

– готов использовать знание современных проблем науки и образования при решении образовательных задач (ОК-2);

– способен самостоятельно приобретать с помощью информационных технологий и использовать в практической деятельности новые знания и умения, в том числе, в новых областях знаний, непосредственно не связанных со сферой профессиональной деятельности (ОК-5);

– владеет основными химическими понятиями, законами, теориями, применяет их для объяснения явлений и процессов, изучаемых химией (СК-2).

Спецификой обучения в магистратуре является небольшое количество часов, отводимое на аудиторную работу, но большее на самостоятельную. Именно в организации самостоятельной работы магистрантов, направленной на повышение уровней естественнонаучной грамотности, компетентности, культуры и естественнонаучное мировоззрение магистрантов, в большинстве своём людей, уже работающих в системе образования, мы видим направление инновационной работы кафедры химии и методики преподавания химии Омского государственного педагогического университета.

Литература

1. Гилязова, И. Б. Мониторинг сформированности компонентов химической картины природы студентов: монография. / И. Б. Гилязова – Омск: изд-во ОмГПУ, 2015. – 148 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕХНОЛОГИИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ С ОЦЕНКОЙ «ВОЗРАСТА ЛЕГКИХ» У СТУДЕНТОВ-КУРИЛЬЩИКОВ

Горбань В.В., Корольчук И.С.
*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,
Краснодар, Россия*

Общеизвестно, что табакокурение является причиной многих тяжелых заболеваний, приводящих к преждевременной смерти [2]. Россия входит в число стран с высокой распространенностью табакоку-

рения, насчитывающей 20 млн. курящих мужчин и 5 млн. курящих женщин [3, 4]. Значимой региональной медико-социальной проблемой является табакокурение среди молодежи. По итогам губернаторской программы «Будьте здоровы» в 2009 г. в Краснодарском крае табакокурение выявлено у 23% городских и 21% сельских подростков. Проведенные сотрудниками кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России исследования среди студенческой молодежи обнаружили распространенность табакокурения, характерную для взрослой популяции ($36\pm 4,3\%$ в 2007-2008 гг. и $34\pm 2,6\%$ в 2010-11 гг.). Мониторинг 2013 года показал двукратное уменьшение этого показателя до $16,7\pm 4,8\%$ ($p < 0,05$). Это стало возможным благодаря созданию в медицинском университете в 2012 году «Учебно-методического центра по обучению здоровому образу жизни» и внедрению тематической системы обучения [1]. Одним из направлений программы здоровьесбережения стала организация теоретических и практических занятий в «Учебно-методическом центре» с обязательным обследованием всех студентов на смokableйзере. Важными аспектами научно-практической деятельности «Центра» являются выявление курящих студентов и организация помощи при отказе от курения: консультирование, динамическое наблюдение, профилактические беседы, повышающие мотивацию к отказу от табакокурения. Ряд клинических исследований доказывает прямую зависимость процента положительных решений бросить курить от длительности профилактической беседы и показывает различную эффективность поведенческих профилактических технологий: краткого и углубленного консультирования, индивидуального и группового, с применением наглядных агитационных материалов и / или печатной продукции [3, 5]. Вместе с тем у молодежи имеется недостаточная мотивация на сохранение и укрепление здоровья [1, 3]. Осознание серьезности проблемы табакокурения и высокую степень мотивации к отказу от него, по данным кафедры,

демонстрируют в среднем только каждый седьмой студент-курильщик. Даже после полного отказа от курения табака контроль и наблюдение за пациентами крайне необходим для профилактики рецидива, опасность которого особенно велика в течение первых 6 - 12 месяцев. Доказано, что в случае самостоятельного отказа от курения (без медикаментозного лечения) и отсутствия дальнейшей поддержки врача (краткое консультирование) рецидивы табакокурения в течение 1 года составляют 95%. Таким образом, при отсутствии должной поддержки огромные усилия, затраченные на достижение отказа от курения, утрачиваются и примерно 75-80% лиц возвращаются к табакокурению [6]. В связи с этим актуальным является определение и оценка эффективности различных приемов и технологий профилактического и противорецидивного консультирования молодых пациентов с легкой зависимостью от табака для дальнейшего их внедрения в практику.

Цель исследования: изучить непосредственный эффект психологического приема – оценка «возраста легких» и определить прогностическую эффективность технологии противорецидивного консультирования с оценкой «возраста легких» в динамике.

