адаптації проводять функціональну пробу з фізичним навантаженням та розробленими навчальними картами. З метою вивчення вікових особливостей дихання проводиться аналіз спірограм різних вікових груп. Температурний баланс організму студенти опановують, аналізуючи термограми. Основи раціонального харчування студенти опановують самостійно, складаючи харчовий раціон.

Вікові особливості функціонування організму суттєво впливають на вибір лікарської тактики. У матеріали лекцій і практичних занять для студентів стоматологічного факультету впроваджено інформацію про глосодинію, яка проявляється парестезіями в ділянці щелепно-лицевої ділянки, порушенням слиновиділення, смакової чутливості, ковтання тощо. Виконуючи практичні роботи з обстеження стану черепних нервів, студенти акцентують увагу на можливих функціональних розладах, які можуть виникати у хворих літнього віку із больовим синдромом або порушеннями адаптації до зубних протезів.

Вивчаючи фізіологію аналізаторних систем, студенти знайомляться з принципами клінічного обстеження зорових функцій за допомогою комп'ютерного і проекційного периметра, сфероперіметра, біомікроскопії із щілинним освітленням, рефрактометрії, ультразвукових приладів, електрорнтинографії, апарата "Синаптофор" для оцінки бінокулярного зору. Студенти ознайомлюються з комп'ютерними варіантами діагностичних методик оцінки зорових функцій, об'єднаних у програмі Oculus, яка розроблялася на базі університету. Впроваджено відеоматеріали з методиками обстеження органу зору, слуху і вестибулярного аналізатора, ЕЕГ.

Висновок. Отже, протягом практичної частини заняття робота студентів спрямовується на теоретичне пояснення явищ, фактів, можливої невідповідності між ними. Це надасть можливість сформувати у них поняття про показники нормальної життєдіяльності організму та їх відхилення.

Література

1. Вивчення досвіду реформування освіти у Віденському медичному університеті // Медична академія. – 2006. – № 7 (168). – С. 8-9.

УДК 616. 12 – 009 – 02 : 616. 831

КАРДІОЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ СИНДРОМИ: МОТИВИ НЕОБХІДНОСТІ ВИВЧЕННЯ ЇХ НА ПРОПЕДЕВТИЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Б.Г. Бугай, С.М. Андрейчин, Т.Ю. Чернець, Н.А. Бількевич, М.М. Руда, Н.Я. Верещагіна, Н.З. Ярема, Н.А. Хабарова, І.М. Бутвін

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

CARDIOCEREBROVASCULAR SYNDROMES: THE REASONS OF NECESSITY TO STUDY THEM ON PROPAEDEUTICS OF INTERNAL DISEASES

B.H. Buhay, S.M. Andreychyn, T.Yu. Chernets, N.A. Bilkevych, M.M. Ruda, N.Ya. Vereschahina, N.Z. Yarema, N.A. Khabarova, I.M. Butvin

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті акцентована увага на необхідності вивчення кардіоцереброваскулярних синдромів на кафедрі пропедевтики внутрішніх хвороб в контексті семіології та окремих нозологічних форм з патології серцево-судинної системи. Це дозволить студентам опанувати цей важливий розділ з позицій єдності й цілісності морфо-функціональних параметрів цієї патології в людському організмі.

In the article the attention is paid to necessity of studying the cardiocerebrovascular syndromes on propaedeutics of internal diseases in according with semiology and separate nozologic forms of cardiovascular system pathology. It helps students to master this important chapter from the positions of unity and totality of morphofunctional parametres of this pathology in human organism.

Вступ. Хвороби органів кровообігу посідають перше місце в структурі смертності майже в усіх країнах світу, в тому числі й українських громадян, і представлені в основному ішемічною хворобою серця (ІХС) та цереброваскулярними хворобами, патогенетичною основою яких є атеросклеротичне ураження кровоносних судин. Щороку в Україні 75 000 осіб стають новими пацієнтами з приводу кардіоваскулярної патології. З них 45 000 отримують інфаркт міокарда, 5000 з яких вмирають від нього. А загалом від серцево-судинних захворювань в Україні щороку помирають майже 500 тисяч хворих, що складає більше ніж 60 % від загальної смертності населення нашої держави. Протягом останніх 15 років показники поширеності цереброваскулярних захворювань серед людей працездатного віку зросли вдвічі. Вони належать до найчастіших причин інвалідності і смертності, яка посідає друге місце в структурі загальної смертності населення України. Найважчою формою цереброваскулярних захворювань є гострі порушення мозкового кровообігу, які в Україні щорічно реєструються в кількості 100-120 тисяч [1].

© Б.Г. Бугай, С.М. Андрейчин, Т.Ю. Чернець та ін.

Відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів з профілактики серцево-судинних хвороб, складених представниками восьми товариств та запрошеними експертами з актуальних проблем профілактичної кардіології (Відень, 2003), профілактика серцево-судинних хвороб у клінічній практиці має поширюватися на всі хвороби, обумовлені атеросклерозом, насамперед на ІХС та ішемічний інсульт.

Цереброваскулярна патологія традиційно асоціюється з інсультом – грізною патологією, розповсюдження і тяжкість якої викликають велике занепокоєння у світі. Але часто забувають, що за поняттям цереброваскулярна патологія найперше стоять хронічні порушення мозкового кровообігу, частка яких надзвичайно переважає кількість випадків інсультів, і закінчується неминучим погіршенням діяльності головного мозку, аж до розвитку тяжкої деменції. В цьому контексті вся ця патологія має величезне медико-соціальне значення.

Групу ризику з розвитку цієї патології першочергово складають пацієнти з тривалою неконтрольованою артеріальною гіпертензією та гіпотензією, фібри-

ляцією передсердь, перенесеним інфарктом міокарда, системними захворюваннями сполучної тканини, ендокринної системи (цукровий діабет), захворюваннями крові, травмами та токсичними ураженнями головного мозку [2].

Починаючи з рівня 115 мм рт. ст., збільшення систолічного АТ на кожні 20 мм рт. ст. збільшує ризик смерті від інсульту та ІХС в 2 рази. Подібна залежність існує і для діастолічного АТ. Починаючи з рівня 75 мм рт. ст., ризик смерті подвоюється при збільшенні АТ на кожні 10 мм рт. ст. Такий кореляційний зв'язок характерний для всіх вікових груп чоловіків і жінок [3].

Таким чином, в медико-соціальному контексті захворювання серцево-судинної системи є проблемою № 1. Із цього постає також завдання підготовки висококваліфікованих лікарів, які добре обізнані з сучасними методами діагностики, лікування та профілактики цих страшних недуг [4–6]. Тим не менше в основних підручниках та посібниках з пропедевтики внутрішніх хвороб [7–16] та в програмних документах це питання, незважаючи на значну актуальність, не знаходить свого відображення.

Основна частина. Незважаючи на значні досягнення в лабораторно-інструментальній діагностиці серцево-судинних захворювань і дотичних до них психоневрологічних порушень, клінічні методи обстеження таких хворих не тільки не втратили свого значення, а й набули новітніх ознак пріоритетності у системі координат "лікар-хворий-лікування". І тому сьогодні стетофонендоскопи (значно досконаліші, ніж колись) є невід'ємним атрибутом образу сучасних лікарів різних профілів, а їх фахова підготовка все ще стоїть і буде вічно стояти на фундаменті тих знань з діагностики, що закладаються на кафедрі пропедевтики внутрішніх хвороб. Але, як показує практика, не тільки студенти II-III курсів вищих навчальних медичних закладів, але й лікарі не завжди однозначно трактують та описують кардіоцереброваскулярні прояви, особливо за одночасного ушкодження серця і мозку на тлі універсальної судинної патології. Тому метою нашої роботи було створення певного інтересу до цієї проблеми в контексті програмних засад з пропедевтики внутрішньої медицини, що сприяло б позитивному поступу в цьому питанні на всіх щаблях підготовки медичних кадрів, зорієнтованих на інтегративну медицину.

Нижче, посилаючись на деякі літературні дані [9, 17], ми, виходячи з багаторічної практики, представляємо з нашими доповненнями перелік провідних кардіоцереброваскулярних синдромів, на які, за нашим глибоким переконанням, необхідно звертати увагу в контексті програмних вимог уже на пропедевтиці внутрішніх хвороб, розширюючи пізнання студентів на наступних кафедрах терапевтичного та неврологічного профілів.

Кардіоцереброваскулярні синдроми.

1. Апоплексійний або дисциркуляторний синдром (с.) проявляється судинними кризами з порушеннями кровообігу в вертебробазилярній і каротидній системах, можуть бути ішемічні чи геморагічні інсульти. Серед причин виникнення є інфаркт міокарда, артеріальна гіпертензія, аномалії розвитку кровоносних судин та ін. Сама ж мозкова симптоматика може бути домінантною і нівелювати клініку базового захворювання серцево-судинної системи.

2. Вестибулярний с. проявляється головокружінням, нудотою, блюванням, відчуттям провалювання, потемнінням в очах, брадикардією, дезорієнтацією, гіпотонією, гіпотермією, блідістю, гіперперистальтикою кишок. Все це вносить певний дисонанс в діагностичний пошук. Витрачається час на розпізнання гастроентерологічної (в тому числі з інфекційним чи хірургічним її аспектами) або ЛОР-патології. Таких хворих консультують невропатологи та окулісти, а підгрунтям розвитку зазначеної симптоматики можуть бути ІХС, особливо з проявами інфаркту міокарда, артеріальна гіпертензія, аномалії розвитку судин, артеріальна гіпотензія та ін.

3. Діенцефало-кардіальний с. проявляється як напади болю у серці, вазомоторні розлади (пітливість, поліурія, гіпертонія, озноб). Може зустрічатися на тлі ІХС, артеріальної гіпертензії, шийного остеохондрозу. Часто в діагностичних перипетіях потрактовується як одна з форм неврозів, а також як алергійний риніт чи, навіть, цукровий діабет, бо можуть мати місце прояви транзиторної гіперглікемії.

4. Епілепсійний с. виникає внаслідок дисциркуляторної гіпоксії, зумовленої гострою серцево-судинною неспроможністю (інфаркт міокарда, особливо за наявності шоку-колапсу), а також причиною можуть бути гіпертонічна криза і ревмоваскуліти. Проявляється тонічними і клонічними корчами, інколи з втратою свідомості.

5. Мігренозний с. Супроводиться головним болем з одного боку (гемікранія), а також нудотою, блюванням, пітливістю, поліурією в кінці пароксизму, частим серцебиттям, тремором. Підгрунтям розвитку цього синдрому в контексті цереброваскулярних проявів є дисциркуляторні розлади, зумовлені атеросклерозом. Діагностичний пошук може бути

помилково спрямований в гастроентерологічний сегмент патології.

6. Онейричний с. (при інфаркті міокарда) характеризується ілюзорно-галюцинаторними проявами (сон без сну). Дуже добре описаний в художній літературі, зокрема в романі Юрія Бондарева "Берег".

