

Міністерство охорони здоров'я України

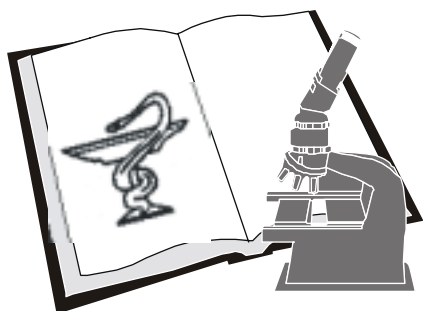
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

МЕДИЧНА ОСВІТА

НАУК - ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

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



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

MEDICAL EDUCATION

SCIENTIFIC PRACTICAL JOURNAL

1/2006

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор
Вороненко Ю.В.
Заступник головного редактора
Ковальчук Л.Я.
Заступник головного редактора
Вітенко І.С.

Боднар Я.Я.
Вдовиченко Ю.П.
Волосовець О.П.
Гойда Н.Г.
Гощинський В.Б.
Гребеник М.В.
Завальнюк А.Х.
Закалюжний М.М.
Зозуля І.С.
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. – відповідальний секретар
Рудик Б.І.
Савчак В.І.
Скаун М.П.
Файфура В.В.
Харченко Н.В.
Хміль С.В.
Шкробот С.І.
Шютц В.
Ярема Н.З.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Москаленко В.Ф. (Київ)
Бабанін А.А. (Сімферополь)
Балл Г.О. (Київ)
Бондаренко О.Ф. (Київ)
Богатирьова Р.В. (Київ)
Буларчук Л.Ф. (Київ)
Дзяк Г.В. (Дніпропетровськ)
Запорожан В.М. (Одеса)
Зіменковський Б.С. (Львів)
Казаков В.М. (Донецьк)
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)

МЕДИЧНА ОСВІТА

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Виходить з 1999 року

Свідоцтво про державну
реєстрацію: КВ 3636

Передплатний індекс: 21885

Відповідно до постанов Президії ВАК України № 2-05/9 від 14.11.01 р. та № 1-05/1 від 15.01.02 р. журнал “Медична освіта” внесений до переліку фахових видань, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня кандидата і доктора медичних наук та психологічних наук.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Журнал “Медична освіта”
ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського
Майдан Волі, 1
м. Тернопіль, 46001
УКРАЇНА

Тел.: (0352) 43-49-56

Факс: (0352) 52-80-09

E-mail: mededu@tdma.edu.te.ua

<http://www.tdma.edu.te.ua>

За зміст рекламних матеріалів
відповідальність несе рекламодавець.
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 № 14 від 4.04.2006 р.)

© Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського
© Науково-практичний журнал “Медична освіта”

| | |
|---------------------|-------------------|
| Редактор | Мартюк Н.Є. |
| Технічний редактор | Демчишин С.Т. |
| Коректор | Капкаєва Л.П. |
| Комп'ютерна верстка | Нижегородова Н.Ю. |
| Художник | Кушик П.С. |

Підписано до друку 13.04.2006. Формат 60×84/8.
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.
Ум.др. арк. 10,46. Обл.-вид.арк. 9,23.
Наклад 350. Зам. № 71.