Материалы и методы. Проведен скрининг факторов риска у 484 студентов лечебного факультета 1-6 курсов со средним возрастом $22,8 \pm 0,08$ года, из которых выявлено 96 курильщиков (19,8%) – 68 юношей (70,8%) и 28 девушек (29,2%). План обследования включал: опрос, анонимное анкетирование, осмотр, определение концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе на газоанализаторе «Smoke Chek», спирометрию, пульсоксиметрию, консультацию терапевта с оценкой никотиновой зависимости (тест Фагерстрема) и степени мотивации к отказу от курения. При проведении спирометрии обязательно осуществлялась опция расчета «возраста легких». Доказано, что данный параметр не является диагностическим и предназначен не для врачей, а для заинтересованности пациента. Расчет «возраста легких» основан на одном и

важнейших показателей диагностики ХОБЛ – ОФВ1. Должные значения по «возрасту легких» рассчитываются исходя из этого показателя с учетом специфичности и минимального возраста пациента (20 лет) на Vitalograph COPD-6.

На первом этапе были сформированы группы наблюдения: 1-ю группу курящих (с высокой мотивацией) разделили на две подгруппы – 1А, где проводили 30-минутную индивидуальную профилактическую беседу, и 1Б, где помимо беседы оценивали «возраст легких». Во 2-й группе курящих (с низкой мотивацией) и 3-ей группе курящих (с отсутствием мотивации) также проводили профилактическую беседу с оценкой «возраста легких».

На втором этапе оценивали количество студентов с высокой мотивацией и полным отказом от курения к третьему месяцу наблюдения после первичной профилактической беседы.

На третьем этапе из студентов, бросивших курить, сформировали 2 группы: в основной группе ($n=20$) применили технологию «поддерживающих бесед» (15 мин.) с обязательной оценкой «возраста легких». В группе контроля ($n=21$) – только «поддерживающие беседы». Объективный контроль наличия рецидива табакокурения осуществляли на смokable-зере через 6, 9 и 12 месяцев.

При статистической обработке данных использовали компьютерную программу «Biostat». Для оценки эффективности технологии рассчитывали отношение риска рецидивов в основной группе к риску в контрольной, а также снижение относительного риска (RRR) рецидива табакокурения в основной группе.

Результаты и обсуждение: на первом этапе данные анкетирования показали, что большинство студентов (79,1%) являются «легкими» курильщиками (выкуривают менее $\frac{1}{2}$ пачки в сутки), 19,7% – более 10 сигарет/сутки и только 1,2% выкуривает примерно 1 пачку/сутки. Объективно это подтверждалось концентрацией СО в выдыхаемом воздухе: более половины обследованных (59,4%) относились к редко курящим ($CO=1,2 \pm 0,5$ ppm), а 1/3 (33,3%) – к легким курильщикам

(CO=7,8±1,6 ppm); 7,3% – к курильщикам средней степени. Никотиновая зависимость (по тесту Фагерстрема) чаще была слабой или очень слабой степени (у студентов в 52% и 26% случаев, а у студенток – в 56% и 38% случаев соответственно). В то же время высокая степень мотивации к отказу от курения у будущих врачей исходно (до консультирования) была крайне низкой (полностью могли отказаться от табакокурения только 13,3% студентов и 14,2% студенток). Не готов был отказаться от сигареты практически каждый 4-5 студент, сомневающийся в необходимости бросить курить было большинство (в среднем – 64,5%). Такой психологический прием, как определение «возраста легких», способный повысить мотивацию, показал, что «возраст легких» по COPD-6 был выше у всех обследованных по сравнению с их паспортным возрастом (21,5±4,2 года) в 1,6-1,8 раза (у юношей – 34,0±4,2 года, у девушек – 39,0±3,6 лет соответственно).

К концу 3-го месяца в 1-й группе (с высокой мотивацией, $n=24$) после проведения индивидуальной профилактической беседы в подгруппе 1А ($n=11$) бросили курить 4 студента (36,3%), а в подгруппе 1Б ($n=13$) удельный вес студентов, бросивших курить был в 1,7 раза больше (61,5%). Во 2-й группе (со слабой мотивацией, $n=60$) полностью отказались от табакокурения 22 курильщика (36,6%): их суммарный мотивационный индекс увеличился с $3,6±0,2$ до $6,4 ± 0,2$ баллов; $p<0,01$. В 3-й группе (с отсутствием мотивации, $n=7$) у 5 курильщиков (71,4%) отмечено усиление мотивации, что подтверждено увеличением мотивационного индекса с $4,6±0,3$ до $2,5±0,2$ баллов; $p<0,01$. В целом к третьему месяцу наблюдения объективно бросили курить более 1/3 студентов (34 человека) от числа выявленных курильщиков, хотя исходно имели высокую мотивацию только 12,5% курящих студентов.