7. Синдром анксіозності дає відчуття страху, наближення катастрофи при порушеннях ритму чи ін. розладах серцевої діяльності. Особливо часто прояви цього синдрому виявляються при повторних інфарктах міокарда з перспективою летального завершення.

8. Синкопальний с. – раптова втрата свідомості (синонім – синдром Адамса-Стокса) і виникає найчастіше при повній атріовентрикулярній блокаді і пароксизмальній тахікардії.

Висновок. Важливим є подальше клінічне вивчення кардіоцереброваскулярної патології, починаючи з кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, як зі своєрідного підмурівку великої будови, в якій будуть генеруватися всі можливі способи на зменшення частоти негативних проявів цієї складної патології.

Література

1. Зозуля Ю.П. Алгоритм лікувально-діагностичних заходів при гострих порушеннях мозкового кровообігу // Здоров'я України. – 2007. – № 10. – С. 18-19.
2. Приходько В.Ю. Хроническая ишемия мозга в практике врача-терапевта // Здоров'я України. – 2007. – № 6. – С. 15.
3. Сиренко Ю.Н. Комбинированная антигипертензивная терапия как основной аргумент за годы жизни // Здоров'я України. – 2007. – № 7. – С. 16-17.
4. Щерба Мирослава. Гострих інфарктів стало менше // Ваше здоров'я. – 2000. – № 69 (547). – С. 3.
5. Матвеева Наталья. Ледяной холод, а затем настоящий "пожар" в области сердца должны заставить больного немедленно вызвать "скорую помощь" // Факты и комментарии. – 1999. – № 40 (0084). – С. 7-8.
6. Шумаков Валентин. Ішемічна хвороба серця: сучасні підходи до лікування // Ваше здоров'я. – 2000. – № 28 (306). – С. 6.
7. Шкляр Б.С. Диагностика внутренних болезней. – К.: Вища школа, 1972. – 516 с.
8. Шелагуров А.А. Пропедевтика внутренних болезней. – М.: Медицина, 1975. – 480 с.
9. Карапата А.П. Диагностический справочник терапевта. – К.: Здоров'я, 1975. – 224 с.
10. Пропедевтика внутренних болезней / Под ред. В.Х. Василенко, А.Л. Гребенева. – М.: Медицина, 1983. – 640 с.
11. Руководство к практическим занятиям по пропедевтике внутренних болезней / О.Г. Довгялло, Л.С. Сипарова, Н.М. Федоренко и др. – Минск: Вышэйшая школа, 1986. – 190 с.
12. Шамов И.А. Пропедевтика внутренних болезней. – М.: Изд-во УДН, 1986. – 279 с.
13. Василюк В.М. Семіотика і діагностика внутрішніх хвороб (фізичні методи обстеження). – Тернопіль, 1997. – 236 с.
14. Пропедевтика внутрішніх хвороб / За ред. Ю.І. Децика. – К.: Здоров'я, 1998. – 504 с.
15. Пропедевтика внутрішніх хвороб з доглядом за терапевтичними хворими / За ред. А.В. Єпішина. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 768 с.
16. Спутник кардиолога / Под ред. К.Ю. Юлдашева. – Медицина: Ташкент, 1979. – 344 с.
17. Боголепов Н.К. Клинические лекции по неврологии. – М.: Медицина, 1971. – 432 с.

УДК <<72>>:007:371.3:616-006:378.193:<<73>>:378.146.9

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ВИКЛАДАННЯ ОНКОЛОГІЇ В ІНОЗЕМНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ

І.Ф. Хурані

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

MODERN ASPECTS IN ORGANIZATION OF ONCOLOGY TEACHING AMONG INTERNATIONAL POSTGRADUATE STUDENTS

I.F. Hourani

Vinnytsia National Medical University by M.I. Pyrohov

Реформування системи вищої медичної освіти вимагає підвищення якості підготовки фахівців не тільки під час навчання на основних курсах в університеті, але й після його закінчення, при проходженні післядипломної підготовки.

Reforming the system of higher medical education requires the quality enhancement of students training at undergraduate training courses and after graduation during postgraduate training.

Вступ. Для вищих навчальних закладів України навчання іноземних громадян є завданням державного рівня у зв'язку з вирішенням завдань фінансових, соціальних, політичних, культурних та міжнародного співробітництва тощо [1]. Розгалужена система державних вищих навчальних закладів за загальним числом студентів забезпечує Україні достойне місце в Європі. Тенденція останнього десятиріччя до збільшення надання освітніх послуг для іноземних громадян особливо зросла після приєднання нашої держави до Болонського процесу. Попитом серед іноземних громадян користуються перш за все медичні спеціальності. Підготовка іноземних студентів і лікарів є стратегічним завданням державного рівня, що зміцнює рівень міжнародного співробітництва і зберігає навчально-педагогічні та наукові кадри. Особливої ваги ця проблема набуває у світлі інтеграції України в Європейський навчальний простір.

Серед найголовніших завдань професійної підготовки іноземних громадян є як пошук нових, більш оптимальних методів та прийомів навчання, так і вдосконалення управління педагогічним процесом на всіх етапах навчального процесу у вищих навчальних медичних закладах.

Кількість студентів, які місцем здобуття майбутнього фаху обрали Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, збільшується з кожним роком. Причина цього полягає не тільки у високому освітньому рівні університету, але й у поступовому покращенні матеріально-технічної бази нашого закладу. За останні роки зростання числа іноземних студентів та спеціалістів післядипломної підготовки можна розцінити як своєрідний показник стабільності в університеті та високу міжнародну фахову оцінку отриманих спеціальних знань та вмінь.

Основна частина. Постійне зростання захворюваності онкологічної патології, високий рівень запущеності та смертності від злоякісних пухлин вимагають подальшого удосконалення програми підготовки студентів та спеціалістів післядипломної форми навчання. Необхідно констатувати, що рівень онкологічної допомоги населенню України все ще не відповідає реальним потребам та сучасним вимогам [2].

Тому майбутній лікар повинен бути обізнаний з причинами раку, мати уявлення про зв'язок між виникненням пухлин і забрудненням середовища. Необхідне й розуміння процесу розвитку раку – канцерогенезу, без чого не можна теоретично обгрунтувати застосування як профілактичних заходів, так і методів лікування. Програма викладання питань теоретичної онкології повинна бути так скорегована, щоб можна було довести студентам можливість профілактики та шляхи попередження злоякісних захворювань. А скорочення лекційних занять студентам медичних факультетів на 5 курсі з 18 годин до 12, яке відбулось 3-4 роки тому назад, вступає в протиріччя з покращення викладання загальної онкології.

© І.Ф. Хурані

Основною проблемою практичної онкології залишається пізнє виявлення злоякісних новоутворень в амбулаторно-поліклінічних закладах, що пов'язано з низкою факторів організаційного характеру та низьким рівнем онкологічної настороги лікарів загальнолікувальної мережі та низьким рівнем медично-онкологічної грамотності населення [3]. На сучасному етапі система післядипломної підготовки потребує глибокого реформування.

Знання основ ранньої діагностики та лікування злоякісних пухлин необхідне для лікаря будь-якого фаху. Це зумовлено поширенням злоякісних пухлин в усіх регіонах світу. Як причина смерті злоякісні новоутворення посідають друге місце.

Ефективність лікування злоякісних пухлин повністю залежить від стану діагностики. Лише рання діагностика злоякісних пухлин може забезпечити надійне та своєчасне лікування.

На кафедрі променевої діагностики, променевої терапії та онкології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова післядипломна підготовка спеціалістів для зарубіжних країн проводиться згідно з існуючими нормативними документами про магістратуру, клінічну ординатуру та аспірантуру.

В останні роки, у зв'язку з випуском достатньої кількості молодих лікарів, відмічається певний надлишок лікарів, особливо в обласних центрах, де зосереджений найбільший кадровий та інтелектуальний потенціал охорони здоров'я, де є медичні університети. Відчувається значний кадровий тиск й у вищих навчальних закладах внаслідок великої кількості молодих учених. Звідси витікає потреба в рівномірному та раціональному розподілі молодих лікарів та наукових працівників.

Розвиток науки, реформування вищої медичної освіти вимагають підвищення якості підготовки фахівців не тільки під час навчання в університеті, але й після його закінчення, на рівні післядипломної освіти. Це єдиний і безперервний процес, який не може розвиватися без застосування сучасних технологій навчання.

Серед особливостей післядипломної підготовки слід відмітити розбіжності програм, особливо для випускників вищих навчальних медичних закладів інших держав, зростання ролі стандартизації оцінки знань, подолання мовного бар'єра та проблеми адаптації до вимог системи охорони здоров'я в Україні.

Онкологи-хірурги під час навчання та післядипломної підготовки підвищують свої теоретичні знання з питань онкології та хірургічну майстерність. Вони ведуть прийом хворих у поліклінічному відділенні, беруть участь у консиліумах та оперативних втручаннях при лікуванні онкологічних хворих. У цьому процесі існують певні недоліки, пов'язані з тим, що кафедра не має власної діагностичної та лікувальної апаратури, а використання з навчальною метою апаратури диспансеру і залучення до діагностично-лікувального процесу лікарів-іноземців часто викликає нерозуміння та явний супротив як адміністрації лікувального закладу, так і хворих, чия правова захищеність зростає з кожним роком. Виходом з даної ситуації повинно бути створення університетських клінік, в яких діагностично-лікувальна робота буде підпорядкована навчальному процесу, а завідувачами відділень будуть співробітники клінічних кафедр. Хворі в таких клініках повинні давати інформовану письмову згоду на участь у діагностичних та лікувальних маніпуляціях студентів та спеціалістів післядипломної підготовки медичного університету.

Слід зазначити, що проходження післядипломної підготовки з онкології – це фундаментальна, глибока, цілеспрямована практична підготовка майбутніх лікарів-спеціалістів і є невід'ємною та вирішальною передумовою їх професійної діяльності.

У вищих навчальних закладах проводиться впровадження кредитно-модульної системи навчання та зростає кількість нових технологій, створюються нові форми та методи навчання. Слід акцентувати увагу на впровадженні у процес підготовки лікарів-онкологів нових технологій з урахуванням вітчизняного та світового досвіду, так і на застосування традиційних ефективних методик, що виправдали себе протягом тривалого використання в навчально-педагогічний практиці.

Існуючі на теперішній час навчальні плани медичних ВНЗ містять невелику кількість навчальних годин, що присвячені питанням етіопатогенезу, клініці та патоморфологічним аспектам онкологічних захворювань різних локалізацій. На післядипломному етапі навчання слід поглиблювати уявлення про онкологічні хвороби, клінічний перебіг, скринінгові методи діагностики та принципи сучасних методів ранньої діагностики і лікування сучасних злоякісних новоутворень. На основі сучасних стандартів онкологічної науки, які угоджені з основними стандартами високорозвинутих держав світу, і їх впровадження в лікувально-діагностичний та навчальний процеси сприяє інтеграції нашої навчальної системи та клінічної онкології у світову систему боротьби зі злоякісними новоутвореннями.