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

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| <i>Л.Я. Ковальчук, А.Р. Вайда, І.К. Венгер, А.Д. Беденюк, А.Я. Господарський</i> ВИКЛАДАННЯ ХІРУРГІЇ У ВІДЕНСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ | 5 |
| <i>В.П. Марценюк</i> ЕЛЕКТРОННІ ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ УНІВЕРСИТЕТУ ПІВДЕННОЇ КАРОЛІНИ UPSTATE (США) | 8 |
| <i>І.Я. Господарський</i> ДОСЯГНЕННЯ І ПРОБЛЕМИ У ПРОЦЕСАХ РЕФОРМУВАННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В АВСТРІЇ | 11 |
| <i>Г.Б. Паласюк</i> МЕДСЕСТРИНСЬКА ОСВІТА В АВСТРІЇ: З ДОСВІДУ МІЖНАРОДНИХ СТАЖУВАНЬ | 15 |
| <i>О.В. Авдєєв</i> ОСНОВНІ НАПРЯМКИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ В АВСТРІЇ | 18 |
| <i>О.В. Денефіль</i> ДОСВІД ВЕДЕННЯ ЗАНЯТЬ НА ТЕОРЕТИЧНІЙ І КЛІНІЧНІЙ КАФЕДРАХ ВІДЕНСЬКОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ | 22 |
| <i>О.М. Олецюк</i> ОСОБЛИВОСТІ НОВОГО НАВЧАЛЬНОГО ПЛАНУ Й ВИКЛАДАННЯ ФАРМАКОЛОГІЇ ТА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ У ВІДЕНСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ | 25 |
| <i>Б.Я. Ремінецький</i> ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ВИКЛАДАННЯ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ВІДНЯ | 29 |
| <i>С.О. Ястремська</i> ОРГАНІЗАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ ХІМІЇ У ВІДЕНСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ | 32 |
| <i>Н.І. Багній</i> ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНОГО НАВЧАННЯ У ВІДЕНСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ | 34 |
| <i>І.Є. Сахарова</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ У ВІДЕНСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ | 37 |
| <i>Н.О. Ліценко, А.І. Прокопчук, В.П. Марценюк, О.С. Усинська, Л.С. Мілевська, А.А. Лесявко</i> ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМИ ВИЩОЇ ОСВІТИ У США | 40 |
| <i>А.І. Прокопчук, Н.О. Ліценко, В.П. Марценюк, О.С. Усинська, Л.С. Мілевська, А.А. Лесявко</i> ОСОБЛИВОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ У США | 44 |
| <i>О.С. Усинська, Н.О. Ліценко, А.І. Прокопчук, В.П. Марценюк, Л.С. Мілевська, А.А. Лесявко</i> ОСОБЛИВОСТІ РОБОЧИХ ПРОГРАМ ТА ВИМОГ ДО СТУДЕНТІВ У СИСТЕМІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ США (на прикладі школи медсестринства університету Південної Кароліни) | 47 |
| <i>Л.С. Мілевська, Н.О. Ліценко, А.І. Прокопчук, В.П. Марценюк, О.С. Усинська, А.А. Лесявко</i> ФАКТОР ВИКЛАДАЧА В СИСТЕМІ АМЕРИКАНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ | 50 |
| <i>С.М. Андрейчин, В.О. Качор</i> МЕДСЕСТРИНСЬКА ОСВІТА В СЛОВАЦЬКІЙ РЕСПУБЛІЦІ | 52 |

| | |
|---|----|
| <i>Л.С. Фіра, О.І. Острівка, О.Л. Сидоренко, П.Г. Лихацький, Л.В. Соколова</i> ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ У КАРЛОВОМУ УНІВЕРСИТЕТІ | 55 |
| <i>Н.В. Бухтіярова, І.Ф. Бсленічев, Д.Б. Коробко, І.В. Сидорова</i> ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕЛЕКОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ВИКЛАДАННІ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ | 57 |
| <i>В.Б. Гоцинський, Н.Є. Боцюк, О.Р. Ясній, Л.С. Бабінець, О.О. Воронцов, І.О. Боровик</i> ДОПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ | 60 |
| <i>А.В. Бойчук, В.С. Шадріна, В.І. Коптюх, О.І. Хлібовська, Б.М. Бегош, В.В. Сопель</i> ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ ФПО НА ЗАСАДАХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ – НАГАЛЬНА ПОТРЕБА ЧАСУ | 62 |
| <i>Є.М. Стародуб, О.М. Масик, О.Є. Самогальська, Т.Б. Лазарчук, С.Є. Шостак</i> ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ НА ФАКУЛЬТЕТІ ПІСЛЯ ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ | 64 |
| <i>І.М. Білай, Б.А. Самура, Б.Б. Самура</i> МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРАКТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ СТУДЕНТАМ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ | 67 |
| <i>І.Я. Дзюбановський, О.Б. Луговий, Г.Т. Пустовойт, В.В. Бенедикт, В.І. П'ятночка, Ю.М. Герасимець, Р.В. Свистун, К.Г. Поляцко, І.І. Смачило, Б.О. Мігенько</i> РОЛЬ КЛІНІЧНИХ БАЗ В ОВОЛОДІННІ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ ІНТЕРНАМІ-ХІРУРГАМИ У СВІТЛІ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ КАТЕГОРІЇ | 70 |
| <i>О.О. Мурашко</i> ДИНАМІКА ЦІНІСНО-СМИСЛОВОЇ СФЕРИ БЕЗПЛІДНИХ ЖІНОК, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬ ДОПОМІЖНІ РЕПРОДУКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ | 73 |
| <i>Б.Г. Бугай, С.М. Андрейчин, Н.Я. Верещакіна</i> ОСНОВА МЕЧОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА ЧИ НИЖНІЙ КІНЕЦЬ ГРУДНИНИ Є МІСЦЕМ ВИСЛУХОВУВАННЯ ТРИСТУЛКОВОГО КЛАПАНА? | 80 |
| <i>Ю.Ф. Педанов, А.І. Гоженко, Р.Ф. Макулькін</i> РОЛЬ ГУРТКА АНАТОМІЇ І ФІЗІОЛОГІЇ У НАВЧАННІ СПЕЦІАЛІСТІВ-МЕДИКІВ У ВНЗІ-ПРІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ | 82 |
| <i>В.І. Цимбалюк, М.В. Квасніцький</i> МЕТОДИКА ВИКЛАДАННЯ НЕЙРОХІРУРГІЇ У ВИЩІЙ ШКОЛІ | 84 |
| ПАМ'ЯТІ ЗАСЛУЖЕНОГО ПРАЦІВНИКА ВИЩОЇ ШКОЛИ УКРАЇНИ, ПРОФЕСОРА МИКОЛИ ПЕТРОВИЧА СКАКУНА | 88 |

