

Гайдуков В. А.
доцент кафедри догляду за хворими
та вищої медсестринської освіти

Маринчич І. М.
асистент

Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ЗАКОМУ УКРАЇНИ «ПРО ВИЩУ ОСВІТУ» ДОРОГОВКА НА ШЛЯХУ ДО ЄВРОПЕЙСЬКОГО ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ

Сирмування України в Європейський простір вимагає від нас прийняття їхніх економічних та соціально-політичних положень. Сучасна політекономія стверджує, що суть цих положень в країнах Європи, Північної Америки зводиться до одного – вільний рух капіталу і робочої сили з країни до країни. Зрозуміло, що наша наука і освіта, які створюють робочу силу, повинні бути інтегровані в європейський шлях розвитку суспільства, вони повинні бути інтернаціональними.

Закон України «Про вищу освіту» на сьогодні – є актуальним і згідно до 56 статті, уже з 1 вересня 2015 року, ми повинні привести у відповідність початковий процес до вимог закону [1, с. 7–89]. Вчена рада ДВНЗ Буковинського медичного університету прийняла рішення про перехід на 600-годинне навантаження науково-педагогічних працівників. Це вимагає змін у розподіл годин за всіх дисциплін у сторону упливання тематики практичних занять, яке не повинно перевищувати 20% аудиторного навантаження. Це приведе до збільшення кількості годин з самостійної роботи, яка може досягти до 50% тем дисципліни. Самостійна робота студента (СРС) привнесе навички до самоосвіти, що є дуже важливим для майбутнього фахівця, який буде працювати в умовах зростання інформації вдвічі, кожних 3–5 років. Електронний ресурс платформи Moodle повністю забезпечує кожного студента навчальним матеріалом до всіх практичних занять та СРС. Така уніфікація медичної освіти України відповідно до Європейського медичного освітнього простору буде вимагати напруженої роботи вучильського колективу.

1. Приведення програм до і особово післядипломної освіти лікарів і медичних сестер у відповідність з Європейською практикою.
 2. Удосконалення системи безперервного професійного розвитку (БІР) медичних працівників згідно з Європейською практикою.
 3. Створення програм підготовки менеджерів у системі охорони здоров'я з урахуванням Європейської практики.
 4. Формування освіти державного замовлення на підготовку та підвищення кваліфікації студентів наукових та науково-педагогічних кадрів відповідно до потреб галузі охорони здоров'я у ВМІЗ [2, с. 5–7].
- Велика увага приділяється записом студентами практичних навичок (статті 9 і 10 Закону). З цією метою на кафедрі функціонує центр практичної

підготовки, який оснащений аксісними фантомами та манекенами. У тренінговому центрі студенти засвоюють практичні навички, які визначені ОІПІ. За рішенням очної ради, кожен студент має формуляр обліку практичних навичок (ПН-Мі курсів), де фіксуються всі навички, які студенти оволодівають від час навчання в кожній дисципліні на всіх курсах. Формуляр практичних навичок, підписаний викладачем, є допуском до підсумкового модульного контролю.

Законом передбачені нові принципово нові форми післядипломної освіти. Проаналізувавши нормативно-правові акти структури післядипломної освіти в Європі та у світі фахівці Міністерства охорони здоров'я України прийшли до висновку, що безперервний професійний розвиток (БІР) повинен базуватись на трьох ступенях розвитку і становлення медичного фахівця. Перший – (обов'язковий) післядипломна підготовка – навчання в інтернатурі (набуття первинної післядипломної спеціалізації). Після закінчення інтернатури лікар повинен відпрацювати 3 роки у закладах охорони здоров'я первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги.

Другий ступінь післядипломної підготовки – навчання в резидентурі (набуття вузької спеціалізації). Такі фахівці матимуть право працювати в закладах охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги. Після закінчення резидентури лікар (вузький спеціаліст) повинен відпрацювати 3 роки в закладі охорони здоров'я – замовника такої підготовки.

Третій ступінь післядипломної освіти – клінічна ординатура. Отримання такої кваліфікації лікаря-спеціаліста з певної спеціальності, буде необхідною умовою для роботи такого фахівця на посадах начальників (завідувачів) структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу.

Три етапи післядипломної освіти будуть відбуватися у закладах ІV рівня акредитації з запровадженням системи дистанційного навчання.

Навчаючи фахівців «Сестринської справи» (рівні – медична сестра, бакалавр та магістр), 5 стаття Закону вимагає докорінного перегляду положень третнього освітньо-наукового рівня. Ми вважаємо, що це питання є на часі, тому, що медичні сестри з вищими науковими ступенями пробіють медсестринство України завершеним, самодостатнім і таким, що має тенденцію до саморозвитку. Для цього нам потрібно взяти за основу гуманістичну спрямованість і автономність медичного працівника, що базується на основах Всесвітньої організації охорони здоров'я. Такий досвід, вивчений часом, є в Європі – Градська школа, у Північній Америці – Канадська школа.

Третій рівень вищої освіти передбачає не тільки виконання дисертаційної роботи, але й освітньо-наукової програми аспірантури, впродовж 3–5 років навчання, в обсязі 60 кредитів ЄКТС. Програми докторантури повинні бути цілеспрямованими, адаптованими до обраного напрямку спеціальності, за якою здійснюється підготовка і ґрунтуватися на поглибленій підготовці лідерів-менеджерів практичного медсестринства, лідерів дослідників у галузі «Сестринська справа», лідерів теоретиків, які розробляють і реформують медсестринську освіту, педагогічну та епіхологію в медсестринстві [3, с. 1–23].