На сучасному етапі складовими стратегічного реформування післядипломної освіти майбутніх онкологів є впровадження стандартів діагностики та ліку-

вання онкологічних хворих, розроблених та вперше затверджених МОЗ України 2007 р.

Протягом періоду післядипломної підготовки магістранти та аспіранти навчаються методів та принципів доказової медицини, а також вони працюють у бібліотеці та мають змогу користуватися комп'ютерними Інтернет-виданнями всесвітньої мережі Інтернету.

Висновок. В умовах нестабільного державного забезпечення та жорсткої конкуренції з вищими медичними школами інших країн післядипломна підготовка іноземних лікарів в Україні є пріоритетним напрямком діяльності медичних ВНЗ. Підготовка спеціалістів з онкології повинна на першому етапі передбачити глибоке оволодіння теоретичними знаннями, набуття практичних навичок з онкології, і на другому етапі слід оволодіти методами ранньої діагностики злоякісних новоутворень та визнання лікарської тактики в наданні допомоги онкохворим на сучасному рівні.

Література

1. Грищак В.З., Молоткова І.Г. Особливості періоду соціальної адаптації іноземних студентів протягом перших років навчання в Українському ВНЗ // Фахова підготовка іноземних громадян в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку: Матеріали міжнародної наук.-практ. конф. (4-6-лютого 2002 р., Київ). –К.: Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2002. – С. 3-8.

2. Шалимов С.А., Гриневич Ю.А., Мясоедов Д.В. Справочник по онкологии. – К.: Здоров'я, 2000. – 558 с.

3. Елесеев Ю.Ю. Онкология: полный справочник. – М.: Эксмо, 2007. – 736 с.

УДК 615. 03:378

ВИВЧЕННЯ ФІТОТЕРАПІЇ – НЕОБХІДНА УМОВА ДЛЯ ДОСКОНАЛОЇ ПІДГОТОВКИ ПРОВІЗОРА-ФАХІВЦЯ

Л.С. Фіра, П.Г. Лихацький, М.І. Шанайда

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

STUDY OF PHYTOTHERAPIA IS NECESSARY CONDITION FOR THE ACCOMPLISHED PREPARATION OF PHARMACIST-SPECIALIST

L.S. Fira, P.H. Lykhatsky, M.I. Shanayda

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті розглянуто основні положення фітотерапії, які повинен засвоїти студент – майбутній провізор. Фітотерапія розглядається як останній етап у вивченні лікарських рослин, дії на організм біологічно активних речовин з них та створенні препаратів на їх основі. Наведене практичне значення даної дисципліни для лікарів, фармацевтів та біологів. Наголошується на знаннях патології та захворювань, розкритті їх механізмів та правильному підборі при цьому препаратів та зборів з лікарських рослин. Вказується, що необхідною умовою для вивчення даної дисципліни є її зв'язок з клінікою, аналіз лікарських засобів рослинного походження, які є сьогодні на фармацевтичному ринку, а також можливість адекватної заміни їх новими лікарськими формами з рослинної сировини.

The main principles of phytotherapy, which must be mastered by student future pharmacist, are considered in the article. Phytotherapy is considered as the last stage in the study of medical plants, action on the organism of biologically active matters from them and creation of preparations on their basis. The practical value of this discipline for doctors, pharmacists and biologists is adduced. Knowledge of pathologies and diseases, understanding of their mechanisms and correct choice of preparations and collections of medical plants is accented. It is specified, that a necessary condition for the study of this discipline is its connection with clinics, analysis of medical forms of herbal origin, which are present nowadays at the pharmaceutical market, and also possibility of their adequate replacement with new medical forms from herbal raw material.

© Л.С. Фіра, П.Г. Лихацький, М.І. Шанайда

Вступ. Реформування вищої професійної освіти в Україні сьогодні вимагає підготовки не лише висококваліфікованого фахівця, готового до роботи в умовах високих технологій, але і людини, мислення якої орієнтоване на перспективу XXI століття. Це означає сформувати у собі готовність до життя в умовах сучасного громадянського суспільства, до виконання суспільних функцій як частини своїх обов'язків, до реалізації себе у фаховій діяльності як особистості.

Значне число фармацевтичних організацій різних форм власності, збільшення кількості аптечних установ і зміна їхньої структури, зростання виробництва вітчизняних препаратів різного походження, в тому числі і рослинних, зумовлюють постійний підвищений попит на фахівців з вищою фармацевтичною освітою [1, 3, 4]. У той же час, особливістю сучасних вимог до підготовки фахівців з вищою освітою є акцент на відповідності потребам ринку, що звичайно веде до змін у навчальних планах та програмах, включення до них нових дисциплін. Однією з таких дисциплін є фітотерапія, яка необхідна у підготовці сучасного провізора-фахівця.

Основна частина. Фітотерапію майбутні провізори вивчають на п'ятому курсі після вивчення таких дисциплін, як ботаніка, фармакогнозія, ресурсознавство, а також дисциплін медичного спрямування (анатомії, фізіології, патофізіології, внутрішніх хвороб). Дисципліна не є обов'язковою для всіх студентів, її вивчають тільки ті, хто вибрав певний курс для поглибленого вивчення. На нашу думку, фітотерапія, мабуть, потрібна для всіх фахівців, які будуть працювати в аптеках, а також у лікарнях (клінічні провізори), адже фармацевтичний ринок все більше завойовують фітопрепарати. Більшість населення, звертаючись у фармацевтичні заклади, цікавляться засобами рослинного походження. Звідси, доцільно, щоб майбутній фахівець умів зорієнтуватись у тому широкому виборі лікарських засобів рослинного походження, які є на ринку, і зумів порадити їх до використання за різних захворювань. Зрозуміло, що це можливо тільки за однієї умови – знання фітотерапії, її основних принципів та положень.

Робоча програма з фітотерапії включає 270 годин, з них 120 годин відведено на практичні заняття, 20 годин включає лекційний курс і 130 годин становить самостійна робота студентів. На практичних заняттях студенти обговорюють питання фітотерапії за різних патологічних станів. При цьому їм стають в пригоді знання, набуті на молодших курсах. Перш за все, студентам необхідно встановити симптоми того чи іншого захворювання, а тоді вміло підібрати до нього комплекс рослин чи рослинних засобів, які змогли б усунути деякі порушення в організмі. Зрозуміло, що для студента-провізора це не зовсім посильне завдання, тому для того, щоб він краще розібрався з ним, ми вважаємо, що такі заняття необхідно проводити в клініці. В структуру заняття має входити ознайомлення з історіями хвороби, зібрання анамнезу хворого та аналіз листка призначень. При цьому студент аналізує рослинні препарати, які призначені лікарем. Завершується заняття оформленням протоколу, де описані збори та препарати, використані за даних захворювань, які вивчались у цій темі.

Для більш досконалого володіння навиками фітотерапії студенти проходять навчальну практику, яка складає 36 годин. Переважно, вони проходять її у гомеопатичних аптеках. На нашу думку, доцільним було б декілька годин провести у різних відділеннях лікарень. Звичайно, це є важким і дискусійним питанням, адже провізор не лікар, але якщо ми хочемо отримати конкурентоспроможного фахівця-провізора, то він повинен стати помічником і радником лікаря з питань вибору препаратів і зорієнтуватись на більш м'яких, доступних, нешкідливих формах. А це, зазвичай, характерно для засобів рослинного походження.

Закінчивши вивчення курсу фітотерапії, майбутній фахівець чітко має засвоїти основні її принципи – етапність лікування фітозасобами, адекватність у підборі лікарських засобів, правильне їх дозування, врахування біоритмологічних характеристик людини (часовий принцип) [2].

Висновки: 1. Підготовлений фахівець з глибокими знаннями фітотерапії стане помічником лікаря і допоможе підібрати правильне адекватне лікування рослинними препаратами, враховуючи прогрес сучасної фармації та поповнення ринку препаратів фітозасобами.

2. Вивчення фітотерапії майбутніми провізорами дозволить сформувати грамотного конкурентоспроможного фахівця, який буде користуватись попитом не тільки в Україні, а зможе проявити свої знання на міжнародному ринку.

Література

1. Пересмотр программы базового фармацевтического образования (по материалам 7-го совещания ВОЗ 17-18 июня 2002 г. на Мальте) // Провизор. – 2002. – № 14. – С. 11-14.

2. Соколов С.Я. Фитотерапия и фитофармакология. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 968 с.

3. Фармацевтическое образование в мире / В.П. Черных, В.М. Толочко, А.В. Зайченко и др. – Харьков: НФаУ, – 2004. – 92 с.

4. Филиппова И. Образование и фармрынок: пути взаимодействия // Ремедиум. – 2004. – № 4. – С. 6-9.

УДК 615:33(07.07)

ОБГРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ БЕЗПЕРЕРВНОГО НАВЧАННЯ ПРОВІЗОРІВ В УКРАЇНІ НА ПРИКЛАДІ ФАРМАКОЕКОНОМІКИ

М.В. Слабий, О.М. Заліська, Б.Л. Парновський

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

SUBSTANTIATION OF CONTINUOUS EDUCATION SYSTEM OF PHARMACISTS IN UKRAINE ON AN EXAMPLE OF PHARMACOECONOMICS

M.V. Slaby, O.M. Zaliska, B.L. Parnovsky

Lviv National Medical University by Danylo Halytsky

Представлено процес створення системи навчання на до- і післядипломному етапах провізорів з нової дисципліни "Фармакоекономіки" в Україні. З урахуванням накопиченого досвіду на кафедрі ОЕФ та технології ліків факультету післядипломної освіти ЛНМУ ім. Данила Галицького були видані підручник, навчальні посібники, методичні рекомендації з фармакоекономіки. Обгрунтована система навчання з фармакоекономіки з використанням Інтернет-технологій для безперервної освіти провізорів з урахуванням вимог Болонського процесу.

Process of creation of training system of pharmacists' on pre- to and postgraduate stages in new discipline "Pharmacoeconomics" in Ukraine is submitted. Taking into account the accumulated experience of teaching, the textbook, manuals, methodical recommendations in pharmacoeconomics are issued. The system of pharmacoeconomics studying with use of Internet-technologies for continuous training of pharmacists is proved in a view of Bologna process requirements.

Вступ. Метою Болонського процесу є створення Європейської території вищої освіти до 2010 року (European Higher Education Area), яка базується на кредитній системі, що впроваджена у більшості країн для гармонізації навчання, забезпечення мобільності студентів та освіти впродовж життя [21].

На 66-му Світовому конгресі Міжнародної фармацевтичної федерації (FIP) (Бразилія, 2006) була створена спільна група FIP та експертів ВООЗ з фармацевтичної освіти, яка розробляє стратегічний план з її глобалізації, розвитку відповідних модулів навчання, оскільки фармацевт у сучасній охороні здоров'я є експертом з мультидисциплінарних питань і забезпечує лікарів, керівників доказовою інформацією про ефективність витрат на лікарські засоби (медичні технології) та підвищує якість фармацевтичної допомоги [22].

