

Міністерство охорони здоров'я України

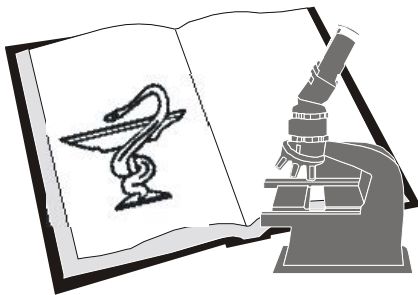
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

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

3/2009

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор
Вороненко Ю.В.
Заступники головного редактора:
Волосовець О.П.
Ковальчук Л.Я.
Вітенко І.С.

Боднар Я.Я.
Вдовиченко Ю.П.
Гойда Н.Г.
Гощинський В.Б.
Гребеник М.В.
Завальнюк А.Х.
Зозуля І.С.
Кліщ І.М. – відповідальний секретар
Криштопа Б.П.
Мазур П.Є.
Масик О.М.
Мисула І.Р. – відповідальний редактор
Мінцер О.П.
М'ясников В.Г.
Поляченко Ю.В.
Посохова К.А.
Рудик Б.І.
Файфура В.В.
Харченко Н.В.
Хміль С.В.
Шкробот С.І.
Шютц В.
Ярема Н.З.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Москаленко В.Ф. (Київ)
Бабанін А.А. (Сімферополь)
Балл Г.О. (Київ)
Бондаренко О.Ф. (Київ)
Богатирьова Р.В. (Київ)
Буларчук Л.Ф. (Київ)
Дзяк Г.В. (Дніпропетровськ)
Запорожан В.М. (Одеса)
Зіменковський Б.С. (Львів)
Казаків В.М. (Донецьк)
Ковешніков В.Г. (Луганськ)
Максименко С.Д. (Київ)
Мороз В.М. (Вінниця)
Нейко Є.М. (Івано-Франківськ)
Орбан-Лембрик Л.Е. (Івано-Франківськ)
Пішак В.П. (Чернівці)
Портус Р.В. (Запоріжжя)
Проданчук М.Г. (Київ)
Скрипніков М.С. (Полтава)
Туманов В.А. (Київ)
Хвисюк М.І. (Харків)
Циганенко А.Я. (Харків)
Чернишенко Т.І. (Київ)
Черних В.П. (Харків)
Чепелева Н.В. (Київ)
Яценко Т.С. (Черкаси)

Ì ÁÄÈ×Í À Î ÑÂ²ÒÀ

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 29.09.2009 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 30.09.2009. Формат 60×84/8.
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.
Ум. др. арк. 7,44. Обл.-вид.арк. 6,80.
Наклад 600. Зам. № 246.

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

ЗМІСТ

<i>Е.Ф. Барінов, О.М. Сулаєва, О.Г. Ніколенко, Б.П. Терещук, Л.М. Ігнат'єва</i> СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО СТВОРЕННЯ МУЛЬТИМЕДІЙНИХ ПРОГРАМ ТА ФІЛЬМІВ ДЛЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОБЛЕМНОГО НАВЧАННЯ В МЕДИЧНИХ ВУЗАХ	5
<i>В.М. Лісовий, В.А. Капустник, В.О. Коробчанський, М.П. Воронцов</i> БАЗОВА ПРАКТИЧНО ОРІЄНТОВАНА ПІДГОТОВКА ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ В ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ ПРАЦІ В АСПЕКТІ БОЛОНСЬКОЇ СИСТЕМИ	8
<i>В.П. Марценюк, О.О. Стаханська</i> ВИЗНАЧЕННЯ ПРІОРИТЕТНИХ ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДИК ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ НА ОСНОВІ МЕТОДУ АНАЛІЗУ ІЄРАРХІЙ	13
<i>В.С. Кадочников, Д.М. Давидов, Н.Д. Волошенкова</i> ОПТИМІЗАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ	19
<i>Т.І. Кирюшенко</i> ВИКОРИСТАННЯ ГРАФІВ ЛОГІЧНИХ СТРУКТУР ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІНИ “ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ”	21
<i>О.М. Корнієнко, І.Я. Городецька, О.Р. Левицька, Р.С. Юніков</i> МОТИВАЦІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРОВІЗОРІВ І ЧИННИКИ, ЩО ЗУМОВЛЯЮТЬ ПРЕСТИЖ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ	23
<i>Я.І. Гонський, М.М. Корда, С.Р. Підручна, О.С. Покотило, О.І. Острівка, Н.П. Саюк, Г.Г. Шериун, С.І. Яворська, Н.О. Сулова, Т.Я. Ярошенко, Н.В. Папарига, І.П. Кузьмак, Л.С. Каліновська, М.І. Маруцак, А.Є. Мудра, І.Я. Криницька, О.В. Лазарчук</i> ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА ЯК НАУКОВИЙ НАПРЯМОК	27
<i>В.І. Кабачний, В.І. Лебідь, Л.Д. Грицан, Л.К. Осіпенко, М.Є. Блажеєвський, Т.О. Томаровська, Я.А. Лабужева, В.П. Колесник</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДЕЯКИХ ПИТАНЬ РОЗДІЛУ “ЕЛЕКТРОХІМІЯ” В КУРСІ ФІЗИЧНОЇ ТА КОЛОЇДНОЇ ХІМІЇ У ВИЩОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ	29
<i>Г.І. Кліц, А.М. Пришляк</i> СПІЛЬНІ ТА ВІДМІННІ РИСИ ВПРОВАДЖЕННЯ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ В АВСТРІЇ ТА УКРАЇНІ	33
<i>І.С. Кулянда, О.Б. Слабий, І.Р. Копитчак, О.О. Кулянда</i> УМОВИ ІНТЕГРАЦІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ОРТОПЕДІВ-ТРАВМАТОЛОГІВ У ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ОСВІТНІЙ ПРОСТІР	37
<i>О.В. Ткаченко, О.В. Новікова, В.В. Оржешковський</i> АСПЕКТИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ З НЕВРОЛОГІЇ В УКРАЇНІ	39
<i>Н.І. Кольцова, Р.В. Казакова, М.Н. Воляк, Н.Б. Кузняк</i> МОТИВАЦІЇ ТА МІШЕНІ ВПЛИВУ ПРИ ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ (ЗСЖ) В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ	41
<i>І.Й. Галайчук, Л.М. Скакун, Р.В. Ощипко, О.В. Скочило, А.Л. Скакун</i> ІНФОРМАЦІЙНА ОНКОЛОГІЧНА СЛУЖБА: ДОСВІД НАЦІОНАЛЬНОГО ІНСТИТУТУ РАКУ США (ОГЛЯД)	44
<i>Н.М. Ващенко</i> СУЧАСНА ВИЩА ОСВІТА В УКРАЇНІ (ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ В УКРАЇНСЬКІЙ ВИЩІЙ ОСВІТІ)	48
<i>Л.М. Маланчук, І.М. Маланчин, С.М. Геряк, Л.І. Романчук, Н.М. Олійник, З.М. Кучма, Л.Є. Лимар, Н.І. Багній</i> ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРОЦЕСІ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ	53
<i>Ю.М. Цяпа, І.М. Кліц, М.П. Гаріян, З.П. Манзій, І.М. Марків, В.О. Лихацька, В.Ф. Тюріна</i> НАШ ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ	55

О.М. Серета, О.Я. Чупашико, О.Д. Луцик

**КАФЕДРА МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО: ІСТОРИЧНІ ТА НАУКОВІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ 57**

А.М. Пришляк, І.А. Прокоп, М.І. Бобак, С.В. Бондаренко, Н.І. Данилишина

ІСТОРИКО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ 62

УДК [611.013+611.018]:378.147

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО СТВОРЕННЯ МУЛЬТИМЕДІЙНИХ ПРОГРАМ ТА ФІЛЬМІВ ДЛЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОБЛЕМНОГО НАВЧАННЯ В МЕДИЧНИХ ВУЗАХ

Е.Ф. Барінов, О.М. Сулаєва, О.Г. Ніколенко, Б.П. Терещук, Л.М. Ігнатська

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

MODERN APPROACHES TO DEVELOPMENT OF MULTIMEDIA PROGRAMS AND FILMS FOR REALIZATION OF PROBLEMATIC EDUCATION IN HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS

E.F. Barinoy, O.M. Sulayeva, O.I. Nikolenko, B.P. Tereschuk, L.M. Ihnatyeva

Donetsk National Medical University by M. Horky

Сучасна стратегія медичної освіти, розробка якої базується на програмно-цільових принципах, багаторівневості, індивідуалізації та відкритості навчального процесу і стимуляції творчих здібностей студентів, вимагає точного формулювання концепції створення навчальних посібників для дистантного керування навчальним процесом. Метою даної роботи став аналіз та формулювання принципів створення навчальних мультимедійних технологій. Автори роботи постулюють доцільність чіткого формулювання кінцевої мети навчання; дотримання принципів міждисциплінарної інтеграції з урахуванням ієрархічного принципу організації досліджуваних об'єктів та процесів. Зроблено акцент на критерії відбору необхідної та достатньої навчальної інформації; використання коректних та інформативних фото- і відеоматеріалів. Запропоновані шляхи залучення сучасних наукових фактів у навчальний процес з впровадженням елементів інтерактивності та можливості контролю набутих навичок та умінь.

The modern strategy of medical education, which is based on program-aimed principles, multilevel organization, individualization, innovational and creative type of educational process, requires the exact conception of distant educational programs development. The purpose of this work was the analysis and formulation of main principles of educational multimedia technologies creation. The authors underlie the necessity of formulation of the final goal of studying process; interdepartmental integration taking into account the hierarchical principle of organization of investigated objects and processes; selection of the necessary and sufficient educational information; usage of correct, informative photos and videostuffs; engaging of the modern scientific facts in educational process; interactivity of education; an opportunity of the control of the acquired skills.

Вступ. Освітня система України на сьогодні переживає критичний період. Це пов'язано не стільки з політичними та економічними проблемами, скільки з психологічним станом представників вищої школи. Останній зумовлений масою факторів, включаючи революційні розробки сучасної молекулярної біології й генетики, які призвели до апробації та впровадження нових методів діагностики і терапії, насичення інформаційної системи новими фактами, які в більшості своїй залишаються за межами навчальних програм [3]. Результатом цього є відірваність системи навчання в медичних вузах від потреб і реальностей сучасної медицини [6, 10].

З огляду на статичність поновлення навчальної літератури, найкращим виходом зі сформованої кризової ситуації є впровадження й поширення принципів дистанційного навчання з використанням мультимедійних систем і новітніх комп'ютерних техно-

логій [2, 4]. На сьогодні бази даних з кожного із предметів, що вивчаються в медичних вузах, переповнені джерелами навчальної літератури, атласами, тестовими програмами. Це надає масу переваг, але й створює ряд нових проблем. У першу чергу це стосується фундаментальних дисциплін, які вивчаються протягом 1-3 курсів [8]. До них належить і гістологія – морфологічна дисципліна, вивчення якої неможливе без наочної демонстрації структури різних об'єктів [2].

Наявні на сьогодні в арсеналі інформаційних систем електронні підручники, посібники й атласи досить різноманітні й постійно поповнюються новими програмами й навчальними відеофільмами [2, 4]. Їхній аналіз і став мотивом, що спонукав до написання даної роботи.

© Е.Ф. Барінов, О.М. Сулаєва, О.Г. Ніколенко та ін.

Основна частина. Для початку відзначимо позитивні моменти. Представлені програми й фільми вирішують одну з основних проблем вивчення фундаментальних наук – наочність [1, 7]. Частина з них створена на основі відпрацьованих і регулярно оновлюваних закордонних посібників. Інші базуються на використанні тримірної зображення, що наближає досліджувані об'єкти до реальності. Активне використання анімації призвело до візуалізації динаміки різних морфогенетичних процесів.

Однак, незважаючи на наочність й насиченість фактичним матеріалом, представлені анімаційні технології навряд чи можна вважати прийнятними з огляду на методичний контекст проведення відповідних занять зі студентами [5]. По-перше, тільки фахівець може розібратися в деталях відтвореного на екрані процесу. По-друге, якість навчання за допомогою таких програм, навіть при наявності коментарів з боку викладача, малоефективна. Дані програми демонструють ряд суттєвих методичних порушень: наприклад, візуалізація міграції лейкоцитів без участі ендотелію та рецепторів адгезії; секреція гранул при відсутності трактування індукторів і регуляторів секреторного процесу і ролі цитоскелета та ін. У результаті наочність набагато перевищує суттєве наповнення відеозображень і програм. Але найголовніше полягає у відсутності чітко сформульованої концепції створення даних комп'ютерних технологій і, як наслідок, невідповідності вимогам сучасної стратегії медичної освіти, в основі якої, на наш погляд, повинно лежати проблемне навчання, що базується на 5 ключових принципах:

1. Цільовий характер навчання – передбачає реалізацію кінцевої мети навчання, тобто формування навичок й умінь, необхідних на наступних етапах навчання і в цілому для становлення майбутнього фахівця.

2. Індивідуалізація навчання – вимагає розробки системи гнучкої адаптації до кожного, хто навчається в аудиторних та позааудиторних умовах.

3. Відкритість процесу навчання – припускає можливість поповнення навчальної інформації новими фактами, що вимагає активної й постійної уваги професорсько-викладацького складу фундаментальної кафедри медичного вузу до світової медичної літератури й навчальних баз Інтернету.

4. Багаторівнева організація процесу навчання – припускає не тільки навчання від простого – до складного, від загального – до частки, але й принципове освоєння різних рівнів пізнання [7, 9]: 1 рівень – знання, 2 рівень – навички (розуміння), 3 рівень –

уміння, 4 рівень – аналіз, 5 рівень – синтез. Такий підхід передбачає не просто прочитання й запам'ятовування навчальної інформації, уміння розпізнавати органи та їхні складові частини, але й розвиває логічне мислення, забезпечуючи...

5. Стимуляцію творчих здібностей студентів.

Перш ніж приступати до створення навчальних програм й анімаційних відеороликів, необхідно сформулювати вимоги до них.

Принципи створення навчальних відеофільмів і програм.

1. Чітке формулювання кінцевої мети навчання – у більшості випадків формулювання мети навчання методистами за предметом зрозуміло тільки викладачам. Для студентів більш прийнятним варіантом є створення клінічно значимого завдання.

Приклад. При синдромі “ледачих лейкоцитів” порушені їхня міграція й функціональна активність, що знижує захист організму від мікробів. Визначте, які структури та молекули відповідальні за реалізацію зазначеного процесу.

З одного боку, таке завдання не є суто “гістологічним” і у зв'язку з цим ми можемо одержати ряд критичних зауважень фахівців у даній медичній галузі. З іншого боку, гістологія – це прикладна наука, вивчення якої повинне відповідати потребам сучасної медицини. Проблемний підхід не тільки забезпечує формування мотивації навчання, але й є основою формування у майбутнього фахівця тактики і стратегії керування фізіологічними й патологічними процесами.

2. Міждисциплінарна інтеграція при створенні навчальних програм – припускає перехід від формального переліку кафедр вузу до активної роботи фахівців кожної області при створенні комплексних “проблемних” навчальних програм, що формують унікальну й універсальну систему розуміння багатьох процесів в організмі. Як приклад можна навести інтеграцію дисциплін при вивченні запалення (табл. 1).

3. Ієрархічний принцип організації (рівні організації) – передбачає вивчення матеріалу відповідно до рівнів організації. Стосовно розглянутого вище завдання цей принцип виглядає таким чином:

- 1) системи органів – серцево-судинна система й кров;
- 2) органи – мікроциркуляторне русло, посткапілярні венули;
- 3) тканини – ендотелій, кров;
- 4) клітини – даний спектр варіює залежно від рівня складності, на якому автори можуть реалізувати поставлене завдання;

Таблиця 1. Інтеграція дисциплін при вивченні запалення

Предмет	Проблемна тематика
Гістологія	Мікроциркуляторне русло. Лейкоцити
Біологія	Реактивність організму
Біофізика	Потік рідини, електричний заряд, деформація мембран
Біохімія	Хімічний склад мембран, рецептори, месенджерно-трансдукторні системи
Анатомія	Судини
Фізіологія	Мембранний потенціал, фізіологія лейкоцитів
Патологічна фізіологія	Фази й сутність запалення
Патологічна анатомія	Патоморфологічні прояви запалення
Фармакологія	Регуляція стану внутрішньоклітинних сигнальних систем і відповіді клітин-мішеней

5) внутрішньоклітинні структури – їхній розгляд не повинний переслідувати повторення всієї цитології, акценти повинні бути розставлені на тих елементах, які відіграють ключову роль у забезпеченні розпізнавання, адгезії, міграції клітин, реалізації секреції гранул і фагоцитозу;

б) молекулярний рівень – припускає обговорення принципів положень відносно механізмів рецепції.

4. Вибір необхідної й достатньої навчальної інформації – в основу сценарію навчального фільму або програми повинні бути покладені базисні факти, які мають принципове значення для рішення завдання та повинні відповідати робочій програмі з предмета.

5. Використання коректних, інформативних фото- й відеоматеріалів – з огляду на те, що гістологія – морфологічна дисципліна, багато в чому досягнення кінцевої мети навчання залежить від фактора наочності. Типовою помилкою сучасних творців анімаційних програм і фільмів є використання фантастичних за своєю красою та відірваних від реальності зображень. В погоні за візуальним ефектом втрачається правдоподібність, що веде до формування помилкових образів і закріплення “некоректних” навичок діагностики. Ми вважаємо більш доцільним використання оригінальних фото- й відеозображень якщо не як основу, то принаймні у вигляді прообразів, на яких повинен будуватися суттєвий формат фільмів і програм.

6. Залучення сучасних наукових фактів у навчальний процес – найчастіше нові факти, які потребують впровадження в навчальну систему, належать до сфери молекулярної біології, генетики й імунології. Їхня правильна інтеграція із класичними знаннями є запорукою розуміння й можливості використання в майбутньому. Тому стосовно до даного блоку важливо дотриматися ряду принципів вимог: вибір обмеженої кількості нових фактів – до 20-25 % базисного рівня; нові факти мають бути доведеними й принциповими за своєю значимістю; складні

факти повинні бути викладені логічно та просто; важливо правильно знайти місце новим фактам у класичному контексті.

7. Інтерактивність навчання – забезпечення інтерактивності та контроль освоєння умінь досягаються за рахунок: а) активаторів уваги; б) коментарів; в) можливості одержання додаткової інформації; г) можливості повторення складних навчальних блоків; д) повернення до базисного рівня інформації.

8. Можливість контролю набутих навичок й умінь з морфологічних дисциплін – упевненість авторів проекту в досягненні кінцевої мети навчання можлива лише за умов контролю набутих навичок й умінь, які повинні забезпечити:

- розуміння сутності морфогенетичних процесів;
- трактування їх структурного й молекулярного забезпечення;

- інтерпретацію можливих механізмів регуляції морфогенетичних процесів;

- розробку стратегії керування даними процесами.

9. Дизайн навчальних програм – може як поліпшити сприйняття проекту, так і нівелювати всі методичні прийоми, закладені в навчальному фільмі або програмі. З одного боку, дизайн повинен бути досить яскравим, щоб привернути увагу студентів і змусити зупинитися саме на даному ролику з величезного списку посібників в Інтернеті. Але з іншого боку, обложка не повинна “перекривати” сутність і відвертати увагу від суттєвого наповнення картини.

Висновок. Підводячи ризику під вищесказаним, хочеться наголосити, що розробка нових технологій аж ніяк не означає необхідність ламати стару систему навчання. Класичні методичні підходи, які були розроблені в попередні роки, можуть забезпечити фундаментальність і універсальність навчання, але й вимагають адекватного переломлення й адаптації до потреб сьогоденної медицини й психології навчання.

Література

1. Андрущенко В. Модернізація педагогічної освіти України в контексті Болонського процесу // Вища освіта України. – 2004. – № 1. – С. 5-10.
2. Компьютерные технологии как инструмент организации самостоятельной работы студентов / Э.Ф. Баринов, О.И. Николенко, О.М. Сулаева и др. // Архив клин. и эксперим. мед. – 2006. – Т. 15, № 1. – С. 86-90.
3. Грубінко В.В., Бабин І.І. Нова парадигма вищої освіти в контексті Болонського процесу // Медична освіта. – 2004. – № 3-4. – С. 7-14.
4. Данилов Р.К., Боровая Т.Г. Методологические аспекты создания и использования учебных пособий на основе технологий мультимедиа // Морфология. – 1998. – Т. 114, № 6. – С. 79-81.
5. Казаков В.М., Вітенко І.С., Талалаєнко О.М. Розробка методичних вказівок для студентів вищих медичних навчальних закладів відповідно до сучасних державних стандартів та принципів болонського процесу. – Київ-Донецьк, 2005. – 160 с.
6. Ковальчук Л.Я., Мисула І.Р., Пашко К.О. Медична освіта в Україні та Болонський процес: реальність і шляхи переходу до Європейського освітнього простору // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 21-24.
7. Про внесення змін та доповнень до Рекомендацій щодо розроблення навчальних програм навчальних дисциплін: Наказ № 492 МОЗ України від 12.10.2004.
8. Павлова О.М., Быков В.Л. Принцип обратной связи в совершенствовании методики преподавания курса гистологии, цитологии и эмбриологии // Морфология. – 2003. – Т. 123, № 1. – С. 84-86.
9. Сікорський П.І. Теорія і методика диференційованого навчання. – Львів, 2000. – С. 314.
10. Модернізація вищої освіти України і Болонський процес / М.Ф. Степко, Я.Я. Болюбаш, К.М. Левківський, Ю.В. Сухарніков // Вища школа. – 2004. – № 2-3. – С. 97-125.

УДК 613.6:37814

**БАЗОВА ПРАКТИЧНО ОРІЄНТОВАНА ПІДГОТОВКА ЛІКАРЯ
ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ В ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ ПРАЦІ В АСПЕКТІ
БОЛОНСЬКОЇ СИСТЕМИ**

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

Харківський національний медичний університет

**BASIC PRACTICALLY ORIENTED PREPARATION OF GENERAL
PRACTICE DOCTOR IN THE FIELD OF MEDICINE OF LABOUR IN
BOLOGNA SYSTEM ASPECT**

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

Kharkiv National Medical University

Аналізується роль і значення знань сучасної медицини праці в системі базової професійної підготовки лікаря загальної практики в аспекті вимог Болонської декларації.

The role and significance of knowledge of modern medicine of labour in the system of basic professional preparation of general practice doctor in the Bologna declaration aspect is analysed.

Вступ. Досвід медичної науки свідчить, що численні виробничі фактори суттєво впливають на здоров'я працюючих протягом усього життя, що висуває низку актуальних проблем у лікарській діяльності при наданні медичної допомоги населенню.

В зв'язку з цим одним з найважливіших розділів практично орієнтованої підготовки лікаря загальної практики повинно бути вивчення медицини праці, яка розглядає широке коло актуальних питань стосовно профілактики, діагностики, лікування та ре-

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

абілітації захворювань, пов'язаних з трудовою діяльністю.

Основна частина. Проблеми медицини праці сьогодні набули особливої актуальності на фоні появи значної кількості нових виробничих технологій та небезпечних для здоров'я чинників [1]. Неадекватність психо-соціального середовища на виробництві є основною причиною погіршення здоров'я працівників, тому необхідним є всебічний аналіз лікарем стресових явищ, детермінованих умовами праці. Базова концепція ВООЗ, щодо досягнення здоров'я для усіх, визначає, що особливе значення має збереження потенціалу здоров'я дорослого населення з моменту прилучення його до ринку праці [2]. В останні роки в Україні внаслідок негативного впливу шкідливих виробничих чинників спостерігається збільшення нещасних випадків, професійних та загальних захворювань серед працюючих, масштаби яких дозволяють говорити про епідемію травматизму і захворювань, пов'язаних з роботою [3, 4]. У формуванні профпатології в Україні мають значення більш 250 професій та 150 різних професійних шкідливостей [5]. Рівень професійної захворюваності безпосередньо пов'язаний з важкими та шкідливими умовами праці [5]. Щороку в Україні на виробництві виявляються професійні захворювання в середньому у 6-6,5 тис. працівників, травмуються близько 20-25 тис., з яких майже 1-1,5 тис. із смертельним наслідком [7]. Активна профілактика професійно обумовленої захворюваності населення набула глобального характеру і постала найважливішою складовою охорони здоров'я. В програмах ВООЗ підкреслюється, що охорона здоров'я на робочому місці дозволяє лікареві проводити систематичну роботу серед пра-

цюючого населення на індивідуальному рівні, а трудове виробниче середовище є основним місцем для надання адресної первинної медико-санітарної допомоги протягом тривалого часу [2]. Практичним рішенням усіх медико-профілактичних проблем охорони здоров'я працюючих займається сучасна медицина праці, що об'єднує гігієну праці, профпатологічну службу, медико-соціальну експертизу та реабілітацію [8]. Успішне розв'язання зазначених проблем вимагає від лікарів широких професійно орієнтованих знань і умінь з медицини праці і постійного удосконалення їх з урахуванням міжнародного досвіду. Зважаючи на це, ВООЗ спеціально виділяє пріоритетну проблему – навчання і підготовку в галузі професійної гігієни, необхідність для кожного практикуючого лікаря надати комплексну оцінку психосоціальним виробничим факторам [9]. “Загальнодержавна програма поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища на 2000-2011 роки” [6] на основі міжнародного досвіду обґрунтовано підкреслює, що одним з ефективних шляхів рішення проблем охорони здоров'я населення України є удосконалення системи підготовки фахівців з медицини праці. Вивчення медицини праці, як розділу лікарської діяльності, має послідовно проводитись на основі кваліфікаційних вимог Галузевого стандарту вищої медичної освіти України (2003). Освітньо-кваліфікаційна характеристика (ОКХ) і освітньо-професійна програма (ОПП) Стандарту визначають що, в умовах лікувальної установи, на виробництві в межах первинної медико-санітарної допомоги лікар має здійснювати систему профілактичних заходів, котрі необхідні при рішенні проблем медицини праці (табл. 1).

Таблиця 1. Лікарські уміння щодо проблем медицини праці

Шифр умінь за ОКХ	Зміст лікарських умінь щодо:
2.ПФ.С.01 ЗР.0.05	формування сприятливого виробничого середовища
2.ПФ.С.01 ЗР.0.04	режиму діяльності та відпочинку
2.ПФ.С.01 ЗР.0.06	первинної профілактики захворювань і травм
2.ПФ.С.01 ЗР.0.02	формування групи здорових людей, що підлягають диспансерному нагляду, зокрема представників професій, що мають проходити обов'язковий диспансерний нагляд
2.ПФ.С.03 ПР.0.11	виявлення груп ризику
2.ПФ.С.03 ПР.0.14	виявлення факторів ризику

Відповідно до концепції ВООЗ, підготовка лікарів в галузі професійної гігієни і профпатології є одним з найважливіших аспектів сучасної вищої медичної освіти, яка має забезпечити досягнення практично орієнтованих цілей: чітке розуміння взаємозв'язку виробництва та здоров'я працюючих; визначення впливу роботи на фізичний та психічний стан людини; використання професійної гігієни та профпатології під час клінічних

обстежень, встановлення діагнозу, лікування та реабілітації. Метою підготовки лікарів в галузі медицини праці має бути необхідність обов'язково включати в історію хвороби кожного пацієнта відомостей, що стосуються теперішньої і попередньої професії [9]. Попередження профзахворювань потребує урахування лікарем інтегральної залежності формування патології від тих чи інших професійних шкідливостей, а також

обов'язкового виявлення впливу на її розвиток багатьох неспецифічних факторів, таких як умови життя, перенесені раніше захворювання, шкідливі звички, спадковість та ін. [5]. ВООЗ спеціально підкреслює, що у сучасних умовах життя людини нереалістично боротись тільки з впливаючими на здоров'я виробничими факторами без урахування усіх умов життя працюючих [10]. Оцінюючи клінічний стан здоров'я працівника, лікареві слід урахувати, що шкідливі фактори умов праці можуть не тільки спричинити розвиток професійних захворювань, але й виникнення загальних соматичних захворювань, які визначають як парaproфесійні [11]. Тому під час аналізу профпатології слід враховувати, що працюючі у шкідливих умовах зазнають подвійного впливу – поряд з виробничими факторами на організм одночасно впливають також інші фактори, зокрема екологічні умови життя та ін. [12]. При вивченні медицини праці слід приділяти пос-

тійну увагу деяким специфічним аспектам. Зокрема, збільшення частки жіночої праці, у різних галузях промисловості, потребує урахувати проблеми професійної придатності до конкретного виду роботи, підвищеної чутливості організму жінок до професійних шкідливостей передусім в аспекті репродуктивного здоров'я. Медичні проблеми, що пов'язані з працею жінок, включають спеціальні засоби захисту материнства та планування сім'ї. І з цих позицій, за висновками ВООЗ, робоче місце слід розглядати як частину людського суспільства, що відображає проблеми як чоловіків, так і жінок [9].

Вивчення медицини праці визначає практично орієнтовані кінцеві цілі базової лікарської підготовки. Стандарт вищої медичної освіти України (2003) передбачає обов'язкове оволодіння студентами лікарськими вміннями стосовно профілактики, діагностики і лікування профзахворювань (табл. 2).