УДК 617(07.07) (436)

ВИКЛАДАННЯ ХІРУРГІЇ У ВІДЕНЬСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

Л.Я. Ковальчук, А.Р. Вайда, І.К. Венгер, А.Д. Беденюк, А.Я. Господарський
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

TEACHING OF SURGERY IN THE VIENNESE MEDICAL UNIVERSITY

L.Ya. Kovalchuk, A.R. Vayda, I. K. Venher, A.D. Bedenyuk, A.Ya. Hospodarsky
Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Дана стаття присвячена принципам викладання хірургії у Віденському медичному університеті на основі впровадження кредитно-модульної системи навчання.

This article deals with the principles of teaching surgery in the Viennese Medical University on the base of introduction of the new credit-module system of education.

Вступ. Міністерство освіти і науки України працює над програмою реформування системи вищої освіти в Україні з метою її інтеграції в найближчі роки в систему вищої освіти країн Західної Європи, що дасть змогу студентам отримувати дипломи міжнародного взірця й успішно конкурувати на світовому освітньому ринку [1, 2]. З цією метою було проаналізовано викладання хірургії у Віденському медичному університеті з позиції нової кредитно-модульної системи навчання.

Метою впровадження нової навчальної системи у Відні було скорочення терміну викладання теоретичних дисциплін та залучення студентів до практичної діяльності на клінічних дисциплінах і передбачає обов'язковий об'єм практичних навичок.

Основна частина. Викладання хірургії у Віденському медичному університеті складається з двох блоків по 5 тижнів кожний. Перший блок містить теми з травматології та загальної хірургії, до якої належать хірургічна гастроентерологія (включаючи стравохід), гострий живіт, колопроктологія, патологія ендокринної системи та молочної залози. Другий блок складається із спеціалізованої хірургії, до якої відносять такі тижневі цикли, як: 1) серцево-легенева хірургія та судинна хірургія; 2) щелепно-лицева та нейрохірургія; 3) пластична та дитяча хірургія; 4) урологія; 5) ортопедія.

На кожний блок записують приблизно по 100 студентів, з них формують групи по 5 чоловік. Така обмежена кількість студентів диктується положенням Віденської університетської клініки, згідно з яким на

амбулаторний прийом викладач може взяти не більше ніж 5, а в операційну тільки 2 студенти. Крім того, менша кількість студентів в групі дозволяє активніше залучати їх до практичної діяльності.

Розподіл студентів по групах та розклад занять забезпечує координатор блоку. Все це здійснюється за рахунок спеціальних комп'ютерних програм, що обумовлено великою кількістю викладачів, щільністю їх графіка.

Викладач на хірургії проводить тільки одне заняття в тиждень і, як правило, закріплений тільки за однією темою. Його педагогічне навантаження складає близько 50-100 годин на семестр. Заняття збігається з графіком амбулаторного прийому або чергування викладача у приймальному відділенні.

Структура занять на блоках з хірургії нагадує заняття у нашому університеті на шостому курсі, яке складається з розбору теми, курації та семінару. Заняття в клініці починаються з короткої лекції для студентів, яка триває 30-40 хв. Під час лекції викладач може опитувати студентів, визначаючи їх базовий рівень знань. Після цього викладач демонструє практичні навички на одному з студентів, а потім їх студенти відробляють один на одному. Під час амбулаторного прийому пацієнтів студенти на практиці застосовують отримані знання та практичні навички. При цьому більшість роботи виконується саме студентами. Вони самостійно обстежують хворих, а викладач заносить дані в комп'ютер. Практичне заняття триває до 12-ї го-

© Л.Я. Ковальчук, А.Р. Вайда, І.К. Венгер, А.Д. Беденюк, А.Я. Господарський

дини. З 14.00 до 16.00 проводиться семінар. Він полягає в тому, що студенти вивчають у викладача незрозумілі їм питання з теми.