У листопаді 2007 року ця спеціальна група з фармацевтичної освіти запропонувала трикомпонентну програму – "План освітньої діяльності на 2008-2010 роки", мета якого підтримка зусиль з активізації розвитку фармацевтичної освіти для самопідготовки з питань забезпечення доступу до ефективних, безпечних лікарських засобів та їх раціонального використання, у зв'язку з чим актуальним є вивчення дисципліни "Фармакоекономіка" [23].

Проблематиці стратегії євроінтеграційного реформування вищої медичної освіти присвячені праці О.П. Волосовця, Ю.В. Вороненка, М.В. Банчука, в яких обгрунтовано Програму третього рівня медичної освіти як безперервного професійного розвитку лікарів та напрями використання електронних засобів для дистанційної освіти [1, 2, 18]. Питанням оптимізації навчального процесу фармацевтичних кадрів присвячені роботи Д.Л. Великого, Н.О. Ветютнєвої, О.М. Гриценко, Т.А. Грошового, О.Х. Пімінова, М.С. Пономаренка, М.Л. Сятині, В.М. Толочка [15–17]. Важливим є компетентнісний підхід при підготовці фармацевтичних фахівців відповідно до вимог Болонського процесу (Громовик Б.П., 2008) [3].

Основна частина. Нашою метою було інтегрувати сучасні принципи післядипломної освіти в Україні з концепцією "безперервного навчання" та обгрунтувати систему підготовки провізорів з сучасної дисципліни "Фармакоекономіка", в т. ч. з використанням дистанційної підготовки за допомогою Інтернет-ресурсів.

Передумовою вирішення такого завдання було те, що на кафедрі організації і економіки фармації та тех-

© М.В. Слабий, О.М. Заліська, Б.Л. Парновський

нології ліків факультету післядипломної освіти ЛНМУ ім. Данила Галицького з 2000 року вперше в Україні було впроваджено викладання нової фармацевтичної дисципліни "Фармакоекономіки" на передатестаційних циклах провізорів. Для навчально-методичного забезпечення було видано перший навчальний посібник "Фармакоекономіка: В 2 ч." (2000) і відповідні методичні розробки для лекційних та семінарських занять [8]. Для інформаційного забезпечення практичних провізорів був започаткований лекторій з основ фармакоекономіки в часописі "Аптека Галицька", та опубліковано більше 30 статей з даної проблематики, в тому числі у фахових виданнях: "Клінічна фармація", "Ліки України", "Фармацевтичний журнал" [4–6, 10].

У співпраці з науковцями Національного фармацевтичного університету була створена перша в Україні типова навчальна програма "Фармакоекономіка" (2001) для підготовки студентів, затверджена МОЗ у 2001 році [7].

На основі накопиченого досвіду підготовки провізорів з фармакоекономіки нами видано вперше в Україні навчальний посібник "Основи фармакоекономіки" (Заліська О.М., за ред. Б.Л. Парновського, 2002), який був рекомендований МОЗ України для вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації і використовувався у 12 вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах III-IV рівнів акредитації. У навчальному посібнику детально була представлена класифікація фармакоекономічних витрат, методологія фармакоепідеміологічних досліджень, системні підходи до збору інформації про побічні і небажані ефекти лікарських засобів. Також проаналізовані методичні підходи до аналізу споживання у визначених добових дозах на основі анатомо-терапевтичної-хімічної класифікації. Розглянуто методичні підходи фармакоекономічного аналізу, які використовуються у світовій практиці, зокрема об'єкти і методологія аналізу "вартість-ефективність", "вартість-користь", "вартість-вигода", "мінімізація вартості", "вартість захворювання" відповідно до рекомендацій Міжнародного товариства фармакоекономічних досліджень (ISPOR). Детально представлено основи формулярної системи та принципи створення британського і канадського формулярів[9].

Слід відзначити, що в інших вищих навчальних закладах (Вінниця, Харків) у 2003-2006 рр. також були підготовлені навчальні посібники з фармакоекономіки [14, 20]. Методичні аспекти вивчення студентами фармакоекономіки представлені у працях Л.В. Яковлєвої і співавт. [19].

З урахуванням накопиченого нами досвіду, результатів наших наукових досліджень [11], відповідно до типової навчальної програми передатестаційних циклів зі спеціальності "Організація та управління фармацією", "Загальна фармація" [14, 15], яка включає тематику з фармакоекономіки, було видано перший навчальний посібник "Фармакоекономіка" для післядипломної освіти провізорів, який затверджений МОЗ України (2007) [12]. Відповідно до рекомендацій МОЗ України на основі даних апробації вищевказаних навчальних посібників з фармакоекономіки, нами підготовлено підручник "Фармакоекономіка", складений за вимогами кредитно-модульної системи навчання для студентів вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації [13].

Передбачено, що на передатестаційних циклах слухачі курсів послідовно ознайомлюються з історією розвитку фармакоекономіки, її об'єктами, предметом досліджень, зв'язками з іншими фармацевтичними, медичними науками. Детально вивчають термінологію відповідно до вимог Міжнародного товариства фармакоекономічних досліджень на основі офіційного видання "Словник термінів ISPOR", зокрема щодо визначення ефективності (безпечності) медичних технологій за даними доказової медицини. Знайомляться з методологією фармакоекономічного аналізу лікарських засобів "вартість-ефективність", "мінімізація вартості", "вартість-користь", "вартість-вигода", "вартість захворювання" та використання їх результатів для оптимізації фармакотерапії. Значна увага приділяється вивченню принципів формулярної системи лікарського забезпечення. Це особливо актуально згідно з положеннями затвердженої "Державної програми забезпечення населення лікарськими засобами на 2004-2010 рр.", яка передбачає застосування фармакоекономічного аналізу та розробку формулярів.

Слід відзначити, що проводиться диференціація викладання навчального матеріалу з фармакоекономіки: слухачам зі спеціальності "Організація та управління фармацією" більша увага приділяється питанням з організації формулярного забезпечення хворих, визначення потреби в препаратах. Провізори зі спеціальності "Загальна фармація" одержують більше інформації про фармакоекономічні аспекти фармакотерапії поширених захворювань для подальшого застосування знань з метою надання обгрунтованих рекомендацій хворому щодо ефективного, безпечного та економічно вигідного лікарського засобу. Видані оригінальні методичні розробки з ситуаційними завданнями для фармакоекономічного аналізу лікарсь-

ких засобів різних груп. На практичних та семінарських заняттях провізори оволодівають вміннями фармакоекономічної оцінки лікарських засобів, обчислюють коефіцієнти "витрати-ефективність" препаратів для лікування поширених захворювань.

Нами одержаний значний досвід вивчення фармакоекономіки, зокрема лекції та семінарські заняття з цієї дисципліни за 2000-2008 навчальні роки було проведено для більш як 8000 провізорів у Волинській, Львівській, Івано-Франківській, Закарпатській, Рівненській, Тернопільській, Чернівецькій областях.

Подальший розвиток можливостей "безперервного навчання" пов'язаний зі створенням Українського відділу Міжнародного товариства фармакоекономічних досліджень (USPOR) (2008), яке координує розвиток практичних та освітніх напрямів фармакоекономіки у провідних країнах. Нами розроблено україномовну веб-сторінку www.uspor.org, на якій представлені інформаційні матеріали про діяльність цієї міжнародної організації та навчальні матеріали, наукові статті про теоретичні основи та результати фармакоекономічних досліджень в Україні, про напрями світових та європейських конгресів.

Для реалізації безперервної освіти нами запропоновано навчальний план та програму самопідготовки з фармакоекономіки для провізорів з урахуванням вимог Проекту наказу МОЗ України "Порядок впровадження шкали значень різних видів і форм післядипломної освіти лікарів (провізорів) в період між передатестаційними циклами", що представлено у таблиці 1.

Таблиця 1. Етапи безперервної самопідготовки провізорів з фармакоекономіки

Етап	Напрями самопідготовки
1. Передплата на фахові журнали "Фармацевтичний журнал", "Фармацевт Практик", "Фармацевт-revue". Отримання матеріалу з Інтернет-сторінки	Ознайомлення з публікаціями про фармакоекономіку та фармакоекономічний аналіз лікарських засобів
2. Вивчення методів фармакоекономічного аналізу	Опрацювання методу фармакоекономічного аналізу "вартість-ефективність" для групи лікарських засобів (які є специфічними для аптеки, де працює провізор)
3. Вивчення принципів формулярної системи лікарського забезпечення. Вимоги до створення та використання формуляра у Великобританії, Канаді	
4. Опрацювання методики фармакоекономічного аналізу для поширених захворювань	Вибір та обгрунтування методики фармакоекономічного аналізу для використання препарату (формуляр) лікувального закладу
5. Участь у конференції на кафедрі з доповіддю	Доповідь про фармакоекономічну оцінку лікарських засобів

Після проходження передатестаційного циклу провізори використовують навчальні матеріали з термінології, теорії розвитку фармакоекономіки як науки у світі з сайту www.uspor.org. Якщо відсутній доступ до Інтернету, то проводять передплату на фахові журнали "Фармацевтичний журнал", "Клінічна фармація", які публікують матеріали з фармакоекономіки, або, використовуючи архів журналів "Аптека Галицька" за 2000 рік (№№ 5, 6, 8, 12, 19, 24), журналу "Фармацевт Практик" за 2003 рік (№№ 3,4, 5, 6, 9, 10), засвоюють терміни фармакоекономіки та напрями її розвитку у світі, проводять моніторинг сучасних напрямів діяльності ISPOR. При цьому провізори можуть самостійно поглибити свої знання з питань термінології за допомогою Міжнародного словника термінів – ISPOR (BOOK of Terms), який представлено на Інтернет-сторінці. Також для підвищення рівня інформованості про фармакоекономіку для практичних провізорів можливим є участь (без доповіді) у конференціях, які проводяться на кафедрі організації і економіки фармації та технології ліків ЛНМУ ім. Данила Галицького щорічно.

На наступний навчальний рік провізори ознайомлюються з методами фармакоекономічного аналізу "мінімізація вартості" та "вартість-ефективність", використовуючи журнали: "Аптека Галицька", "Фармацевт Практик", "Фармацевтичний журнал", "Провізор" та "Еженедельник Аптека". Набувши теоретичних знань з фармакоекономіки, провізори самостійно опрацьовують методики фармакоекономічного аналізу лікарських засобів з урахуванням специфіки регіону, аптечного закладу. Одержані результати провізори мають можливість опублікувати та представити на спеціалізованих конференціях.

Висновок. Таким чином, нами підготовлено навчально-методичне забезпечення з фармакоекономіки, яке інтегроване із використанням Інтернет-ресурсів україномовної веб-сторінки для дистанційної підготовки провізорів з проблематики фармакоеко-

номічного аналізу. Набуття навичок з фармакоекономічної оцінки ліків за показником "витрати-ефективність" актуально при впровадженні формулярної системи в Україні.