Таблиця 2. Перелік і зміст базових професійних умінь лікаря в галузі профпатології

Шифр умінь за ОПП	Зміст умінь
ПП.030	Володіти принципами проведення профвідбору
ГО.032	Обґрунтовувати значення психологічних знань для майбутньої професійної діяльності людини
ПП.041	Складати план засобів щодо попередження профзахворювань
ПП.078	Проводити диференціальну діагностику складних професійних та ускладнених загальносоматичних захворювань і формувати попередній діагноз
ПП.040	Складати план лікувальних заходів при гострих та хронічних професійних захворюваннях
ПП.037	Проводити обстеження хворого, ставити попередній діагноз та визначати тактику ведення хворих на найбільш розповсюджені професійні захворювання

В додипломній підготовці суттєве значення має також формування умінь майбутніх лікарів вести санітарно-просвітницьку роботу, відносно збереження здоров'я і профілактики профзахворювань і травматизму. Необхідним є обов'язкове залучення самого працівника як важливої ланки в поліпшенні умов праці на виробництві. Саме такий підхід забезпечує підвищення відповідальності працівників за збереження власного здоров'я, а також їх прихильності до здорового способу життя [8]. Програма ВООЗ з проблем підготовки і навчання кадрів в галузі медицини праці підкреслює, що одним з основоположних аспектів є обов'язкове проведення лікарями санітарно-просвітницької роботи. Лікарі мають ставитись до працюючого не тільки як до пацієнта (або як до потенціального пацієнта), але й як до соціального партнера, який бере активну участь в програмах професійної гігієни [9]. В процесі додипломної підготовки лікарів з урахуванням вимог Болонської декларації студенти мають бути ознайомлені з міжнародними програмами ВООЗ і МОТ. Вища медична

освіта України в умовах глобалізації має послідовно долучитися до Європейських стандартів підготовки лікарів на засадах Болонського процесу [13], в тому числі з питань медицини праці. Студенти мають знати пріоритетні програми ВООЗ в галузі професійної гігієни, головна мета яких – сприяти досягненню найбільш високого рівня здоров'я працюючого населення [10, 14]. Обов'язковим практично орієнтованим розділом медицини є вивчення питань охорони праці та особливостей професійної захворюваності працівників різних спеціальностей медицини та фармації [15]. Актуальність проблеми полягає в тому, що особлива роль у забезпеченні належної працездатності населення належить медичним працівникам. Причому ефективність роботи стосовно збереження здоров'я працюючих значною мірою залежить від стану здоров'я самих лікарів. Виходячи з цього, запропонована цільова всебічно обґрунтована концепція охорони здоров'я працівників медичної галузі України [16]. Студенти-медики мають знати, що професійна праця медичних працівників за психофізіо-

логічними показниками належить до найбільш складних і надзвичайно відповідальних видів трудової діяльності. Вона відрізняється значним інтелектуальним навантаженням й потребує від лікарів постійної концентрації уваги, високої працездатності, значних фізичних зусиль і витривалості, особливо в екстремальних умовах [1, 17]. З урахуванням типових професійних ризиків, праця медичних працівників за показниками тяжкості і напруженості належить до шкідливої [16]. В процесі виконання лікувально-діагностичних втручань на медичних працівників впливає багато різних професійних шкідливостей [1, 15, 17]: *фізичні* – іонізуюче і неіонізуюче випромінювання, електромагнітні поля радіочастот, лазерне випромінювання, інтенсивний шум, вібрація, підвищений атмосферний тиск, ультразвук, дискомфортний мікроклімат, недостатня освітленість робочих місць та ін.; *хімічні* – наркотики, дезінфікуючі і консервуючі засоби, лікарські препарати та ін.; *біологічні* – патогенні мікроорганізми, антибіотики, вакцини, біогенні стимулятори та ін.; *психофізіологічні* – несприятлива робоча поза, тривала хода, праця у різні зміни, висока точність зорових робіт, нераціональний режим праці, висока нервово-емоційна та інтелектуальна навантаженість. Наведені специфічні фактори можуть негативно впливати на стан здоров'я медичних працівників й тривалість життя [15, 18, 19]. Протягом останніх років в Україні спостерігається збільшення захворюваності медичних працівників. При цьому нозологічна структура захворюваності свідчить про стресогенне походження більшості їх хвороб [16]. За даними спостережень, серед абсолютної більшості інтелектуальних професій лікарська професія залишається однією з найбільш небезпечних [15]. Відповідно до світової статистики, середня тривалість життя лікаря складає лише 54 роки. Характерно, що сполучений вплив різних за своєю природою чинників в професійній діяльності медичних працівників зустрічається частіше, ніж в умовах виробництва. З огляду на це в багатьох розвинутих країнах світу професійне здоров'я медичних працівників є пріоритетною проблемою [1]. Всі ці відомості дозволяють лікареві організувати раціональний режим праці та відпочинку, а також здійснювати цілеспрямовані заходи щодо профілактики порушень здоров'я під час фахової діяльності [15], створення оптимальних гігієнічних умов праці на робочому місці для ефективного виконання лікувально-профілактичних втручань [17]. Програми стосовно охорони праці і здоров'я медичних працівників передбачають рішення комплексу проблем з гігієни та психології праці

[16, 17]: організація робочих місць відповідно до вимог гігієни і охорони праці; застосування засобів індивідуального захисту; додержання раціонального режиму праці та відпочинку; виконання трудового законодавства, нормування праці, контроль за умовами праці жінок; регулярне проведення попередніх і періодичних профілактичних медичних оглядів медичних працівників з урахуванням патогенезу дії шкідливих професійних чинників; моніторинг умов праці, стану здоров'я і захворюваності медичних працівників за даними загальної диспансеризації, попередніх та періодичних профілактичних медичних оглядів, звернень за медичною допомогою, тимчасової втрати працездатності; систематичне проведення превентивного лікування; забезпечення загальної диспансеризації медичних працівників як "груп ризику" щодо виконання психосоматичних захворювань; здійснення системного аналізу стану захворюваності та інвалідності медичних працівників з урахуванням спеціальності, характеру професійних ризиків, вікового та статевого факторів; проведення диспансерних оглядів медичних працівників із хронічною патологією, забезпечення лікувальних заходів у разі виявлення гострої чи хронічної патології. Важливим розділом додипломної підготовки лікарів мають бути питання здорового способу життя, а також ставлення лікарів до свого здоров'я як до особистої та суспільної цінності [16].

Висновки. Наведені дані дозволяють визначити основні організаційні та методологічні принципи загальної лікарської підготовки стосовно проблем медицини праці.

1. Принцип безперервності, міжпредметної інтеграції. Відповідно до нього вивчення медицини праці має здійснюватись як цілісна інтегрована система формування професійних знань, умінь та навичок лікаря на основі вимог ОКХ та ОПП Стандарту вищої медичної освіти України, а також принципів Болонської системи.

2. Принцип професіоналізації. Викладання медицини праці в розділах доклінічної і клінічної підготовки має бути чітко орієнтованим на рішення проблем охорони здоров'я працюючого населення, що вимагаються повсякденною професійною діяльністю лікаря.

3. Принцип діяльності – як концептуальна основа професійно-орієнтованого навчання студентів-медиків на базі вимог ОКХ і ОПП. Найбільш успішне опанування студентами знаннями та уміннями стосовно профілактичних, лікувально-діагностичних та реабілітаційних втручань відносно професійних захворювань у найбільш повному обсязі досягається в умовах самостійної діяльності. Саме цього вимагає Болонська система – збільшення обсягу контролю-

ваної самостійної роботи та активних форм навчання студентів [17, 19].

4. В усіх формах контролю знань студентів-медиків на основі кредитно-модульної системи навчання необхідно проводити перевірку рівня підготовки в галузі медицини праці. Ці вимоги набувають особли-

вого значення у зв'язку з введенням у систему додипломної підготовки модульного контролю, іспитів Крок-1, Крок-2, а також практично орієнтованого державного іспиту, які визначають готовність випускників до самостійної лікарської діяльності, в тому числі в галузі медицини праці.

Література

1. Кундієв Ю.И., Нагорная А.М. Профессиональное здоровье в Украине, эпидемиологический анализ. – К.: Авиценна, 2007. – 396 с.

2. Здоровье -21: Политика достижения здоровья для всех в Европейском регионе. ВОЗ-21 Задача на 21-е столетие / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 1998. – 231 с.

3. Кундієв Ю.И. Медицина труда: профилактика или компенсация? // Проблемы медицины труда. – К., 1998. – С. 281-282.

4. Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації на 2002-2011 роки”. – К., 2002. – 88 с.

5. Ефимова М.А. Основные итоги и перспективы изучения профессиональной заболеваемости в Украине // Проблемы медицины труда. – К., 1998. – С. 227-230.

6. Загальнодержавна програма поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища на 2006-2011 роки (затв. КМ України 11.05.2006, № 269-р.).

7. Концепція загальнодержавної програми поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища на 2006-2011 роки (схвалена КМ України 11.05.2006, № 269-р.).

8. Кундієв Ю.И., Нагорна А.М., Чернюк В.І. Стратегія забезпечення безпеки умов праці і збереження здоров’я працюючих в Україні на 2006-2010 роки // Укр. журнал з проблем медицини праці. – 2005. – № 1-4. – С. 4-11.

9. Подготовка и обучение кадров в области профессиональной гигиены / ВОЗ. – Женева, 1989. – 49 с.

10. Профессиональная гигиена: контроль за состоянием

производственной среды и здоровьем человека / ВОЗ. – Женева, 1976. – 62 с.

11. Вищипан В. Профілактика професійних захворювань: науковий підхід // СЕС, профілактична медицина. – 2006. – № 1. – С. 16-19.

12. Ветров С. Професійні захворювання: як уберегти працюючих // СЕС, профілактична медицина. – 2005. – № 6. – С. 47-49.

13. Вища медична освіта України і Болонський процес: Навчальний посібник / За ред. В.Г. Кременя, авторський колектив: М.Ф. Степко, Я.Я. Болюбаш, В.Д. Шинкарук, В.В. Грубінко, І.І. Бабін. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2004. – 384 с.

14. Эпидемиология связанных с работой болезней и несчастных случаев / ВОЗ. – Женева, 1991. – 74 с.

15. Охрана праці в медицині та фармації / В.М. Мороз, І.В. Сергета, Н.М. Фещук, М.П. Олійник. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2005. – 544 с.

16. Горачук В.В. Про оптимізацію системи охорони здоров’я працівників медичної галузі // Укр. мед. часопис. – 2008. – № 6(68)–ХІ-ХІІ. – С. 39-42.

17. Хромченко О.М., Куценко Г.И. Санитарно-эпидемиологическая служба. – М.: Мед., 1990. – 272 с.

18. Васюкова В.С., Куценко Г.И., Сидамон-Эристави В.Г. Состояние здоровья медицинских работников // Труд и здоровье медицинских работников / Под ред. В.К. Овчарова. – Н.: Мед., 1985. – С. 85-104.

19. Кириллов В.Ф. Гигиена труда врачей хирургического профиля. – М.: Мед., 1982. – 160 с.

УДК 614.23:616.314

ВИЗНАЧЕННЯ ПРІОРИТЕТНИХ ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДИК ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ НА ОСНОВІ МЕТОДУ АНАЛІЗУ ІЄРАРХІЙ

В.П. Марценюк, О.О. Стаханська

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

DETERMINATION OF PRIORITY INNOVATIVE METHODS AT TRAINING DOCTORS-STOMATOLOGISTS ON THE BASIS OF METHOD OF ANALYSIS OF HIERARCHIES

V.P. Martsenyuk, O.O. Stakhanska

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У роботі розглядаються проблеми визначення пріоритетності серед інноваційних методик для підготовки лікарів-стоматологів, запропонованих в Тернопільському медуніверситеті. Запропоновано підхід на основі методу аналізу ієрархій.

The problems of determination of priority among innovative methods for training doctors-stomatologists, offered in Ternopil Medical University are considered in the article. Approach on the basis of method of analysis of hierarchies is offered.

Вступ. Розвиток медичної освіти в Україні, завдання, які ставить МОЗ України перед вищими медичними навчальними закладами, вимагають нового підходу до організації навчального процесу [1]. При цьому на кафедрах та у структурних підрозділах повинні бути забезпечені умови для впровадження нових методик викладання, освоєння практичних навичок та самостійної роботи студентів. Важливими є питання адаптації та максимального наближення медичного університету у викладанні як окремих предметів, так і у застосуванні критеріїв оцінки знань студентів та роботи навчального закладу в цілому до аналогічних медичних університетів у Європі. Інтеграція у світовий освітній простір вимагає як глибокого реформування процесу викладання, так і управління навчальним закладом. Тому в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського в навчальний процес було запроваджено цілий ряд інноваційних методик [2–5].

Метою даної роботи є визначення їх пріоритетності на основі методу аналізу ієрархій.

Основна частина. Сучасна стоматологія є галуззю медицини, що найбільш динамічно розвивається, успішна робота в якій вимагає як володіння сучасними технологіями, знайомства із сучасними матеріалами, знання останніх досягнень стоматологічної науки, так і умінь використовувати

ти досягнення нових комп'ютерних технологій. Особливістю сучасної стоматології є те, що разом з необхідними знаннями і умінь використовувати апаратуру лікар-стоматолог повинен володіти відпрацьованими мануальними навичками, оскільки на кожному етапі стоматологічного лікування – незалежно від того, чи це захворювання твердих тканин зубів або ж патологія пародонта, необхідне точне і якісне виконання маніпуляцій на обмеженому операційному полі. Широке впровадження принципово нових матеріалів і інструментів вимагає опанування якісно нових методик, методів і технологій, з одного боку, з іншого – відбувається витіснення рутинних методів лікування, що багато років використовувалися в практиці вітчизняної стоматології.

Ще однією особливістю розвитку стоматологічної освіти в даний час є тенденції до створення єдиного освітнього простору європейських держав відповідно до вимог документів Болонської декларації [6]. З однієї сторони, цей процес покликаний забезпечити можливість вільного пересування фахівців в європейському регіоні, з іншої – необхідні значні зусилля щодо гармонізації систем навчання, освітніх програм, документів, що вирішують і регламентують медичну діяльність фахівців-стоматологів.

Питання модернізації змісту навчальних дисциплін. Обґрунтовуючи необхідність корекції

© В.П. Марценюк, О.О. Стаханська

освітніх програм дисциплін зі спеціальності “Стоматологія”, виділяють таке.

1. В історичних умовах, що склалися, існує необхідність створення освітньої програми дисциплін спеціальності, гармонійної по відношенню до програм стоматологічних факультетів університетів Європи. Встановлення відповідності між вимогами таких основоположних документів, як ОКХ за фахом “Стоматологія” і “Профіль і компетентність європейського стоматолога”, припускає не механічне копіювання переліку знань і маніпуляцій, а переробку, і об’єднання кращих досягнень вітчизняної школи стоматологічної освіти з досягненнями європейських шкіл.

2. Забезпечення якісної перепідготовки можливе лише за умови високоякісної підготовки медичних кадрів на додипломному етапі і створення системи спадкоємності всіх рівнів стоматологічної освіти. Парадигма медичної освіти ХХІ століття – перехід від принципу освіти “на все життя” до принципу “крізь усе життя” [7].

3. Впровадження нових матеріалів і технологій і повна відмова від багатьох методів лікування (в т. ч. у зв’язку з повним припиненням випуску матеріалів і препаратів для їх проведення). Наприклад, необхідне введення в програму сучасних пломбувальних матеріалів і технологій, таких як повнообертальні інструменти, термофіли, виготовлення вінірів. Характеризуючи ринок стоматологічних матеріалів і технологій, що склався, необхідно підкреслити, що в даний час, завдяки динамічному і швидкому розвитку української стоматології за останніх 15 років, об’єм і характер стоматологічної допомоги, матеріальне і апаратне забезпечення в Україні і країнах Європи практично ідентичні.

4. Необхідність використання в практичній діяльності досягнень комп’ютерної техніки – від ведення електронної історії хвороби до уміння аналізувати і зіставляти в динаміці дані комп’ютерної томографії і денситометрії.

У зв’язку з цим необхідна розробка і створення освітньої програми дисциплін спеціальності, що відображає насущні потреби та особливості практичної охорони здоров’я України і гармонійної системи стоматологічної освіти країн Європейського співтовариства. Деякі відмінності можуть бути пов’язані з певними регіональними особливостями. Таким чином, мова йде про створення універсальної системи, що враховує особливості стоматологічної допомоги в Україні і гармонізації з вимогами країн Європейського Союзу.

Аналіз основоположних документів, регламентуючих знання і вміння лікаря-випускника як в Україні,

так і в країнах Європейського Союзу, є ключовим моментом у створенні концепції інноваційної освітньої програми за фахом “Стоматологія”. Так, відповідно до [8] в освітню програму стоматологічних факультетів входять такі спеціальні дисципліни (всього 14 дисциплін):

- Prosthodontics (Ортопедична стоматологія)
- Dental materials and equipment (Стоматологічні матеріали і устаткування)
- Conservative dentistry (Консервативна стоматологія)
- Preventive dentistry (Профілактика)
- Anaesthetics and sedation (Анестезія і седація)
- Special surgery (Спеціальна хірургія)
- Special pathology (Спеціальна патологія)
- Clinical practice (Клінічна практика)
- Paedodontics (Дитяча стоматологія)
- Orthodontics (Ортодонція)
- Periodontics (Пародонтологія)
- Dental radiology (Стоматологічна рентгенологія)
- Dental occlusion and function of the jaw (Оклюзія і функція щелеп)
- Professional organisation, ethics and legislation (Професійна організація, етика і правові аспекти)
- Social aspects of dental practice (Соціальні аспекти стоматологічної практики)

В основну освітню програму підготовки лікаря - стоматолога України в розділі “Дисципліни спеціальності” входять: “Пропедевтична стоматологія”, “Терапевтична стоматологія”, “Фізіотерапія стоматологічних захворювань”, “Хірургічна стоматологія”, “Ортопедична стоматологія”, “Стоматологія дитячого віку”, стоматологія “Ортодонція” (всього 7 дисциплін). Така кількісна відмінність пов’язана зокрема з тим, що багато дисциплін, виділених в самостійні, в програмі українських вузів є частиною крупніших дисциплін, наприклад, пародонтологія і консервативна дентіатрія входять в терапевтичну стоматологію. У європейській програмі питання оклюзії виділені в окрему дисципліну, причому з обґрунтованістю такого підходу погоджуються більшість викладачів стоматологічних вузів України.

Ще одним важливим завданням є виділення стоматологічного матеріалознавства в окрему дисципліну. Це пов’язано з тим, що сучасна нормативно-технічна документація на стоматологічні матеріали розробляється з урахуванням світових досягнень у сфері синтезу і аналізу матеріалів і речовин, використовуваних на різних стадіях їх виробництва. Матеріалознавство в даний час органічно пов’язане із стоматологічною наукою і розглядається як її важ-

ливий розділ. Останніми роками відбулося значне розширення номенклатури стоматологічних матеріалів. Розвиток їх ринку ставить стоматолога перед вибором того або іншого способу лікування або протезування для підвищення ефективності і якості роботи. Абсолютно очевидним є те, що ефективність стоматологічного лікування найтіснішим чином пов'язана з якістю використовуваних матеріалів, що, у свою чергу, припускає наявність у лікаря-стоматолога знань, що дозволяють аналізувати достоїнства і недоліки конкретних стоматологічних матеріалів з урахуванням вимог сучасної нормативної документації, а також прогнозувати можливі зміни матеріалів в порожнині рота пацієнта. Розширення виробництва і номенклатури матеріалів різних класифікаційних груп, що використовуються в стоматології, підвищення вимог до їх якості, необхідність оперативного отримання результатів контролю, поза сумнівом, вимагають використання сучасних досягнень в галузі хімії, фізики, математичного прогнозування. Вивчення закономірностей, що визначають будову і властивості матеріалів залежно від їх складу і умов обробки, є предметом загального матеріалознавства. Стоматологічне матеріалознавство – розділ загального матеріалознавства, присвячений властивостям і будові конструкційних, допоміжних і клінічних матеріалів, вживаних в сучасній стоматології.

Оволодіння знаннями даної дисципліни дозволить лікарів-стоматологів вільно орієнтуватися в кваліфікаційних групах стоматологічних матеріалів, представлених на сучасному стоматологічному ринку, здійснювати кваліфікований вибір саме того конкретного матеріалу, використання якого через специфіку його будови і властивостей виявиться найбільш ефективним в лікуванні даної патології.

У переліку європейських документів відсутня така дисципліна, як фізіотерапевтичне лікування в стоматології. Проте в Україні успішно застосовуються багато методів фізіотерапевтичного лікування, адаптовані або створені спеціально для щелепно-лицьової ділянки. Ймовірно, в цілях гармонізації освітніх програм слід розглянути питання про включення окремих питань фізіотерапевтичного лікування в програми дисциплін в підрозділи, присвячені лікуванню відповідних нозологічних форм.

Запровадження інноваційних навчальних технологій. Поряд із питаннями модернізації змісту навчальних дисциплін при підготовці лікарів-стоматологів актуальним є питання запровадження інноваційних методик викладання.

Ми прагнемо визначити найпріоритетніші інноваційні методики, які впроваджуються при підготовці лікарів-стоматологів в Тернопільському державному медичному університеті, які забезпечуватимуть якісну професійну підготовку. Сформулюємо проблему в термінах методу аналізу ієрархій Сааті. Означимо загальною метою досліджуваної проблеми якісну фахову підготовку лікарів-стоматологів в медичному університеті. На досягнення даної мети впливають такі сили: якість теоретичної підготовки, якість практичної підготовки, наявність стоматологічного обладнання для навчального процесу, наявність клінічних баз для набуття стоматологічної практики. Дані сили визначаються такими акторами (дійовими особами): університетською адміністрацією, професорсько-викладацьким складом та безпосередньо самими студентами. Різні актори мають певні визначені цілі: так, адміністрація університету і професорсько-викладацький склад зацікавлені у професійному зростанні та якісному проведенні занять та лекцій, студенти бажають отримати ґрунтовну освіту і в подальшому хорошу роботу. І, насамкінець, є кілька досліджуваних сценаріїв, таких як запроваджені методики: методика “єдиного дня”, Z-модель навчального процесу, лінії практичних навичок, семестровий тестовий іспит, щоденний тестовий контроль знань студентів, об'єктивний структурний клінічний іспит (ОСКІ), система навчальних матеріалів на Веб-порталі університету, алгоритми спілкування з пацієнтами (рис. 1).

Сценарії визначають ймовірність досягнення цілей, цілі впливають на акторів, актори скеровують сили, які остаточно визначають якісну підготовку лікарів-стоматологів. Таким чином ми приходимо до декомпозиції нашої проблеми на 5-ти рівнях ієрархії:

Рівень 1. Якісна фахова підготовка лікарів-стоматологів в медичному університеті (ЯП).

Рівень 2. Якість теоретичної підготовки (Т); якість практичної підготовки (П); наявність стоматологічного обладнання для навчального процесу (О); наявність клінічних баз для набуття стоматологічної практики (Б).

Рівень 3. Університетська адміністрація (А); професорсько-викладацький склад (В); студенти (С).

Рівень 4. Професійне зростання професорсько-викладацького складу (З); якісне проведення занять та лекцій (Л); отримання ґрунтовної освіти (Г); отримання хорошої роботи (Р).

Рівень 5. Методика “єдиного дня” (Є); Z-модель навчального процесу (Z); лінії практичних навичок (Н); семестровий тестовий іспит (І); щоденний тестовий контроль знань студентів (Щ); об'єктивний

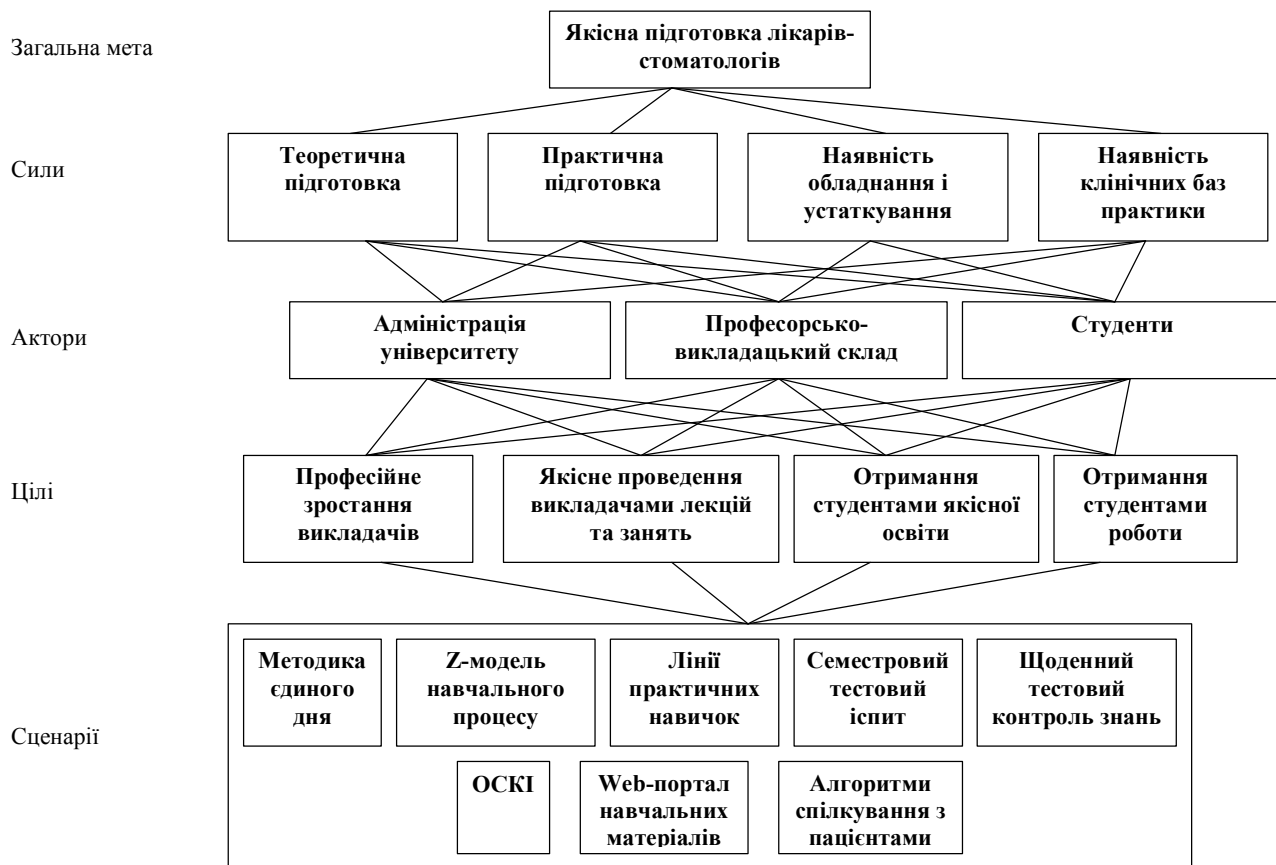


Рис. 1. Ієрархічна модель задачі якісної підготовки лікарів-стоматологів.

структурований клінічний іспит (К); система навчальних матеріалів на Веб-порталі університету (М); алгоритми спілкування з пацієнтами (СП).

Відповідно до методу аналізу ієрархій будуються матриці попарних порівнянь. Нехай задані довільні елементи $A_i B_j$. Домовимося, що в матрицях попарних порівнянь будуть використовуватися такі числа [Сааті]:

- якщо A_i і B_j однаково важливі, то заносимо 1;
- якщо A_i незначно важливіше від B_j , то заносимо 3;
- якщо A_i значно важливіше від B_j , то заносимо 5;
- якщо A_i явно важливіше від B_j , то заносимо 7;
- якщо A_i абсолютно переважає B_j , то заносимо 9.

Числа 2, 4, 6, 8 і їх обернені величини використовуються для полегшення компромісів між дещо відмінними від основних чисел судженнями.

Отже, відповідаючи на запитання типу “Наскільки важливішим є вплив наявності клінічних баз порівняно з якістю теоретичної підготовки на якість підготовки лікаря-стоматолога?”, ми будемо матрицю попарних порівнянь на першому рівні:

	Т	П	О	Б
Т	1	0.2	0.166667	0.142857
П	5	1	1	1
О	6	1	1	0.333333
Б	7	1	3	1

При цьому індекс узгодженості (ІУ) становить 0.047732, а вектор пріоритетів:

0.007803
0.260065
0.168498
0.563634

Відповідаючи на запитання типу “Наскільки важливішим є вплив професорсько-викладацького складу порівняно з адміністрацією університету на теоретичну підготовку студентів?”, будемо матриці попарних порівнянь на другому рівні:

– для теоретичної підготовки студентів:

	A	B	C
A	1	0.166667	0.142857
B	6	1	0.333333
C	7	3	1

– для практичної підготовки:

	A	B	C
A	1	0.166667	0.142857
B	6	1	0.5
C	7	2	1

– щодо наявності обладнання та устаткування:

	A	B	C
A	1	7	9
B	0.142857	1	5
C	0.111111	0.2	1

– щодо наявності клінічних баз підготовки стоматологів:

	A	B	C
A	1	7	9
B	0.142857	1	9
C	0.111111	0.111111	1

При цьому матриця пріоритетів, яка складається з нормованих векторів, має вигляд:

0.008917	0.010382	0.947453	0.927598
0.171022	0.260936	0.047817	0.069273
0.820061	0.728682	0.00473	0.00313

Відповідаючи на запитання типу “Наскільки для адміністрації університету є важливішим якісне проведення викладачами лекцій та занять порівняно з їх професійним зростанням?”, будемо матриці попарних порівнянь на третьому рівні:

– для адміністрації університету:

	З	Л	Г	Р
З	1	0.333333	0.2	0.333333
Л	3	1	0.5	0.5
Г	5	2	1	1
Р	3	2	1	1

– для професорсько-викладацького складу:

	З	Л	Г	Р
З	1	4	5	5
Л	0.25	1	2	7
Г	0.2	0.5	1	2
Р	0.2	0.142857	0.5	1

– для студентів:

	З	Л	Г	Р
З	1	0.142857	0.111111	0.111111
Л	7	1	0.333333	0.142857
Г	9	3	1	0.25
Р	9	7	4	1

При цьому матриця пріоритетів має вигляд:

0.022961	0.807765	0.002429
0.131094	0.151579	0.030958
0.471573	0.030835	0.126298
0.374372	0.009821	0.840315

Відповідаючи на запитання типу “Наскільки для якісного проведення викладачами лекцій та занять є важливішим впровадження методики єдиного дня

порівняно із впровадженням Z-моделі навчального процесу?”, приходимо до матриць попарних порівнянь на четвертому рівні:

– з метою професійного зростання викладачів:

	Є	Z	Н	І	Щ	К	М	СП
Є	1	0.2	0.2	1	1	0.2	0.142857	0.2
Z	5	1	1	5	5	3	1	5
Н	5	1	1	5	5	1	1	4
І	1	0.2	0.2	1	1	1	0.2	2
Щ	1	0.2	0.2	1	1	1	1	1
К	5	0.333333	1	1	1	1	1	1
М	7	1	1	5	1	1	1	1
СП	5	0.2	0.25	0.5	1	1	1	1

– з метою якісного проведення викладачами лекцій та занять:

	Є	Z	Н	І	Щ	К	М	СП
Є	1	2	2	9	2	9	2	9
Z	0.5	1	1	9	2	9	2	5
Н	0.5	1	1	5	2	9	1	5
І	0.111111	0.111111	0.2	1	0.142857	1	0.142857	1
Щ	0.5	0.5	0.5	7	1	7	0.5	7
К	0.111111	0.111111	0.111111	1	0.142857	1	0.142857	1
М	0.5	0.5	1	7	2	7	1	7
СП	0.111111	0.2	0.2	1	0.142857	1	0.142857	1

– з метою отримання студентами якісної освіти:

	Є	Z	Н	І	Щ	К	М	СП
Є	1	0.2	0.142857	1	1	2	0.5	5
Z	5	1	0.333333	5	5	5	3	5
Н	7	3	1	5	4	4	3	4
І	1	0.2	0.2	1	0.333333	0.5	0.2	3
Щ	1	0.2	0.25	3	1	0.5	0.5	2
К	0.5	0.2	0.25	2	2	1	0.333333	5
М	2	0.333333	0.333333	5	2	3	1	5
СП	0.2	0.2	0.25	0.333333	0.5	0.2	0.2	1

– з метою отримання студентами в подальшому хорошої роботи:

	Є	Z	Н	І	Щ	К	М	СП
Є	1	0.142857	0.111111	0.2	0.2	0.2	0.5	0.142857
Z	7	1	0.2	5	5	5	5	3
Н	9	5	1	5	5	5	5	1
І	5	0.2	0.2	1	0.5	1	3	0.333333
Щ	5	0.2	0.2	2	1	1	0.333333	0.2
К	5	0.2	0.2	1	1	1	5	0.5
М	2	0.2	0.2	0.333333	3	0.2	1	0.333333
СП	7	0.333333	1	3	5	2	3	1

При цьому матриця пріоритетів на четвертому рівні має вигляд (в нормованому вигляді):

0.008059	0.400058	0.025906	0.001769
0.377277	0.212472	0.301465	0.262996
0.281969	0.150364	0.520372	0.534012
0.024943	0.003197	0.010417	0.019154
0.029318	0.086212	0.020324	0.015233
0.071986	0.002741	0.026908	0.030652
0.164172	0.141171	0.090232	0.011957
0.042276	0.003785	0.004376	0.124227

Слід зазначити, що індекси узгодженості усіх матриць приймають значення, менше ніж 0.1, що дозволяє застосувати процедуру методу аналізу ієрархій.