Цікаво, що рівень знань студентів обмежується амбулаторною хірургією або приймальним відділенням, тобто рівнем сімейного лікаря. Студентів на практичних заняттях не водять до палат з хворими, вони не вивчають техніку оперативних втручань, особливостей до- і післяопераційного періоду. На думку віденських викладачів, це є рівень післядипломної освіти, який виходить за межі сімейного лікаря і викладається під час інтернатури з хірургії.

Також студенти беруть активну участь в операціях у якості других асистентів. Проте мета роботи в операційних знову ж таки не навчити студента оперувати, а навчити асистувати будь-яку операцію.

Великий об'єм практичної роботи в клініці студенти проводять в позаурочний час. Паралельно кожному блоку студент проходить практику у відділеннях лікарні ("Linea"). Для студентів спеціально розробляється графік позаурочних чергувань, і вони починають практичну діяльність вже з першого курсу. На початку студенти здійснюють догляд за хворими, а на старших курсах роблять ін'єкції, беруть аналізи, виконують перев'язки, повністю виконуючи обов'язки медичних сестер. Така діяльність передбачена університетською клінікою. "Linea" також має перелік практичних навичок, які відповідають тематиці блоку і студент має їх засвоїти.

Основним показником практичної роботи студента є "Logbuch". Ця книжка містить в собі весь спектр практичних навичок, починаючи від загальних (обробка рук, рани, різні види ін'єкцій), закінчуючи спеціалізованими з ендоскопії, хірургії, неврології, тощо, і у міру їх засвоєння викладач її підписує. Кожна практична навичка поділяється на такі ступені засвоєння: 1 – студент зобов'язаний бути обізнаним; 2 – має бачити; 3а – мусить продемонструвати на фантомі; 3б – повинен продемонструвати під контролем викладача; 4 – має самостійно володіти. На кожен практичну навичку виділяється мінімальний ступінь засвоєння та володіння. Одночасно "Logbuch" є допуском до екзамену на V і VI році навчання, оскільки до кожного екзамену студент зобов'язаний засвоїти певний об'єм практичних навичок.

Основним критерієм оцінювання студентів є екзамен SIP, який складається в кінці навчального року. Екзамен проходить письмово, за типом "КРОК 2", де студент з п'яти відповідей вибирає одну правильну. Екзамен перевіряється незалежними секретарями, оцінки відразу заносяться в комп'ютер.

Цікавими є взаємовідносини між студентами і викладачами. Вони є досить колеґіальними. До студентів в клініці ставляться як до лікарів, вони роблять більшість маніпуляцій, беруть участь в клінічних конференціях, обговореннях. Студенти навіть беруть участь в раді із захисту дисертацій. У нашій системі навчання їх статус у лікарні відповідає статусу інтерна. Проте такі можливості закладені в положення про університетську клініку.

Підсумовуючи досвід вивчення нової системи навчання у Віденському медичному університеті, слід зазначити наступне. Нова система не збільшила рівня знань студента, проте вона значно розширила можливість практичного застосування отриманих знань. Якщо теоретична підготовка українських студентів перевищує рівень австрійських студентів, то практична – вимагає кращого.

Проте така система вимагає кардинальних змін та кроків як зі сторони студентів, викладачів, адміністрації університету, так і зі сторони держави. Зокрема, перед введенням нової навчальної системи Віденський університет отримав дозвіл від міністерства на повну незалежність дій.

На відміну від нашої системи навчання, студентів в Австрії ніхто не вчить, вони самостійно вчаться біля викладачів! Це є кардинально інший підхід, який вимагає високої свідомості не тільки студентів, але і викладачів.

Наступна відмінність їх системи навчання в тому, що вона направлена на кінцевий результат, а не на сам процес навчання, як у нашій системі. Основний критерій ефективності роботи викладача – успішне складання екзаменів студентами. Робота ж наших викладачів представлена педагогічним навантаженням, методичними розробками, навчальними програмами, звітами та різного виду документацією, яка переважує роботу викладачів, відвертає від їх прямої роботи – підготовки лікарів. Наприклад, у Віденському університеті ми не бачили жодної документації, яка б стосувалась навчального процесу на кафедрі. Вся інформація представлена на інтернет-сайті, куди має доступ будь-який студент чи викладач.