Література

1. Волосовець О.П. Стратегія Євроінтеграційного реформування вищої медичної освіти України // Проблеми медичної науки та освіти. – 2006. – № 1. – С. 5-12.
2. Вороненко Ю.В. Деякі підсумки щодо удосконалення післядипломної освіти лікарів // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 4. – С. 41-45.
3. Громовик Б.П., Мокрянин С.М. Перспективи нових навчальних технологій у фармацевтичній освіті // Фармац. журн. – 2008. – № 2. – С. 13-22.
4. Заліська О.М. Фармакоекономіка та її практичне використання для підготовки спеціалістів // Фармац. журн. – 2001. – № 1. – С. 27-32.
5. Заліська О.М., Парновський Б.Л. Впровадження фармакоекономіки у процес підготовки провізорів в Україні // Еженедельник Аптека. – 2002. – № 14 (335). – С. 14-15.
6. Заліська О.М., Парновський Б.Л. Досвід викладання фармакоекономіки в Україні для післядипломної підготовки провізорів // Фармац. журн. – 2002. – № 2. – С. 12-15.
7. Заліська О.М., Парновський Б.Л. Програма з фармакоекономіки для студентів вищих фармацевтичних навчальних закладів і фармацевтичних факультетів вищих медичних навчальних закладів освіти III-IV рівнів акредитації / МОЗ України.– К., 2001. – 26 с.
8. Заліська О.М. Фармакоекономіка: Навч. пос. / За ред. Б.Л. Парновського. – Львів: Простір-М, 2000. – Ч. 1: Теоретичні основи фармакоекономіки.– 64 с.; Ч. 2: Фармакоекономічний аналіз. – 71 с.
9. Заліська О.М. Основи фармакоекономіки: Навчальний посібник / За ред. Б.Л. Парновського; МОЗ України. – Львів, Афіша, 2002. – 360 с.
10. Заліська О.М. Створення системи підготовки провізорів з фармакоекономіки // Фармац. журн. – 2003. – № 1. – С. 35-41.
11. Заліська О.М. Теоретичні основи та практичне використання фармакоекономіки в Україні: Автореф. дис. ... д-ра фармац. наук / 15.00.01; Львів. нац. мед. ун-т ім. Данила Галицького. – Львів, 2004. – 33 с.
12. Заліська О.М. Фармакоекономіка: Навч. пос. для провізорів-інтернів і провізорів-слухачів закладів післядипломної освіти / МОЗ України. – Львів, Афіша, 2007. – 400 с.
13. Заліська О.М. Фармакоекономіка: Підручник для студентів вищих навч. закладів / МОЗ України. – Львів, Афіша, 2007. – 374 с.
14. Мостовий Ю.М., Томашкевич І.В., Константинович-Чічерельо Г.В. Фармако-епідеміологічні та фармакоекономічні дослідження у медицині: Навч. пос. / МОЗ України. – Вінниця, 2003. – 79 с.
15. Навчальний план та уніфікована програма передатестаційного циклу зі спеціальності "Організація і управління фармацією" / О.Ф. Пімінов, В.М. Толочко, М.С. Пономаренко, Б.Л. Парновський,… О.М. Заліська, … – Х.: НФаУ, 2003. – 47 с.
16. Навчальний план та уніфікована програма передатестаційного циклу зі спеціальності "Загальна фармація" / О.Ф. Пімінов, С.О. Тихонова, Р.С. Коритнюк, … Б.Л. Парновський, О.М. Заліська… – Х.: НФаУ, 2003. – 27 с.
17. Концептуальні підходи щодо теоретичної реформи безперервної післядипломної освіти фармацевтичних кадрів упродовж життя / М.С. Пономаренко, М.Л. Сятиня, Н.Б. Вовк та ін. // Фармац. журн. – 2004. – № 5. – С. 20-24.
18. Сучасні питання розвитку вищої медичної освіти та кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Фещенко, Т.І. Чернишенко // Медична освіта. – 2008. – № 2. – С. 5-11.
19. Яковлєва Л.В., Бездітко Н.В., Герасимова О.О. Організація самостійної роботи студентів на кафедрі фармакоекономіки у світлі реформування вищої освіти // Клінічна фармація. – 2006. – № 2. – С. 24-26.
20. Яковлєва Л.В., Бездетко Н.В., Герасимова О.А. Фармакоэкономика: Уч. пос. – Х.: НФАУ, 2006. – 119 с.
21. Anderson C., Bates I., Beck D. et al. FIP and WHO move forward in developing pharmacy education // International Pharmacy Journal. – 2008. – Vol. 1, № 8. – P. 3-5.
22. International Pharmaceutical Federation (FIP) United Nations Educational, Scientific and cultural Organization (UNESCO) World Health Organization (WHO) Pharmacy Education Taskforse Action Plan 2008-2010 // WHO Bulletin. – 2008. – P. 1-3.
23. Rotger R. Trends, Perspectives and Pharmacy Education / / International Pharmacy Journal. – 2008. – Vol. 1, № 8. – P. 11-12.

УДК 614.253.52 (07.07)

СИСТЕМА МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ В КРАЇНАХ ЄВРОПИ ТА В УКРАЇНІ

І.Ф. Костенко

Одеський державний медичний університет

THE SYSTEM OF NURSING EDUCATION IN THE COUNTRIES OF EUROPEAN UNION AND IN UKRAINE

I.F. Kostenko

Odessa State Medical University

У статті відображено особливості системи медсестринської освіти в країнах європейського простору та в Україні, проведено аналіз навчальних програм з медсестринства, обгрунтовано необхідність адаптації вітчизняної сестринської освіти до міжнародних стандартів.

The features of nursing education development all over the European Union and in Ukraine are presented in this article. The curricula in nursing have been analysed, the necessity of adaptation of Ukrainian nursing education to international standards has bee substantiated.

Вступ. Сучасна медсестринська справа потребує удосконалення змісту, структур і принципів освіти. Основне завдання вищої школи сьогодні – виховання студентів з активною життєвою позицією, самостійністю, постійним самоконтролем і самокорекцією. Інтеграція української вищої школи в єдиний європейський освітній простір вимагає перегляду вітчизняних навчальних програм задля адаптації їх до світових стандартів [1]. Метою даної статті є ознайомлення з досвідом європейських медичних навчальних закладів, з різноманітними системами медсестринської освіти для підвищення рівня вітчизняної вищої базової освіти медичних сестер.

Основна частина. Вперше підготовка медичних сестер в країнах Європи розпочалася з XIX століття у Великобританії, Австрії, Фінляндії та Росії.

В наш час медсестринська освіта в європейських країнах надається в медсестринських школах, училищах та коледжах (Великобританія, Росія, Угорщина, Швеція), а вища освіта в медсестринстві – в інститутах, університетах та академіях (Данія, Греція, Ірландія, Іспанія, Естонія, Польща, Росія)[2].

Фінансується медсестринська освіта з державного бюджету в 16 країнах (Австрія, Бельгія, Греція, Естонія, Італія, Люксембург, Нідерланди, Норвегія, Польща, Португалія, Росія, Угорщина, Швеція), за рахунок коштів громад – у 8 країнах (Данія, Ірландія, Люксембург, Німеччина, Франція, Швейцарія), за власні кошти (Великобританія, Греція, Данія, Італія, Німеччина, Португалія, Росія, Франція). В Ірландії, Іспанії та Фінляндії фінансування має місце з усіх 3 джерел. В Україні медсестринську освіту можна здобути за фінансування з державного бюжету або за власні кошти [3].

В європейських країнах існує така ж різноманітність структур, що відповідають за складання програм підготовки медсестер різних освітніх та кваліфікаційних рівнів і контролюють діяльність навчальних закладів для медичних сестер.

До здобуття медсестринської освіти допускаються особи чоловічої та жіночої статі віком від 17-18 років, а у Нідерландах і Португалії – з 16 років.

Одержати освіту з допоміжного медсестринства (LPN) можуть особи з неповною середньою освітою, але в Бельгії, Великобританії та Франції вимагається закінчення старшої школи. Підготовка триває від 6 місяців (Угорщина) до 1 року (Данія, Німеччина, Франція), 1,5 року (Швейцарія), 2 років (Швеція, Великобританія, Нідерланди, Греція) та до 3 років (Бельгія). В Україні допоміжного медсестринства не існує [3, 4].

Термін навчання за фахом медичної сестри у більшості країн та Україні (з 2006 року) складає 3 роки, а в Данії, Австрії, Бельгії, Великобританії, Нідерландах, Польщі допускається подовження терміну до 3,5 років. До навчання допускаються особи з до-

© І.Ф. Костенко

кументами про закінчення старшої школи. В Норвегії та Швейцарії фах медсестри можна здобути на базі неповної середньої освіти, а у Фінляндії, Ірландії, Люксембургу, Польщі та в Україні існують обидва варіанти [2].

Бакалаврський рівень (BcN) медсестринської освіти надається з рівня дипломованої медсестри у Великобританії та Естонії; у Греції, Іспанії, Росії та Угорщині – після закінчення школи, у Швеції та Україні – після одержання диплома медичної сестри. В Іспанії медсестринська освіта починається відразу з бакалаврського рівня за умови закінчення 8 класів середньої школи. Обмеження віку для вступу до навчання існує тільки у Швеції та Іспанії (відповідно 25 та 35 років). Тривалість навчання за бакалаврською програмою складає 3-4 роки з рівня середньої освіти та 2 роки – з рівня дипломованої медсестри. В Україні з 2009 року ці терміни складатимуть відповідно 4 роки у ВМНЗ I-II рівнів акредитації та 1 рік у медичних коледжах при університетах та в інститутах сестринства [1, 5].

Наступний ступінь магістра (MsN) вимагає наявності бакалаврського рівня освіти. У Фінляндії та Польщі за магістерською програмою можуть навчатися дипломовані медсестри, а у Греції магістерський ступінь можуть здобувати і дипломовані медсестри, і медсестри-бакалаври. На цьому рівні завершується вища медсестринська освіта у Фінляндії, Іспанії та Росії. У всіх країнах, де запроваджений магістерський рівень підготовки медсестер, крім Росії, для здобувачів вимагають наявність практичної роботи. Термін підготовки у різних країнах неоднаковий. В Україні розроблено стандарт освіти з магістратури медичних сестер та створено 2 інститути медсестринства: Інститут медсестринства Тернопільського державного медичного університету та Житомирський інститут медсестринства. Підготовка медсестер-магістрів розпочнеться у 2008-2009 навчальному році, термін навчання триватиме 2 роки [5].

Здобути науковий ступінь доктора наук (DrN) можуть тільки магістри медсестринства у Великобританії, Греції, Польщі.

В 11 країнах Європи немає виділення ступенів у вищій освіті медсестер, тому умовами для її здобуття є наявність диплома медсестри та стажу практичної роботи від 1 до 10 років, крім Данії, Нідерландів, Італії та Естонії.

В деяких країнах Європи (Австрія, Бельгія, Греція, Ірландія, Ісландія, Італія, Люксембург, Норвегія, Польща, Фінляндія, Франція) для надання медичним сестрам права практичної діяльності запроваджено відповідне державне ліцензування і реєстрацію (щодо останньої, то крім Ліхтенштейна, Ісландії, Естонії та Росії) [3].