Згідно з методом аналізу ієрархій вектор пріоритетів задачі впливу розглядуваних інноваційних навчальних методик на якість підготовки лікарів-стоматологів розраховується як добуток попередньо отриманих матриць та векторів пріоритетів і становить:

Є	0.0562
Z	0.283378
H	0.457866
I	0.014905
Щ	0.026639
К	0.030717

Література

1. Банчук М.В. Сучасний розвиток вищої медичної та фармацевтичної освіти та проблемні питання забезпечення якісної підготовки лікарів і провізорів / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Феценко та ін. // Впровадження засад Болонської системи освіти: український та зарубіжний досвід: матер. Всеукраїнської навчально-наукової конференції. – Тернопіль: ТДМУ, 2007. – С. 3-12.

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

3. Семестровий тестовий контроль рівня знань студентів у Тернопільському та Віденському медичних університетах / І.Р. Мисула, В.П. Марценюк, Г.Я. Загричук, А.Г. Шультгай // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 27-29.

4. Мисула І.Р., Федорців О.Є. Про впровадження у навчальний процес ліній практичних навичок (матрикулів) // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 30-32.

М	0.07094
СП	0.059355

Висновки: 1. Отже, на основі проведеного аналізу отримано такий порядок пріоритетів запроваджуваних інноваційних методик для підготовки лікарів-стоматологів: принципово найважливішими виглядають впровадження ліній практичних навичок (45,8 %) та Z-модель навчального процесу (28,3 %); далі слідують методики запровадження Веб-порталу навчально-методичних матеріалів (7,1 %), алгоритмів практичних навичок (5,9 %), методика єдиного дня (5,6 %), ОСКІ (3,1 %), щоденний тестовий контроль знань студентів (2,7 %), семестровий тестовий іспит (1,5 %).

2. Слід зазначити, що такий порядок пріоритетів суттєво визначається поставленими цілями, які можуть змінюватися залежно від якості надання стоматологічної допомоги в країні, стану стоматологічної освіти, потреби інтеграції у світовий освітній простір або ж орієнтації на національні традиції підготовки фахівців. Пріоритети в таких задачах можуть бути знайдені з використанням запропонованого в роботі підходу на основі методу аналізу ієрархій.

5. Марценюк В.П. Впровадження в навчальний процес комп'ютерних технологій // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 40-41.

6. Біда В.І. Шляхи удосконалення безперервного професійного розвитку лікарів стоматологів-ортопедів згідно з основними засадами Болонського процесу / Науково-методична конференція з міжнародною участю “Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів”: Збірник праць. – К., 2007. – С. 43-45

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

8. DIRECTIVE 2005/36/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications (THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION).

УДК 378.661:616:378.146

ОПТИМІЗАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

В.С. Кадочников, Д.М. Давидов, Н.Д. Волошенкова

Одеський державний медичний університет

OPTIMIZATION OF TEACHING AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY UNDER CONDITIONS OF CREDIT-MODULE SYSTEM

V.S. Kadochnikov, D.M. Davidov, N.D. Volochenkova

Odessa State Medical University

В умовах кредитно-модульної системи важливим фактором підготовки фахівців стає підвищення ефективності навчання. У зв'язку з цим необхідно приділяти велику увагу самостійній роботі студентів. Її ефективність підвищується за умов використання сучасних технологій, більш ефективних форм та методів навчання. У статті викладений досвід організації навчальної роботи на кафедрі загальної хірургії Одеського державного медичного університету.

Under conditions of credit-module system the increase of efficiency of teaching becomes the important factor of preparation of specialists. In this connection, it is necessary to spare great attention to independent work of students. Its efficiency rises under condition of the use of modern technologies, more effective forms and methods of teaching. Experience of organization of educational work at the department of general surgery of Odessa State Medical University is expounded in the article.

Вступ. Розвиток медичної освіти в Україні, завдання, які ставить МОЗ України перед вищими навчальними медичними закладами, вимагають нового підходу до організації навчального процесу [1]. Навчання студентів на кафедрі загальної хірургії Одеського державного медичного університету ставить перед викладачами досить серйозні завдання. Особливо це стосується підготовки студентів – іноземних громадян, що обумовлено мовним бар'єром при спілкуванні з хворими. За умов впровадження кредитно-модульної системи тільки удосконалення системи викладання, різнобічний підхід до педагогічного процесу, впровадження комп'ютерних технологій дають змогу раціонально організувати навчання та підвищити його ефективність. З цього складається основа підготовки висококваліфікованих лікарів, які добре знайомі з сучасними методами діагностики та лікування [2–4].

Основна частина. На кафедрі загальної хірургії Одеського державного медичного університету існує методичне забезпечення у вигляді текстів лекцій, методичних розробок для студентів, збірник алгоритмів практичних навичок, методичні розробки для викладачів, банк тестів та ситуаційних задач за темами практичних занять, а також банк тестових завдань відповідних тестовим завданням “Крок” українською та англійською мовами. Все це існує у паперовому і електронному варіанті, і студенти мають до цього вільний доступ. Крім методичного кабінету, де все це розташовано, на кафедрі кожна навчальна кімната присвячена тому чи іншому розділу загальної хірургії, як-от переливанню крові, травматології, онкології, антибіотикотерапії та іншим з наявністю літератури українською та англійською мовами за відповідними темами. Окрім цього, на кафедрі організовані консультативні заняття, що дозволяє студентам підвищити рівень своїх знань, а також опанувати тими питаннями з програми навчання, що є не зовсім зрозумілими. Щотижнево черговим викладачем проводиться прийом відробок пропущених занять.

Увесь матеріал, з якого складається курс загальної хірургії, розділяється на модулі, кожний з яких вивчається протягом семестру. Практичні заняття починаються з контролю початкового рівня. Студенти отримують тестові завдання та ситуаційні задачі з теми заняття. Після цього розглядаються тести і задачі, що мають труднощі, вони вирішуються разом з викладачем. В спільній співбесіді студентів з викладачем всі питання розглядають у зв'язку з дисциплінами, які вивчались на попередніх курсах. Після цього студенти у супроводі викладача продовжують заняття в стаціонарах клініки, де беруть участь у

© В.С. Кадочников, Д.М. Давидов, Н.Д. Волошенкова

клінічних обходах і клінічних розборах важких хворих, студенти беруть участь під час перев'язок та проведення маніпуляцій. В цей час особливо важливим є участь викладачів, проводячи заняття у англомовних студентів, які докладно англійською мовою доводять до відома студентів ті чи інші питання.

Велика увага приділяється опануванням практичними навичками. Практичні навички розподілені за темами модулів. Методика виконання практичної навички детально пояснюється і демонструється викладачем під час практичних занять. Під час самостійної роботи студенти можуть з'ясувати незрозумілі моменти виконання практичної навички і удосконалити її виконання. Рівень оволодіння практичною навичкою оцінюється як з точки зору теоретичного знання, так і виконання її на практиці на фантомі, згодом, під контролем викладача самостійно в стаціонарі. Найбільшу можливість для цього студенти мають під час курації хворих і написання історії хвороби.

Студенти під час курації мають можливість також визначити етіологічні та патогенетичні особливості конкретного захворювання, аналізувати клінічну картину і на основі цього скласти план обстеження, аналізувати дані лабораторних та інструментальних обстежень. Не менш важливим під час курації для студентів є володіння морально-деонтологічними принципами і реалізація їх на практиці. Цей аспект цілком залежить від викладача, який повинен достатньо глибоко пояснити студентам перед початком курації, від чого, на наш погляд, залежить успіх контакту з хворим і виконання студентом завдання. А у випадку з англомовними студентами безпосередньо брати участь у курації хворих.

Література

1. Ковальчук Л.Я. Впровадження нової методики навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського / Л.Я. Ковальчук // Медична освіта. – 2007. – С. 16–20.
2. Волосовець О.П. Питання якості освіти в контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі / О.П. Волосовець // Досвід впровадження основних засад Болонського процесу в систему вищої медичної (фар-

модуль, присвячений сестринській практиці на третьому курсі, на наш погляд, відіграє вельми важливу роль у формуванні клінічного мислення, засвоєння знань та умінь з курсу загальної хірургії. Студенти під час практики знаходяться в стаціонарах клініки протягом трьох днів по шість годин щоденно. За цей час під контролем викладача вони мають можливість ознайомитись зі структурою медичного закладу, розкладом його роботи, а також особливостями роботи різних підрозділів. Студенти присутні під час хірургічних втручань та під час перев'язок у перерв'язочних та операційних, допомагають медичним сестрам у маніпуляційних і процедурних кабінетах, беруть участь в їх проведенні під контролем викладача в якості молодшого медперсоналу.

Висновки. Під час знаходження на клінічній кафедрі студенти мають можливість виконати великий об'єм практичної роботи, розв'язати більш триваліші і складніші завдання, ґрунтовніше опанувати практичні навички, приділити більше часу курації хворих.

У проведенні навчального процесу, згідно з кредитно-модульною системою, треба ширше використовувати мультимедійне обладнання, можливості телекомунікаційної медицини, фантоми, муляжі.

Велика кількість студентів в групах не дозволяє викладачу якісно проводити контроль знань і засвоєння практичних навичок.

Шляхи подолання труднощів в організації навчального процесу згідно з кредитно-модульною системою повинні бути спрямовані на оптимізацію навчального процесу, зменшення кількості студентів на одного викладача, обладнання кафедри відповідною апаратурою і наочно-прикладними приладами.

мацевтичної) освіти: Матеріали науково-методичної конференції. – Т., 2005. – С. 8–16.

3. Корильчук Н.І. Інтенсифікація навчального процесу та організація самостійної роботи / Н.І. Корильчук, Т.Б. Корильчук // Медична освіта. – 2006. – № 3. – С. 109–111.

4. Авдеєнко А.П. Інтенсифікація навчального процесу та організація самостійної роботи / А.П. Авдеєнко, Л.В. Дементій, О.Є. Поляков // Проблеми освіти : Наук.-метод. зб. – К. : НМКВО, 2001. – Вип. 24. – С. 108–111.

УДК 616.9 (07.07)

ВИКОРИСТАННЯ ГРАФІВ ЛОГІЧНИХ СТРУКТУР ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІНИ “ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ”

Т.І. Кирюшенко

Криворізьке училище підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів

USAGE OF GRAPHS OF LOGICAL STRUCTURES AT TEACHING DISCIPLINE “INFECTIOUS DISEASES”

Т.І. Kyriushenko

Kryvyi Rih College of Advanced Study and Training of Younger Medical and Pharmaceutical Specialists

Підвищення якості післядипломної освіти передбачає пошук нових та вдосконалення існуючих форм і методів навчання. В роботі узагальнено досвід розробки та використання графів логічних структур при викладанні дисципліни.

The improvement of quality of post-graduate education foresees the search of new and improvement of existing forms and methods of teaching.

The experience of elaboration and using graphs of logical structures while teaching the discipline is summarized in the scientific work.

Вступ. Попри деякі успіхи в боротьбі з інфекційними хворобами, рівень захворюваності на більшість з них залишається ще дуже високим і навіть час від часу зростає. Деякі з цих хвороб мають глобальне розповсюдження, що до певної міри зумовлюється не тільки несприятливими екологічними умовами, а й економічною кризою у світі та Україні [1–9].

Так, протягом останнього десятиріччя спостерігаються епідемії дифтерії та холери, стрімко виросла захворюваність на туберкульоз, венеричні хвороби, ВІЛ-інфекцію/СНІД, та з'явилися нові інфекційні хвороби, які раніше не були відомі: легіонельоз; геморагічні гарячки Ласса, Марбург, Ебола; атипова пневмонія; пташиний та свинячий грип.

Основна частина. Інтенсивний розвиток людства спричиняє зміни в усіх галузях діяльності. Відповідно до змін, що відбуваються в сучасній медицині, основним методом організації медсестринського догляду виступає медсестринський процес. Медичні сестри, як найбільш масові представники медичного персоналу, зможуть внести значний вклад у профілактику найважливіших інфекційних та неінфекційних захворювань. Зростання інфекційних хвороб у загальній структурі захворюваності людей диктує потребу поліпшити відповідну підготовку медичних кадрів.

Післядипломне навчання відіграє дуже важливу роль в процесі подальшого професійного розвитку особистості медичної сестри.

Сучасна медична сестра повинна мати високий рівень теоретичних знань, володіти маніпуляційною технікою, бездоганно виконувати лікарські призначення. Її професія вимагає милосердя, чуйності, співчуття, спостережливості та старанності на всіх етапах медсестринського процесу. Відповідно до реформи медичної освіти в процес підготовки медичних сестер закладено елементи нових функцій та понять про роль медсестринства в сучасному суспільстві.

Під час навчання необхідно звертати серйозну увагу на:

- функціональні обов'язки медичної сестри при наданні хворим діагностичної та лікувальної допомоги;
- планування та організацію сестринського догляду;
- тактику медичної сестри при наданні екстреної долікарської допомоги.

Процес професійної підготовки медичної сестри передбачає широке використання сучасних інструктивних матеріалів для забезпечення формування різноманітних професійних навичок та вмій, а також для організації самостійної роботи слухачів з літературою.

Для високоякісної післядипломної освіти молодших медичних спеціалістів дуже важливо зробити правильний вибір таких форм та методів навчання слухачів, які б спонукали їх до самоосвіти.

Викладач стикається з проблемою побудови навчального матеріалу таким чином, щоб із безлічі відомостей у слухача створилась певна система професійних знань та вмінь. Виходячи з цих міркувань, навчальна інформація підлягає структуруванню, в тому числі при розробці плану-конспекту лекцій.

Нами накопичено багаторічний досвід створення та використання графів логічних структур в після-

дипломній освіті молодших медичних працівників. Але раніше вони не містили розділу, що стосується медсестринського процесу.

Їх складають у такій послідовності: визначення захворювання, етіологія, сприятливі чинники, класифікація захворювання. Описуються всі п'ять етапів медсестринського процесу: медсестринське обстеження, медсестринська діагностика, планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань, оцінювання результатів медсестринських втручань. В узагальненому вигляді граф логічної структури наведено на рисунку 1.

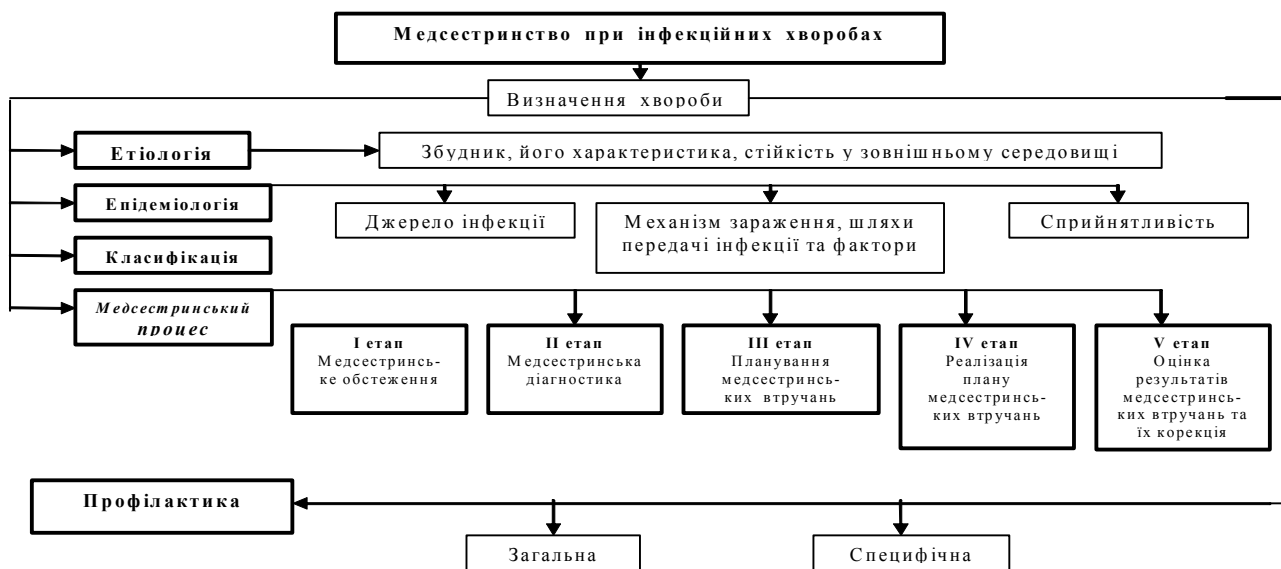


Рис. 1. Узагальнений вигляд графів логічної структури.

Використання графів дає можливість відбору необхідного навчального матеріалу та наглядної побудови структури теми, при цьому викладання матеріалу займає менше часу, і він краще засвоюється слухачами. Це заощаджує час викладача при підготовці до проведення заняття. Узагальнення матеріалу у вигляді графів допомагає слухачам краще орієнтуватись в навчальному матеріалі навіть при поверхневому ознайомленні з темою, забезпечує більшу наочність в розумінні всієї структури теми, дає можливість одержати необхідну інформацію, вчить їх працювати самостійно з літературою та іншими джерелами.

Графи логічних структур використовуються не тільки на теоретичних заняттях, а також при організації самостійної роботи слухачів.

Література

1. Концепція розвитку вищої медичної освіти. Затверджено наказом МОЗ України від 12.09.2008 р.

Структури видаються слухачам у вигляді роздаткового матеріалу або ж виділяється час для перенесення їх у конспекти. При цьому граfi логічних структур є дієвим засобом демонстрації навчальної інформації.

Висновок. Графи логічних структур виступають основою загального підходу до диференційної діагностики захворювань і також можуть використовуватися при розгляді окремих моментів в діагностичних ситуаціях.

Методика графів логічної мови опису теми має хороший шанс стати ще одним ефективним засобом спілкування і взаємопорозуміння викладача з слухачами при організації навчання.

В цілому стає все більш очевидним, що не тільки окремі теми, але вся робоча програма дисципліни “Інфекційні хвороби” повинні супроводжуватися її логічною структурою.

2. Пасечко Н.В., Лемке М.О., Мазур П.Є. Основи сестринської справи. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 12-13 с.

3. Касевич Н.М. Практикум із сестринської справи. – Київ: Здоров'я, 2007.

4. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах: Методичний посібник. – Київ, 2008.

5. Чорновіл А.В., Гришко Р.Ю. Клінічне медсестринство в інфектології. – Київ: Здоров'я, 2002. – 429-440 с.

6. Андрейчин М.А., Івахів О.А. – Медсестринство при інфек-

ційних хворобах. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 282-297 с.

7. Інфекційні хвороби у загальній практиці та сімейній медицині / За ред. проф. М.А. Андрейчина. – Тернопіль: ТДМУ, Укрмедкнига, 2007. – 33-39 с.

8. Покровський В.Г., Лобан Н.М. Керівництво з інфекційних захворювань. – М.: Медицина, 1986. – 391-396 с.

9. Інфекційні хвороби / За ред. академіка, проф. М.Б. Тітова. – К.: Вища школа, 1995. – 481 с.

УДК 615:378:371.15

МОТИВАЦІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРОВІЗОРІВ І ЧИННИКИ, ЩО ЗУМОВЛЮЮТЬ ПРЕСТИЖ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

О.М. Корнієнко, І.Я. Городецька, О.Р. Левицька, Р.С. Юніков

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ASPECTS OF PROVIZORS' PROFESSIONAL MOTIVATION AND PRESTIGE FACTORS OF HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS

O.M. Korniyenko, I.Ya. Horodetska, O.R. Levytska, R.S. Yunikov

Lviv National Medical University by Danylo Halatsky

Встановлено мотиви, що зумовили вибір професії працівників практичної фармації, а також чинники престижу вищих навчальних закладів.

Motives that influence profession choice of the workers of practical pharmacy and prestige factors of higher educational establishments have been determined.

Вступ. Сьогодні незаперечним є той факт, що якісна освіта – це основа розвитку особистості, суспільства, нації та держави, запорука майбутнього України. Вона є визначальним чинником політичної, соціально-економічної, культурної та наукової життєдіяльності суспільства. Мета державної політики щодо розвитку освіти полягає у створенні умов для розвитку особистості і творчої самореалізації кожного громадянина, вихованні покоління людей, здатних ефективно працювати і навчатися протягом життя, оберігати й примножувати цінності національної культури та громадянського суспільства, розвивати та зміцнювати суверенну, незалежну, демократичну, соціальну та правову державу як невід'ємну складову європейської та світової спільноти. Високоякісна підготовка фармацевтичних кадрів є важливою складовою реформування галузі охорони здоров'я та реалізації соціальних пріоритетів держави.

Підготовка фахівців для галузі охорони здоров'я в Україні здійснюється у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I-IV рівнів акредитації МОЗ України, серед яких 64 – медичні та фармацевтичні коледжі, 49 – медичні училища, два інститути медсестринства, 17 – медичні університети (академії), сім з яких мають статус національних. Підготовка фахівців для фармацевтичної галузі проводиться 13 вищими медичними і фармацевтичними навчальними закладами III-IV рівнів акредитації та 26 вищими медичними і фармацевтичними навчальними закладами I-II рівнів акредитації за спеціальностями: “Фармація”, “Клінічна фармація”, “Технологія фармацевтичних препаратів”, “Технологія парфумерно-косметичних засобів”, “Виробництво фармацевтичних препаратів”, “Аналітичний контроль якості хімічних лікарських сполук” [9]. Свідченням

© О.М. Корнієнко, І.Я. Городецька, О.Р. Левицька, Р.С. Юніков

підвищення престижу української медичної та фармацевтичної освіти є той факт, що у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах навчаються на усіх формах до- та післядипломної підготовки понад 16 тис. студентів з 96 країн світу [8].

У сфері фармацевтичної освіти відбуваються процеси реорганізації та модернізації надання освітніх послуг. Жорстка конкуренція на ринку послуг фармацевтичної освіти зумовлює впровадження навчальними закладами нових сучасних навчальних технологій, розширюючи можливості майбутніх фахівців зробити вибір на користь тих освітніх структур, які можуть забезпечити разом з індивідуальним підходом до кожного слухача високий рівень спрямованості освітнього процесу на якість реалізації професійної діяльності фармацевтичного фахівця [1]. У роботах М.В. Слабого знайшли своє відображення проблеми заочної підготовки провізорів, зокрема проведено аналіз динаміки набору студентів на перший курс навчання, в т. ч. за заочною формою навчання у вищі навчальні заклади МОЗ України. Встановлено тенденцію до збільшення чисельності набору на заочне навчання та поступового зменшення, починаючи з 2003 року, набору студентів для навчання за спеціальністю “Клінічна фармація”. Спостерігається тенденція до зменшення набору в класичних вищих навчальних закладах поряд зі збільшенням його у новостворених вищих навчальних закладах [5–7]. Одне з основних завдань формування концепції системи підготовки фахівців для фармацевтичної галузі України полягає в підвищенні якості підготовки фахівців і забезпеченні їх конкурентоспроможності на європейських і світових ринках праці [4].

Висока активність навчальних закладів на ринку послуг фармацевтичної освіти зумовлює доцільність встановлення мотиваційних чинників при виборі професії, навчального закладу та форми навчання.

Мета роботи – дослідити психологічні аспекти формування професійної мотивації, перспективи заочної підготовки провізорів та встановити чинники престижу вищих навчальних закладів.

Основна частина. За допомогою опрацьованої нами анкети здійснено збір первинної інформації про мотиви, що зумовили вибір професії, ставлення до здобуття вищої освіти шляхом заочної форми навчання, існування навчальних закладів приватної форми власності, чинники, що визначають престиж навчального закладу тощо. Опитано статистично достовірну кількість респондентів – працівників практичної фармації.

Більшість опитаних нами провізорів закінчила Львівський національний медичний університет імені

Данила Галицького (72,9%). Серед респондентів були також випускники інших навчальних закладів, зокрема Національного фармацевтичного університету (м. Харків) (6,5%), Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського (2,8%), Буковинського державного медичного університету (1,9%), Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, Запорізького державного медичного університету, Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, І Московського медичного інституту імені Сеченова, Львівського медичного інституту № 1 (по 0,9%). Респондентами були аптечні працівники різного віку, значна частина з них – до 30-ти або 41-50 років (по 29%), питома частка осіб віком 31-40 років складала 23%, а понад 50 років – 19%. Заслугує на увагу також те, що у сім'ях більшості респондентів є представники медичних професій – лікарі, провізори, фельдшери, медсестри, фармацевти (в сумі 72%).

У сфері професійної мотивації важливу роль відіграє позитивне ставлення до професії, тобто сукупність чинників і процесів, які, відбиваючись у свідомості, спонукають і направляють особу до вивчення майбутньої професійної діяльності. На рисунку 1 показані мотиви, що зумовили вибір професії опитаних нами респондентів.

Значна частина практичних працівників зазначила, що їхній вибір був зумовлений інтересом до фармації (21,8%) та бажанням приносити користь людям (17,1%). Престижною своєю професією вважають 15,6% опитаних, завдяки можливості піклуватися про своє здоров'я свій вибір зробили 10,9%. Також заслуговують на увагу такі мотиви: прагнення до самостійності, сімейні традиції, бажання задовольнити очікування батьків та необхідність високої кваліфікації в умовах ринку (9,0%, 7,1%, 6,6% та 5,2% відповідно). Зовсім незначну частину респондентів приваблює заробітна плата (2,4%), байдужість до своєї професії проявили 3,8% опитаних, зазначивши, що їм необхідно було лише здобути вищу освіту. Нас також цікавило ставлення аптечних працівників, що мають значний досвід практичної роботи, до можливості здобуття фармацевтичної освіти шляхом заочного навчання. Майже половина респондентів вважає доцільним заочне навчання у вищому навчальному закладі при наявності середньої фармацевтичної освіти (45,4%), близько четвертої частини – у випадку роботи в аптечному закладі (25,6%). Ставлення “позитивне без застережень” та “недоцільно” розподілились порівну – по 14,5%. Наступним питанням нашої анкети було ставлення працівників практичної фармації до існування навчальних закладів приватної форми власності. Близь-

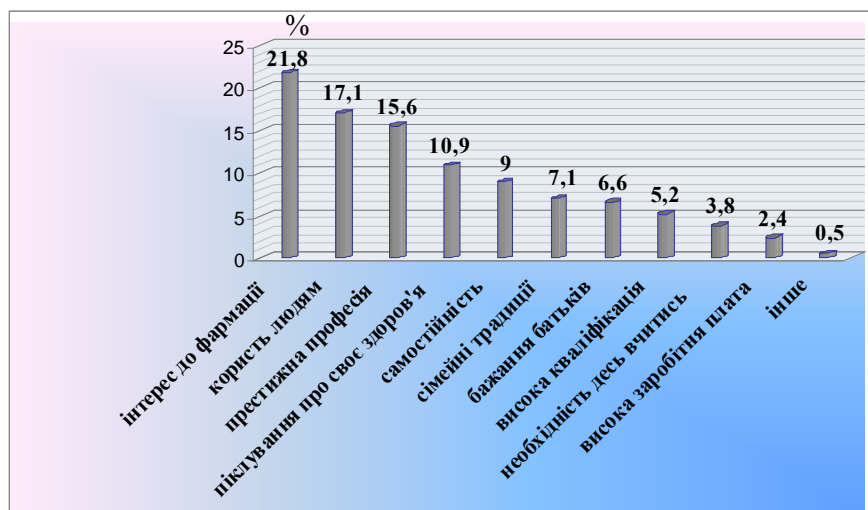


Рис. 1. Мотиви, що зумовили вибір професії працівників практичної фармації.

ко третини респондентів розцінюють існування приватних навчальних закладів як можливість здобуття диплома про вищу освіту (34,3 %) поряд з низьким рівнем підготовки спеціалістів (29,6 %). Своєю байдужістю відзначили 19,4 % опитаних, достатнім вва-

жають рівень підготовки фахівців у навчальних закладах приватної форми власності 14,8 % респондентів.

Як показано на рисунку 2, основним чинником, який визначає престиж навчального закладу, практичні працівники вважають високий рівень підготовки спеціалістів



Рис. 2. Чинники, які визначають престиж навчального закладу.

(26,7 %), важливе значення мають рівень акредитації та наявність матеріально-технічної бази (по 16,3 %), а також кваліфіковані науково-педагогічні кадри (15,6%). Впровадження інноваційних методів навчання як чинника престижу навчального закладу відзначають 11,7

% опитаних, наявність відомих наукових шкіл та можливість здобуття освіти за багатьма спеціальностями – 6,8 % та 6,6 % респондентів відповідно.

На рисунку 3 представлені чинники, які впливають на вибір навчального закладу для здобуття вищої ос-

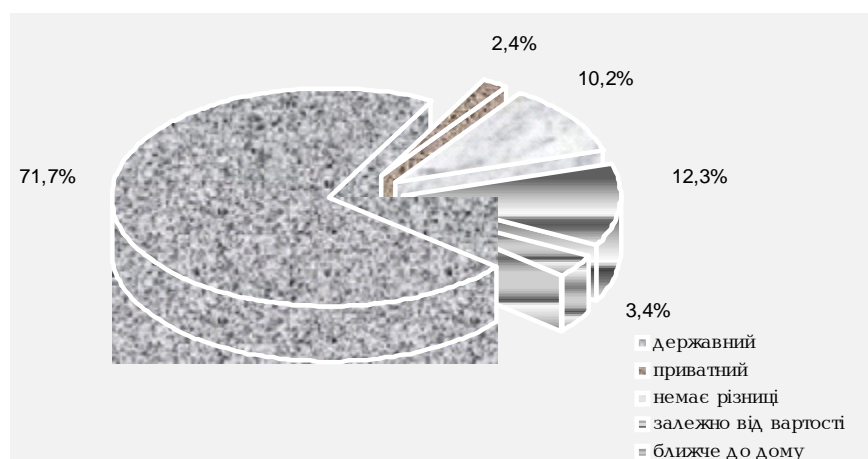


Рис. 3. Чинники, які впливають на вибір навчального закладу для здобуття вищої освіти.

віти. Більшість опитаних нами аптечних працівників, маючи можливість вибору, для навчання обрали б державний вищий навчальний заклад (71,7%). Вартість навчання є чинником вибору 12,3% респондентів, ще 10,2% опитаних зазначили, що не бачать різниці в тому, в якому навчальному закладі здобувати диплом про вищу освіту. Зовсім незначна частина респондентів прагнула навчатися ближче до дому та у приватному вузі (3,4% та 2,4% відповідно).

Висновок. На підставі опитування працівників практичної фармації встановлено, що вибір професії найча-

стіше зумовлений інтересом до фармації, бажанням приносити користь людям та отримати престижну професію. Значна частина респондентів вважає доцільним здобуття вищої освіти шляхом заочного навчання при наявності середньої фармацевтичної освіти та роботи в аптечному закладі. Чинниками престижу вищих навчальних закладів практичні працівники назвали високий рівень підготовки спеціалістів, акредитації, наявність матеріально-технічної бази, кваліфікованих науково-педагогічних кадрів та впровадження інноваційних методів навчання.

Література

1. Громовик Б.П., Мокрянин С.М. Перспективи нових навчальних технологій у фармацевтичній освіті // Фармац. журн. – 2008. – № 2. – С. 13-22.

2. Концепція розвитку фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я України (проект) // Ваше здоров'я. – 2007. – 42 (919), 2.11.07. – С. 8-10.

