

лікування, сфери трансплантології, залучення родичів пацієнтів до взаємодії при наданні медичної допомоги і, в цілому вирішення конфлікту до його переходу в цивільний або кримінальний процес.

Таким чином, необхідним є не тільки використання традиційної теоретичної освіти, навчання в формі лекцій та теоретичних занять, а й самостійної програми тренування навичок в малих студентських групах та, що особливо важливо, в групах лікарів-інтернів, яка була б складена за участю фахівців в області етики, права, психології та клінічних дисциплін.

ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ БЕЗПЕКИ ТА ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ВИЩОЇ ОСВІТИ

О.М. Плегуца, Я.Г. Іванушко*, О.Й. Хомко, Р.І. Сидорчук, І.Л. Куковська*****

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти; *кафедра
медицини катастроф та військової медицини**; кафедра загальної хірургії*

Вищий державний навчальний заклад України

“Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці

****Кафедра безпеки життєдіяльності*

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Сучасний етап розвитку людства, що відрізняється прогресуючими процесами глобалізації та формуванням таких нових суспільних форм як інноваційне та інформаційне суспільство, вимагає реформування та модернізації освіти. Основною стратегією системи освіти розвинених країн є впровадження концепції безперервної освіти, або освіти протягом життя. Згідно Резолюції Європейського Союзу щодо навчання протягом життя, воно повинно охоплювати навчання починаючи з дошкільного віку і закінчуючи пост пенсійним, включаючи цілий спектр формальних і неформальних форм навчання. Більш того, навчання впродовж життя повинно розглядатись як будь-яка навчальна діяльність впродовж життя з метою удосконалення знань, вмінь та навичок у рамках особистої, громадської, соціальної і / чи трудової перспективи при рівній можливості доступу до якісного навчання. Безперервна освіта є необхідною умовою становлення інформаційного суспільства та розвитку економіки знань. У формуванні безпечної поведінки ряд дослідників виокремлює чотири етапи.

Першим етапом формування є ознайомлення із загальними нормами, алгоритмами, правилами безпечної поведінки. Другий етап – етап формування ставлення. Необхідно викликати позитивне ставлення до норм і правил безпечної життєдіяльності, сприяти готовності сприйняти їх як значущі для себе. Третій етап – етап формування поглядів і переконань. Цей етап характеризується сприйняттям і перетворенням норм, правил безпеки, алгоритмів дій в особисте надбання. Четвертий етап передбачає формування спрямованості особистості. Фундамент формування культури безпеки та здоров'я закладається ще в шкільному віці, що визначає подальший гармонійний розвиток особистості і суспільства. Безумовно, що провідна роль у вирішенні зазначеної проблеми належить викладачу, який усвідомлює необхідність цілеспрямованої діяльності,

«Проблеми та перспективи післядипломної підготовки лікарів, провізорів та фармацевтів»

щодо збереження життя й зміцнення здоров'я, спроможний ефективно сприяти формуванню безпечної поведінки підростаючого покоління.

Однією з форм впровадження безперервної освіти та дотримання принципу відкритості освітнього процесу є впровадження дистанційних форм навчання. Його основними технологіями на сучасному етапі є кейс-технології, яка є близьким аналогом заочного навчання, TV- та мережні технології. Основою сучасного дистанційного навчання є мережна технологія, як найбільш мобільна і перспективна. Саме вона дозволяє перейти від технології догматичної дидактичної системи до, як мінімум, – пояснювально-ілюстративної.

Висновки. Отже, одним із пріоритетів сучасної системи освіти визначено необхідність формування безпечної поведінки студентів, навичок поведінки в небезпечних ситуаціях різного походження, стійкої мотивації щодо безпечної життєдіяльності та здорового способу життя.

ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ З АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

Л.М. Рак, Л.В. Никифор*

*Кафедра акушерства та гінекології, *кафедра сімейної медицини.*

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

На виконання Указу Президента України від 27.04.2011 №504 «Про Національний план дій на 2011 рік щодо впровадження програм економічних реформ на 2010-2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава”, з метою вдосконалення організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги у відповідність до сучасних вимог охорони здоров'я в Україні, наказом МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р. регламентується, що “амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога здійснюється в амбулаторіях загальної практики/сімейної медицини, в жіночих консультаціях, гінекологічних кабінетах центральних районних лікарень, сільських лікарських амбулаторіях, фельдшерсько-акушерських пунктах, центрах планування сім'ї, оглядових кабінетах поліклінік.

На I рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу мешканці села отримують на ФАПах, у амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини (без лікаря акушера-гінеколога). Амбулаторна робота акушерки на I етапі, в основному, має профілактичний характер з метою попередження небажаної вагітності, ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань. Вагітні із неускладненим загальним і акушерським анамнезом, а також неускладненим перебігом вагітності можуть знаходитися під динамічним спостереженням лікаря загальної практики – сімейної медицини/акушерки/фельдшера, з обов'язковою консультацією лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації центральної районної лікарні в 19-21 і 30 тижнів вагітності. У разі виникнення акушерських ускладнень, патології плода, загострення