Програми медсестринської освіти.

В Австрії існують 2 програми підготовки медсестер: із загального медсестринства (4-річна) та з медсестринства у психіатрії (3-річна) [6]. Перша з них дає можливість одержати дві кваліфікації – загальна медична сестра і медична сестра дітей і немовлят. Програми в перші 3 роки навчання однакові, тільки на 4-му році навчання проходить диференційовано. На 1-му році разом з традиційними дисциплінами вивчаються наука про життя, бухгалтерія в діловій сфері, музика, малювання, стенографія та звукове друкування. Другий рік навчання присвячений основам професійної діяльності медичної сестри, крім того, вивчаються основи законодавства про надання медичної допомоги, основи соціальної безпеки та закон про працю, основи англійської мови для медсестер. На 3-му році навчання розпочинається вивчення клінічного медсестринства, в тому числі медицини дитини, харчування хворої дитини, медсестринства хворої дитини, психології хворого, громадських послуг медсестринської допомоги, захисту від радіації тощо. На 4-му курсі продовжується вивчення основних дисциплін з 3-го курсу та залежно від кваліфікації додаються нові, зокрема, вступ до реабілітації, психологія, педагогіка, керування штатними працівниками, соціологія, психосанітарія, психологія інваліда, вступ до психосоматики, організація медсестринських послуг.

Програма медсестринства дітей та немовлят додатково включає: терапію та харчування хворої дитини, медсестринство дитячих хвороб, основи здоров'я в дитячому та юнацькому віці, психологію розвитку дитини-інваліда, медсестринство дитячих хвороб, дитячу хірургію, медсестринство в дитячій хірургічній палаті, неврологічні хвороби в дитинстві та медсестринство при них, психічні хвороби в дитинстві та медсестринство при них.

Практичний курс підготовки є на кожному році навчання: на першому і другому році навчання він однаковий для обох кваліфікацій і складає 160 годин. Практична підготовка 2-го року охоплює 600 годин і спрямована на захист від інфекції (робота зі здоровими дітьми, на молочній та дієтичній кухні, у школі-інтернаті, лабораторії, на фармацевтичному складі; вступ до керівної роботи медсестри-наглядача, стерилізація). На 3-4-му роках обсяг практики в лікарнях – всього 2200 годин. Передбачається також прийом пологів та неонатальне медсестринство, робота в громадських службах охорони здоров'я.

Трирічна програма підготовки психіатричних медсестер містить суспільні, біологічні та базові дисципліни (курс загального медсестринства), специфіку психології та поведінки психічно хворих і недієздатних осіб, хворих різного віку з розумовими розладами, особливості вирішення проблем таких пацієнтів, їх реабілітацію та соціальний захист, догляд за психічно хворими правопорушниками.

У Бельгії здійснюють підготовку асистентів медичної сестри, практикуючих медсестер та спеціалістів із загального медсестринства [1, 4]. Навчання асистента медичної сестри (2960 годин) складається з курсів загальної та спеціальної теоретичної підготовки, професійно орієнтованої підготовки та практики в лікарні при співвідношенні годин відповідно 1:1:4, а практикуючої медсестри – 3480 годин (1:1:3). Підготовка із загального медсестринства здійснюється протягом 4000 годин із співвідношенням курсів 5:1:7.

Базова навчальна програма з медсестринства у Греції складає 5047 годин, з них 2140 годин припадає на теоретичні предмети, останні години – заняття в клініці та практика. Теорія викладається 5 блоками: I – фізичні та біологічні науки, харчування, фармакологія, мікробіологія; II – суспільні науки; III – медсестринські та клінічні дисципліни; IV – громадське здоров'я: особиста гігієна, громадська, суспільна та гігієна довкілля, епідеміологія, медичне виховання, біостатистика, організація служб охорони здоров'я, громадське медсестринство; V – загальна освіта: іноземні мови, література, музика, гімнастика.

Клінічна підготовка і практика здійснюється за напрямками: медико-хірургічне сестринство (загальне і спеціальне), материнство і гінекологічне медсестринство, медсестринство в дитячих та інфекційних хворобах, психіатричне і неврологічне медсестринство, громадське медсестринство. Випускні іспити проводяться у письмовій, усній та практичній формах [3, 4].

В Естонії з 1995 року термін навчання для медсестер складає 3 роки з вивченням 65 дисциплін (кількість годин – 3870, теоретичні та практичні заняття розподілені порівну). Після кожного курсу є практика до 720 годин. Дисципліни об'єднані в 6 блоків: I – загальномедичні; II – наука про здоров'я (матері, дитини, геронтологія, екологія, гігієна, загальна психологія, міжособове спілкування); III – безпосередньо медсестринство (основи медсестринства, маніпуляційна техніка, медсестринська етика, догляд при різних хворобах, за вмираючими, інвалідами, педагогіка в сестринській справі, деонтологія); IV – клінічні дисципліни (асептика, антисептика, внутрішні хвороби, лабораторна діагностика, десмургія, перша допомога, дієтологія, неонатологія, пологи, реанімація, фізіотерапія і реабілітологія, законодавство, адміністрування, правила видачі ліків, клінічна фармакологія); V – суспільні науки (соціологія, релігія, педагогіка, іноземна мова); VI – факультативні предмети (фізвиховання, комп'ютери, математика, предмети вільного вибору). З основних клінічних дисциплін проводяться тільки теоретичні заняття, з дисциплін "Догляд за хворими при ..." – тільки практичні [1, 3].

В Іспанії бакалавр навчається 4600 годин. Співвідношення теоретичних годин і практики 1:1. Дисципліни також об'єднані у 6 блоків: I – базові науки; II – медичні науки; III – біхейвіористські науки; IV – медсестринські науки; V – громадське здоров'я; VI – факультативні дисципліни. Студенти мають право на вибір послідовності вивчення дисциплін. Практика є на II і на III курсах в лікарнях, центрах здоров'я і в будинках для престарілих [2].

Медсестринська освіта в Італії має такі особливості: загальна кількість годин – 4400, співвідношення теоретичних і практичних годин становить 1:1,8; термін навчання – 3 роки; вивчаються 3 блоки дисциплін – базові гуманітарні, базові медичні науки, медсестринська методика. Практика на 1-му році навчання проводиться в лікарнях з використанням навчальних фільмів, групової роботи студентів, методичної та тематичної літератури. На 2-му році практика проходить у відділеннях загальної медицини і хірургії, акушерства і гінекології, в амбулаторіях та консультаціях. Передбачається чергування студентів у нічний час. На 3-му році навчання студенти проходять практику в спеціалізованих відділеннях, мають нічні чергування, працюють на промислових об'єктах, вдома у пацієнтів, в службах профілактичної медицини. Медсестри мають можливість підвищити свій освітній рівень протягом 1 року за програмою підготовки керівника в медсестринстві (теорія – 315 годин, практика – 600 годин, з них 400 годин присвячено роботі в клінічних відділеннях різного профілю). Після навчання видається диплом з адміністрування в медсестринстві [3].

Розвиток ступеневої медсестринської освіти у Литві розпочався у 1990 році. В медичних школах і коледжах навчають дипломованих медсестер протягом 2 - 2,5 років. Термін навчання медсестер-бакалаврів у медичному університеті – 4 роки (160 кредитів), 50 % навчального часу припадає на практичні заняття. Після закінчення навчання студенти здають практичний іспит або письмову роботу. Підготовка медичних сестер-магістрів триває 2 роки (80 кредитів),

випускники працюють координаторами або адміністраторами клінік. З 1999 року у Литві введено підготовку медсестер-докторів наук, які після 4-річного навчання працюють в медичних академіях та університетах [7].

Освіту медичної сестри у Словаччині можна здобути на факультеті медсестринства Словацького медичного університету. Тривалість навчання 3 роки (4600 навчальних годин, з них половина – практичні). Форма навчання – денна і заочна. Після закінчення освітньої програми, що повністю адаптована до вимог Євросоюзу, випускникам присуджується науковий ступінь бакалавра. Навчання можна продовжувати в магістратурі протягом 2 років, отримана освіта надає право займати посади старшої чи головної медичної сестри лікувального закладу, викладача з медсестринства. Докторантура (3-5 років) є обов'язковою для отримання звання доцента або професора. На факультеті можлива спеціалізація з акушерства, фізіотерапії, радіології, невідкладної медичної допомоги (термін навчання бакалавра – 3 роки)[8].

Навчання медсестринства в Нідерландах триває 3,5 роки [1, 4]. За цей час студенти вивчають історію медсестринства, громадські служби здоров'я, гігієну, першу допомогу і перев'язки, методологію викладання і керівництво, науку про харчування, продукти харчування і дієтетику, правові аспекти професії, закони та правила в соціальній сфері, загальні гуманітарні та медичні науки. Кількість теоретичних годин дорівнює 1000, практика триває 86 тижнів. Термін підготовки медсестер з психіатрії та розумово відсталих людей складає 3 роки, а 4-річна програма містить 1 рік спеціалізації.

В Німеччині курс допоміжного медсестринства складається з лекцій (250 годин) і практичних занять (навички роботи допоміжної медсестри). 3-річна програма з медсестринства включає 1600 годин теорії та 3000 годин практики. У теоретичному курсі вивчаються законодавчі акти та суспільні дисципліни, гігієна і медична мікробіологія, біологія, анатомія та фізіологія, фізика, хімія, фармакологія, загальна та спеціальна патологія, терапія, діагностика та анестезіологія, основи психології, соціології та педагогіки, медсестринство, основи реабілітаційного періоду, вступ до організації та документації лікарні, мовлення та письмо, перша допомога [2].

В Польщі за програмою середньої медичної сестри студенти вивчають загальноосвітні предмети на рівні середньої школи та спеціальні професійні предмети, включаючи практичну підготовку з медсестринства у різних медичних установах, з гігієни, безпеки та закону про працю, організації охорони здоров'я. Дворічна програма підготовки з медсестринства складається з 3-х блоків дисциплін: базових предметів, медичних і медсестринських наук. Третій блок включає практику в демонстраційній аудиторії, практику в лікарнях, центрах здоров'я і клініках, гігієну праці, техніку безпеки, закон про працю. Професійні школи з психіатричного медсестринства розраховані на 2,5 роки навчання: 250 годин – психічні хвороби, неврологія, нейрохірургія та психоневрологічне медсестринство. Практична підготовка з психіатрії триває 12 тижнів. Вища медсестринська освіта надається за індивідуальними магістерськими та докторськими програмами [1, 3].