3. Мельман В.А. Мотивация профессиональной деятельности провизора // Провизор. – 2008. – № 11. – С. 26-31.

4. Немченко А.С., Котвіцька А.А., Жирова І.В. Науково-методичні підходи до викладання організаційно-економічних дисциплін згідно з вимогами болонського процесу та стандартами належних практик (GDP, GPP).

5. Слабий М.В. Аналіз динаміки підготовки провізорів у

вищих навчальних закладах МОЗ України за 2001-2006 роки // Фармац. журн. – 2006. – № 6. – С. 22-26.

6. Слабий М.В. Оцінка тенденцій мотивації студентів деяких фармацевтичних навчальних закладів України III-IV рівнів акредитації щодо позиціонування на фармацевтичному ринку праці // Фармац. журн. – 2007. – № 3. – С. 33-37.

7. Слабий М.В. Проблема заочної підготовки провізорів за спеціальністю "Фармація" у вищих навчальних закладах МОЗ України III-IV рівня акредитації // Фармац. журн. – 2008. – № 1. – С. 50-53.

8. <http://festival.1september.ru/articles/505872/>

9. http://revolution.allbest.ru/pedagogics/00038585_0.html

УДК 616.1/4-07/-08

ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА ЯК НАУКОВИЙ НАПРЯМОК

Я.І. Гонський, М.М. Корда, С.Р. Підручна, О.С. Покотило, О.І. Острівка, Н.П. Саюк, Г.Г. Шершун, С.І. Яворська, Н.О. Сулова, Т.Я. Ярошенко, Н.В. Папарига, І.П. Кузьмак, Л.С. Каліновська, М.І. Марущак, А.Є. Мудра, І.Я. Криницька, О.В. Лазарчук
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

EVIDENCE-BASED MEDICINE AS THE SCIENTIFIC DIRECTION

Ya.I. Honsky, M.M. Korda, S.R. Pidruchna, O.S. Pokotylo, O.I. Ostrivka, N.P. Sayuk, H.H. Shershun, S.I. Yavorska, N.O. Suslova, T.Ya. Yaroshenko, N.V. Paparyha, I.P. Kuzmak, L.S. Kalinovska, M.I. Marushchak, A.Ye. Mudra, I.Ya. Krynytska, O.V. Lazarchuk
Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті висвітлено особливості викладання медичної біохімії для студентів-медиків на засадах доказової медицини.

Peculiarities of teaching of medical biochemistry for medical students on the basis of evidence-based medicine have been described in this article.

Вступ. Термін “доказова медицина” походить з медуніверситету м. Тернополя від 1990 р. Основні принципи, що вкладені в значення цього терміну, складають основу ідеології медицини XXI ст. [1].

Підготовка до професійної діяльності майбутнього лікаря на нашій кафедрі здійснюється шляхом глибокого вивчення метаболічних процесів у здоровому організмі із акцентом на ті зміни їх, що настають за патологічних станів.

Таке поєднання біохімічного матеріалу допомагає студенту-медику зрозуміти суть патогенезу захворювання і викликає у нього інтерес до практичної медицини та поглибленого вивчення теоретичних основ захворювання.

Основна частина. Доказова медицина як науковий напрямок передбачає новий обґрунтований підхід у справі діагностики захворювань та їх лікування. Такий підхід формується у лікарів, починаючи зі студентських років, і завершується та вдосконалюється на всьому протязі лікарської праці. Він пронизує і всю наукову діяльність медиків-науковців.

Діагностика захворювання, згідно з принципами доказової медицини, повинна опиратись на доцільність проведення лабораторних та інструментально-фізичних досліджень, які обґрунтовано віддзеркалюють стан організму обстежуваного, не пошкоджуючи самого організму чи його систем. Методи повинні бути не тільки об'єктивні, а високо-

чутливі та вибірково специфічні до певних проявів хвороби. Вони повинні бути також відтворюваними при повторних дослідженнях, а також давати можливість досліднику відсікати одержані результати від артефактів, які можуть спотворювати діагностику. Зрозуміло, що обґрунтовані та статистично достовірні факти можна досягти в діагностиці тільки за умов поєднаного вивчення показників дослідження з теоретичними основами захворювання, тобто тільки глибокі знання молекулярних механізмів розвитку патологічного процесу з фактичним результатом клініко-лабораторного дослідження можуть стати доказовою основою для встановлення діагнозу.

Доконечна потреба знань біохімічних процесів, що знаходяться в основі життєдіяльності здорового організму і їх відмінностей за патологічних станів, обумовлюється доцільністю формування можливих гіпотез-варіантів патологічних станів, що лежать в основі диференціальної діагностики захворювань як важливого компонента доказової медицини.

Таким чином, основою для заключного діагнозу є глибокі знання біохімічних процесів, що перебігають у тканинах здорового організму, об'єктивні результати досліджень клініко-лабораторних показників у пацієнта і їх осмислення та пояснення на основі теоретичних уявлень можливого патогенезу захворювання, з урахуванням причин чи факторів, що спричинили патологічний стан [2].

© Я.І. Гонський, М.М. Корда, С.Р. Підручна та ін.

Формування лікаря-дослідника, що опирається на знання фундаментальних теоретичних основ медицини в поєднанні з клініко-лабораторними та сучасними технічними засобами діагностики, процес тривалий і безперервний на всьому протязі лікарської діяльності. Починається із вивчення основ медицини зі студентської лави і продовжується у вигляді самонавчання та фахового вдосконалення на курсах підвищення кваліфікації у відповідних інститутах чи факультетах післядипломної освіти [3].

На кафедрі медичної біохімії та клініко-лабораторної діагностики підготовка студента до лабораторної лікарської практики здійснюється на практичних лабораторних заняттях, семінарських обговореннях та під час проведення тестового контролю. Кафедра вбачає основне своє покликання навчати студента мислити клінічними категоріями, що знаходяться в основі діагностики поширених і доступних для розуміння студентом захворювань. Знання, які студент одержує з лекцій, підручників та інших джерел, закріплює в час лабораторних занять, де вивчає біохімічні показники крові, слини, сечі здорових людей та на моделях певних патологій.

Так, вивчаючи метаболізм вуглеводів, білків, ліпідів та вплив на них гормонів, студент вирішує питання, які зміни цих процесів і чому відбуваються за цукрового діабету. Тут же ставиться питання, як відрізнити цукровий діабет I типу від II типу. На цій же темі розглядається питання лабораторної діагностики цукрового діабету, зокрема ролі цукрового навантаження, дослідження сечі тощо. Для обґрунтованої доказовості діагнозу ставиться питання про можливі зміни з боку крові і сечі (зокрема зміни вмісту глюкози і кетонових тіл) за інших подібних станів, які, проте, не є проявами цукрового діабету. Іншими словами, студент вирішує питання диференціальної діагностики даної патології на основі дослідження змін показників білкового, ліпідного, вуглеводного та водно-мінераль-

ного метаболізму в крові та сечі. Він переконується, що таку хворобу, як цукровий діабет, можна діагностувати тільки при зіставленні вивлених змін з іншими захворюваннями, які супроводжуються деякими проявами, що характерні для цукрового діабету. Аналогічний підхід в навчанні студентів на кафедрі здійснюється при вивченні гострого панкреатиту, нефритів, хвороб печінки, порушення обміну жовчних пігментів, що супроводжуються жовтяницями, гіповітамінозів та порушень функцій ендокринних залоз.

Зазначене вивчення матеріалу з наступним контролем знань на лабораторних роботах, семінарських обговореннях та тестовому контролі дає обґрунтовано заслужену оцінку знань і викликає у студента потяг до навчання та до своєї майбутньої професії.

Окремої уваги заслуговує робота студента з комп'ютером, додатковою літературою та підготовка наукових рефератів. Тут студента привчають до критичного осмислення літературних повідомлень та необхідності висвітлення своєї власної думки про прочитане, основаної на зіставленні публікацій у вітчизняній та зарубіжній літературі. Студента навчають методів пошуку, аналізу інформації в періодичних наукових виданнях та електронних базах даних. Звідси комп'ютер повинен стати обов'язковим атрибутом навчання студента.

Висновки: 1. Згідно з основними принципами доказової медицини, у процесі навчання у студента-медика поступово виробляється клінічне мислення у справі діагностики і лікування хворого, основане на поєднанні знань біохімічних процесів у здоровому організмі із тими результатами, які одержано за допомогою клініко-лабораторних та сучасних технічних засобів досліджень.

2. Впровадження нових форм навчання на кафедрі поєднується із глибоким вивченням теоретичного матеріалу, необхідного для свідомого засвоєння студентами основ діагностики.

Література

1. Пίδαев А.В., Передерий В.Г. Болонский процесс в Европе. – Одесса, 2004. – 192 с.
2. Запорожан В.М., Кресюн В.Й., Чернецька О.В. Модернізація навчання як чинник євроінтеграції // Науково-методична конференція “Досвід впровадження основних засад Болонського процесу в систему вищої медичної (фар-

мацевтичної) освіти”. – Тернопіль, 2005. – С. 56-58.

3. Кайданова Л.Г. Педагогічна майстерність викладача в контексті Болонської декларації // Науково-методична конференція “Досвід впровадження основних засад Болонського процесу в систему вищої медичної (фармацевтичної) освіти”. – Тернопіль, 2005. – С. 126-130.

УДК 541.1:541.18

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДЕЯКИХ ПИТАНЬ РОЗДІЛУ “ЕЛЕКТРОХІМІЯ” В КУРСІ ФІЗИЧНОЇ ТА КОЛОЇДНОЇ ХІМІЇ У ВИЩОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ

В.І. Кабачний, В.І. Лебідь, Л.Д. Грицан, Л.К. Осіпенко, М.Є. Блажеєвський,
Т.О. Томаровська, Я.А. Лабузова, В.П. Колесник

*Національний фармацевтичний університет,
Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна*

ASPECTS OF TEACHING SOME QUESTIONS OF “ELECTROCHEMISTRY” SECTION IN THE COURSE OF PHYSICAL AND COLLOID CHEMISTRY AT PHARMACEUTICAL INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION

V.I. Kabachny, V.I. Lebid, L.D. Hrytsan, L.K. Osipenko, M.Y. Blazheyevsky,
T.O. Tomarovska, Ya.A. Labuzova, V.P. Kolyesnyk

*National University of Pharmacy,
Kharkiv National University by V.N. Karazin*

У статті представлені особливості методики викладання розділу “Електрохімія” в курсі фізичної та колоїдної хімії студентам фармацевтичних спеціальностей із урахуванням рішень Стокгольмської конвенції IUPAC.

There are presented the features of teaching methodology of “Electrochemistry” section in the course of physical and colloid chemistry for students of pharmaceutical specialities are described in the article taking into account the decisions of Stockholm IUPAC convention.

Вступ. При впровадженні кредитно-модульної системи [1] програмний матеріал потребує перегляду та перерозподілу між аудиторними заняттями та самостійною роботою у напрямку збільшення обсягу останньої. За цих умов при проведенні аудиторних занять особливого значення набуває чітке та визначне формулювання понять, що складають основу навчального курсу, а також фахова спрямованість прикладів їх практичного застосування.

Електрохімічні процеси складають основу багатьох сучасних методів наукового дослідження та аналізу біологічно активних і лікарських речовин. Електрохімічні системи і явища мають також суттєве значення для розвитку практичної фармації. Зокрема, до Державної Фармакопеї України [2] включено такі статті, як “Потенціометричне визначення рН” та “Потенціометричне титрування”.

У роботі узагальнено досвід викладання найбільш важливих питань розділу “Електрохімія” – одного з найскладніших у курсі фізичної та колоїдної хімії – на

© В.І. Кабачний, В.І. Лебідь, Л.Д. Грицан та ін.

кафедрі фізичної та колоїдної хімії Національного фармацевтичного університету.

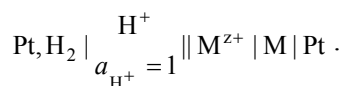
Основна частина. Викладач, приступаючи до читання лекцій, проведення семінарських занять та організації виконання лабораторних робіт з електрохімії, перш за все повинен приділити увагу чіткому формулюванню та доступному тлумаченню її предмета, основних понять і визначень. Тому, насамперед, треба розглянути різні визначення електрохімії як частини хімічної науки, що надаються в літературі [3–13], і зробити їх порівняльний аналіз.

За О.Н. Фрумкіним, електрохімія вивчає перетворення речовин, які перебігають за участю вільних електронів на межі поділу провідник електрики першого роду – провідник електрики другого роду. Дж. Бокріс визначав електрохімію як науку, що вивчає властивості електролітів та заряджених поверхонь розділу. Найчастіше зустрічається також таке визначення: “Електрохімія займається вивченням закономірностей, які пов’язані зі взаємним перетворен-

ням хімічної та електричної форм енергії”. Воно базується на тому, що в результаті перебігу хімічних реакцій можна одержати електричну енергію. З другого боку, витрачаючи електричну енергію, можна провести ті ж реакції у зворотному напрямку, тобто викликати хімічне перетворення.

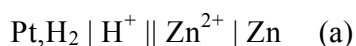
На наш погляд, найбільш повним можна вважати таке визначення: “Електрохімія – це наука, присвячена вивченню фізико-хімічних властивостей конденсованих іонних систем, а також процесів та явищ на заряджених міжфазних межах із урахуванням всіх форм взаємодії між рухомими зарядженими частинками (електронами, іонами) у конденсованих фазах” [8].

Згідно з діючими навчальними планами і програмами [14, 15] до розділу “Електрохімія” включено тему “Електродні потенціали та електрорушійні сили”. Після з’ясування предмета електрохімії доречно перейти до розгляду основних понять електрохімії: “електрод” та “електродний потенціал”. У подальшому можна розглянути правила написання частинних електродних реакцій, сумарної електрохімічної реакції і складових частин електрохімічних систем та надати їх роз’яснення на конкретних прикладах. При цьому бажано додержуватись Міжнародної системи одиниць SI та рішень Міжнародного союзу з чистої та прикладної хімії (IUPAC) з фізичної хімії [16, 17]. *Електродний потенціал* можна визначити як *електрорушійну силу* електрохімічної системи (гальванічного елемента), побудованої за схемою:



Таку умову приймають, зважаючи на те, що абсолютне значення величини потенціалу окремого електрода не може бути визначено. Можливе вимірювання тільки різниці потенціалів двох електродів, тобто електрорушійної сили елемента.

При визначенні величини і знака потенціалу певного електрода за водневою шкалою користуються правилами, які були прийняті міжнародною конвенцією у Стокгольмі (1953). Наприклад, для цинкового електрода електрохімічну систему записують у вигляді електрохімічного кола:



Праворуч розташовують даний електрод, а ліворуч – стандартний водневий електрод, потенціал якого при всіх температурах умовно приймають за нуль. Дифузійний потенціал вважається елімінованим, що позначається двома вертикальними рисками, які розділяють розчини. Реакцію, яка формально перебігає

у наведеній електрохімічній системі, згідно з діючими правилами можна представити так:



За означених умов величина електрорушійної сили гальванічного елемента (а) матиме від’ємний знак. Такі ж величину і знак буде мати і потенціал цинкового електрода. Тобто знак потенціалу напівелемента відповідатиме знаку електродного потенціалу за водневою шкалою, якщо напівелемент буде записаний таким чином, що речовини які знаходяться у розчині, розташувати з лівого боку, а речовину електрода – праворуч від вертикальної риски $\text{Zn}^{2+}|\text{Zn}$.

Вважаємо за доцільне звертати увагу студентів на наступне. При поясненні сенсу електродного потенціалу бажано провести аналіз загального рівняння, що описує залежність потенціалу оборотного електрода φ від складу розчину (при $T, p = \text{const}$)

$$\varphi = \varphi^0 + \frac{\theta}{z} \lg \frac{a_{\text{Ox}}}{a_{\text{Red}}}$$

де φ^0 – стандартний електродний потенціал, $\theta = \frac{2,303RT}{F}$, z – число електронів, які беруть участь у електродній реакції $\text{Ox} + ze^- \rightleftharpoons \text{Red}$.

Саме такий вигляд рівняння (1) дозволяє чітко охарактеризувати *оксидаційну здатність системи*: величина потенціалу тим більша, чим сильніші оксидаційні властивості має система. Тому часто, особливо у випадках, коли матеріал електрода не бере участі в електродній реакції, електродний потенціал називають *оксидаційним потенціалом*.

Залежно від природи і властивостей речовин, які беруть участь в електродній реакції, а також за конструкцією розрізняють декілька *типів електродів*. Для формування більш чіткого уявлення студентів про таку найбільш поширену класифікацію електродів доцільно навести схему 1 [7].

Заслугує на увагу також класифікація оборотних електродів за їх застосуванням. За цією ознакою електроди поділяють на індикаторні та електроди порівняння. *Індикаторними* називають *електроди*, потенціал яких однозначно змінюється зі зміною активності (концентрації) іонів, що визначають. Наприклад, електроди $\text{Ag}^+|\text{Ag}$; $\text{Cu}^{2+}|\text{Cu}$; $\text{H}^+|\text{H}_2$, Pt тощо можна застосовувати як індикаторні при проведенні різних електрохімічних вимірювань. *Електродами порівняння* називають такі електроди, потенціал яких є відомим, точно може бути відтвореним та не залежить від активності (концентрації) іонів, що визначають, тобто залишається незмінним під час вимірю-

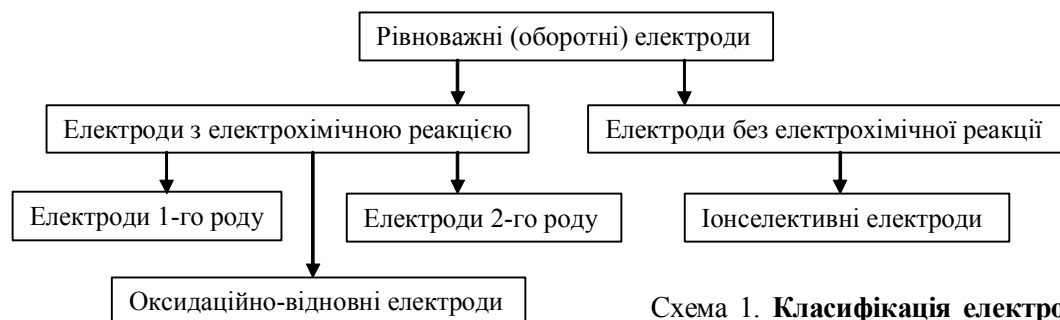


Схема 1. Класифікація електродів.

вань. До електродів порівняння, наприклад, відносять хлорсрібний та каломельний електроди. Останній електрод рекомендовано Державною Фармакопеею України [2] до застосування у потенціометрії.

Наведені класифікації можна пояснити на конкретних прикладах.

Електроди першого роду. Електродом першого роду називають метал або неметал, занурений у розчин, який містить його іони.

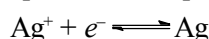
Схематичне позначення металевих катіонних електродів $M^{z+}|M$. На електроді перебігає реакція, яку згідно з правилами IUPAC записують як реакцію відновлення $M^{z+} + ze^- \rightleftharpoons M$.

Потенціал залежить від активності іонів металу в розчині

$$\varphi_+ = \varphi_+^0 + \frac{RT}{z_+F} \ln a_{M^{z+}}, \quad (2)$$

де z^+ — число електронів, що витрачаються на відновлення одного іона металу, тобто заряд іона у розчині.

Наприклад для срібного електрода $Ag^+ | Ag$ маємо



і

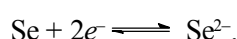
$$\varphi_{Ag^+|Ag} = 0,799 + \frac{RT}{F} \ln a_{Ag^+}. \quad (3)$$

Для електродів, оборотних відносно аніонів, застосовують таке рівняння для розрахунку потенціалу

$$\varphi_- = \varphi_-^0 - \frac{RT}{z_-F} \ln a_{A^{z-}}, \quad (4)$$

згідно з реакцією $A + ze^- \rightleftharpoons A^{z-}$.

Прикладом неметалічного, оборотного відносно аніона, може бути селеновий електрод $Se^{2-}|Se$. На ньому перебігає електродна реакція



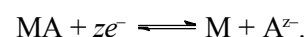
Електродний потенціал дорівнює

$$\varphi_{Se^{2-}|Se} = -0,92 - \frac{RT}{2F} \ln a_{Se^{2-}}. \quad (5)$$

Окрему увагу доцільно приділити *газовим електродом*, які, зазвичай, відносять до електродів першо-

го роду. Наприклад, для водневого електрода, маємо $\varphi_{2H^+|H_2}^0 = 0$ в умовній водневій шкалі за будь-яких температур у будь-яких розчинниках. Тому потенціал водневого електрода за умови, що $p_{H_2} = 101325$ Па (1атм), лінійно залежатиме від рН розчину і при 298 К дорівнюватиме $\varphi_{2H^+|H_2}^0 = -0,059$ рН. Стандартний водневий електрод можна використовувати як електрод порівняння у великому інтервалі значень температур, тисків, рН та у різних розчинниках.

Електроди другого роду. Електрод другого роду складається із металу, його малорозчинної сполуки, і занурений у розчин, що містить розчинну сіль з тим же аніоном, як і малорозчинна сполука. Електрод другого роду схематично позначають $A^{z-}|MA, M$. Реакцію, що перебігає на ньому, можна записати так:

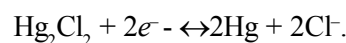


Вираз для потенціалу електрода другого роду

$$\varphi_{A^{z-}|MA, M} = \varphi_{A^{z-}|MA, M}^0 - \frac{\theta}{z} \ln a_{A^{z-}}, \quad (6)$$

де $a_{A^{z-}}$ — активність аніона A^{z-} .

Прикладами електродів другого роду можуть слугувати *каломельний та хлорсрібний електроди*. Схематично каломельний електрод представляють як систему $Cl^-|Hg_2Cl_2, Hg$. Реакція, що їй відповідає, має вигляд



Електродний потенціал при 298 К можна записати як

$$\varphi_{Cl^-|Hg_2Cl_2, Hg} = 0,268 - 0,0591 \lg a_{Cl^-}. \quad (7)$$

Зазвичай, каломельні електроди застосовують у трьох формах залежно від молярної концентрації KCl (0,1М; 1,0М та насичений розчин KCl). Їх потенціали при 298К дорівнюють відповідно 0,334; 0,281 та 0,242В [18].

Хлорсрібний електрод можна представити схемою $Cl^- | AgCl, Ag$. Йому відповідає електродна реакція



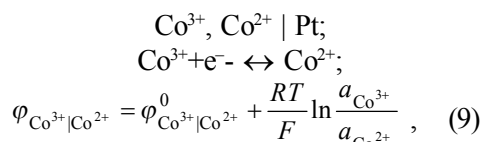
Його потенціал при 298К визначають за рівнянням

$$\varphi_{\text{Cl}^-|\text{AgCl,Ag}} = 0,222 - 0,059 \lg a_{\text{Cl}^-} \quad (8)$$

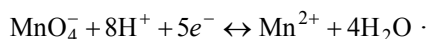
Електроди другого роду широко застосовують для електрохімічних вимірювань як електроди порівняння, тому що їх потенціал не змінюється з часом і добре відтворюється.

Окисдаційно-відновні (оксред-)електроди складають достатньо велику самостійну групу електродів, у яких інертний провідник першого роду (зазвичай, із благородного металу, наприклад, платини) знаходиться у контакті з електролітом, що містить іони будь-якої сполуки у окисненій та відновленій формах. Бажано зазначити, що на металі у оксред-електроді відбувається лише перенесення електронів між учасниками окисдаційно-відновної реакції.

Розрізняють прості та складні оксред-електроди. Прикладом простого окисдаційно-відновного електрода може бути:



тобто під час перебігу електродної реакції змінюється заряд іонів кобальту. У складних оксред-електродах внаслідок перебігу потенціалутворюючої реакції змінюється не лише ступінь окиснення іонів, але й їх склад, оскільки в цьому процесі беруть участь H^+ -іони і молекули води. Наприклад, розглянемо систему, що складається з іонів MnO_4^- та Mn^{2+} . Схема такого електрода може бути записана як $\text{MnO}_4^- | \text{Mn}^{2+}, \text{H}^+ | \text{Pt}$. Електродна реакція має вигляд



Відповідно до наведеного рівняння реакції вираз для оксред-потенціалу записують

$$\varphi_{\text{MnO}_4^-|\text{Mn}^{2+}} = \varphi_{\text{MnO}_4^-|\text{Mn}^{2+}}^0 + \frac{RT}{5F} \ln \frac{a_{\text{MnO}_4^-} \cdot a_{\text{H}^+}^8}{a_{\text{Mn}^{2+}}}. \quad (10)$$

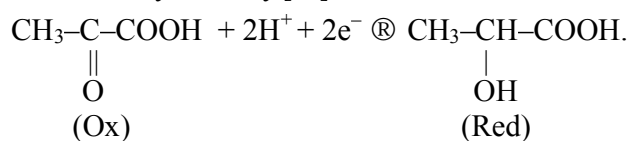
Оскільки активність води залишається постійною у ході реакції, за виключенням концентрованих розчинів, ця величина включена у φ^0 .

Для більшості біохімічних систем величина окисдаційно-відновного потенціалу також залежить не

Література

1. Кредитно-модульна система організації навчання у контексті Болонського процесу в Національному фармацевтичному університеті: Навч.-метод. посіб. / В.П. Черних, В.М. Толочко, Л.Г. Кайдалова та ін. – Харків: Вид-во НФаУ, 2004. – 68 с.

лише від співвідношення активностей окисненої та відновленої форм, але й від концентрації іонів водню. Наприклад, для процесу відновлення пірвіноградної кислоти у молочну [12]



Для подібних систем, у яких відбувається перенесення ($2\text{H}^+ + 2e^-$), маємо

$$\varphi_{\text{Ox/Red}} = \varphi_{\text{Ox/Red}}^0 + \frac{RT}{F} \ln a_{\text{H}^+} + \frac{RT}{2F} \ln \frac{a_{\text{Ox}}}{a_{\text{Red}}}. \quad (11)$$

Стандартизацію окисдаційно-відновних потенціалів у біохімії здійснюють за умов: $a_i=1$ і $\text{pH}=7$. Такі потенціали позначають $\varphi^0_{\text{Ox/Red}}$, тобто вони зв'язані зі стандартними електрохімічними потенціалами таким співвідношенням

$$\varphi^0_{\text{Ox/Red}} = \varphi_{\text{Ox/Red}}^0 + \frac{RT}{F} \ln a_{\text{H}^+} = \varphi_{\text{Ox/Red}}^0 - \frac{2,3RT}{F} \text{pH}.$$

При температурі 298 К можна записати

$$\varphi^0_{\text{Ox/Red}} = \varphi^0 - 0,059 \text{pH} = \varphi^0 - 0,413B.$$

Для наведеної системи $\varphi^0_{\text{Ox/Red}} = -0,185B$.

Значний інтерес представляють *іонселективні електроди*, в яких основним елементом є мембрана, проникна для певного іона. До них належить *скляний електрод*, який дає змогу вимірювати, наприклад, водневий показник рН у діапазоні від -1 до 14 при температурах до $100\text{--}150^\circ\text{C}$ (залежно від складу електродного скла).

Останнім часом у біохімічних дослідженнях широко використовують біоспецифічні іонселективні електроди (ферментні, імуноферментні, бактеріальні, мікробні тощо) для визначення великої кількості органічних сполук.

Висновок. Викладання розділу “Електрохімія” повинно мати фахову спрямованість. Конкретні приклади, які наводить викладач під час аудиторних занять, доцільно брати зі спеціальної літератури, щоб вони відображали сучасний стан застосування електрохімічних методів дослідження та аналізу у фармації, біології та медицині.

2. Державна Фармакопея України. – Харків: РІПЕГ, 2001. – 556 с.

3. Фізична і колоїдна хімія. / В.І. Кабачний, Л.К. Осіпенко, Л.Д. Грицан та ін. – Харків: Прапор, Вид-во НФаУ, 1999. – 368 с.

4. Евстратова К.И., Купина Н.А., Малахова Е.Е. Физическая и коллоидная химия. – М.: Высш. шк., 1990. – 487 с.
5. Стромберг А.Г., Семченко Д.П. Физическая химия. – М.: Высш. шк., 2001. – 527 с.
6. Лебідь В.І. Фізична хімія. – Харків: Фолю, 2005. – 478 с.
7. Ротинян А.Л., Тихонов К.И., Шошина И.А. Теоретическая электрохимия. – Л.: Химия, 1981. – 424 с.
8. Байрамов В.М. Основы электрохимии. – М.: Академия, 2005. – 240 с.
9. Физическая химия / Под ред. Б.П. Никольского. – Л.: Химия, 1987. – 880 с.
10. Антропов Л.И. Теоретическая электрохимия. – М.: Высш. шк., 1975. – 568 с.
11. Измайлов Н.А. Электрохимия растворов. – М.: Химия, 1966. – 576 с.
12. Садовничая Л.П., Хухрянский В.Г., Цыганенко А.Я. Биофизическая химия. – К.: Вища шк., 1986. – 271 с.
13. Горшков В.И., Кузнецов И.А. Физическая химия. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. – 264 с.
14. Програма з фізичної та колоїдної хімії для студентів вищих фармацевтичних закладів освіти та фармацевтичних факультетів вищих медичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації. / В.І. Кабачний, Л.Д. Грищан, Л.К. Осіпенко та ін. – Київ, 1998. – 24 с.
15. Програма з фізичної та колоїдної хімії для студентів спеціальності 7.110204 “Технологія фармацевтичних препаратів” вищих закладів освіти III–IV рівнів акредитації. / В.І. Кабачний, Л.Д. Грищан, Л.К. Осіпенко та ін. – Київ, 2000. – 28 с.
16. Степин Б.Д. Применение Международной системы единиц физических величин в химии. – М.: Высш. шк., 1990. – 96 с.
17. Cohen E.R. et al. Quantities, Units, and Symbols in Physical Chemistry. – RSC Publishing, 2007. – 234 p.
18. Краткий справочник физико-химических величин / Под ред. А.А. Равделя и А.М. Пономаревой. – С.Пб.: Специальная Литература, 1998. – 232 с.

УДК 378(436+477)

СПІЛЬНІ ТА ВІДМІННІ РИСИ ВПРОВАДЖЕННЯ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ В АВСТРІЇ ТА УКРАЇНІ

Г.І. Кліщ, А.М. Пришляк

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

COMMON AND SPECIFIC FEATURES OF BOLOGNA PROCESS INTRODUCTION IN AUSTRIA AND UKRAINE

H.I. Klishch, A.M. Pryshliak

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті розглянуто історію інтеграції вищої освіти в Європі, втілення цілей Болонського процесу австрійською освітньою системою та відповідність вищої освіти України його вимогам. Процес об'єднання Європи триває, його поширення на схід супроводжується формуванням спільного освітнього і наукового простору та розробкою єдиних критеріїв і стандартів у цій сфері в масштабах усього континенту. Дослідження Болонського процесу в Європі, використання прогресивних ідей австрійського досвіду є винятково актуальним завданням у світлі перспектив інтеграції України в загальноєвропейський освітній простір.

This article deals with the history of integration of higher education in Europe, implementation of the tasks of the Bologna process by the Austrian educational system and how the Ukrainian higher education meets the requirements of this process. The process of unification of Europe continues, its spreading eastward is accompanied by the formation of the common educational and scientific space and development of identical standards and criteria in this sphere on the whole continent. The investigation of the Bologna process in Europe, the use of the progressive ideas of Austrian experience is a topical problem for Ukraine taking into consideration the perspectives of integration of Ukraine into the all-European educational space.