Оскільки якість дисертацій зі спеціальності «Сестринська справа» відбувається вперше в Україні, то повинні бути вирішені і такі питання: під яким

шифом мають бути дисертації з «Сестринської справи», де їх реєструвати та затверджувати. Щодо вченої ради, де може проводитись захист дисертацій зі спеціальності «Сестринська справа», то це може відбуватися у стінах Буковинського державного медичного університету або в Житомирському та Тернопільському інститутах медсестринства, при наявності ліцензії.

16 стаття Закону вимагає якісного внутрішнього контролю якості освіти в університеті. З цієї метою в 2014 році в Буковинському державному медичному університеті була розроблена інформаційна система обліку відвідування занять та успішності студентів – «Електронний журнал успішності» [4, с. 45-47]. Він суттєво вплинув на оперативність моніторингу, і відповідно, на своєчасність та якість управлінських рішень. Дуже важливим аспектом такої інформаційної системи є відкритість та прозорість навчального процесу через доступ до результатів успішності студентів, відзеркалення їх особистісного рейтингу.

Завдяки передовим комп'ютерним технологіям створюються умови, коли на другій половині планети, наприклад, в Індії батьки студента кожного дня можуть знати, яку оцінку отримав їхній син, яку вивчав тему чи можливо він пропустив заняття та ін. Електронний журнал успішності не тільки забезпечив прозорість та публічність оцінювання студентів, а й суттєво збільшив кількість відвідувачів сайту університету.

Список літератури:

1. Про вищу освіту: Закон України від 01 липня 2014 року № 1516-VII // Офіційний вісник України. 2014. – С. 7-89.
2. Старча Т.М., Волосовець О.П., Ключенко Ю.С. та ін. Сучасні завдання вищої медичної освіти та кадрового забезпечення реформування галузі. Матеріали Всеукраїнської національно-наукової конференції з міжнародною участю (Тернопіль, 21-22 трав. 2015 р.). – Тернопіль: ТДМУ, 2015. – С. 5-7.
3. Лавриш Ю.Д. Професійна підготовка медичних сестер в університетах Канади: автореф. на здобуття наукового ступеня канд. педагогічних наук: спец. 13.00.04 // Теорія Ю.Д. Лавриш К., 2008. – 23 с.
4. Бойчук Т.М., Геруш І.В., Ходоровський В.М., Барбе А.М. Перший досвід впровадження електронного журналу успішності в Буковинському державному медичному університеті. Матеріали Всеукраїнської національно-наукової конференції з міжнародною участю (Тернопіль, 21-22 трав. 2015 р.). – Тернопіль: ТДМУ, 2015. – С. 45-47.

Загороднюк К. Ю.

кандидат медичних наук, доцент кафедри гігієни та екології
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

ГІГІЄНИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ НЕВІДКЛАДНИХ ЗАХОДІВ ЗІ ЗМЕНШЕННЯ НЕІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Одним з вирішальних факторів економічного розвитку і екологічної безпеки більшості країн світу, в тому числі нашої, у XXI сторіччі є водні ресурси. Згідно з дослідженнями в галузі охорони здоров'я та навколишнього середовища, перше місце серед факторів, що негативно впливають на рівень популяційного здоров'я, посідає вода, яка випередила в цьому списку атмосферне повітря та харчові продукти [1, с. 4-5].

В Україні проблема якості питної води особливо гостра. За темпами зростання рівня онкозахворюваності (3,5%), Україна посідає, за підсумками 2014 року, перше місце серед країн Європи. Рівень захворюваності на колоректальний рак в Україні вищий порівняно із середніми значеннями рівня захворюваності на цей рак в інших, менш розвинених країнах (за даними Міжнародної агенції з дослідження раку) [2].

Головною причиною такої високої онкозахворюваності серед українців є питна вода. Питна вода, яку отримують з поверхневих джерел водопостачання, містить канцерогенні сполуки, а тому небезпечна для здоров'я людей. За даними В. О. Прокопова, серед причин розвитку колоректального раку хлорувана питна вода поверхневих джерел водопостачання з пошадюрмовим вмістом хлорорганічних сполук складає 38% – більше, ніж будь-який інший чинник. Саме хлорорганічні сполуки, які утворюються в результаті взаємодії органічних сполук природних вод із хлором або хлоромісними дезінфектантами, які застосовуються майже на всіх водоочисних спорудах (ВОС) України, мають канцерогенну дію [3, с. 20-21].

Сьогодні на абсолютній більшості ВОС України реалізовані застарілі технологічні схеми водопідготовки, які не дозволяють отримати питну воду нормативної якості, зокрема і за вмістом у ній хлорорганічних сполук. В результаті більше 80% населення України, яке забезпечено водою з поверхневих джерел, споживають шкідливу для здоров'я воду [4, с. 33-40].

Для вирішення проблеми потрібно змінити існуючу систему водопостачання та водопостачання.

Перший варіант такої зміни – перехід на застосування реагентів, які забезпечують необхідну ефективність очищення при відносно низькому дозованому резерві води.

Одним із етапів очищення води на ВОС є процес коагуляції. Недостатня ефективність коагуляції створює передумови для взаємодії органічних сполук природних вод поверхневих джерел водопостачання з хлором, в результаті чого утворюються канцерогенні хлорорганічні сполуки. Зараз на ВОС в якості коагулянтів застосовують сульфат алюмінію $Al_2(SO_4)_3 \cdot 18H_2O$. Проведені експерименти