3-річна програма підготовки медичної сестри загальної практики в Російській Федерації розпочата у 1992 році. Вона охоплює 4710 годин (відповідно до європейських стандартів): теоретичних– 1520 годин, навчально-виробнича практика – 648 годин, стажування на робочому місці – 252 години. Перший рік навчання присвячується вивченню людини як особистості та частини наколишнього середовища (блок-дисципліна "Людина"). Навчання спрямовано на розвиток у студентів здібностей описування, спостереження і розмірковування, забезпечення засвоєння прийомів індивідуаьної та групової роботи. Другий та третій роки навчання забезпечують оволодіння навичками надання медсестринських послуг хворим, організації роботи, дають знання з лікарняного та соціального законодавства завдяки стажуванню на робочому місці протягом 7 тижнів. Крім того, існує програма підготовки медичної сестри-менеджера на базі повної середньої освіти (4 роки – денна форма, 4,5 роки – вечірня). Вона містить цикли з гуманітарних, природничих, загальномедичних дисциплін, клінічної медсестринської підготовки, професійної менеджерської допомоги (цикл адміністративно-управлінських та психолого-педагогічних дисциплін). Запроваджено 3 види практики: навчальна психолого-педагогічна та ознайомча з менеджменту (після III і IV семестру); виробнича (педагогічна) – після V семестру та з менеджменту – після VII семестру; переддипломна. Державні іспити складаються з психолого-педагогічного та адміністративно-управлінського напряму. Замість одного іспиту можливий захист дипломної роботи [9, 10].

У Франції навчальна програма для медсестер відповідає Закону про медсестринство. Основні дисципліни: медичне, акушерське, педіатричне, хірургічне та громадське медсестринство. Загальна кількість годин – 3600, співвідношення теорії та практики 1:1,5.

Можлива післябазова (аспірантська) підготовка: лекції – 80 годин (методологія, прикладна фізіологія, соціологія, професійна етика, право, заканодавство, вступ до культури і антропології); спеціальні предмети – 110 годин. Курс медсестри-викладача має додатково 50 годин лекцій з менеджменту, нагляду та організації служб в лікарні, лікувальної та профілактичної медицини. Практична підготовка триває 100 годин з навчальних та адміністративних тем [3].

На даний момент в Україні існує ступенева медсестринська освіта: молодший спеціаліст (I рівень акредитації) та бакалавр - медична сестра (II рівень акредитації). Розпочато подальше навчання медсестер-бакалаврів до рівня магістрів з фаху "Сестринська справа"[5].

Висновок. Таким чином, проведений порівняльний аналіз свідчить про різноманітність наявних систем підготовки медичних сестер у країнах Європи. Повна неперервна ступенева медсестринська освіта з рівнями: допоміжна медсестра – дипломована медсестра – медсестра-бакалавр – медсестра-магістр – медсестра-доктор наук – існує у Великобританії та Греції. Така ж вища освіта для медичних сестер, але без виділення ступенів є ще в 11 європейських країнах. В 14 країнах Європи наявне виділення фаху "Сестринська справа" в наукову дисципліну. Магістерський ступінь з медсестринства здобувають в 6 країнах Європи, а бакалаврський – у 7 державах, у тому числі в Україні. Допоміжних медсестер готують у 12 європейських країнах. Звертає на себе увагу виділення спеціальних практичних курсів, значної кількості навчальних годин з практичних занять (Німеччина, Естонія, Російська Федерація, Греція), проведення практики не тільки в умовах поліклінік і лікарень, а й на промислових об'єктах, в службах профілактичної і громадської медицини, в хоспісах, будинках престарілих, вдома у пацієнтів (Італія, Нідерланди, Іспанія). Велике значення для навчання і виховання майбутнього спеціаліста має стажування на робочому місці (Російська Федерація). Заслуговує на увагу організація спеціальних програм підвищення освітнього рівня з адміністрування в медсестринстві (Італія), післябазова підготовка медсестер-викладачів та старших медсестер (Франція). Громадське медсестринство успішно функціонує у Франції, Греції, Австрії, Нідерландах, Іспанії; його впровадження є актуальним і в Україні. Досвід зі спеціалізації медичних сестер з питань адміністрування, анестезіології та реанімації, сімейного медсестринства (загальної практики), радіології, керівництва практикою є дуже важливим і корисним для запровадження у медичних навчальних закладах України. На нашу думку, є доцільним та економічно вигідним застосування в Україні підготовки допоміжних медичних сестер, що сприяло б підвищенню якості надання медичних послуг пацієнтам, які потребують тільки кваліфікованого догляду в умовах хоспісу, будинку для осіб похилого віку, вдома тощо.

Очевидно, що розвиток міжнародного співробітництва в медсестринстві є перспективним для медсестринської освіти в Україні. Перегляд вітчизняних навчальних програм з метою адаптації до світових стандартів є запорукою покращання процесу підготовки кваліфікованих спеціалістів та успішної інтеграції української вищої школи в єдиний європейський простір.

Література

1. Медична освіта у світі та в Україні / Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерій, О.П. Волосовець та ін.– К.: Книга плюс, 2005. – 383 с.
2. Медсестринська освіта // Медична сестра. – 2006. – № 1. – С. 17-28.
3. Шегедин М.Б. Медсестринство в Україні. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 279 с.
4. З досвіду медсестринства різних країн // Медична сестра. – 2006. – № 1. – С. 38-40.
5. Про затвердження "Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр.": Наказ МОЗ України № 585 від 08.11.2005.
6. Досвід Віденського медичного університету в реформуванні системи освіти. Перспективи співпраці / О.В. Авдєєв, Н.І. Багній, А.Р. Вайда та ін. – Тернопіль: Укрмедкнига – ТДМУ, 2006. – 288 с.
7. Арвідас Сескевічус. Розвиток медсестринської освіти в Литві // Медична освіта. – 2006. – № 3. – С. 57.
8. Фаркашова Дана. Система медсестринської освіти у Словацькій Республіці після 1990 року // Медична освіта. – 2006. – № 3. – С. 55-56.
9. Перфильева Г.М. Высшее сестринское образование в России // Медицинская сестра. – 2003. – № 1. – С. 35.
10. Дайджест – огляд. Проблеми і перспективи сестринської освіти – досвід Росії щодо освіти медичних сестер // Головна медична сестра. – 2005. – № 4. – С. 49-54.

УДК 614.253.52:616-053.2 (07.07)

ДОСВІД ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР-БАКАЛАВРІВ НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ

О.Є. Федорців, О.М. Шульгай

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

EXPERIENCE OF BACHELOR-NURSES EDUCATION AT PEDIATRIC DEPARTMENT

O.Ye. Fedortsiv, O.M. Shulhay

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті наводиться досвід кафедри педіатрії Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського з підготовки медичних сестер-бакалаврів у світлі вимог Болонського процесу для підвищення якості їх навчання.

This article shows the experience of the Pediatric Department in Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky in education of bachelor-nurses according to Bologna process standards for improving quality of their teaching.

Вступ. Медсестринство в Україні – це найчисельніша ланка спеціалістів охорони здоров'я, яка об'єднує значну кількість медичних сестер, акушерок, фельдшерів, лаборантів, фармацевтів, зубних техніків та інших спеціалістів, які працюють в лікувально-профілактичних та діагностичних закладах. При цьому роль спеціалістів середньої ланки є очевидною і надзвичайно важливою, а головним завданням є насамперед надання кваліфікованої допомоги всім людям, які її потребують.

Розвиток ступеневої підготовки медичних сестер-бакалаврів реалізується шляхом впровадження галузевих стандартів вищої освіти, при цьому відмічається різноманітність схем здобуття вищої медсестринської освіти, варіантів реалізації права особи на рівний доступ до якісної освіти, термінів навчання. Структура ступеневої підготовки фахівців з вищою освітою в Україні загалом відповідає уніфікованій структурі освіти більшості країн світу. Система післядипломної освіти дає можливість підвищити фахову компетентність особи зі спеціальності за основним дипломом, опанувати освітню програму з іншої спеціальності або наступного освітньо-кваліфікаційного рівня з правом отримати відповідний диплом.

Вивчення міжнародного досвіду з питань розвитку медсестринства засвідчує, що раціональне використання сестринських кадрів сприяє значному покращанню якості, доступності та економічності надання медичної допомоги населенню, ефективному використанню ресурсів в галузі охорони здоров'я, профілактиці значної кількості захворювань.

Розвиток медсестринства в Україні стримується відсутністю досконалої законодавчо-нормативної і фінансової бази, інформаційної підтримки, наукових досліджень у сфері сестринської справи. Підготовка і післядипломна освіта медичних сестер не завжди відповідає рівню європейських стандартів. В багатьох регіонах України в лікувально-профілактичних закладах існує дисбаланс між лікарями і середнім медичним персоналом, спостерігається відтік кваліфікованих сестринських кадрів в інші галузі народного господарства, що збільшує навантаження на середній медичний персонал і породжує невдоволеність медичного персоналу та викликає соціальну напругу.

Реформування охорони здоров'я на національній основі з переорієнтацією на удосконалення первинної ланки медико-санітарної допомоги та впровадження принципів сімейної медицини ставлять нові вимоги до якості підготовки фахівців охорони здоров'я, в тому числі і медичних сестер.

З моменту отримання незалежності в Україні стало можливим вивчення міжнародного досвіду, що викликало необхідність проведення реформування медсестринської освіти та максимального її наближення до рівня міжнародних стандартів. Метою реформування підготовки медичних сестер-бакалаврів є: формування спеціаліста охорони здоров'я, здатного надавати висококваліфіковану медичну допомогу всім людям, які її потребують, здійснюючи при цьому свою про-

© О.Є. Федорців, О.М. Шульгай

фесійну діяльність на демократичних та гуманістичних засадах, бути конкурентноздатним на національному, європейському та міжнародному ринках праці.

Основна частина. Ще у 1998 році Міністерством охорони здоров'я України були введені нові навчальні плани з спеціальності 5.110102 "Сестринська справа", а на основі медсестринської моделі підготовки медичної сестри-бакалавра в програму включені дисципліни, які і вивчаються на кафедрі педіатрії з минулого навчального року, такі як: ріст і розвиток людини, медсестринська етика та деонтологія, клінічне медсестринство в педіатрії, громадське здоров'я і громадське медсестринство. По цих дисциплінах складені робочі програми і методичні вказівки для проведення практичних занять, читаються лекції. На кафедрі педіатрії згідно з методикою "єдиного дня" тривалість практичного заняття у медсестер-бакалаврів 3 і 4 курсів складає 7 годин (робота з тематичними хворими на практичній частині, обговорення змісту теми та розбір тематичних хворих на семінарській частині, в кінці заняття проводиться контрольне опитування [1]. Найчастіше контроль передбачає тестове опитування або письмові питання згідно з темою заняття. Підготовка медсестер-бакалаврів за дисциплінами "Клінічне медсестринство в педіатрії" та "Ріст і розвиток людини" передбачає навчання за широким спектром тем в межах певного напряму. Це дає можливість студентам за декілька років вибрати професію відповідно до ситуації на ринку праці та індивідуальних потреб. Простежується стійка тенденція збільшення частки бакалаврів, які одразу продовжують навчання за освітніми програмами магістра або спеціаліста.