Вступ. Історія Болонського процесу офіційно почалася з підписання Болонської декларації у 1999 році, проте її передісторія сягає 1954 року, коли було підписано Європейську культурну конвенцію, в якій наголошується на необхідності заохочення громадян усіх держав до вивчення мов, історії та культури інших країн і спільної для них культури.

Ідеї освітньо-культурного об'єднання європейських країн загалом та університетів зокрема отримали своє продовження у Великій хартії університетів (Magna Charta Universitatum), що стала фінальним результатом пропозиції, адресованої Болонським університетом у 1986 році усім найстаршим європейським університетам.

Наступні роки характеризувалися запровадженням різноманітних програм під егідою ЄС, Ради Європи, що сприяли напрацюванню спільних підходів до вирішення транснаціональних проблем вищої освіти. Це насамперед програми приведення національного законодавства у сфері освіти до норм, напрацьованих країнами Європи, розширення доступу до вищої освіти і підвищення академічної мобільності студентів та їхньої мобільності на ринку праці, створення системи навчання впродовж усього життя та багатовимірні завдання зі зближення освітніх програм і систем, які вирішувались у рамках численних програм TEMPUS/TACIS.

Розробка та підписання представниками країн Європи Лісабонської конвенції (1997 р.) про визнання кваліфікацій для системи вищої освіти європейського регіону та Сорбонської декларації (Париж, Сорбона, 1998 р.) щодо узгодження структури системи вищої освіти в Європі стали ще одними кроками на шляху до консолідації зусиль наукової та освітньої громадськості й урядів країн Європи для істотного підвищення конкурентоспроможності європейської системи науки і вищої освіти у світовому вимірі.

Сам же Болонський процес на рівні держав було започатковано 19 червня 1999 року в Болоньї (Італія) підписанням 29 міністрами освіти від імені своїх урядів документа, який назвали "Болонська декларація". Цим актом країни-учасниці узгодили спільні вимоги, критерії та стандарти національних систем вищої освіти і домовилися про створення єдиного європейського освітнього та наукового простору до 2010 року. У межах цього простору мають діяти єдині вимоги до визнання дипломів про освіту, працевлаштування та мобільності громадян, що істотно підвищить конкурентоспроможність європейського ринку праці й освітніх послуг. Власне, цим документом було задекларовано прийняття загальної системи порівняльних освітньо-кваліфікаційних рівнів, зокрема

через затвердження додатка до диплома; запровадження в усіх країнах двох циклів навчання за формулою 3 + 2, при цьому перший, бакалаврський цикл має тривати не менше трьох років, а другий, магістерський – не менше двох років, і вони мають сприйматися на європейському ринку праці як освітні і кваліфікаційні рівні; створення систем кредитів відповідно до європейської системи трансферу оцінок, включно з постійним навчанням; сприяння європейській співпраці щодо забезпечення якості освіти, розробка порівняльних критеріїв і методів оцінки якості; усунення перешкод на шляху мобільності студентів і викладачів у межах визначеного простору.

Основна частина. Австрія. Втілення цілей Болоньї

Утворення європейського простору вищої освіти – завдання амбітне, актуальне, необхідне в сучасному мінливому світі з його швидкоплинними процесами, новими орієнтирами, переоцінкою традиційних суспільних, політичних та культурних засад. Австрійська освітня система переживає зараз процес активного реформування.

Останні шість років вищі навчальні заклади Австрії, університети та інститути, працювали над пошуком моделі їх функціонування, яка б найкраще інтегрувала головні цілі Болонського процесу: прийняття дворівневої системи навчання, введення європейської системи кредитів, заохочування студентів та академічного персоналу до мобільності, європейське співробітництво для забезпечення якості навчання, зміцнення зв'язків між освітою та наукою.

З метою створення сприятливого середовища для ефективного і поступового втілення цілей Болоньї в 1999 р. була сформована національна Група зі спостереження за виконанням завдань Болонської декларації, що складалася з представників відповідальних міністерств і властей, а також представників сектора вищої освіти (наприклад, Конференції ректорів, Конференції вищих професійних шкіл, Конференції коледжів з підготовки вчителів, Союзу австрійських студентів). Національна Група зі спостереження несе відповідальність за підготовку внеску Австрії в європейський процес спостереження, за напрацювання австрійської позиції, а також за розповсюдження відповідної інформації всередині Австрії. Всі австрійські університети і майже всі вищі професійні школи на сьогодні призначили координатора з проблем Болоньї [3].

Серед інших завдань Болонської декларації затвердження додатка до диплома передбачене федеральним Законом про організацію університетів та їх навчання. Ухвала, що регулює виконання Закону, набра-

ла чинності у серпні 2002 р., а це означає, що з жовтня 2003 р. всі університети видають додаток до диплома німецькою та англійською мовами кожному випускникові на його вимогу. Більш того, університети можуть видавати додатки й іншими мовами [5].

Програми підготовки бакалаврів в австрійських університетах і університетах мистецтв запроваджені в 2000-01 навчальному році. Зараз існує близько 180 індивідуальних програм для бакалаврів.

Введення ECTS – Європейської кредитно-трансферної системи – з 1999 р. стало обов'язковим для навчання бакалаврів – магістрів, а з жовтня 2002 р. і при отриманні дипломів (стара система) на підставі Закону про університети 2002 р. Кожен отриманий кредит капіталізується, тобто отримується на все життя, може переводитися з одного університета до іншого, з однієї спеціальності на іншу, з однієї країни до іншої, згідно з Європейською кредитно-трансферною системою, що сприяє європейській мобільності. Така система отримання кредитів полегшує тимчасову перерву у навчанні. Вона дозволяє тим, хто покинув навчання, але бажає його продовжити, відновити курс у будь-який момент на тому ж самому місці, де він був зупинений [4].

Разом із різноманітними заходами з надання студентам, що мають в цьому потребу, фінансової допомоги, студентам і аспірантам доступний широкий вибір стипендіатських програм (наприклад, Центральноевропейська програма обмінів для університетського навчання – SEEPUS, Австрійсько-угорська, Австрійсько-чеська та Австрійсько-словацька програми обмінів, національні надбавки до грантів за схемою ERASMUS тощо).

За період навчання за кордоном в транснаціональних урядових або університетських програмах мобільності в межах Європейського Союзу студенти не оплачують навчання у своєму австрійському університеті. Це ж стосується і студентів, що приїжджають до Австрії в рамках подібних програм [5].

Ухвала від 1997 р. про оцінку якості освіти передбачає проведення заходів щодо забезпечення якості в університетах. У 2000 р. для приватних університетів був ухвалений закон про акредитацію. Австрійська Конференція ректорів, сектор вищих професійних шкіл, Міністерство освіти, науки і культури і Союз австрійських студентів з грудня 2002 р. взаємодіють у робочій групі зі створення Австрійського агентства із забезпечення якості. Таке агентство є організацією, заснованою на приватному праві, незалежною від уряду і окремих вищих навчальних закладів. Воно пропонує свої послуги всьому сектору

вищої освіти. На міжнародному рівні агентство співпрацює з іншими подібними агентствами, особливо з Європейською системою з забезпечення якості вищої освіти – ENQA. Агентство має дві чітко розділені головні функції. З одного боку, воно пропонує остаточну сертифікацію механізмів забезпечення якості на інституційному рівні, визнаючи тим самим, що управління якістю є головним чином відповідальністю самих вузів. По-друге, воно пропонує адміністративну і організаційну підтримку проектів оцінки, а також загальні консультації та інформацію у всіх аспектах забезпечення якості вищої освіти.

Діяльність щодо просування європейського виміру у сфері вищої освіти Австрії включає розробку спільної навчальної програми для модулів і університетських курсів з “європейським змістом”, а також спільні або подвійні вчені ступені (“програми подвійних ступенів”). Якщо така програма відповідає певним вимогам, то Закон про університети 2002 р. надає австрійським університетам повноваження видавати спільний диплом з партнерським(и) навчальним(и) закладом(ами). Вчені ступені, присвоєні за такі програми, матимуть особливу цінність (включаючи такі аспекти, як визнання в міжнародній академічній і професійній системах, гарантія якості, полегшене працевлаштування).

Шість австрійських освітніх установ (п'ять університетських факультетів і один коледж з підготовки вчителів) брали участь в проекті TUNING, результати якого істотно вплинули на більшість напрямів діяльності Болонського процесу. Висновки учасників австрійського проекту і здобуті ними знання в таких сферах, як визначення результатів і набутих навиків при вивченні спільних і спеціальних предметів, а також розробка навчальних планів були представлені на заході, організованому австрійською Конференцією ректорів у травні 2002 р. [3].

Закон про університети 2002 р. прокладає також дорогу до спрощеного визнання іспитів, складених в інших університетах Європейського Союзу і країн Східної Європи і забезпечує введення спеціальних програм для докторантури PhD (на додаток до існуючих курсів для докторантів).

Таким чином, реформи, які відбулися у вищій освітній системі Австрії, сприяють мобільності студентів на території Європи, визнанню нових дипломів на міжнародному ринку праці, полегшенню відновлення навчання. Вони дозволяють студентам приділяти більшу увагу самостійній роботі, планувати власний розклад навчання, поєднувати роботу, студентське та сімейне життя.

Впровадження Болонського процесу в Україні.

19-20 травня 2005 року в норвежському місті Бергені відбувся саміт міністрів, які відповідають за вищу освіту в країнах Європи. Україна зробила важливий крок, приєднавшись до Болонської декларації, і зобов'язалась таким чином сприяти утворенню європейського науково-освітнього простору, а відтак взяти участь у розбудові Великої Європи – “Європи знань”. Це офіційне визнання європейською спільнотою зовнішньополітичного курсу нашої країни, спрямованого на євроінтеграцію. Україна прагне стати повноправним учасником майбутньої Європи [1, с. 5].

Таким чином, в Україні постала проблема докорінного реформування системи освіти і створення нового виховного ідеалу, виходячи із національних традицій, світогляду, духовності, культури.

Які перспективи відкриває Болонський процес для України? Передусім, це нові можливості, пов'язані з входженням до загальноєвропейського освітнього простору, а саме:

- визнання українських дипломів на міжнародному рівні;
- більша мобільність в європросторі для студентів та викладачів;
- спільні освітні та пошукові проекти з європейськими університетами;
- конкурентоспроможність на європейському і світовому ринку праці.

Враховуючи незворотність Болонського процесу, ми маємо усвідомлювати, що для нашої системи вищої освіти він є дуже непростим. Нові виклики ми повинні прийняти не тільки переносячи на наше підґрунтя досвід інших держав, але й пропонуючи європейському співтовариству свої доробки, досягнення, пропозиції, своє бачення проблем. Тобто потрібно досягти гармонійного поєднання європейських нововведень і кращих вітчизняних традицій.

Як визначено у Саламанському зверненні (2001 р.), якість – це основоположна умова для визнання, для довіри, сумісності та привабливості в європейському просторі. Берлінське комюніке (2003 р.) визначає якість освіти як основу створення європейського простору.

Література

1. Загальноєвропейські рекомендації з мовної освіти: вивчення, викладання, оцінювання / Наук. ред. українсько-го видання С.Ю. Ніколаєва. – К.: Ленвіт, 2003. – 261с.
2. Згуровський М.З. Болонський процес – структурна реформа вищої освіти на європейському просторі / <http://www.ntu-kpi.kiev.ua>

Для нас важливими, зважаючи на сказане, є декілька положень: моніторинг якості освіти має бути повним, постійним, прозорим, об'єктивним. Тому наша участь в європейській мережі з гарантування якості у вищій освіті (система ENQA) обов'язкова вже в найближчий час; контроль якості повинен зосередитися не тільки на контролі навчального процесу, кадрів, науково-методичного забезпечення, матеріальної бази тощо, а, в першу чергу, на контролі знань студентів і особливо випускників, визначаючи їхню компетентність і спроможність задовольняти вимоги ринку праці [2].

Загальновизнаним фактом є те, що вітчизняна освіта завжди вирізнялася фундаментальною глибиною знань, які вона надавала і зараз надає учнівській та студентській молоді, на відміну від більш вузькоспеціалізованого профілювання освіти на Заході. Ці традиції вітчизняної освіти багато в чому відповідають новій для європейських університетів тенденції до багатодисциплінарного навчання, визначеній в рамках Болонського процесу реформування.

Наші національні освітянські та культурні традиції, серед яких провідні принципи гуманістичної педагогіки В. Сухомлинського, наукові та педагогічні напрацювання українських університетських та дослідницьких шкіл, прийняття нових освітніх Держстандартів у поєднанні з європейським та світовим досвідом, є тим багатим підґрунтям, на якому має відбутися розквіт самобутньої української системи освіти та її інтеграція до загального європейського простору.

Висновок. Для України є важливими світові гуманістичні цінності, досвід країн Європи у розробці загальноєвропейських принципів організації вищої освіти, демократичних засад у діяльності університетів, їх автономії, прозорості навчальних систем, відкритості та доступності вищих навчальних закладів для українських та іноземних студентів, мобільності освітан і науковців, покращення якості вищої освіти і реального доступу до світових ринків праці.

3. Der Bologna-Prozess in Osterreich / <http://www.bmwf.gv.at>
4. ECTS - Curriculumsentwicklung - Modularisierung / <http://www.bmwf.gv.at>
5. The Bologna Process. Report on Progress with Implementation in Austria / <http://www.bmbwk.gv.at>

УДК 378:617.3

УМОВИ ІНТЕГРАЦІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ОРТОПЕДІВ-ТРАВМАТОЛОГІВ У ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ОСВІТНІЙ ПРОСТІР

I.C. Кулянда, O.B. Слабий, I.P. Копитчак, O.O. Кулянда

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

CONDITIONS OF INTEGRATION OF POSTGRADUATE EDUCATION OF ORTHOPAEDISTS-TRAUMATOLOGISTS INTO EUROPEAN EDUCATIONAL SPACE

I.S. Kulyanda, O.B. Slaby, I.R. Kopytchak, O.O. Kulyanda

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

З метою підготовки конкурентноздатних лікарів-спеціалістів із фаху “Ортопедія та травматологія” вважаємо за доцільне очний та заочний цикл навчання проводити на базі провідних клінік міста та області, а в перспективі – на базі університетських клінік.

With the purpose of training of competitive physicians-specialists in the speciality “Orthopaedics and Traumatology” it is considered to be expedient to spend full-time and extra-mural training cycle on the basis of leading clinics of the city and region and in perspective – on the basis of university clinics.

Вступ. Підготовка кадрів, а особливо медичних, – це складний та багатогранний процес, котрий постійно вдосконалюється [2, 3]. Практика потребує спеціаліста, котрий орієнтується у сучасних тенденціях та перспективах розвитку своєї спеціальності, здатним на основі здобутих знань вирішити проблеми надання медичної допомоги окремо взятому пацієнту [4].

За останній період ортопедія і травматологія зазнали значних змін. Досягнення науки і техніки втілились у розробку новітніх технологій, котрі стрімко впроваджуються у практичну охорону здоров'я [1].

Основна частина. Яскравим прикладом такого технічного та наукового прогресу в травматології та ортопедії був XIV конгрес європейських асоціацій хірургів руки, який проходив з 3-го по 6-те червня (м. Познань, Польща). Конгрес був присвячений актуальним проблемам лікування захворювань і травм кисті, передпліччя та плеча. Конгрес – це одна із найбільш визначних подій для спеціалістів, котрі займаються хірургією руки. Під час роботи конгресу можна було зустріти провідних фахівців не тільки із Західної та Східної Європи, а з багатьох країн світу. Можна було почути багато цікавих нових ідей, обмінятися досвідом із тієї чи іншої проблеми.

Програма конгресу була надзвичайно насиченою. Засідання проводились одночасно у різних залах. Були

презентовані лекції-дискусії з проблем лікування травм і захворювань кисті, передпліччя та плеча, травм сухожилків та нервів.

З першого дня роботи конгресу відбувались навчання – тренінги на робочих місцях провідними фірмами. Можна було вдосконалитись у навичках проведення остеосинтезу, методів ендоскопічного лікування та діагностики. До уваги учасників були представлені такі відомі фірми, як СНМ, DePuy Mitek, Karl Storz, Stryker, Synthes та інші.

Були представлені сучасні напрямки розвитку травматології та ортопедії верхньої кінцівки. Отримана інформація є важлива особливо в аспекті підготовки майбутніх фахівців. Відомо, що підготовка лікаря ортопедо-травматолога проходить у дворічний період і складається з очного та заочного циклів. У період навчання на очному циклі, котрий проходить на базі обласних та міських відділень, котрі також у свою чергу є базовими для відповідних кафедр медичних університетів, лікар-інтерн має можливість отримати відповідну теоретичну базу, ознайомитись із сучасними методами лікування переломів. Ні для кого не є таємницею, що оснащення міських, а тим більше обласних ортопедо-травматологічних відділень є значно кращими порівняно із відділеннями районних лікарень. Окрім цього, пацієнти з важкими травмами, котрі потребують висо-

© I.C. Кулянда, O.B. Слабий, I.P. Копитчак, O.O. Кулянда

коспеціалізованої медичної допомоги, концентруються у міських та обласних відділеннях.

З представленого на конгресі матеріалу значна частина майже не репрезентована в робочих програмах та планах підготовки лікарів-інтернів. Зокрема мало, а то і зовсім не висвітлюються під час навчання можливості УЗ діагностики при травмах та захворюваннях сухожиль. Мало інформації подається про сучасні малоінвазивні методики лікування переломів кісток зап'ястка під контролем ендоскопічної техніки. Недостатньо приділяється уваги таким напрямкам ортопедії верхньої кінцівки, як проблемам лікування паралітичного плеча, артроскопії зап'ястка, ендоскопічного релізу синдрому компресії нервів верхньої кінцівки, блокади нервів під контролем УЗ, УЗ – обстеження плеча.

Розподіл інтернатури за принципом 11 місяців очного циклу (1716 годин) і 11 місяців заочного циклу (1716 годин), який часто проходить на базі районних травматологічних відділень, позбавляє можливості лікаря-інтерна закріпити отримані практичні навички, теоретичні знання на практиці. Рівень оснащення наших районних відділень, м'яко кажучи, бажає бути кращим. Тому виходить так, що на заочному циклі інтернатури майбутній фахівець, по суті, проходить адаптацію до тих умов, в яких працює дане відділення: він починає освоювати ті методи лікування, котрі вже не використовуються провідними клініками. А

про поповнення своїх теоретичних знань на заочному циклі практично вже і не йдеться.

Процеси інтеграції медичної освіти в рамках Болонської декларації повинні мати свої, якщо можна так сказати, національні традиції. Ми повинні добитись, щоб рівень післядипломної освіти в Україні підвищувався. А це, на нашу думку, можливо за тієї умови, коли очний і заочний цикли інтернатури будуть проводитись на відповідних клінічних базах під керівництвом працівників університету.

Ми вважаємо доцільним години, котрі виділяються на заочний цикл інтернатури, враховувати у педнавантаженні викладачам, котрі безпосередньо задіяні у підготовці лікарів-інтернів. Це дасть можливість зберегти кафедри травматології та ортопедії як окремі структури, що у свою чергу значно покращить рівень підготовки з даної спеціальності.

Висновки: 1. Вважаємо за доцільне заочний цикл лікарів-інтернів із фаху "Ортопедія та травматологія" проводити на базі провідних клінік, котрі займаються плановою та ургентною ортопедією.

2. З метою збереження кафедр ортопедії та травматології години, котрі виділяються на заочний цикл навчання, зарахувати у педнавантаження працівників кафедр, котрі займаються підготовкою спеціалістів.

3. Відкриття університетських клінік створить найбільш оптимальні умови для освоєння сучасних перспективних напрямків розвитку ортопедії.

Література

1. Актуальні питання післядипломної підготовки лікарів ортопедів-травматологів. Тези доповідей XIV з'їзду ортопедів-травматологів України / Г.І. Герцен, А.С. Мовчан, А.І. Процик та ін. – С. 66.

2. Казаков В.Н., Климовицкий В.Г., Пастернак В.Н. Экстремальная медицина – до и последипломное обучение и образование – взгляд на проблему с позиций специальности "Травматология и ортопедия" // Травма. – 2000. – Т. 1, №2. – С. 126-131.

3. Корж М.О., Бондаренко М.С., Попсуйшапка О.К. Шля-

хи удосконалення післядипломної підготовки лікарів травматологів-ортопедів у сучасних умовах // XII з'їзд травматологів-ортопедів України: матеріали з'їзду. – Київ, 1996. – С. 173-174.

4. Оптимізація викладання питань гострої травми і навчально-методичні проблеми спеціальності "Травматологія та ортопедія" / В.М. Пастернак, В.О. Бабоша, І.І. Саглай та ін. // Літопис травматології та ортопедії. № 1. Збірник наукових праць / Під заг. ред. Є.Т. Складенка. – К.: Ленвіт, 1999. – С. 109-111.

УДК 614.23:616.8:37

АСПЕКТИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ З НЕВРОЛОГІЇ В УКРАЇНІ

О.В. Ткаченко, О.В. Новікова, В.В. Оржешковський

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

ASPECTS OF POST-GRADUATE EDUCATION ON NEUROLOGY IN UKRAINE

O.V. Tkachenko, O.V. Novikova, V.V. Orzheshkovsky

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

У статті викладений погляд авторів про обґрунтоване співвідношення різних форм навчання на етапі первинної спеціалізації з неврології.

The authors' view upon the grounded correlation of different forms of teaching on the stage of primary specialization on neurology is shown in the article.

Вступ. Багато змін та реформ вже проведено та ще більше пропонується в останні роки в системі вищої освіти. Кардинальні реформи пов'язані з тим, що наша країна приєдналась до Болонської декларації, про що є відповідний Указ Президента України від 17.02.2004 р. Процес створення єдиного європейського освітнього та наукового простору одержав назву Болонський процес – за назвою міста Болонья, де міністрами освіти 29 європейських країн 19 травня 1999 р. була підписана декларація Болонської конвенції про вищу освіту Європи. Приєднання до Болонського процесу, введення кредитно-модульної системи, як ефективної моделі організації навчального процесу – це реальний крок для медичних вузів України підвищити якість підготовки лікарів, забезпечити конкурентоспроможність українських спеціалістів серед професіоналів з інших країн, а також зробити привабливим отримання медичної освіти та спеціалізації в Україні для іноземців.

Однак питання післядипломної освіти, та в першу чергу первинної спеціалізації, є вельми важливими й потребують, перед нововведеннями, деякого обґрунтованого консерватизму.

Основна частина. Існує ряд варіантів організації післядипломної освіти для випускників лікувальних факультетів за спеціальністю “Лікувальна справа”. Одним з них може бути наступний: інтернатура – резидентура – клінічна ординатура. Саме на зазначених рівнях визначають основи, які формують професіонального спеціаліста з самого початку клінічної

та наукової діяльності. Нам здається дещо сумнівною існуюча позиція про необґрунтоване, з нашої точки зору, розширення використання в первинній спеціалізації з неврології дистанційного навчання.

Педагогіка, в широкому розумінні, окрім надання певних знань має важливу складову, яка, на жаль, на етапі післядипломної освіти не завжди враховується. Мається на увазі виховання клінічного мислення. На етапі формування лікаря-спеціаліста ця складова звичайно має особливості. Виглядає так, що начебто достатньо надати випускнику медичного ВНЗ необхідний обсяг знань та умінь за допомогою новітніх технологій (через Інтернет тощо) та проконтролювати засвоєння цієї інформації переважно за допомогою цих же інформаційних технологій (тестів) і відбудеться повноцінний клініцист - спеціаліст, який за рахунок вміння використовувати передові методи начебто перевершує або перевершить своїх попередників, що отримали освіту у традиційний спосіб.

Напевно це є небезпечна ілюзія. В такий спосіб можна отримати медичного працівника – теоретика, який має певний набір знань, які без наявного способу мислення (клінічне мислення, а згодом і клінічний досвід) він не зможе повноцінно використати в конкретній клінічній ситуації (зважаючи, що в житті клініка захворювань є набагато складнішою, ніж її схематичні картини, що використовуються в дистанційному навчанні) та однозначно, базуючись на схемах, не може призначити повноцінне лікування конкретному хворому, що має нетиповий перебіг захворю-

вання або низку супутніх хвороб. Дистанційне навчання до певної міри є варіантом комп'ютерної гри, в яких гравець віртуально на свій розсуд розпоряджається життям та здоров'ям віртуальних персонажів. До певної міри абсолютизація або необґрунтоване розширення дистанційного способу підготовки, зокрема невролога, може призводити і до змішування віртуальних образів та дій з реальними. Є загроза виникнення ілюзії повного копіювання віртуальної ситуації в реалії, що може завадити також прийняттю конкретного лікувально-діагностичного рішення. Моральність та рівень культури лікаря мають бути невід'ємною складовою професіоналізму. Ігнорування зазначеного та підсвідоме викреслення цього із схеми післядипломної освіти здатні напевно негативно вплинути на саму природу медицини як практичної і наукової діяльності.

Безумовно загалом методики дистанційного навчання є прийнятними в системі післядипломної освіти лікарів неврологів та можуть посідати одне з місць поряд з іншими методами навчання, ні в якому разі не замінюючи їх. Дистанційним може бути надання узагальненої поради щодо лікування певного синдрому (але тільки за умовою впевненості в тому, що колега на високопрофесійному рівні зумів оцінити клінічну картину та інші численні нюанси, які можуть супроводжувати клінічну задачу) та/чи конкретної інформації (лекції з сучасних проблем). Проте саме для того, щоб лікар-спеціаліст зумів звернутись дистанційно за порадою щодо діагнозу та лікування, він має оцінити та проаналізувати певний хворобливий процес, наприклад, захворювання центральної нервової системи. А це, в свою чергу, може бути навиком тільки при безпосередньому професійному навчанні

у вчителя шляхом курації пацієнтів. Звичайно, можуть і повинні мати місце алгоритми загального огляду хворих тощо, які можуть бути засвоєні дистанційно. Але, цитуючи відомого вітчизняного професора-невролога А.Р. Вінницького: “Нервова система недоступна безпосередньому оглядові, у зв'язку з чим рівень та ступінь її пошкодження не можна встановити візуально. Тому невролог лише на підставі посередніх даних вирішує питання, які для інших спеціалістів (травматолог, стоматолог, отоларинголог, дерматолог та ін.) розв'язуються просто”, підкреслимо важливість саме комплексу знань та клінічного мислення, яке не можливо виховати дистанційно.

Окрім того, ця тенденція може призвести до формування лікаря, що не має зв'язків з клінічними школами та національними лікарськими традиціями. Це може привести до формування спеціаліста з хибними моральними засадами, зокрема щодо попередників, вчителів та колег.

Споконвіку медицина вважалась мистецтвом, а в мистецтві отримання ініціалізації в професію можливе лише за умови людських та професійних контактів між учнем та вчителем, а в медицині і з хворою людиною, що страждає та потребує до себе милосердя, яке народжує трепетливе ставлення до його здоров'я та життя.

Висновки: 1. Важливим є обґрунтоване співвідношення різних форм навчання в неврології.

2. При первинній спеціалізації з неврології розширення дистанційних методів за рахунок клінічного навчання є недоцільним.

3. При “створенні” лікаря-невролога необхідним є врахування та виховання поряд з професійною складовою також морально-етичної.

Література

1. Вінницький О.Р. Диференціальна діагностика неврологічних синдромів. – К.: Здоров'я, 1976. – 189 с.
2. Смирнов С.Д. Педагогика и психология высшего образования: от деятельности к личности. – М.: Академия,

2005. – 400 с.

3. Фокин Ю.Г. Психодидактика высшей школы. – М., 2000. – 345 с.

УДК 159.947.5+616-071.2+614.8.026.1+613.86+616.31+613.95

МОТИВАЦІЇ ТА МІШЕНІ ВПЛИВУ ПРИ ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ (ЗСЖ) В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Н.І. Кольцова, Р.В. Казакова, М.Н. Воляк, Н.Б. Кузник

*Івано-Франківський національний медичний університет,
Буковинський державний медичний університет*

MOTIVATION AND TARGETS OF INFLUENCE IN PROMOTION OF HEALTHY WAY OF LIFE IN PEDIATRIC DENTISTRY

N.I. Koltsova, R.V. Kazakova, M.N. Voliak, N.B. Kuzniak

*Ivano-Frankivsk National Medical University,
Bucovynian State Medical University*

Стаття присвячена вивченню дотримання різних аспектів якості життя у студентів-стоматологів, виявленню у них чинників ризику для стоматологічного здоров'я і готовності до промоції здорового способу життя (ЗСЖ). Відображені способи покращення мотивації до ЗСЖ для різних мішеней впливу (студент, викладач, пацієнт, його оточення) в процесі навчання у вищому навчальному закладі.

The article is dedicated to study of keeping different aspects of life quality of students-stomatologists, revealing the risk factors for stomatological health and readiness for promotion of healthy way of life (HWL). The ways of improving the motivation to HWL for various targets of influence (a student, a teacher, a patients, its surrounding) in the process of training at higher educational establishment are shown.

Вступ. Проблема формування здорового способу життя населення України означена як суттєво важлива Указом Президента України “Про заходи щодо розвитку духовності, захисту молоді та формування здорового способу життя громадян” (1999), Міжгалузевою комплексною програмою “Здоров’я нації” на 2002-2011 роки”. Вони співзвучні програмам і стратегіям ВООЗ “Здоров’я – 21: основи політики досягнення здоров’я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ” (1999), Всесвітній декларації охорони здоров’я “Досягнення здоров’я для всіх у XXI столітті” (ВООЗ, травень, 1998), що обумовлює методологічний підхід до обґрунтування заходів із врахуванням передумов здоров’я, які найкраще відображені у рівнях піраміди А. Маслоу. Відповідно до них, є 4 основних детермінанти здоров’я: біологія людини та її поведінка, стан медичної допомоги та навколишнього середовища, зокрема соціально-економічні умови. Доведено, що саме поведінка, яка не відповідає ЗСЖ, є основною з детермінант несприятливого впливу на здоров’я. Зважаючи на те, що якість життя, так само, як і профілактика, є багаторівневими поняттями, предметом обговорення у цій статті стала підсистема майбутній лікар-пацієнт та його оточен-

ня. Саме в цьому розрізі нами вивчався спосіб життя студентів-стоматологів медичних вузів.

Мета дослідження полягала у розробці заходів впливу на мотивації до ЗСЖ майбутніх стоматологів, пацієнтів та їх оточення.

Основна частина. Соціологічним методом (анкетування) проведена оцінка поведінкових чинників ризику у 164 студентів 2 курсу стоматологічних факультетів Івано-Франківського національного і Буковинського медичних університетів. Анкета включала у себе 26 питань, розподілених за такими ознаками: визначення поняття “здоров’я” за ВООЗ та чинників, які на нього впливають; дотримання навичок поведінки, спрямованої на збереження здоров’я (харчування, поширеність шкідливих звичок, фізична активність); готовність до збереження власного здоров’я і популяризації знань та навичок щодо них. Для аналізу матеріалу використовували також метод медичної статистики (розрахунки відносних величин і графаналітичне моделювання).