Анализ результатов годового наблюдения за группами бывших курильщиков, в которых применялись различные технологии противорецидивного консультирования, показал, что в основной группе

было 6 рецидивов из 20 наблюдений, а в контрольной – 12 рецидивов из 21 наблюдения. Следовательно, в основной группе каждый бывший курильщик имел только 52% шансов на неудачу (RR=0,52) по сравнению с контролем. Снижение показателя «относительного риска» (RRR=0,48) указывает на снижение риска рецидива табакокурения на 48% в основной группе, где проводилась технология поддерживающей беседы с оценкой «возраста легких» по сравнению с контролем.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

1. Психологический прием с оценкой «возраста легких» у курящих пациентов молодого возраста (студентов) повышает мотивацию к отказу от курения: с низкой мотивацией – в 2,7 раза, при ее отсутствии – в 6,9 раза.

2. Технологии противорецидивного консультирования в виде поддерживающих бесед с оценкой «возраста легких» сопровождались снижением относительного риска рецидива табакокурения на 48%, что позволяет рекомендовать их к использованию у курильщиков молодого возраста для профилактики рецидивов табакокурения в течение первого года после полного отказа от табака.

Литература

1. Алексеенко, С. Н. Опыт создания учебно-методического профилактического инфраструктурного подразделения в медицинской образовательной среде / С. Н. Алексеенко, В. В. Горбань, Л. В. Бурба, Ю. В. Каруна, Е. М. Филипченко, И. С. Корольчук // Международный журнал экспериментального образования, 2014. – №4. – С. 29-31.
2. Глобальная стратегия диагностики и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Пересмотр 2007. Перевод с англ. Под ред. Чучалина А. Г. / М.: Издательский дом «Атмосфера», 2008. – 100 с.
3. Сахарова, Г. М. Оказание помощи по отказу от табака в терапевтической практике: Методические рекомендации для врачей / Г. М. Сахарова, Н. С. Антонов. – М., 2010. – 31 с.

4. Юшук, Н. Д., Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: Учебное пособие/ Под ред. Н. Д. Юшука/ Н. Д. Юшук, И. В. Маев, К. Г. Гуревич. –М.: Издательство «Перо».–2012. – С. 61, 229.
5. Litt, J. How to provide effective smoking cessation advice in less than a minute without offending the patient // Aust Fam Physician.- 2002. - V.31, N12. - P.1087-1094.
6. Fior, M.C., Jaen C.R., Baker T.B. et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Services. May, 2008.

КОНТЕКСТНЫЕ ЗАДАЧИ ПРИ ОБУЧЕНИИ ХИМИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Гринченко Е.Л.

ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России,
Омск, Россия

Качество формирования профессиональных компетенций обеспечивается активностью студентов, ростом самостоятельности в принятии решений, системностью в анализе ситуации, умением решать профессиональные проблемы. Очевидно, что все это возможно в процессе самостоятельной работы по химии. Учебные дисциплины общепрофессиональной подготовки, к каким относится химия, связаны с формированием системы фундаментальных научных знаний и практических умений, где основной акцент делается на самостоятельной работе [3, С. 33].

Одной из главных задач в обучении химии является формирование химических компетенций, которые представляют совокупность информационно-аналитических, инструментально-исследовательских и коммуникативных компетенций. Наибольшая доля самостоятельности в этом процессе принадлежит таким формам: деловые игры, семинары-исследования, викторины, составление тематического тезауруса, решение ситуационных задач, создание стенгазет, выполнение групповых проектов, индивидуаль-

ных проектов, участие в конференциях разного уровня. Все эти формы можно рассматривать как формы самообразовательной деятельности студентов [2].

На наш взгляд, самообразовательная деятельность по химии выступает педагогическим условием формирования и развития химических компетенций и должна соответствовать структуре: цель → мотив → действия по изучению учебного материала → самостоятельные учебные действия → самоконтроль, самооценка → применение полученных знаний на практике [2].

При решении ситуационных задач основополагающим является контекстный подход (А.А. Вербицкий), основными признаками которого отмечают становление в сознании студента профессиональной доминанты, сформированность образа мира, образа профессии, осознание себя как субъекта профессиональной деятельности [1].

Приведем пример решения нескольких ситуационных задач.

Задача 1. Раствор Рингера (физиологический раствор) применяют в медицине и физиологии в качестве плазмозамещающего средства при отсутствии необходимости в возмещении эритроцитов, в том числе, при ожогах, обморожениях, длительной рвоте, диарее. Объясните использование препарата при метаболическом ацидозе с потерей жидкости.

Описание.

Эта задача предлагается студентам для решения в качестве домашнего самостоятельного задания по теме «Протонная теория кислот и оснований. Буферные растворы».

Решение.

Метаболический ацидоз представляет собой нарушение кислотно-основного состояния, проявляющееся низкими значениями рН крови и низкой концентрацией бикарбонат-иона в крови. Одно из наиболее распространённых нарушений кислотно-основного состояния в практике терапевта. Кроме того, часто наблюдается дефицит калия, который должен корректироваться введением КСI.