Медсестринська модель формування медсестри-бакалавра передбачає такі основні моменти: 1) надання медсестринської допомоги і нагляду; 2) здійснення медсестринського процесу щодо кожного пацієнта індивідуально залежно від його патології. Медсестринський процес при цьому включає в себе такі кроки, як: оцінка загального стану пацієнта, планування, проведення і оцінка сестринських втручань. Саме відповідно до кроків медсестринського процесу медсестра-бакалавр на практичній частині заняття оглядає пацієнта, проводить пальпацію, перкусію, аускультацію, виставляє медсестринський діагноз, а також планує основні етапи лікування і догляду конкретного тематичного хворого (із включенням основних медсестринських обов'язків та виконання призначень лікаря).

Оскільки дотримання принципів доказової медицини в діагностиці, лікуванні і профілактиці захворювань є найважливішим напрямком підвищення якості надання медичної допомоги населенню, то у впровадженні їх в практику охорони здоров'я беруть участь не лише лікарі, але й медсестри-бакалаври. Від рівня їх підготовки і якості подальшої роботи певною мірою залежить кінцевий результат лікувально-профілактичної допомоги, тому вивчення протоколів надання медичної допомоги на заняттях з "Клінічного медсестринства в педіатрії" є обов'язковим елементом навчання медичних сестер-бакалаврів на нашій кафедрі [2].

На практичних заняттях значна увага приділяється відносинам "батьки-дитина-медсестра" із врахуванням особливостей медсестринської етики та деонтології, розставляються основні акценти у відносинах "медична сестра-лікар", тобто стосунки у медичному колективі. Дуже велике значення має особистість викладача, його відносини з пацієнтами, ставлення до студентів, бажання донести свої знання і вміння для удосконалення таких у студентів. У 2006 році була затверджена Міністерством охорони здоров'я, а у 2007 році надрукована нова програма з дисципліни "Ріст і розвиток людини", яка інтегрується з такими дисциплінами, як основи профілактичної медицини, гігієни, фізіології, педіатрії, геронтології, закладає основи вивчення студентами медсестринства в хірургії, акушерстві, гінекології, офтальмології, педіатрії, психіатрії. Ця програма передбачає кредитно-модульне вивчення даної дисципліни відповідно до вимог Болонського процесу. На жаль, поки що підготовка медсестер-бакалаврів не повною мірою проводиться за новою програмою, тобто для студентів читають лекції та проводять практичні заняття за новими тематичними планами, але теми не розбиті на модулі і кредити не нараховуються. Підсумком вивчення даної дисципліни є диференційований залік за основними питаннями, які висвітлені у міністерській програмі.

Для оцінювання навчальних досягнень медичних сестер-бакалаврів 4 курсу на кафедрі було створено банк тестових завдань з дисципліни "Клінічне медсестринство в педіатрії", за якими вони вперше складали комплексний тестовий іспит у Центрі тестування під час зимової сесії. Для цього були використані багатовибіркові тестові завдання, що складаються з умови та списку варіантів відповідей, з яких екзаменований мусить вибрати найбільш правильну відповідь. Умова тестового завдання описує певну проблему та ставить завдання перед екзаменованим, варіанти відповідей є правдоподібними і відповідають одній предметній області. Даний формат є найбільш уживаним у більшості міжнародних націо-

нальних тестових системах, тому що забезпечує достатню діагностичну спроможність і найменшу тестову невалідність [3]. У нашому медичному університеті була створена екзаменаційна комісія, до складу якої входив представник Центру тестування. Екзамен проводився з використанням єдиних уніфікованих бланків відповідей, обробка бланків відповідей проходила у Центрі тестування. Необхідно сказати, що результати тестування були досить високими, тестові завдання не викликали у студентів проблем з їх вирішенням. На державному практично орієнтованому випускному іспиті медсестри-бакалаври показали досить високі знання із вивчених дисциплін, чим підтвердили доцільність проведеного навчання і вибраної професії.

Висновки: 1. Обов'язковими для вивчення медичних сестер-бакалаврів є основи доказової медицини як оптимальний варіант медичної діяльності.

2. Більш широке використання у навчальному процесі медсестрами-бакалаврами комп'ютерної мережі Інтернет як одного із найбільш сучасних джерел отримання знань.

3. Приведення навчального процесу медичних сестер-бакалаврів у відповідність до вимог Болонського процесу для отримання кращої якості підготовки та підвищення їх професійного рівня.

Література

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

2. Впровадження принципів доказової медицини у навчальний процес на кафедрі педіатрії ФПО / Н.В. Банадига, Л.М. Слободян, Н.Я. Ходорчук та ін. // Медична освіта. – 2005. – № 4. – С. 19-22.

3. Артемчук Л.М. Принципи створення тестових завдань // Медична освіта. – 2003. – № 2. – С. 67-68.

ОЛІЙНИК АЛЕВТИНА МИКОЛАЇВНА

(до 75-річчя з дня народження)

13 грудня 2008 року сповнюється 75 років з дня народження і півстоліття трудової діяльності доктору медичних наук, професору Алевтині Миколаївні Олійник.

Батько Алевтини Миколаївни, уродженець Дніпропетровщини, був інженером-автодорожником, мати – фармацевт.

Після закінчення середньої школи А.М. Олійник вступила до медичного інституту. Роки навчання в медвузах Вінниці (1951-1956 рр.) і Саратова (1957) вона згадує з великою теплотою та вдячністю викладачам, зокрема академіку Ф. Сєркову, професорам Б. Шкляру, К. Караванову та іншим, які не тільки з високою майстерністю передавали свої знання студентам, але й були прикладом вірності високим традиціям відповідальності та боргу, співчуття хворій людині.

Трудова діяльність А.М. Олійник розпочалась з роботи лікарем-лаборантом у військовому шпиталі м. Бродів Львівської області, згодом 5 років працювала дільничним лікарем Чортківської районної лікарні, далі –лікарем швидкої допомоги та ординатором гематологічного відділення обласної лікарні в Тернополі.

Отримані практичні знання стали їй в нагоді, коли у 1962 році вона зайнялась науковою діяльністю, ставши першим аспірантом Тернопільського державного медичного інституту.

Як викладач і вчений Алевтина Миколаївна формувалась під керівництвом відомого вченого, заслуженого працівника вищої школи України, доктора медичних наук, професора Миколи Петровича Скакуна.

А.М. Олійник досліджує фізіологію і патологію печінки, механізми жовчоутворення і жовчовиділення, проводить фармакологічний аналіз цих процесів, пошук гепатопротекторних засобів в умовах моделювання токсичного пошкодження печінки. За допомогою адекватних сучасних методів досліджень А.М. Олійник встановила наявність потенційного негативного впливу етанолу на печінкові клітини при комбінуванні його з тетрацикліном, фенобарбіталом, поліхлорпіненом, іншими гепатотропними сполуками у зв'язку із стимуляцією перекисного окислення ліпідів, інгібуванням ферментів мікросомальних окислювальних систем та гальмуванням жовчоутворення.

В результаті здійснених досліджень було доведено необхідність комплексної антиоксидантної терапії при токсичних пошкодженнях печінки. Виявлено наявність антиоксидантних властивостей у сирепару та астрагалу, рекомендовано комбінацію цих препаратів з вітаміном Е та селенітом натрію, вперше обгрунтовано застосування фенобарбіталу при лікуванні хворих із затяжними формами вірусного гепатиту та інших пошкодженнях печінки, зокрема, генетично детермінованих.

Результати наукових досліджень знайшли відображення у кандидатській (1965 р.), а потім і в докторській дисертації "Пошкодження печінки ксенобіотиками і алкоголем, шляхи підвищення ефективності їх фармакотерапії" (1985 р.). Рекомендації автора використовуються дотепер у багатьох профільних клініках країни.

За 40 років роботи в Тернопільському медичному інституті (тепер – університет імені І.Я. Горбачевського) на посадах асистента, доцента, професора кафедри фармакології та завідувача курсу клінічної фармакології А.М. Олійник сприяла становленню традицій колективу, його духу взаємоповаги та взаємодопомоги.

У 2002 році А.М. Олійник очолила кафедру валеології Тернопільського національного педагогічного університету, яку в 2004 році було реформовано у кафедру фізичної реабілітації і валеології. Професор А.М. Олійник укомплектувала педагогічний колектив кафедри, доповнивши його висококваліфікованими спеціалістами, підібрала бази для проведення практики студентів-реабілітологів. Організувала проведення на факультеті фізичного виховання міжрегіональної конференції "Фізична реабілітація: актуальність, проблеми і перспективи розвитку". З 2007 року А.М. Олійник продовжує працювати на посаді професора цієї кафедри і, будучи вірною своїй життєвій позиції, сприяє успішній роботі колективу.

Професор А.М. Олійник – автор понад 150 наукових праць, учасник багатьох наукових конференцій, співавтор монографій "Этиловый алкоголь" (Томск: Изд-во Томского университета, 1985. – 136 с.) та "Фармакотерапия в гинекологии" (Москва, 2006. – 625 с.)

А.М. Олійник – яскрава творча особистість, яка завжди прийде на допомогу, запропонує нестандартне рішення. Вона – вимогливий і доброзичливий вик-

ладач. Студенти, і колишні, і теперішні, вдячні їй за майстерне проведення практичних занять та блискуче читання лекцій.

В Алевтини Миколаївни велика і дружня сім'я. На жаль, 5 років тому пішов з життя її чоловік – Олійник Валентин Федорович – відомий на Тернопіллі хірург, відмінник охорони здоров'я. Діти продовжують служити медичній справі: син – анестезіолог, доктор медичних наук, дочка і невістка – практичні лікарі високої кваліфікації, одна з п'ятьох онуків – студентка нашого медичного університету.

Колеги, студенти та сім'я щиро вітають Алевтину Миколаївну Олійник зі славним ювілеєм, зичать їй здоров'я, незгасаючого оптимізму і многая літа!

Колективи кафедр фармакології з клінічною фармакологією Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського та фізичної реабілітації і валеології Тернопільського національного педагогічного університету імені В. Гнатюка.

ПРИ ПІДГОТОВЦІ СТАТЕЙ ДО ЖУРНАЛУ "МЕДИЧНА ОСВІТА" ПРОСИМО ДОТРИМУВАТИСЯ ТАКИХ ВИМОГ

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

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

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

4. Матеріал необхідно готувати на комп'ютері за стандартом IBM. Електронний варіант статті надсилати на дискеті 3,5". Текст треба набирати у програмі WORD 6,0 або будь-якої вищої версії, рисунки готувати у форматах JPG, TIF, CDR. Для формул бажано використовувати вбудований у WORD редактор формул.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Приклади бібліографічних посилань

– посилання на книги:

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

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

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

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

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

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

Перекладні видання:

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

– посилання на статті:

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

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

– посилання на доповіді, тези доповідей:

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

– посилання на патенти, авторські свідоцтва:

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

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

– посилання на дисертації і автореферати дисертацій:

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

2. Фіра Л.С. Активність мембранозалежних ферментів при опіковій хворобі: Автореф. дис. … канд. біол. наук. – Львів, 1987. – 16 с.

– посилання на укази, накази, постанови, закони:

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

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

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

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

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

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

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

13. Статті треба відсилати за адресою:

Редакція журналу "Медична освіта"
Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського
Майдан Волі, 1
46001, Тернопіль
Україна.

Бажаємо успіху!