Нами встановлено, що більшість студентів (83,3 %) правильно визначає термін “здоров’я” згідно з загальноприйнятим терміном ВООЗ, вважаючи, що між способом життя і здоров’ям в цілому та порожнини

© Н.І. Кольцова, Р.В. Казакова, М.Н. Воляк, Н.Б. Кузник

рота зокрема існує причинно-наслідковий зв'язок (87,5 %). Водночас виявлена розбіжність між рівнем знань про несприятливий вплив основних чинників ризику для захворювань твердих тканин зубів і слизової оболонки порожнини рота (СОПР) із реальною поширеністю таких чинників. Вона полягала у тому, що у майбутніх лікарів - стоматологів мають місце різні поведінкові прояви нездорового способу життя. Це стосувалось як якості харчування, рухової активності, так і шкідливих звичок.

Хоч 97,6 % студентів високо оцінили значення культури харчування для здоров'я, тим не менше, лише 31,8 % опитаних харчуються раціонально і вчасно, 52,5 % – їдять “як доведеться”, а 15,7 % їх охоче вживають продукти “швидкого приготування”. Стосовно звичок до вживання вуглеводів, які легко ферментуються і є джерелами мінералізації кислот, що призводять до розвитку каріозного процесу, то встановлено, що солодку або мучну їжу вживають щодня 28,9 %, а 48,5 % студентів без солодошів щодня не уявляють свого життя. Відомо, що названі продукти та солодкі напої не тільки сприяють утворенню кислот, але й знижують кількість слини, яка повинна була би нейтралізувати кислоту, що збільшує загрозу розвитку карієсу зубів [1]. Однак майже всі опитані студенти-стоматологи (95,8 %) між основними прийомами їжі заживали шоколад, чіпси, здобне тісто тощо. Все ж таки 80,1 % їх вважали, що після цього треба прополоскати рот або застосувати жувальну гумку. Оскільки обидві сфери належать до регіонів із низьким вмістом фтору у питній воді (0,1-0,3 мг/л), вживання солодошів навіть двічі на день вважається суттєвим чинником ризику[2].

Лише 6,4 % студентів не вживають спиртні напої взагалі, 15,7 % хоча б один раз зазнали на собі дію психоактивних речовин, курять – 57,0 % (70,0 % –

юнаки, 30,0 % – дівчата). Більшість опитаних (86,0 %) усвідомлює шкідливість останньої звички для загальносоматичного здоров'я, однак знання про вплив на стан ротової порожнини проявились тільки поінформованістю щодо зміни кольору зубів (67,7 %). Практично ні один із опитаних не знав про вплив тютюнокуріння батьків на високу ймовірність розвитку у майбутніх дітей змін твердих тканин некаріозного походження, збільшення кількості пігментованих фісур, патології тканин пародонта.

Значимість фізичної активності для збереження здоров'я відмітили 69,3 % опитаних, однак тільки 21,3 % їх займається у спортивних секціях, а регулярну ранішню зарядку робить всього 5,3 % респондентів.

Виявлення мотивацій саме до такої поведінки, вочевидь, полягає в особливостях соціалізації в підлітковому віці. Встановлено[3], що саме тут починається деформація поведінки у вигляді раннього формування шкідливих звичок і є низький рівень відтворення загальних навичок ЗСЖ (65,0 % при рівні оцінок знань та вмій 2,1-3,0 бали за п'ятибальною шкалою). Наше дослідження підтвердило, що у віці 19-20 років майже половина опитаних вважає, що необхідно докласти великих зусиль, щоби позбутися шкідливих звичок. Водночас 24,2 % не бачить у цьому проблеми. Отже, близько 75,0 % студентів на підставі двох абсолютно протилежних позицій не мають належних мотивацій до здорового способу життя, що є побічним доказом їх неготовності до відповідної популяризації знань серед пацієнтів та їх оточення.

На цій основі нами запропонована модель просування ідеї ЗСЖ через формування позитивних мотивацій для різних учасників соціального маркетингу цього типу, враховуючи структуру контактів студентів у процесі навчання для майбутньої її реалізації (табл 1).

Таблиця 1. Модель формування мотивацій до здорового способу життя для різних мішеней впливу

Викладач	Студент	Пацієнт (дитина)	Родичі/оточення пацієнта
Мотивація: передача знань, підвищення соціального статусу	Здобуття професії лікаря та фахова реалізація, наступне матеріальне і соціальне стимулювання	Естетичний вигляд, висока функціональна спроможність, підвищення якості життя	Підвищення рівня поінформованості для забезпечення належної якості життя опікуваного
Засоби реалізації: формування знань і практичних навичок; інтерактивне навчання	Засвоєння знань і практичних навичок із ЗСЖ, ГВ і ГПР, їх поширення, контроль за дотриманням рекомендацій	Засвоєння знань і практичних навичок із ЗСЖ, ГВ і ГПР, обмін інформацією	Активне профілактичне звертання до стоматолога для отримання інформації щодо засвоєння знань і практичних навичок із ЗСЖ, ГВ і ГПР, дотримання рекомендацій

Висновки: 1. Оцінка знань і відтворення практичних навичок стосовно здорового способу власного життя у студентів-стоматологів виявила наявну розбіжність у рівні теоретичних знань і практичному відтворенні навичок у переважаючої кількості опитаних.

2. Специфічність професії стоматолога потребує його постійного розвитку, створення позитивного

іміджу для розширення ринку медичних послуг, знання нових технологій, зокрема у формуванні ЗСЖ, чому сприятиме вчасне формування позитивних мотивацій щодо нього.

Результати даного дослідження будуть й надалі використані при проведенні педагогічного процесу і вихованні студентів, вдосконаленні знань викладачів.

Література

1. Леус П.А. Роль зубного налета в етиологии и патогенезе кариеса зубов // Dental Forum (РФ). – 2007. – № 2. – С. 40-57.

2. Burt B., Pai S. Sugar consumption and caries risk: a systematic review // J. Dent. Educ. – 2001. – 65, № 10. – P. 1017-1023.

3. Ковальчук Р.Є. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи профілактики захворювань серед підлітків на моделі хвороб органів дихання: Автореф. дис. канд. мед. наук. – К., 2005. – 19 с.

УДК 616 – 006(047)(73)

ІНФОРМАЦІЙНА ОНКОЛОГІЧНА СЛУЖБА: ЇЇ РОЛЬ У ІНФОРМАЦІЙНОМУ НАВЧАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ НАСЕЛЕННЯ (РЕВІЗІЯ)

І.Й. Галайчук, Л.М. Скакун, Р.В. Ощипко, О.В. Скочило, А.Л. Скакун

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

CANCER INFORMATION SERVICE: EXPERIENCE OF THE USA NATIONAL CANCER INSTITUTE (REVIEW)

I.Y. Halaychuk, L.M. Skakun, R.W. Oshchypko, O.V. Skochylo, A.L. Skakun

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті розглянуто роль інформаційної онкологічної служби (ІОС) Національного інституту раку США в організації наукових досліджень. Подано характеристику п'яти стадій науково-дослідного процесу: створення передумов, розвиток проекту, втілення, дифузія і розповсюдження результатів наукового дослідження. ІОС відіграє вирішальну роль в обізнаності населення про рак, забезпечення суспільства знаннями про фактори ризику, симптоми, діагностику, лікування і профілактику злоякісних захворювань, пояснюючи наукові досягнення у ясній та зрозумілій формі. Все це впливає на розвиток суспільної думки, прийняття рішень в галузі охорони здоров'я та збереження навколишнього середовища і на зменшення смертності від злоякісних захворювань.

The article considers the role of the National Cancer Institute's Cancer Information Service (CIS) in scientific study management. Five key stages of the research process are being defined: capacity building, project development, implementation, diffusion, and dissemination of scientific study results. CIS plays a crucial role in helping people to increase their cancer knowledge and awareness, in provision of general public with knowledge of risk factors, symptoms, diagnostics, treatment and prevention of malignant diseases by explaining scientific achievements in clear and understandable way. It impacts the development of public opinion, making decisions in public healthcare, preservation of the environment and decrease of cancer mortality.

Вступ. Прогрес у медичних технологіях, наукові відкриття і досягнення, профілактика, скринінг і рання діагностика, інформаційні та навчальні програми для населення – все це посприяло зменшенню смертності від злоякісних захворювань у США, де в 2003 році нараховувалось майже 10,5 мільйонів осіб, вилікуваних від раку [1]. Різні життєві ситуації (встановлення діагнозу, нове наукове відкриття, скринінгові тести та ін.) створюють потребу в отриманні певної інформації про рак. Інформаційні запити у населення постійно зростають, якщо ще недавно пацієнти покірно довіряли онкологу, то тепер вони хочуть (і мають на те право) знати про варіанти лікування, побічну дію, тривалість виживання тощо. Цю функцію ось уже понад 30 років успішно виконує Інформаційна онкологічна служба (ІОС) Національного інституту раку (НІР) США. Вона відіграє вирішальну роль в обізнаності населення про рак, впливає на розвиток громадської думки і прийняття рішень в галузі охорони здоров'я і збереження навколишнього середовища [2].

Мета роботи: на основі наукових публікацій показати деякі аспекти функціонування інформаційної онкологічної служби Національного інституту раку США.

Основна частина. Інформаційна онкологічна служба (ІОС) створена для забезпечення суспільства знаннями про ризики, симптоми, діагностику, лікування і профілактику злоякісних захворювань, про якість і тривалість життя онкохворих, інтерпретуючи та пояснюючи наукові досягнення у ясній та зрозумілій формі, даючи персональні відповіді на конкретні запитання щодо раку.

Програма ІОС була заснована НІР США в 1975 році, а вже у 1987 НІР фінансував п'ять комунікаційних онкологічних досліджень для ІОС. Завдяки досягнутим успіхам у 1993 році було засновано Науковий консорціум ІОС (НКІОС), який дотепер фінансується НІР [2].

Інформаційна онкологічна служба є головною у структурі Національного інституту раку США, яка сприяє профілактиці і контролюванню злоякісних захворювань та забезпечує відповідною інформацією

© І.Й. Галайчук, Л.М. Скакун, Р.В. Ощипко та ін.

населення. Це – основний комунікаційний канал для обміну найновішою інформацією про рак. ІОС зв'язує НІР з пацієнтами, меценатами і керівниками охорони здоров'я, які потребують реальної інформації для того, щоб приймати відповідні (в т. ч. управлінські) рішення. ІОС контролює інформацію про скринінг раку, тютюнокуріння, лікування пухлин, клінічні дослідження, навчання населення і пацієнтів та їх сімей. Як науковий партнер ІОС обробляє інформацію про громадське сприймання проблем, пов'язаних із раком, і потребу суспільства в інформації про злоякісні захворювання.

У 1994-2004 рр. ініціативні дослідження ІОС включали 55 регіональних наукових проектів з відповідною інфраструктурою, як на національному, так і регіональному рівнях. Дослідження ІОС охопили широкий спектр проектів, сконцентрованих на актуальних темах: припинення паління, ризику раку, онкологічний скринінг, клінічні випробування, оздоровча освіта, недостатнє медичне обслуговування окремих груп населення, у т. ч. онкохворих та ін. [3, 4].

Роль ІОС в цих проектах була неоднаковою. В основному вона стосувалась розповсюдження наукової інформації, обслуговування дослідницьких проектів, забезпечення базової інформації і матеріалів для підготовки пропозицій, розвитку і розповсюдження навчальних програм для наукового персоналу, співпраці із засобами масової інформації та ін. [5]. Інформаційні забезпечення проектів базувались на інтерактивному спілкуванні із зацікавленою або вибраною групою населення через телефон або Інтернет [3, 6].

Завдяки ІОС було структуризовано етапи інформаційного дослідження та інформаційні послуги, які складаються із п'яти ключових стадій науково-дослідного процесу: створення передумов, розвиток проекту, втілення, дифузія і розповсюдження [2, 7, 8].

1. *Створення передумов дослідження* передбачає: встановлення і розвиток взаємовідносин між ІОС і дослідниками, тренінг персоналу ІОС і дослідників, вивчення досліджуваного середовища (явища), підключення регіональної групи дослідників до ресурсів НІР, сприяння науково-дослідній ініціативі ІОС.

Дії щодо створення передумов можуть стосуватися персоналу і ресурсів у рамках однієї організації, а також науковців з інших організацій. Вони полягають у встановленні наукового партнерства, оволодіння навиками досліджень, забезпеченні інформацією про місію, культуру і програмні можливості обслуговуючої організації. Для ІОС етап створення передумов також включає представлення даних науковців Національному інституту раку, інформування їх про

наукові ресурси ІОС та власний досвід інформаційно-наукової роботи з населенням.

Для того щоб активно підтримувати пріоритети НІР у сфері контролю онкологічних захворювань, ІОС організовує семінари з написання проектів для отримання фінансування з різноманітних грантів НІР і створення передумов проведення інноваційного дослідження; в інших випадках ІОС об'єднує громадські організації з науковцями для знаходження взаємних сфер інтересів і створення можливостей для спільних протиракових досліджень.

2. *Розвиток проекту* – це: участь у розвитку наукових концепцій, розробка наукових завдань для цільових груп, вивчення літератури та аналіз уже відомих даних, ідентифікація невивчених проблем і підготовка їх до розгляду, забезпечення проекту ресурсами НІР, допомога в розвитку пропозицій.

Іншим важливим завданням ІОС є підтримка дослідників у процесі розвитку наукових концепцій і пропозицій. Наприклад, інформаційний проект “Ризик раку молочної залози”, що проводився у 2002 році Каліфорнійським регіональним відділенням ІОС, показав взірць залучення інформаційної служби у фазу розвитку наукового проекту [6]. Проект включав дві частини – розвиток рекомендаційних протоколів для інформування сестер жінок, у яких вже був діагностований рак молочної залози, про їх власний підвищений ризик захворювання на рак і впровадження (трансляція) такої інформації про ризики раку молочної залози у щоденну практику. Головною метою дослідження було допомогти жінкам навчитися більш детально оцінювати власний ризик розвитку раку молочної залози, брати участь у мамографічному скринінгу і знати можливі методи запобігання виникненню раку грудей.

3. *Втілення (імплементація) проекту* передбачає: інформаційний тренінг, розробка протоколів дослідження та способів їх впровадження, технічне забезпечення, збір та обробка даних, оцінка отриманих результатів дослідження, оголошення результатів.

Одним з прикладів цього рівня було інформаційне сприяння оцінці ризиків раку молочної залози, що здійснювався Атлантичною ІОС [9]. Дослідження мало на меті допомогти жінкам зробити усвідомлене рішення про те, чи вони є відповідними кандидатами для участі у генетичній програмі оцінки ризиків раку молочної залози. Саме дослідження проводилось на основі інтерактивних телефонних консультацій. Особи, які цікавились інформацією про ризик раку грудей або яєчників і генетичним дослідженням, були розділені на дві групи: стандартної інфор-

маційної допомоги і освітніх послуг. Стандартна група отримала звичайне інформаційне обслуговування, яке зосереджувалось на базових знаннях щодо генетики і ризику розвитку раку. Друга група отримала розширену, базовану на теорії, інформаційну допомогу, метою якої було усвідомлення потреби визначення успадкованого ризику, вивчення власної сімейної історії раку та плюсів і мінусів генетичного тестування. У даному проекті ІОС відіграла інтегруючу роль – допомога в інформаційному розвитку дослідження, навчання персоналу, сприяння застосуванню результатів дослідження, участь в аналізі та в публікації результатів досліджень.

4. *Поширення (дифузія) результатів* досліджень передбачає: старанну підготовку наукових публікацій, розробку повідомлень для засобів масової комунікації, представлення доповідей на професійних наукових конференціях (семінарах), представлення результатів дослідження через регіональні засоби комунікації (газети, веб-сторінку).

У процесі дифузії результатів інформація про дослідження, продукт або технологію спочатку поглинається і діє в середовищі високо мотивованих реципієнтів, які цінують нагоду пошуку інформації і для кого витрати на пошук інформації є відносно низькими [8, 10]. ІОС досягає успіхів у представленні результатів досліджень як через публікації у професійних журналах, так і через презентації на численних конференціях, конгресах (наприклад: щорічній конференції Американської асоціації охорони здоров'я).

5. *Розповсюдження результатів* досліджень – це: визначення важливих і ефективних заходів, де може бути корисною інформація про дослідження, сприяння розвитку проектів розповсюдження, участь у проектах розповсюдження та оцінка результатів, ідентифікація майбутніх наукових можливостей.

Розповсюдження – це процес, через який цільові групи інформують про шляхи отримання, сприйняття і використання інформації. Процес розповсюдження сприяє втіленню нових знань, отриманих завдяки поширенню інформації. Розповсюдження результатів дослідження є надзвичайно складним навіть в ідеальних умовах, досвід ІОС показав як позитиви, так і недоліки. Національним інститутом раку було розроблено і перевірено загальні схеми розповсюдження результатів досліджень. Програма боротьби з курінням ІОС у 1999–2003 рр. є яскравим прикладом розповсюдження результатів дослідження, яке базувалось на інтерактивній (заснованій на телефонних консультаціях) методиці припинення паління. У 1999 році, коли в рамках ІОС було ініційовано вивчен-

ня цієї проблеми, ще не було стандартного протоколу припинення куріння, хоча фахівці ІОС володіли певними стратегіями боротьби з курінням і були забезпечені літературою, яка допомагала людині самостійно кинути палити. Дослідницька команда і персонал управління ІОС створили стандартизований підхід до рекомендацій щодо припинення куріння, який включав оцінку початкових потреб курців (їх стадія готовності, попередні спроби), стандартизацію повідомлень і деталізований збір даних. Була створена телекомунікаційна система, запрограмована сортувати усі звернення курців до регіональних центрів ІОС. Результатом цієї програми стало підвищення показника припинення куріння серед когорти осіб, які отримували професійну консультативну допомогу. Стандартизоване контрольне дослідження (яке базувалось на поточних результатах роботи телефонних консультаційних служб) показало, що 15 % осіб припинило паління упродовж 12 місяців. Оскільки інноваційна програма телефонних консультацій виявилася успішною, то ІОС збільшила надання послуг з припинення куріння і активно почала розповсюджувати результати власних досліджень [8, 11].

Досвід ІОС може служити керівництвом для освітніх протиракових програм. Одним з перших кроків такої програми має стати ідентифікація дослідників, здатних до співпраці і зацікавлених у дослідженні, яке має прикладне застосування в даній галузі. Також важливим є побудувати організаційну інфраструктуру для керування науковими проектами, гарантування якості і сприяння послідовності дослідження, що відповідає сервісній програмі. Кінцева мета – це активне поширення наукових здобутків на практиці [12, 13].

Для України досвід роботи інформаційної онкологічної служби НІР США може бути корисним при вдосконаленні методів і засобів протиракової боротьби. У нашій країні навчання студентів-медиків, лікувальна робота онкодиспансерів, наукові дослідження і загальна протиракова санітарно-просвітня робота серед населення інформаційно не зв'язані між собою. Несистематизована інформація про рак не переконує людей, а інколи й викликає недовіру. У той же час різного штибу цілителі, екстрасенси та ін. працюють безпосередньо із простими людьми і ті довіряють їм “лікувати” злоякісні пухлини.

Населення страждає від браку достовірної інформації про злоякісні пухлини, – деє винайшли нові ліки від раку, хтось лікує рак за спеціальною оздоровчою методикою (обливання холодною водою, наприклад), хтось – оригінальними напоями (суміш горілки з олією),

інші – біологічно активними добавками, в Інтернеті знаходимо рекламні веб-сторінки цілителів (наприклад, <http://paseka.com.ua>, де пропонують апітерапію для усіх форм раку) і т. д. А хто може ствердити або заперечити достовірність цієї інформації? Чи проводились порівняльні дослідження за всіма правилами науково-дослідних робіт для підтвердження ефективності таких методів протиракового лікування? Чи авторами лікувальних методик було доведено статистично істотне покращання 5-річного безрецидивного і загального виживання хворих на рак? Інтернет перетворився на великий інформаційний базар, а онкохворий у пошуках справжнього протипухлинного лікування не може втрачати часу, він у нього справді дорогоцінний [14]. Ось цю інформаційну прогалину між населенням та науково-дослідними розробками і мала би заповнити інформаційна онкологічна служба України. Існуючим обласним центрам здоров'я не під силу справитись із таким завданням.

Інший приклад, коли онколог спілкується із пацієнтом, у якого вже є рак, викликаний курінням. Бесіда про шкідливість куріння мало що змінить у житті цього конкретного хворого. Онколог лише зафіксує результат 20-30-річного стажу куріння, а вплинути потрібно на психологію людей підліткового і юнацького віку, в якому закладаються усі ці згубні звички. Звичайно, без фахівців інформаційного сервісу тут не обійтись. І це не компетенція кабінетів організаційно-методичної роботи обласних онкологічних диспансерів.

Онкологічна освіченість населення є найбільш дієвим аспектом скринінгу та профілактики злоякісних захворювань, піклування і догляду за пацієнтами, хворими на рак [15]. Завдяки сучасному інфор-

маційному сервісу онкодиспансер має можливість реально впливати на ситуацію в регіоні. Гарним прикладом інформаційного обслуговування населення є інтернет-сторінка Черкаського обласного онкодиспансеру (www.onko.ck.ua).

Систему протиракової санітарно-освітньої роботи в Україні фактично потрібно реанімувати, однак її необхідно відновити на якісно вищому рівні, як вимагає цього сучасний розвиток науки і суспільства. На такому рівні якраз і працює Інформаційна онкологічна служба (Cancer Information Service) Національного інституту раку США.

Висновки. Інформаційна онкологічна служба Національного інституту раку США – це основна комунікаційна структура, яка надає інформацію про скринінг, профілактику та лікування пухлин, клінічні та фундаментальні дослідження в онкології, вивчає суспільні проблеми, пов'язані із раком, і потребу суспільства в інформації про злоякісні захворювання.

Інформаційне забезпечення науково-дослідного процесу складається із п'яти етапів: створення передумов, розвиток проекту, втілення, дифузія і розповсюдження результатів наукового дослідження. Структуризація етапів інформаційного дослідження та інформаційні послуги забезпечують доцільність, об'єктивність і прозорість протиракового дослідження.

В Україні назріла необхідність створення на якісно вищому рівні системи протиракової освіти на взірці Інформаційної онкологічної служби США. Потрібно усвідомити те, що позитивний результат у протираковій боротьбі можна досягти лише через онкологічну освіченість населення, маючи правдиву статистичну інформацію про злоякісні захворювання.

Література

- Bright M.A. The National Cancer Institute's Cancer Information Service: A premiere cancer information and education resource for the nation // J. Cancer Educ. – 2007. – Vol. 22 (Suppl.). – P. 2-7.
- Fleisher L., Kornfeld J., Davis S. et al. The NCI's Cancer Information Service Research Continuum Framework: Integrating Research into Cancer Education Practice (1999-2004) // J. Cancer Educ. – 2007. – Vol. 22 (Suppl.). – P. 41-48.
- La Porta M., Hagood H., Patt J. et al. The NCI's Cancer Information Service: Meeting the Public's Cancer Information Needs via the Internet // J. Cancer Educ. – 2007. – Vol. 22 (Suppl.). – P. 26-34.
- Bass S.B., Ruzek S.B., Fleisher L. et al. Relationship of internet health information use with patient behavior and self-efficacy: Experiences of newly diagnosed cancer patients who contact the National Cancer Institute's Cancer Information Service // J. Health Commun. – 2006. – Vol. 11. – P. 219-236.
- La Porta M., Hagood H., Kornfeld J., Treiman K. Partnership as means for reaching special populations: evaluating the NCI's CIS partnership program // J. Cancer Educ. – 2007. – Vol. 22 (Suppl.). – P. 35-40.
- Davis S., Stewart S., Bloom J. Increasing the accuracy of perceived breast cancer risk: Results from a randomized trial with Cancer Information Service callers // Prev. Med. – 2004. – Vol. 39. – P. 64-73.
- Kerner J., Rimer B., Emmons K. Introduction to the special section on dissemination: dissemination research and research dissemination: how can we close the gap? // Health Psychol. – 2005. – Vol. 24. – P. 443-446.
- Lomas J. Diffusion, dissemination, and implementation: Who should do what? // Ann. NY Acad. Sci. – 2003. – Vol. 703. – P. 226-235.
- Miller S.M., Fleisher L., Roussi P. et al. Facilitating informed decision making about breast cancer risk and genetic counseling

among women calling the NCI's Cancer Information Service // J. Health Commun. – 2005. – Vol. 10 (Suppl. 1). – P. 119-136.

10. Berry D.L., Ellis W.J., Woods N.F. et al. Treatment decision-making by men with localized prostate cancer: The influence of personal factors // Urologic Oncology. – 2003. – Vol. 21. – P. 93-100.

11. Strecher V.J., Marcus A., Bishop K. et al. A randomized controlled trial of multiple tailored messages for smoking cessation among callers to the Cancer Information Service // J. Health Commun. – 2005. – Vol. 10 (Suppl. 1) – P. 105-118.

12. Marcus A.C., Morra M.E., Bright M.A. et al. The CIS

model for collaborative research in health communications: a brief retrospective from the current generation of research // J. Health Commun. – 2005. – Vol. 10 (Suppl. 1) – P. 235-245.

13. Rivers S.E., Salovey P., Pizarro D.A. et al. Message framing and pap test utilization among women attending a community health clinic // J. Health Psychol. – 2005. – Vol. 10. – P. 65-77.

14. Галайчук І.Й. Телеонкологія – нові можливості в навчанні, діагностиці та лікуванні // Медична освіта. – 2002. – №2. – С. 18-21.

15. Онкологія / За ред. проф. І.Б. Щепотіна. – К.: Книга плюс, 2006. – 496 с.

УДК 378(477)

СУЧАСНА ВИЩА ОСВІТА В УКРАЇНІ (ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ В УКРАЇНСЬКІЙ ВИЩІЙ ОСВІТІ)

Н.М. Ващенко

Одеське обласне базове медичне училище

MODERN HIGHER EDUCATION IN UKRAINE (PROBLEMS OF REALIZATION OF BOLOGNA PROCESS IN UKRAINIAN HIGHER EDUCATION)

N.M. Vashchenko

Odessa Regional Basic Medical School

Сучасна вища освіта України проходить серйозне випробування, від результатів якого залежить не тільки її майбутнє, але і майбутнє України. Йдеться про входження України до Болонського процесу. Як чинити: беззастережно приєднатися до нього, рішуче відмежуватися, шукати компромісні варіанти? Ці проблеми – предмет обговорення даної статті. Українська вища освіта не закрита для новачій, співпраці, координації, повноцінного засвоєння досягнень культури. Разом з тим Україна готова запропонувати свої випробувані форми, методи організації вищої освіти. Треба враховувати, що в поспішних реконструкціях можна безповоротно втратити дуже вагомий потенціал не тільки для вітчизняної, але також для європейської і світової культури.

Modern higher education of Ukraine passes the serious test, from the results of which depends not only its future but also the future of Ukraine. The question is about the entrance of Ukraine into Bologna process. How to act: to join unreservedly to it, to dissociate resolutely, to search the compromise variants? These problems are the point of discussion of this article. Ukrainian higher education not is closed for innovations, collaboration, co-ordination, valuable mastering of achievements of culture. At the same time Ukraine is ready to offer the tested forms, methods of organization of higher education. It is needed to take into account that in hasty reconstructions it is possible beyond retrieve to lose very ponderable potential not only for domestic but also for European and world culture.

Вступ. В умовах сучасної глобалізації і інтеграції, що проходить на економічному, політичному і соціокультурному рівнях і охоплює області, регіони, країни в цілому, актуалізується проблема формування єдиного загальноосвітнього простору. Одним з прикладів

цього явища на європейському рівні є Болонський процес [1, 3, 5, 6, 7].

Не випадково у дискусіях початку нинішнього сторіччя, присвячених проблемам розвитку вищої освіти як у світі в цілому, так і в нашій країні, неод-

© Н. М. Ващенко

мінно згадується назва італійського міста Болонья, де в червні 1999 р. міністри освіти 29 європейських держав на своїй першій зустрічі прийняли спільну декларацію, що зафіксувала ряд ключових параметрів, які, на думку учасників, повинні були визначити межі єдиного простору вищої освіти в Європі. При всій важливості цієї події, яка за своїм форматом, складом учасників і конкретним змістом ухвалених рішень не мала прецедентів, слід все ж таки вказати на деякі попередні події, що пояснюють не випадковість ухвалення вказаного документа [2, 4, 8].

Десятиріччям раніше, у вересні 1988 р. в тій же Болоньї на представницькій нараді ректорів найбільших європейських університетів була прийнята Загальна хартія університетів, в якій при бажанні можна побачити елементи майбутньої конструкції вищої європейської школи. Реальний же діалог з цього приводу був початий в червні 1998 р. в Сорбоні під час святкування 800-річчя місцевого університету, коли міністри освіти Франції, Німеччини, Великобританії і Італії підписали Спільну декларацію про гармонізацію архітектури європейської системи вищої освіти (яка одержала назву Сорбонської), що обґрунтувало необхідність створення особливої “зони європейської вищої освіти”.

Нарешті, в тому ж 1998 р. в Південній Кореї під егідою ЮНЕСКО відбувся більш істотно представницький міжнародний форум “Професійна освіта в XXI сторіччі”, де проблеми вдосконалення вищої освіти у світі розглядалися в значно ширшому змістовному і країнному аспектах, хоч і в іншому наочному полі. Досліджуючи історію Болонського процесу, цікаво також звернутися до матеріалів Міжнародного інституту планування освіти, виданих в 80-90-ті роки минулого століття, перш за все, до роботи директора цього інституту Жака Аллака “Внесок в майбутнє: пріоритет освіти”, особливо в частині, де йде мова про пріоритети вищої освіти в порівнянні з іншими його рівнями і співвідношення вищої і професійної освіти.

Пропозиції, які висунуті в Болоньї в 1999 р., виникли не раптово, не на пустому місці, а певною мірою підготовлені результатами попередніх обговорень не тільки на національному, але і на міжнародному рівні. Все це пояснює рідкісну єдність поглядів з таких актуальних проблем, що зачіпають найважливіші елементи не тільки освіти, але і національної культури, економіки, інших сторін суспільного життя країн, що підписали Декларацію, і їх кількість. У 2001 р. до 29 учасників Болонської зустрічі приєдналися ще чотири країни, в 2003 році – ще 8. У норвезькому місті Берген

19 травня 2005 року на Конференції міністрів країн Європи Україна приєдналася до Болонського процесу, зобов’язавшись внести відповідні зміни у національну систему освіти та приєднатися до роботи над визначенням пріоритетів у процесі створення єдиного європейського простору вищої освіти до 2010 року.

З’ясувалось, що процеси, які відбуваються в останні десятиріччя, виявилися настільки загальними для всіх європейських держав, що практично немислимо в подібних випадках гострі розбіжності, що стосуються національно-культурних традицій і пріоритетів в освіті, залишилися за рамками прийнятого документа [7, 9, 10, 11].

Основна частина. Аналіз основних положень Декларації, оцінку їх застосування до умов України слід починати з викладу тих цілей, спільне просування до яких і виражає основне завдання реалізації домовленостей, зафіксованих в Декларації. Всього їх спочатку було шість, і вони відносилися до наступних елементів освіти:

- ухвалення єдиної системи зрозумілих і стандартних дипломів;
- перехід до двоступінчатої системи вищої освіти (бакалавр, магістратура);
- введення системи кредитів або загальноєвропейської системи перезаліку залікових одиниць ECTS (European Credit Transfer System);
- розвиток академічної мобільності;
- розвиток європейської співпраці у сфері контролю за якістю освіти в рамках прирівняних критеріїв і методів, впровадження децентралізованих механізмів акредитації навчальних установ і програм;
- посилення “Європейського вимірювання” у вищій освіті.

Згодом ці завдання були доповнені рядом інших, що стосуються проблем безперервної освіти, положення студентів, викладачів, підвищення конкурентоспроможності європейської освіти на світовому ринку освітніх послуг, який надзвичайно швидко розвивається.

Слушно зауважити, що проект вищої освіти, представлений Болонською декларацією, був спочатку не більше ніж ідеальною моделлю, прямого аналога якої не існувало ні в одній з європейських країн. Іншими словами, заявлені параметри вищої освіти в задуманому вигляді на момент їх ухвалення ні в одній з держав континенту повною мірою не були реалізовані. Отже, всім учасникам Болонського процесу (не тільки Україні) доводиться для досягнення вказаної мети більшою чи меншою мірою трансформувати національні системи освіти.

Виконання намічених цілей, на думку розробників Декларації, дозволить до кінця десятиріччя здійснити першу фазу формування європейської моделі вищої освіти, що повинно забезпечити істотне розширення експорту освітніх послуг вищими навчальними закладами континенту. Довгострокове завдання програми в цілому полягає в створенні “загальноєвропейського простору вищої освіти з метою підвищення мобільності громадян на ринку праці і посилення конкурентоспроможності європейської вищої освіти”. Якщо ж мати на увазі базові цінності, на які спирається Декларація, то вони сформульовані таким чином: “життєздатність і ефективність будь-якої цивілізації визначається привабливістю її культурних досягнень, які впливають на інші країни”. Представники всіх держав, які підписали цей документ, хочуть бути впевненими в тому, що “європейські системи вищої освіти набувають у світі такої ж привабливості, якими володіють європейські культурні і наукові традиції”.

Загальними принципами, які закладені в основі нової організації вищої освіти, є, певно, прозорість національних систем вищої освіти, можливість порівнювати їх дипломи і ступені, наявність загальних підходів до контролю якості освіти в рамках зіставлених критеріїв і методів, впровадження децентралізованих механізмів акредитації навчальних установ і програм. Що стосується інструментів, що забезпечують єдність освітнього простору в межах Болонського процесу, то такими зараз є лише єдина форма додатка до диплома, що був введений з 2000 р., і загальна для всіх країн система перекладу залікових одиниць (ECTS).

У 2009 році ми в змозі сказати, що перші кроки у напрямку інтеграції до Болонського процесу держава Україна здійснила і має змогу в найближчі декілька років їх завершити. Проте дискусія з приводу необхідності участі у цьому процесі, наявності плюсів і мінусів на цьому шляху зовсім не закінчена. Тому ці питання мають не тільки академічний інтерес. Головне з цих питань – наскільки в Україні і решті Європи є загальна потреба в подібному напрямку розвитку вищої освіти?

Сьогоднішня відповідь на це питання не може не бути позитивною. Це пояснюється об’єктивними причинами і, перш за все, загальними цивілізаційними умовами розвитку в ХХІ сторіччі, які, власне, і визначають необхідність для всіх країн вдосконалення системи освіти в одному і тому ж напрямку. Генезис нового типу суспільного пристрою на рубежі тисячоліть під назвою постіндустріального, інформаційного і т. п., хоч і по-різному трактується у вітчизняному суспільствознавстві, проте став фактично за-

гально визнаним. Спостерігаються якісні зміни в технологіях, структурі і чинниках виробництва, інституційній системі, які неминуче пред’являють все нові вимоги до освіти.

В Україні ці процеси з ряду причин мають свої особливості. Головне, що вони почалися з майже двадцятирічним запізненням, але, по суті, практично повторюють те, що відбувалося і відбувається в європейських країнах. У постіндустріальному суспільстві кардинально змінюється положення спеціаліста в системі суспільної праці. Перш за все, має місце стійке зростання питомої ваги фахівців вищої кваліфікації (в охороні здоров’я – медичних сестер, фельдшерів, акушерів, фармацевтів), деяке зниження груп працівників середньої кваліфікації і принципове зменшення частки некваліфікованої праці, яка базувалася, як правило, на низькому рівні загальної освіти. Спеціаліст з вищою освітою соціально більш відповідальний, оскільки передбачає результати своїх дій не тільки для себе, але і для тих, хто його оточує, для суспільства, і відповідає за них.

Саме поняття “фахівець” зазнає принципових змін. Підвищується значення не стільки його спеціальних умінь і навичок, скільки широти його професійної підготовки, здатності адаптуватися в швидкозмінних ситуаціях, упевнено працювати в обставинах, коли, з одного боку, наростає диференціація, а з іншого – одночасно швидкими темпами збільшується інтеграція областей професійної компетенції.

Нарешті, рівень загальної освіти спеціаліста ніколи не цінувався так високо, як сьогодні, оскільки він багато в чому безпосередньо визначає реальні можливості свого творчого потенціалу що, у свою чергу, є істотним економічним і моральним чинником підвищення ефективності праці, особливо медичного працівника.

В двадцять першому сторіччі найбільш актуальними для медичного працівника стали такі показники, як:

- активність і компетентність;
- уміння ефективно працювати в групі, тобто володіти навичками спілкування, адекватно сприймати звернення тих, хто оточує, у тому числі і хворих, тобто працювати спільно, знаходити загальну позицію шляхом компромісів і ін.;
- здатність передбачати і реалізувати найближчі і довготривалі, прямі і непрямі результати своїх професійних дій, творче відношення до справи, бажання і уміння оцінювати результати своєї праці з погляду суспільства.

Однією з принципових змін в змісті і організації праці медпрацівника в епоху панування інформаційних тех-

нологій є перехід від виконання стандартних, шаблонних завдань до ініціативних дій, заснованих на широких загальних знаннях, гнучкості їх використань. Оскільки виконання масових обстежень, спостережень, профілактичних оглядів, діагностики захворювань, визначення можливих патологій більшою мірою перекладається на плечі комп'ютерної і діагностичної техніки, то головним змістом праці медичного працівника все в більшій мірі стає новаторська, інноваційна діяльність. Вона повинна усвідомлюватися безпосереднім виконавцем як природний процес реалізації власних можливостей.

Вищий прояв професіоналізму все в більшій мірі означає не стільки вузьку спеціалізацію, скільки компетентність і наявність якісної освіти. Вони ж, як правило, тим вище, чим ширше загальна теоретична і особова підготовка фахівця. Тут мається на увазі, що чудове знання специфіки використовуваних технологій повинне базуватися на таких якостях особи, як здатність приймати самостійні відповідальні рішення, розуміти кінцеву мету виконуваного завдання, вміння доводити його до кінця, використовуючи творчі навички, можливості, які одержує медпрацівник протягом постійного самостійного навчання і перенавчання, що є для нього природною формою професійної підготовки.

В свою чергу, це стає можливим лише на базі освіти, що реально виховує абстрактне, системне і експериментальне мислення, високу комунікабельність (уміння і навички ефективного спілкування), здібності до повсякденної співпраці, вільну орієнтацію в різних сферах науки і культури.

Власне кажучи, цим і обумовлений високий статус освіти сьогодні. Безпосередньо сприймаючи творчий потенціал наукових досягнень, збагачений людським досвідом, освіта сприяє розвитку інтелекту індивіда в його вищій формі. У цьому сенсі, не зменшуючи ролі сучасних інноваційних підходів, використання інформаційних технологій, нових організаційних форм освіти, необхідно все ж таки ще раз підкреслити її традиційно основне завдання, пов'язане з розвитком розумових здібностей і творчих завдатків людини.

Якщо розглядати власні завдання освіти і професійної (спеціальної) підготовки в подібному аспекті, то немає, мабуть, особливої необхідності пояснювати, чому, на жаль, наша система освіти не готує в необхідній кількості украї необхідних в сучасному суспільстві високоосвічених і компетентних медпрацівників. Як і раніше, багато випускників медичних училищ і коледжів не здібні до самостійної ефектив-

ної роботи. Поступовий перехід до нової моделі освіти, зафіксованої в Болонській декларації, можливо, дозволяє, спираючись на передовий організаційний досвід і сучасні освітні технології, багато в чому виправити ситуацію, що склалася, і допоможе підвищити конкурентоспроможність українського ринку праці, що відповідає національним інтересам країни, особливо, в умовах все більшої інтеграції України в міжнародні економічні відносини. Остання в умовах глобалізації також безпосередньо впливає на характер освіти і багато в чому принципово змінює її. Вона все більшою мірою стає інтернаціональною за своєю суттю. Протягом останніх років формування глобального економічного простору спирається на відповідну інфраструктуру, складовою частиною якої є сучасна освіта.

Основні тенденції цього процесу відносно вищої школи, які відзначають дослідники, можуть бути представлені таким чином:

- наростаючими темпами збільшується число охочих здобути освіту за кордоном, збільшення кількості взаємних обмінів викладачами і дослідниками.

- в більш широких масштабах використовуються іноземні програми, підручники, наукова і методична література, телекомунікаційні джерела інформації, міжнародні процедури акредитації, різні інші форми співпраці;

- зростає конкуренція на міжнародному ринку освітніх послуг;

- в багатьох країнах держава надає все більше прав і повноважень освітнім установам. Це дає їм можливість брати активну участь в міжнародній співпраці, а відносно скорочення бюджетного фінансування в умовах сучасної світової кризи стає переконливим мотивом до пошуку засобів самостійного розвитку на цьому шляху.

Не менш значущі процеси відбуваються останні роки безпосередньо в рамках української вищої освіти. Вони починалися і йдуть незалежно від наявності тих або інших міжнародних угод, оскільки відображають тенденції, що склалися усередині країни і диктуються, перш за все, вітчизняною соціально-економічною практикою.

В Україні, як і в інших країнах світу, відбувається об'єктивний процес підвищення віку студентів, які навчаються у вищих навчальних закладах, що свідчить про все більше усвідомлення необхідності переходу до принципово нової системи освіти – не до освіти “на все життя”, а до освіти “через усе життя”. У зв'язку з цим особливого значення набувають індивідуальні студентські програми навчання. Вони можуть складатися на основі заліку (накопи-

чення) попередніх періодів освіти, одержаних в різних навчальних закладах і за різними освітніми програмами, що сприяє ліквідації не виправданих міждисциплінарних і національних меж у вищій освіті.

Підготовка сучасного медичного працівника вимагає поглибленої міждисциплінарної підготовки, що забезпечує отримання навиків роботи в умовах невизначеності, здібностей і умінь самостійного пошуку рішення тих або інших професійних проблем, навичок ефективної роботи в групі, заснованих на знаннях і уміннях у сфері комунікації і суміжних дисциплін.

Деякі дослідники серед чинників, що викликають необхідність переходу на багаторівневу систему ВНЗівської підготовки, введення системи залікових одиниць як інструменту академічної мобільності, розробку прирівняних методологій і критеріїв оцінки якості освіти, акцентують увагу на тих, які пов'язані з недоліками діючої системи вітчизняної вищої освіти. Як правило, тут виділяють невідповідність структури вищих навчальних закладів, профілю підготовки фахівців фактичним потребам суспільства, що склалися, інерційність і негнучкість термінів і змісту підготовки фахівців, швидке старіння діючого переліку спеціальностей підготовки, їх невідповідності сучасним міжнародним кваліфікаційним стандартам і вимогам соціально-економічного розвитку суспільства і як результат, який відзначають більшість фахівців, – загальна низька якість української вищої освіти.

Слід зазначити: активне приєднання вітчизняної вищої школи до стандартів Болонського процесу з урахуванням сучасних умов української дійсності може стати додатковим імпульсом для вирішення вказаних проблем. Це не означає, що подібний результат може бути гарантований тільки на даній підставі. Має відбу-

тися достатньо тривалий період переходу на нові освітні стандарти, що вимагає якщо не реформування, то модернізації не тільки змісту і структури освіти, але і переходу на нові технології навчання, що базуються на принципово іншому ресурсному забезпеченні навчального процесу. При цьому мається на увазі не введення нових “правил гри”, не оголошення про чергові реформи, а проведення необхідних перетворень в рамках вже діючих процесів.

Висновок. Незважаючи на об'єктивну необхідність інтеграції країни у міжнародний освітній простір, слід враховувати реальні можливості окремих навчальних закладів у цьому напрямку. Невелика група провідних, найбільш передових ВНЗ вже сьогодні беруть активну участь в Болонському процесі, оскільки давно і реально “підключені” до різносторонніх відносин з європейськими колегами. Більшість навчальних закладів прагнуть до подібної участі, використовуючи напрацювання тих, хто найбільш просунувся на цьому шляху, придивляються до зарубіжного досвіду, переймають його, розвиваючи необхідний для повноцінних відносин з європейськими навчальними закладами потенціал. Такий шлях обрало для себе і Одеське обласне базове медичне училище. В той же час для деяких вітчизняних установ подібна участь сьогодні з ряду причин не видається можливою. Для них повинен бути передбачений особливий порядок включення в міжнародний освітній простір. Мабуть, вже сьогодні повинні бути вироблені і затверджені в централізованому порядку декілька усереднених моделей, які врахували б реальні можливості вищих навчальних закладів щодо термінів, так і самої процедури приєднання до стандартів Болонської декларації.

Література

1. Совместное заявление европейских министров образования. Болонья, 19 июня 1999 года.
2. Аллак Ж. Вклад в майбутнє: пріоритет освіти. – М.: Педагогика–Пресс / ЮНЕСКО, 1993.
3. Про утворення Міжвідомчої комісії з питань участі України в Болонському процесі: Постанова Кабінету Міністрів України N 1131 від 25 серпня 2004 р.
4. Берлін Т. Освітнянське “крило” європейського простору // Освіта. – 2005. – № 47–48.
5. Давыдов Ю. Болонский процесс. Миф или реальность? // Высшее образование в России. – 2005. – № 10.
6. Модернізація вищої освіти і Болонський процес / М.Ф. Степко, Я.Я. Болюбаш та ін. // Творче об'єднання “Освіта”. – 2004. – 25 серпня.

7. Яблонський В. Українська вища школа і Болонські стандарти // Освіта. – 2004. – № 34 (318), 9 вересня.
8. Матеріали Міжнародного семінару “Вища освіта в Україні та Болонський процес”. – Київ, 2004.
9. Матеріали серверу Верховної ради України [http://ada.gov.ua]
10. Михайловський А.В. Традиційні і нові технології у навчальному процесі // <http://www.management.com.ua/be/be022.html>
11. The materials of III INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE OF YOUNG SCIENTISTS, POST-GRADUATES AND STUDENTS “MODERN INFORMATIONAL UKRAINE: INFORMATICS, ECONOMICS AND PHILOSOPHY”. – Donetsk, May 14–15, 2009.

УДК 371.263:618

ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРОЦЕСІ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ

Л.М. Маланчук, І.М. Маланчин, С.М. Геряк, Л.І. Романчук, Н.М. Олійник,
З.М. Кучма, Л.Є. Лимар, Н.І. Багній

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

EXPERIENCE OF ORGANIZATION OF TRAINING PROCESS AT THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN THE PROCESS OF INTRODUCTION OF CREDIT-MODULE SYSTEM OF EDUCATION

L.M. Malanchuk, I.M. Malanchyn, S.M. Heryak, L.I. Romanchuk, N.M. Oliynyk,
Z.M. Kuchma, L.Ye. Lyamar, N.I. Bahniy

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті подані особливості проведення практичних занять з акушерства. Відмічено роль оволодіння студентами комунікативними навичками, для чого кафедрою розроблені стандартні алгоритми застосування. Перехід на кредитно-модульну систему навчання сприятиме входженню вузів України в європейській освітній простір.

The features of conducting of practical lessons in obstetrics are given in the article. The role of students' communicative skills is marked. The standard algorithms of communicative skills application have been created at the department. The transition to credit-module system of education will be instrumental at the entrance of Ukrainian medical universities into European educational space.

Вступ. Приєднання вищих навчальних закладів України до Болонського процесу передбачає реалізацію низки заходів. Це – зміни в організації навчального процесу, розробка єдиної системи залікових одиниць, а в центрі навчання студент як суб'єкт навчального процесу [1, 2]. Вища школа України здійснює модернізацію освітньої діяльності в контексті європейських вимог, дедалі активніше працює над практичним приєднанням до Болонського процесу [1, 2, 3]. На першому місці серед усіх цінностей, передбачених стандартами ВООЗ, стоїть рівень кваліфікації фахівця. Досягнення такого рівня можливе лише за умови забезпечення високої якості самостійної та аудиторної роботи студентів, чітка мотивація теми, що вивчається, усвідомлення її значення для майбутнього лікаря. Сучасний фахівець повинен володіти не лише лікарськими знаннями, але й у практичній діяльності постійно керуватися загальнонавчальними у світі нормами моралі, деонтології і етики. Він повинен бути носієм високого гуманізму, вміти знайти підхід до кожного пацієнта [3, 4].

Основна частина. Для досягнення цієї конкретної мети на кафедрі акушерства і гінекології медичного факультету передбачені певні зміни форми проведення практичної частини заняття з акушерства на IV курсі.

На практичних заняттях студенти працюють безпосередньо біля ліжка пацієнтки, опановують методики обстеження вагітних, роділей, породілей, вчать встановлювати попередній діагноз, складати план обстеження, інтерпретувати результати лабораторних, інструментальних методів обстеження, проводити диференційну діагностику. Після встановлення заключного діагнозу вибирають алгоритм дії відповідно до ситуації.

Особливістю роботи в акушерстві та гінекології в плані комунікації з пацієнтками є необхідність врахування своєрідності жіночої психіки, зокрема психіки вагітної жінки. Своїми діями, поведінкою та словом лікар повинен збити все, щоб у пацієнтки був оптимістичний настрій, впевненість у швидкому одужанні чи благополучному завершенні пологів. Слід пам'ятати, що гінекологічні проблеми торкаються дуже делікатної, часто інтимної сфе-

© Л.М. Маланчук, І.М. Маланчин, С.М. Геряк та ін.

ри, тому під час бесіди чи огляду слід намагатись не травмувати жінку психічно та фізично. В оглядових кімнатах не повинно бути місця стороннім, двері мають бути зачиненими, лікар не повинен відволікатися на розмову з медсестрою, переглядати папери, що не стосуються пацієнтки. Лише за таких умов створюється атмосфера довіри між лікарем та пацієнткою, без якої часто неможливе успішне лікування.

Для формування комунікативних навичок студентів при вивченні акушерства та гінекології ми розробили стандартні алгоритми застосування:

Збір анамнезу у вагітних та роділей:

- привітатись та назвати себе;
 - привітний вираз обличчя, лагідний тон розмови;
 - уточнити, як звертатись до пацієнтки, встановити контакт;
 - коректне опитування, особливо стосовно інтимних деталей анамнезу;
 - закінчити бесіду, подякувати за спілкування, побажати благополучного перебігу та завершення вагітності.
- Фізикальні методи обстеження вагітних та роділей:
- пояснити необхідність обстеження, його мету;
 - пояснити деталі обстеження, їх безпечність, можливі відчуття при цьому;
 - вимити руки, одягти рукавички. Перед зовнішнім акушерським обстеженням – зігріти руки;
 - провести обстеження;
 - повідомити про завершення обстеження.

Повідомлення результатів обстеження:

- пояснити, який аналіз Ви будете інтерпретувати, про що він може свідчити;
- повідомити результат аналізу, в доступній формі пояснити його;
- у разі наявності патологічних змін заспокоїти пацієнтку, повідомити про подальші дії;
- запевнити у позитивних змінах та сприятливому прогнозі при виконанні всіх лікарських рекомендацій.

Планування і прогнозування результатів консервативного лікування.

Після встановлення діагнозу, плануючи лікування, лікар повинен:

- словами, виразом обличчя створити атмосферу довіри;
- повідомити про необхідність кожного конкретного призначення;
- повідомити про очікуваний результат від кожного призначення;
- повідомити, що лікування не завдасть хворій зайвих страждань, не вплине негативно на жодну із функцій жіночого організму;
- запевнити пацієнтку, що всі призначення будуть виконані вчасно, а від неї вимагається ретельного виконання рекомендацій;

– отримати інформовану згоду пацієнтки на проведення лікування.

Обґрунтування доцільності оперативного лікування:

- із спокійним виразом обличчя повідомити, що при даній патології для покращення якості життя необхідне оперативне лікування;
- в доступній формі роз'яснити об'єм оперативного втручання;
- повідомити про наслідки оперативного втручання (як негативні, так і позитивні);
- запевнити пацієнтку, що при застосуванні реабілітаційних заходів недоліки оперативного втручання можна звести до мінімуму;
- отримати інформовану згоду пацієнтки.

При повідомленні результатів оперативного втручання та можливих післяопераційних ускладнень:

- стежити за інтонацією голосу, вона повинна відповідати тому, що Ви хочете сказати;
- із доброзичливим виразом обличчя повідомити про проведену операцію, можливі віддалені результати;
- заохотити пацієнтку до видужання, вселяти впевненість у видужанні, відмітити зміни на краще;
- інформувати про заходи профілактики небажаних наслідків оперативного втручання;
- завершуючи розмову, ще раз підкреслити впевненість у хорошому прогнозі.

При повідомленні прогнозу лікування:

- при сприятливому прогнозі висловити задоволення, вербально та приємним виразом обличчя, інтонацією переконати пацієнтку у цьому;
- у разі несприятливого прогнозу вербально заохочувати пацієнтку до боротьби з хворобою, відмічати кожен позитивний симптом. Інтонації та вираз обличчя не повинні бути підкреслено оптимістичні, оскільки це може викликати недовіру;
- при агресивній поведінці спокійно себе вести, вербально підтримати кожний крок пацієнтки, спрямований на боротьбу із хворобою;
- переконайтесь, що у пацієнтки не залишилось незрозумілих питань;
- завершуючи розмову, ще раз підкресліть позитивні зміни.

Виставляючи загальну оцінку за практичне заняття, обов'язково враховується оволодіння студентами комунікативних навичок.

Висновок. Вивчення акушерства за кредитно-модульною системою та оволодіння комунікативними навичками дозволяє активно впроваджувати в навчальний процес основні положення Болонської концепції навчання.

Література

1. Корсак К. Європейський простір вищої освіти і України у XXI столітті / К. Корсак // Вища школа. – 2005. – № 1. – С. 47-56.
2. Ждан В.М. Досвід упровадження нових форм організації навчального процесу в умовах кредитно-модульної системи / В.М. Ждан, В.М. Бобирьов, О.В. Шешукова // Мед.освіта. – 2006. – № 2. – С. 36-38.
3. Підаєв А.В. Болонський процес в Європі. – К., 2004. – 191 с.
4. Медична освіта у світі та в Україні / Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерій, О.П. Волосовець та ін. – Київ: Книга-плюс, 2005. – 383 с.

УДК 616.1/4(07.07)

НАШ ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ

Ю.М. Цяпа, І.М. Кліщ, М.П. Гаріян, З.П. Манзій, І.М. Марків,
В.О. Лихацька, В.Ф. Тюріна

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

OUR EXPERIENCE OF TEACHING CLINICAL PHARMACY TO FOREIGN STUDENTS

Yu.M. Tsyapa, I.M. Klishch, M.P. Hariyan, Z.P. Manziy, I.M. Markiv,
V.O. Lykhatska, V.F. Tyurina

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У представленій публікації висвітлено досвід викладання клінічної фармації іноземним студентам на кафедрі клінічної фармації фармацевтичного факультету. Головну увагу зосереджено на організації проведення аудиторного заняття тривалістю 7 годин, яке є максимально наближеним до умов роботи провізора і має велике адаптивне та виховне значення, включає в себе теоретичні та практичні аспекти навчання.

The publication represents the experience of teaching clinical pharmacy to foreign students at the department of clinical pharmacy of pharmaceutical faculty. The main attention is concentrated on organization of 7-hour lesson which is maximum approached to conditions of pharmacist's work and is of a great adaptive and educational importance, it includes theoretical and practical aspects of training.

Вступ. Головною метою навчально-методичної роботи медичного університету з іноземними студентами є підготовка спеціалістів високого рівня, здатних в умовах практичної охорони здоров'я клінічно мислити, оперативно приймати рішення як у типових, так і нестандартних ситуаціях, які можуть виникнути в роботі провізора залежно від особливостей захворюваності та медичного обслуговування країн, де працюватимуть наші випускники. Підготовка фахівців в галузі клінічної фармації характеризується динамікою різних рівнів піраміди Джорджа Міллера

(перший – “знаю”, другий – “знаю як”, третій – “демонструю”, четвертий – “роблю”) [1]. Мета даної публікації полягає в узагальненні досвіду навчально-методичної роботи кафедри клінічної фармації у забезпеченні максимально високого рівня підготовки іноземних студентів з розділу “Клінічна фармація”.

Основна частина. Сучасні технології підготовки провізорів передбачають інтенсивне засвоєння великих об'ємів теоретичного матеріалу та опанування численними практичними навичками. Значно збільшується інформаційний потік на старших кур-

сах, особливо – на четвертому і п'ятому, як і вимоги до практичної підготовки студентів; використовуються нові, до цього часу не відомі, з досвіду занять у попередні роки, форми аудиторної та позааудиторної роботи [2]. Такі реалії вимагають від професорсько-викладацького складу, з одного боку, якісно виконувати мету заняття, а з іншого – допомогти студентів засвоїти практичний та теоретичний матеріал. Основним бар'єром, який стоїть на шляху досягнення мети, є недостатня мовна підготовка іноземних студентів, які, навчаючись на підготовчих відділеннях інших вузів, опановують в основному і не завжди на достатньому рівні російську мову. Більшість підручників, посібників та інших навчально-методичних матеріалів видається в останні роки українською мовою. З метою підвищення доступності цих матеріалів для іноземних студентів викладачами нашої кафедри здійснені їх переклади на російську мову.

На нашу думку, одним із вирішальних факторів, що оптимізує виконання вказаних завдань, є створення раціонального плану аудиторного заняття (саме на аудиторні заняття відводиться переважна кількість навчальних годин) [3]. Досвід занять із студентами четвертого і п'ятого курсів на кафедрі клінічної фармації дозволив нам визначитися у доцільності побудови робочого дня (тобто аудиторного заняття тривалістю 7 академічних годин) за наступною схемою.

З 9.00 до 10.00 читається лекція за темою заняття. Такий початок робочого дня дозволяє ознайомити студентів із загальною семіотикою захворювань і методами обстеження хворих, мати уявлення про етіологію, патогенез, клінічно-діагностичні критерії захворювань, засвоїти сучасні принципи фармакотерапії хвороби, знати клінічну фармакологію лікарських засобів, які використовуються в лікуванні.

Наступний етап – самостійна робота розпочинається о 10.00 і триває до 13.00. Клінічна терапевтична база лікарні та раціональна побудова розкладу надають можливість забезпечити кожного студента хворим для курації. Огляди хворих здійснюються разом з лікарями-ординаторами. Роль викладача полягає у контролі за роботою студентів, участі в оглядах хворих, обговоренні клінічних ситуацій. Студент освоює

практичні навички: збирає скарги хворого, анамнез хвороби і анамнез життя, інтерпретує результати лабораторних та інструментальних методів обстеження хворого, аналізує листок лікарських призначень.

Протягом цього часу студент у протокольному зошиті оформляє протокол з вивчення ефективності та безпечності лікарських засобів, які використовувалися при лікуванні (за формою, розробленою викладачами кафедри), проводячи корекцію листка лікарських призначень, і складає план фармацевтичної опіки хворого, відстоюючи свою точку зору перед викладачем та групою, що дає можливість перевірити теоретичну та практичну готовність до заняття з даної теми.

На семінарському обговоренні практичної роботи студенти у формі вільної бесіди з викладачем відстоюють свою точку зору стосовно проблемних питань, проводяться також ділові ігри, особливо при розгляді тем з фармацевтичної опіки.

Остання частина практичного заняття – контроль знань студентів. Він здійснюється шляхом письмових відповідей на 24 тестових запитання, а також теоретичне запитання і розв'язання ситуаційних задач. Студенти можуть ознайомитись із тими помилками, які вони зробили, відповідаючи на поставлені запитання, і отримати пояснення від викладача. Якщо студент не згідний з оцінкою, яку йому виставив викладач, він може апелювати до доцента чи завідувача кафедри і відстоювати свої знання з метою отримання вищої оцінки. Студентам також дозволяється використовувати альтернативний комп'ютерний метод контролю знань – Moodle. Якщо студент згідний із отриманою оцінкою, то традиційний контроль щодо нього не здійснюється.

Висновок. Забезпечення високого рівня підготовки іноземних студентів у нашому університеті є справою честі кожного викладача і сприяє становленню престижу української професійної освіти в світовому масштабі. Цьому процесу сприяють наявні читальні зали з комп'ютерним забезпеченням, створені підручники та посібники нового покоління на компакт-дисках, можливості користування мережею Інтернет та внутрішньоуніверситетською Інтранет.

Література

1. Мруга М.Р., Булах І.Є. Оцінка клінічної компетентності студентів медичних навчальних закладів за допомогою стандартизованих пацієнтів // Медична освіта. – 2000. – № 4. – С. 14-19.
2. Ковальчук Л.Я. Основні тенденції розвитку вищої школи. Впровадження сучасних технологій у навчальний про-

цес Тернопільської державної медичної академії імені І.Я. Горбачевського: досягнення і перспективи // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 5-11.

3. Милерян В.Е. Методические основы подготовки и проведения учебных занятий в медицинских вузах: Методическое пособие. – К., 1997. – 64 с.

УДК 616.981.711-036.22

КАФЕДРА МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО: ІСТОРИЧНІ ТА НАУКОВІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ

О.М. Середя, О.Я. Чупашко, О.Д. Луцик

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

MEDICAL BIOLOGY DEPARTMENT OF DANYLO HALYTSKY LVIV NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY: HISTORICAL AND SCIENTIFIC DEVELOPMENT ASPECTS

O.M. Sereda, O.Ya. Chupashko, O.D. Lutsyk

Lviv National Medical University by Danylo Halytzky

У статті висвітлені основні історичні та наукові аспекти розвитку кафедри медичної біології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького у період 1920-2009 роки.

The article deals with general historical and research aspects of medical biology department development of Danylo Halytzky Lviv National Medical University, during 1920-2009.

Вступ. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького бере свій початок від медичного факультету Львівського університету, утвореного 1784 року згідно з рескриптом імператора Австрії Йозефа II [1, 2]. У 1939 році медичний факультет був відокремлений у самостійний медичний інститут. Умовно історію Львівського медичного університету, найстарішого в сучасній Україні, можна розділити на п'ять періодів: австрійський (1784-1818), польський (1919-1939), німецький (1942-1944), радянський (1939-1941, 1944-1991) та український (від 1991 р.). Ці історичні періоди здебільшого збігаються з термінами перебування Львова у складі різних держав – Австрії, Польщі, Радянського Союзу та України [2]. Завдяки впливу різних культур, традицій у м. Львові сформувався специфічний історико-національний, науковий та освітянський клімат. У період, який передував Другій світовій війні, кадровий склад медичного факультету Львівського університету становили вчені, які походили з різних європейських медичних шкіл. Колектив викладачів складався з видатних особистостей, що залишили помітний слід в історії та пам'яті їх учнів.

У незалежній Українській державі настала необхідність поглибленого вивчення історії української науки, зокрема медичної біології, яка є теоретичною основою медицини і від успіхів якої залежить про-

© О.М. Середя, О.Я. Чупашко, О.Д. Луцик

грес в діагностиці, лікуванні, попередженні тих чи інших захворювань. Знайомство з історичними аспектами виникнення, становлення та розвитку основних напрямків цієї науки, а також з науковою спадщиною вітчизняних учених має покращити процес навчання та виховання сучасних молодих науковців, активізувати дослідницьку справу.

Основна частина. Кафедрі медичної біології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького у 2010 році виповнюється 90 років. Вона була заснована у 1920 році. Її організатором і першим завідувачем був відомий учений паразитолог, мікробіолог професор Рудольф Вейгль (1883-1957) [1, 3, 4]. До цього він працював асистентом кафедри гістології та ембріології. Р. Вейгль очолював кафедру до 1945 р. У період завідування кафедрою Р. Вейгль зробив найбільший у світі внесок у вирішення проблеми профілактики та лікування висипного тифу.

Під час Першої світової війни Р. Вейгль служив у військовій лабораторії у м. Перемишлі (тепер це місто належить Польщі) в якості паразитолога. Тоді ж він зацікавився проблемою висипного тифу, який на той час неконтрольовано поширювався по всій Східній Європі. Висипний тиф був найстрашнішою з усіх інфекційних хвороб, від нього помирали мільйони людей. Наймасштабніші епідемії тифу, як прави-

ло, супроводжували війни та голод. Одна з найбільших задокументованих епідемій сталася 1812 р. під час захоплення військами Наполеона м. Москви та його відступу, коли більша частина французьких солдатів померла від тифу. Тільки в м. Вільно в той час було поховано 30 000 французьких солдатів. Під час Першої світової війни у 1915 р. від епідемії тифу загинуло 150 000 сербів, що безсумнівно вплинуло на хід війни. Ще гірша ситуація із захворюваністю на висипний тиф була в Радянській Росії, де, за даними О.В. Барояна, у 1919 р. було близько 2 млн 200 тис., а у 1920 р. понад 2 млн 200 тис. хворих. (Про летальність автор даних не наводить) [5].

Зробіт Чарльза Ніколя та Роча-Ліма Р. Вейгль знав, що воші є переносниками висипного тифу і що *Rickettsiae* розмножуються в кишках вошей, однак на той час не було методики вирощування в достатній кількості збудника висипного тифу для виготовлення вакцини. Р. Вейгль створив новий штам одержаної воші – *Pediculus vestimenti*, використав вошей в якості об'єкта для лабораторних досліджень, створив методику інфікування вошей та культивування в їх кишках *Rickettsia prowazekii*, розробив методи живлення вошей і, найголовніше, створив першу у світі ефективну вакцину проти висипного тифу [3, 4, 6].

У 20-30 роках 20-го століття кафедра медичної біології Львівського університету стала всесвітньо відомою. При кафедрі був створений науково-дослідний інститут, який називали “Інститут Вейгля”. Кафедру часто відвідували представники Міжнародного товариства рикетсіологів, включаючи лауреата Нобелівської премії Чарльза Ніколя, його співробітників і багатьох інших відомих вчених. Створену Р. Вейглем вакцину ефективно використовували в Китаї, Єгипті, інших країнах. Зокрема, у Китаї в період 1908-1931 років від висипного тифу померло 70 % всіх католицьких місіонерів, які працювали на той час в цій країні. Пізніше отець Рутген писав: “Коли до нас дійшли новини, що львівський професор розробив вакцину, спочатку ми їх сприйняли дуже скептично, оскільки багато “ліків” пропонувалось або продавалось нам раніше, але всі вони не давали результатів. У будь-якому випадку ми вирішили спробувати цю вакцину і результати виявились вражаючими. За останні 7 років, відтоді як ми почали застосовувати вакцину Вейгля, жоден з наших місіонерів чи щеплених китайських пацієнтів не помер від тифу. Ваша вакцина врятувала життя не лише місіонерів, але й багатьох тисяч китайців” [7, 8]. Нобелівський лауреат Чарльз Ніколь заявив: “Здавалось, що “війна” з тифом не обіцяє успіхів, поки до неї не долучився видатний вчений, професор Рудольф Вейгль зі Львова. Вейгль

навчив нас, як культивувати збудника тифу у воші, і, більш того, розробив високоякісну вакцину, яка врятувала багато людських життів. Як особистість, найрозумніша людина, невтомний працівник і фанат науки Вейгль заслуговує на найвище визнання” [3, 9]. Під час Другої світової війни в Східній Європі вакциною Вейгля було провакциновано 5-6 млн людей [10].

Перед Другою світовою війною Р. Вейгль був висунутий на здобуття Нобелівської премії, але складна політична ситуація в Європі та початок війни стали на заваді її отримання. Однак він отримав багато інших нагород, серед яких Орден Святого Георгія від Папи Римського Пія XI, Орден Леопольда від Бельгійського Короля, був обраний членом академії наук ряду європейських країн. У 1939-1941 роках на кафедрі медичної біології, яку Р. Вейгль очолював, працювало 11 доцентів та аспірантів. Всі вони, окрім педагогічної роботи, були залучені до вирішення наукових проблем, пов'язаних з висипним тифом. Однак сам Р. Вейгль концентрувався винятково на наукових дослідженнях. Він мало цікавився питаннями педагогіки, але, разом з тим, ніколи не шкодував часу та енергії на пояснення питання, поставленого студентом чи аспірантом, був толерантний і сповнений наукових ідей.

У 1940 р., після того як у м. Львів увійшли радянські війська, Р. Вейгля навідав Микита Хрущов, пропонував йому переїхати до Москви, посаду директора інституту, членство в Академії наук СРСР. Однак Р. Вейгль відхилив цю пропозицію. У 1943 р. представник Гімmlера пропонував йому переїхати до Берліна, очолити кафедру в Берлінському університеті. Р. Вейгль відхилив і цю пропозицію. Він був патріотом Львова, вченим і унікав політики. Цікавим є той факт, що у часи воєнного лихоліття численні представники львівської інтелігенції були залучені до співпраці в Інституті Вейгля як “годівники” вошей і цим врятували своє життя, а вакцина, яка вироблялась на замовлення німецької окупаційної влади, “працювала” і на користь Львівського руху опору окупантам. У 1945 р. Р. Вейль переїхав до Польщі, завідував кафедрами у Кракові, Познані. Помер у 1953 році [1, 3, 4, 11, 12].

У період 1946-1948 років кафедрою медичної біології завідував професор Єфімов Михайло Іванович. У той час колектив кафедри налічував 7 осіб: 1 – професор, 2 – доценти, 2 – асистенти, 2 – лаборанти. М. Єфімов родом із Ярославської обл. (Росія). У 1927-1934 роках навчався на медичному факультеті 2-го Московського медінституту та біологічному факультеті Московського університету. З 1935 до 1942 року виконував обов'язки завідувача кафедри біології

Сталінградського медичного інституту. У 1942-1943 роках, під час німецької окупації, завідував хірургічним кабінетом у Павлоградській поліклініці Дніпропетровської обл. У 1943-1946 роках служив у Радянській Армії, нагороджений 5 медалями. Кандидатську дисертацію М. Єфімов захистив у 1935 р., а докторську на тему “Регенераційна територія передньої кінцівки у аксолотля і механіка виникнення регенерата” – у 1946 р., вже працюючи у Львові. У 1947 р. йому присвоєно звання професора. У період завідування М. Єфімова кафедрою біології в Львівському медінституті співробітники кафедри відійшли від проблеми висипного тифу і зайнялись проблемою регенерації органів і тканин. М. Єфімовим були опубліковані такі роботи, як: “Роль шкіри в процесі регенерації органа”, “Шляхи відновлення регенераційної здатності у систем, які її втратили”, “Чи можна змінити шляхи розвитку клітин молоді бластоми при перенесенні її на іншу ампутаційну рану поверхню”, “Азотний обмін у процесі метаморфозу”. У цей період на кафедрі було багато кліток з ящірками, жабами, іншими тваринами, яких використовували в дослідах з питань регенерації. Студенти активно займалися в науковому гуртку кафедри.

3 листопада 1948 р. вийшов наказ Міністерства вищої освіти СРСР з підписом заступника міністра про звільнення тов. М.І. Єфімова з посади завідувача кафедри Львівського медінституту як такого, що не забезпечив керівництво кафедрою. Але вже 26 листопада 1948 р. опубліковані зміни до наказу з формулюванням “Звільнити проф. М.І. Єфімова від роботи завідувачем кафедрою у зв’язку з переходом на роботу в інший медінститут”. Це, ймовірно, було пов’язано з тим, що на початку серпня 1948 р. відбулася “знаменита” сесія ВАСГНІЛ, на якій з пленарною доповіддю “Про стан біологічної науки” виступив тодішній президент ВАСГНІЛ Т. Лисенко. Його критиці підлягли так звані менделісти-морганісти, і після цього настала практична заборона генетики, звільнення з посад керівників кафедр, лабораторій, інститутів, які мали відношення до викладання генетики чи генетичних досліджень. Немаловажну роль у звільненні з посади М.І. Єфімова відіграло й звинувачення керівництва Інституту, що він під час Великої Вітчизняної війни нібито співробітничав з окупаційними властями. На захист проф. М. Єфімова, з проханням відновити його на посаді завідувача стали студенти медінституту. Вони скерували відповідного мотивованого листа в Міністерство вищої освіти СРСР, однак позитивного результату не було. Боячись бути заарештованим, М. Єфімов покинув Львів і виїхав у Середню Азію.

У кінці 1948 р. на посаду завідувача кафедри біології був призначений Журбін Олексій Іванович, який на той час був вже досвідченим науковцем, працював в кількох наукових і навчальних закладах, зокрема в лабораторії І.В. Мічуріна [1, 13]. Його призначення відбулося зразу ж після того, як він в газеті “Правда” опублікував статтю “И.В. Мичурин и победа в биологии”. Народився О. Журбін у Полтавській обл. у 1899 році. Спочатку навчався в Харківському сільськогосподарському інституті, а потім у Московській сільськогосподарській академії, де здобув спеціальність “рослиник-генетик”. В автобіографії своїй пише (1949 р.): “Бажаючи повчитись у І.В. Мічуріна його перетворенню рослин, у кінці 1931 р. перейшов на роботу до І.В. Мічуріна, завідував лабораторією, виконуючи особисті завдання Мічуріна”. Під час війни О.І. Журбін працював в Узбекистані (1941-1944), потім у Київському державному університеті (1944-1946). Кандидатську дисертацію захистив у 1945 р. У 1946-1948 р. завідував кафедрою селекції Львівського сільськогосподарського інституту. Звідти і перейшов у Львівський медичний інститут. У 1955 р. захистив докторську дисертацію “Ботаніко-географічне обґрунтування районування і шляхів покращення сортів картоплі в західних областях УРСР”. У 1955 р. йому присвоєно звання професора. На кафедрі біології у той період, окрім проблеми районування сортів картоплі, займалися науковими дослідженнями, пов’язаними з гібридизацією тополь, профілактикою зоба і йодуванням деяких продуктів харчування, вивченням статевого хроматину при фіброміомах і пухлинах молочної залози тощо. Серед тогочасних публікацій кафедри можна відзначити “Ракостійкі сорти картоплі для західних областей УРСР” (1949), “Виведення нових гібридів тополь” (1951), підручник “Ботаніка” (1964) для студентів фармацевтичних факультетів, підручник “Ботаніка з основами загальної біології” (1968). Гібриди тополь були рекомендовані для озеленення промислових центрів і новобудов. За час завідування О.І. Журбіна (до 1970 р.) кафедра значно розширилась. До неї приєдналась кафедра ботаніки фармацевтичного факультету. Зросла кількість наукових напрямків досліджень. У 1970-1972 р. О. Журбін – професор-консультант кафедри, після чого за станом здоров’я звільнився з роботи. У цей період (1970-1972) обов’язки завідувача кафедри виконував доц. Н.Н. Коптєв.

З 1972 до 1986 р. кафедрю очолював Татарінов Кость Адріанович. Він народився у 1921 р. у Ростові-на-Дону. Навчався в Київському та Одеському університетах (1938-1942) та отримав спеціальність “біолог-зоолог”. У 1942-1947 р. служив у Радянській

Армії. Нагороджений орденом “Красной Звезды”, 7 медалями. Працював у Львові у Природничому музеї, Інституті агробіології, завідував кафедрою зоології Кременецького педінституту, працював на посаді доцента кафедри лісівництва Львівського лісотехнічного інституту, секретарем Західного наукового центру. У 1953 р. захистив кандидатську дисертацію “Звірі західних областей УРСР”, а у 1970 р. – докторську “Фауна неогенових і антропогенових хребетних Поділля і Прикарпаття, її історія та сучасний стан”. У 1972 р. йому присвоєно звання професора. К.А. Татарінов був автором понад 200 наукових, навчально-методичних та науково-популярних праць, зокрема підручника “Біологія” (1983) для студентів-медиків. Деякі з наукових робіт, опублікованих К.А. Татаріновим: “Особливості мамонтової фауни Поділля і Прикарпаття”, “Викопні антропогенові птахи західних областей України”, “Наземні хребетні Львова та його околиць”. Він був членом спілки журналістів СРСР, активно займався популяризацією знань на радіо та телебаченні. У той період на кафедрі проводилися і інші наукові дослідження, зокрема, пов’язані з вивченням генофонду носіїв трансмісивних захворювань серед горобиних птахів і ссавців у Західній Україні, хімічною природою екзо-метаболітів деревних рослин, жирнокислотним складом ліпідів у хворих на рак молочної залози. З.О. Служинська, яка працювала на кафедрі на посаді асистента, а потім доцента (1976-1999 роки), опублікувала ряд науково-популярних книг і посібників: “Рід людський в Україні”, “Спадковість людини”, “Генеалогія. Побудова, аналіз та застосування родоводів”, “Медична паразитологія” та інші.

У період 1986-1988 рр. обов’язки завідувача кафедри виконувала доц. І.В. Ковтун.

З 1988 р. дотепер кафедрою медичної біології завідує академік Української академії наук, доктор біологічних наук, заслужений працівник освіти України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, професор Воробець Зіновій Дмитрович. У зв’язку з реорганізацією кафедр, короткий період, з лютого 1997 до квітня 1998 року, кафедра медичної біології була об’єднана з кафедрою гістології та ембріології, після чого кафедри були знову роз’єднані. З.Д. Воробець за освітою біолог-фізіолог і біохімік. Народився у Львівській обл. в с. Нестюки Золочівського р-ну. Навчався у Львівському державному університеті ім. Івана Франка та Московському державному університеті ім. М.В. Ломоносова (1970-1975). Працював в Інституті молекулярної біології та генетики АН УРСР (1975-1976), закінчив аспіранту-

ру і працював в Інституті біохімії ім. О.В. Палладіна АН УРСР на посадах молодшого та старшого наукових співробітників (1976-1988), де у 1980 р. захистив кандидатську дисертацію “Характеристика трьох форм циклоАМФ-залежної протеїнкінази міокарда”, а у 1988 р. – докторську “Біохімічні аспекти регуляції пасивного транспорту кальцію в сарколемі міокарда”. У тому ж, 1988 р., З.Д. Воробець обійняв посаду завідувача кафедри медичної біології, паразитології та генетики Львівського медичного інституту, пройшовши за конкурсом, і переїхав у Львів. У 1990 р. йому присвоєно звання “старший науковий співробітник”, а у 1991 р. – звання “професор”. Протягом 1988-2009 років на кафедрі медичної біології активно проводиться навчально-методична та наукова робота. За цей час викладачами кафедри опубліковано 18 методичних вказівок, 36 навчальних і навчально-методичних посібників, 4 практикуми. З.Д. Воробець співавтор підручника “Медична біологія” (Вінниця: Нова книга, 2004, 2009), за який колектив авторів отримав Державну премію України в галузі науки і техніки 2007 року. За його редакцією виданий також підручник “Біологія” (Київ: Знання, 2009). На кафедрі у 2008-2009 н. р. 10 викладацьких ставок.

З приходом завідувачем З.Д. Воробця на кафедрі започаткований новий напрямок наукової роботи, який стосується біологічної ролі іонів кальцію в клітинах. Вона ведеться в кількох взаємопов’язаних напрямках [1, 14]:

– вивчення молекулярних механізмів регуляції проліферації нормальних і пухлинних клітин поліпептидними факторами росту та ролі іонів кальцію у цьому процесі;

– вивчення М-холінергічної рецепторної регуляції скоротливості серця та ролі в цьому процесі GTP-зв’язувальних білків, фосфатидилінозитидної та кальцій-транспортувальних систем;

– регуляторна роль іонів кальцію у функціонуванні глутатіонової антиоксидантної системи клітин. За цим напрямком дослідження проводяться на лімфоцитах периферичної крові та сперматозоїдах людини.

Окрім того, співробітники кафедри виконували наукову роботу по чотирьох отриманих грантах Державного фонду фундаментальних досліджень: “Вивчення ролі іонів кальцію в регуляції проліферації нормальних і пухлинних клітин” (1993), “Фундаментальна проблема реконструкції рецепторних структур в БЛМ та використання їх в якості чутливих елементів” (2001), “Молекулярні механізми патогенезу еректильної дисфункції судинного та ендокринного генезу у чоловіків” (2008), “Роль іон-транспортувальних систем лімфоцитів як критерій оцінки розвитку еректильної дисфункції у чоловіків” (2009).

За результатами наукових досліджень на кафедрі були захищені 9 кандидатських дисертацій та одна докторська: О.Р. Ткаченко “Зміни пероксидного окиснення ліпідів та антиоксидантна активність при гіпота гіперфункції щитовидної залози” (1993), О.Я. Чупашко “Кальцій-залежні процеси в нормальних і пухлинних клітинах під впливом поліпептидних факторів росту” (1996), О.С. Корчинська “Транспорт кальцію в опосередкованій дії поліпептидних факторів росту на нормальні та пухлинні клітини” (1996), Р.Г. Шикун “GTP-зв’язувальні білки та фосфатидилінозитидний цикл при М-ацетилхолінової регуляції скоротливості серця” (2001), Н.О. Підковка “Регуляторна роль іонів кальцію у функціонуванні глутатіонової антиоксидантної системи лімфоцитів крові” (2002), Г.В. Максим’юк “Роль іонів кальцію, калію, натрію та транспортувальних АТФаз у збереженні біологічної повноцінності сперматозоїдів” (2004), Н.С. Кочешкова “Ідентифікація та властивості іон-транспортувальних АТФ-гідролаз сперматозоїдів чоловіків за умов олігозооспермії” (2007), О.В. Коноварт “Механізми дії блокаторів H2-гістамінових і M1-ацетилхолінових рецепторів у лімфоцитах периферичної крові” (2008), О.І. Першин “Біохімічні механізми впливу свинцю на клітини крові щурів” (2008) та докторська дисертація – Н.М. Воробець “Ендогенні механізми формування стійкості рослин до дії іонів свинцю за участю аскорбат-глутатіонової системи” (2004). З.Д. Воро-

бець – співавтор монографії “Регуляція внутрішньоклітинної концентрації кальцію в м’язах” (Київ: Наукова думка, 1987). Загалом, співробітниками кафедри за проблемою, пов’язаною з біологічною роллю іонів кальцію, протягом 20 років опубліковано понад 200 наукових праць.

У 2008-2009 н. р. на кафедрі працювало 2 професори, 4 доценти, старший викладач, 3 асистенти.

Кафедра, у вирішенні наукових та навчально-методичних проблем, тісно співпрацює з Інститутом біохімії ім. О.В. Палладіна НАН України, Інститутом біології клітини НАН України, Кентським університетом (США), кафедрами медичної біології медичних університетів України.

Висновок. Протягом усього періоду існування кафедри медичної біології, окрім педагогічної роботи, на кафедрі активно проводились наукові дослідження з актуальних напрямків розвитку медицини та біології. Зокрема, успішно вирішувались проблеми, пов’язані з висипним тифом, регенерацією органів і тканин, селекцією рослин, роллю іонізованого кальцію в регуляції активності клітин тощо. Поєднання навчання та інтенсивної наукової роботи давало змогу навчати та виховувати висококваліфікованих фахівців. Наукові дослідження були та є тим найвагомішим чинником, що відрізняє університетський рівень освіти від усіх інших форм і видів освітньої діяльності.

Література

1. Зіменковський Б.С., Гжегоцький М.Р., Луцик О.Д. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2006. – Львів: Наутилус, 2006. – 416 с.

2. Зіменковський Б.С., Луцик О.Д., Різничок С.В. Австрійський період в історії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького // Acta Medica Leopoliensia. – 2007. – 13, № 3. – С. 99-118.

3. Krynski S. Rudolf Weigl (1883-1957) // Med. Dosw. Microbiol. -1967. -№ 19. -P.233-239.

4. Krynski S., Becla E., Machel M. Weigl's method of intrarectal inoculation of lice in production of typhus vaccine and experimental works with *Rickettsia prowazekii* // Ann. Acad. Med. Gdansk. – 1974. – № 4. – P. 19-51.

5. Бароян О.В. Итоги полувековой борьбы с инфекциями в СССР. – М.: Медицина, 1968. – 303 с.

6. Mariani G. (Addis-Ababa): Vaccinazioni contro il tifo esantematico eseguite nel 1938 sull'altipiano Etoppico con il vaccine Weigl // Ann. d'Igien. (Rome). – 1939. – № 49. – P. 316-322.

7. Rutten J. La mortalite des missionaries avant et apre

l'emploi du vaccine de Weigl // Dossiers de la Commission Synodale a Peking. – 1936. – P. 183-189.

8. Rutten J. Dernier resultats de vaccinations contre le typhus // Dossiers de la Commission Synodale a Peking. – 1943. – P. 79-84.

9. Krynski J. Bacterial infections in lice injected by Weigl method // Acta Neuroveg. (Wien). – 1967. – № 30. – P. 615-618.

10. Weigl R. Immunization against typhus in Poland during World War II // Texas Rep. Biol. – 1947. – № 5. – P. 177-179.

11. Ганіткевич Я. Українські лікарі-вчені першої половини ХХ століття та їхні наукові школи. Біографічні нариси та бібліографія. – Львів: В-во НТШ, 2002. – 542 с.

12. Мосінг Г.С. До 110 роковин з дня народження професора Рудольфа Вейгля // Мікробіол. журн. – 1994. – 56, № 3. – С. 98-100.

13. Журбін О.І. З історії кафедри біології і ботаніки. Основні напрями в розвитку діяльності кафедр Львівського медичного інституту / Під ред. М.В. Даниленка та І.Я. Шапіро. – Львів, 1966. – С. 38-41.

14. Мороз О.М., Влох І.Й., Шкаволяк А.В. Дослідження функцій та дисфункцій іон-транспортувальних механізмів: Бібліографічна серія, випуск 1. – Львів: Ліга-прес, 2004. – 104 с.

УДК 378:616.1/4-07/-08(093)

ІСТОРИКО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

А.М. Пришляк, І.А. Прокоп, М.І. Бобак, С.В. Бондаренко, Н.І. Данилишина

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

HISTORICAL AND PEDAGOGICAL ASPECTS OF EVIDENCE-BASED MEDICINE

A.M. Pryslyak, I.A. Prokop, M.I. Bobak, S.V. Bondarenko, N.I. Danylyshyna

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті висвітлено становлення доказової медицини, проаналізовано її переваги і перспективи впровадження в медичну освіту.

The article deals with the evidence-based medicine setting as well as with advantages and perspectives of its introducing into medical education.

Вступ. У 90-ті роки ХХ ст. набула розвитку і загального визнання нова доктрина – доказова медицина (evidence-based medicine). У рамках цієї доктрини сформульовано ієрархію ступенів доказовості наукових досліджень у медицині, яку сьогодні взяли на озброєння системи охорони здоров'я передових країн світу. Крім того, виник новий аналітичний інструмент для аналізу і узагальнення даних, отриманих під час різних медичних досліджень, який назвали систематичним оглядом, або мета-аналізом. Усі ці теоретичні нововведення разом із розвитком нових інформаційних технологій (Інтернет, пошукові системи, повнотекстові бази даних) привели до появи цілої мережі міжнародних організацій, які займаються пошуком, критичною оцінкою і узагальненням результатів медичних досліджень.

Основна частина. Філософське коріння концепції доказів в медицині сягає середини ХІХ ст. До цього часу протягом багатьох століть для лікарів слугували лише власні припущення або, у кращому разі, праці стародавніх філософів і алхіміків, чий погляд мали авторитет і сторіччями не піддавалися сумнівам [1].

Становлення природничо-наукових знань відкинуло багато неефективних методів лікування, які широко застосовувалися до того часу. З іншого боку, за останнє сторіччя було розроблено, апробовано і впроваджено в практику медицини значну кількість ефективних методів лікування і профілактики хвороб. Застосування наукових доказів дозволило відмежувати наукову медицину від знахарства, шаманства

тощо. Концепція наукових доказів, яка складалася десятиліттями, дала змогу медицині вийти на новий, сучасний рівень розвитку, з'ясувати природу більшості хвороб і підібрати ефективне лікування для багатьох пацієнтів [2].

Можна стверджувати, що в сучасних розвинених державах доказова медицина стає своєрідним форумом, в рамках якого узгоджуються інтереси різних суспільних і професійних груп: лікарів і їхніх професійних співтовариств, виробників ліків і устаткування, страхових організацій, пацієнтів, законодавців і органів державного управління. Існує цілий ряд ключових питань, на які повинне відповісти будь-яке суспільство. Які найнадійніші джерела медичних знань? Яким медичним дослідженням можна довіряти і які слід впроваджувати в практику? Яких результатів має очікувати суспільство від застосування нових медичних технологій? Які медичні технології гідні громадського фінансування? Яка, нарешті, соціальна функція медицини?

До епохи доказової медицини принципово неможливо було знайти консенсус щодо цих питань: не було універсальних аргументів, які поділяли б усі учасники дискусії. Та й ніхто і не прагнув досягнути консенсусу: впродовж століть беззастережно домінувала нічим не регламентована думка експертів з різних галузей медичних знань. Саме вони визначали об'єм і характер медичних маніпуляцій при різних станах, оцінювали результативність і якість лікування та діагностики.

© А.М. Пришляк, І.А. Прокоп, М.І. Бобак та ін.

Доказова медицина висуває єдині, чіткі і зрозумілі як для клініцистів, так і для організаторів охорони здоров'я критерії, які дають змогу оцінити ефективність тих чи інших медичних втручань. Разом з тим, вона перешкоджає розповсюдженню маловивчених, недоведених, неефективних або небезпечних медичних технологій, що, безумовно, сприяє перерозподілу обмежених ресурсів на користь надійних, обґрунтованих методів діагностики, профілактики і лікування [3, 4].

Удосконалення якості медичної допомоги на рубежі ХХ-ХХІ ст. стало основним вектором розвитку національних систем охорони здоров'я в передових країнах. Розглянемо основні переваги доказової медицини крізь призму медичного, етичного, економічного, юридичного й освітнього аспектів.

Медичний і етичний аспект. Лікарі призначають тільки ті діагностичні процедури, які дають реальну інформацію про стан пацієнта, не наносять шкоди здоров'ю і дозволяють підібрати найбільш ефективний метод лікування. Лікарі призначають лише ті методи лікування, які раніше довели свою ефективність в коректних дослідженнях на тисячах подібних пацієнтів. Пацієнт поінформований про те, що з ним відбувається, бере участь в прийнятті рішень щодо застосування відповідних методик, спрямованих на поліпшення стану його здоров'я, і може завжди перевірити правильність призначень. Доказова медицина робить спілкування лікаря і хворого чесним, відкритим і прозорим.

Економічний аспект. Оплата медичних послуг може здійснюватися з різних джерел: державний бюджет, фонди обов'язкового або добровільного медичного страхування і, зрештою, особисті кошти громадян. Що об'єднує всі ці чотири джерела? Перш за все, небажання платити за зайве обстеження, необґрунтоване і неефективне лікування. З іншого боку, бажання отримати максимальний ефект від тих коштів, які витрачаються. Доказова медицина допомагає використовувати їх ефективно.

Юридичний аспект. У громадян, страхових компаній, держави, громадських організацій є єдиний

інструмент – стандарти надання максимально адекватних медичних послуг. Доказова медицина дає змогу юридично контролювати будь-яку діяльність у сфері медицини.

Освітній аспект. Дотримання стандартів доказової медицини дозволило б ефективно і професійно навчати лікарські кадри і вчасно підвищувати їхню кваліфікацію. При цьому не буде таких разючих відмінностей між дипломами, отриманими в різних медичних навчальних закладах, і, відповідно, у кваліфікації лікарів. Доказова медицина дозволяє лікувати хворих, використовуючи єдині найбільш ефективні підходи. У цьому ракурсі актуальними залишаються питання викладання основ доказової медицини як самостійного предмета у вищому медичному навчальному закладі.

Вивчення студентами доказової медицини має охоплювати такі аспекти: 1) постановка клінічного питання (стосується основних аспектів ведення хворих: причина захворювання, лікування, профілактика, діагностика, прогноз); 2) пошук доказів, тобто відповідей на поставлені питання (вибір найбільш достовірних епідеміологічних досліджень, що дають відповідь на те, що є дійсною причиною захворювання в популяції людей, що є найбільш ефективним в лікуванні даних пацієнтів, який метод діагностики найбільш якісний і т. д.); 3) критична оцінка отриманих відповідей (оцінка достовірності матеріалів досліджень, що доводять, наприклад, ефективність будь-якого методу лікування і т. д.); 4) застосування отриманих доказів в медичній практиці; 5) оцінка результатів упровадження доказової медицини в практичну діяльність лікаря [5].

Висновок. Упровадження основ доказової медицини в освіту: 1) навчить студентів проводити пошук достовірної і якісної інформації, диференціювати її за ступенем цінності і ефективно використовувати в подальшій клінічній практиці та дослідницькій роботі; 2) сприятиме поліпшенню підготовки випускників вищих медичних навчальних закладів відповідно до сучасних світових стандартів лікування; 3) зміцнить міжнародний рейтинг вітчизняного диплома медичного працівника.

Література

1. Гринхальт Т. Основы доказательной медицины: Пер. с англ. / Т. Гринхальт; под ред. И.Н. Денисова, К.И. Сайткулова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 288 с.
2. Sackett D., Richardson W., Haynes R. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM // Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997. – 128 p.

3. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – М.: МедиаСфера, 2001. – 392 с.
4. Мінцер О. Доказова медицина // Ваше здоров'я. – 2005. – 7-13 січня. – С. 10.
5. Скакун М.П. Доказова медицина: що, де і як викладати у медичних ВНЗ // Медична освіта. – 2005. – № 1. – С. 4-9.

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.

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

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

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

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

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

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

Приклади бібліографічних посилань

– *посилання на книги:*

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

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

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

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

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

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

Перекладні видання:

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

– *посилання на статті:*

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

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

– *посилання на доповіді, тези доповідей:*

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

– *посилання на патенти, авторські свідоцтва:*

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

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

– *посилання на дисертації і автореферати дисертацій:*

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

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

– *посилання на укази, накази, постанови, закони:*

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

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

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

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

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

11. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, не реєструються. У першу чергу друкуються статті переддруків 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 “Медицина освіти”
Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського
Майдан Волі, 1
46001, Тернопіль
Україна.

Бажаємо успіху!