Ефективність навчання студентів в клініці Віденського медичного університету забезпечується малою кількістю студентів в групі та великою кількістю викладачів. Якщо співвідношення викладачів до студентів на блоках першого року навчання було 1:10, то на клінічних блоках воно в середньому 1:1. Відповідно, ефективна робота вимагає зменшення педагогічного навантаження викладачів.

Ще одна відмінність у навчальній програмі Віденського медичного університету – це спрощення їх навчальної програми, що стало результатом міждисциплінарної інтеграції. Взагалі, інтеграція – це не просто перестановка розкладу, її метою стала практична орієнтація студентів. Викладачі різних дисциплін відбирають теми та об'єднують їх в блоки по системах людського організму, базуючись на клінічному досвіді. Відповідно, з теоретичних дисциплін викидається все, що не має практичного значення. Такий підхід розвантажує студента та дає йому час та можливість приділити увагу клініці та практичній роботі “Linea”.

На клінічних дисциплінах навчальна програма відповідає рівню сімейного лікаря. Відповідно, будь-який студент розуміє, що всі знання, які він отримує, дійсно потрібні для його майбутньої роботи, в той же час у нас часто можна почути сумніви студентів у необхідності знань з хірургії, коли він хірургом бути не хоче.

Велику роль у навчанні відіграє університетська клініка. Проте така клініка має повністю відповідати потребам і вимогам навчання студентів. Наприклад, Віденська АКН, яка одночасно є університетською клінікою, розрахована на 2200 ліжок, а також щоріч-

но приймає амбулаторно до 1 млн пацієнтів. Вона має 52 операційні і оснащена найсучаснішою апаратурою. Зрозуміло, що в такій клініці студент постійно буде мати можливість працювати з хворими, постійно втілювати свої знання в практику. Крім того, сам статус студента в клініці відкриває йому доступ до практичної діяльності.

Австрійська держава вкладає в навчання значно більші кошти, ніж оплачує студент. Відповідно, ефективність навчання студентів перебуває під строгим контролем. Невстигаючі студенти відчисляються як непотрібний баласт. Наприклад, на перший курс зачисляють близько 1300 студентів, його закінчує тільки 600, а навчання закінчує тільки 500 студентів. Крім того, кращим студентам створюють можливості кращої перспективи.

Висновки: 1. Реформування діяльності вищих медичних навчальних закладів може бути проведене не лише з урахуванням даних аналізу і пропозицій всіх розділів роботи як теоретичних, так і клінічних кафедр медичних вузів. 2. Слід пам'ятати, що будь-яка система навчання відповідає рівню розвитку суспільства та адаптована до нього, тому зміна системи навчання вимагає зважених кроків, а також реальної оцінки своїх можливостей, інакше можна втратити набуте і не здобути нового.

Література

1. Братусь В.Д., Фомін П.Д. Шляхи інтеграції медичних університетів у систему медичної освіти країн Заходу // Мистецтво лікування. – 2003. – №6. – С. 15-21.

2. Казаков Ю.М., Звягінцева Л.Ф., Штомпель В.Ю. та ін. Підготовка лікаря загальної практики – один із напрямів

реформування вищої медичної освіти // У кн.: Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I-IV рівнів акредитації МОЗ України. Мат. наук.-практ. конф. – Київ-Тернопіль, 1999. – С. 32-33.

ЕЛЕКТРОННІ ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ УНІВЕРСИТЕТУ ПІВДЕННОЇ КАРОЛІНИ UPSTATE (США)

В.П. Марценюк

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ELECTRONIC INFORMATION RESOURCES IN MEDICAL EDUCATION OF UNIVERSITY OF SOUTH CAROLINA UPSTATE (USA)

V.P. Martsenyuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті представлені особливості технічного забезпечення медичної освіти Університету Південної Кароліни. Наведено огляд електронних інформаційних ресурсів та їх порівняльний аналіз із інформаційним забезпеченням українських ВМ(Ф)НЗ.

The article presents particularities of technical equipment of medical education of University of South Carolina. There is presented survey of electronic information resources and their comparative analysis with information equipment of Ukrainian medical universities.

Вступ. Життя лікувального або медичного навчального закладу немислиме без сучасного технічного оснащення та інформаційного забезпечення.

У даній праці хотілося б вдатися до аналізу електронних інформаційних ресурсів, які використовуються в медичній освіті США, технічного та інформаційного забезпечення медичних навчальних закладів США, його сумісності з вітчизняним програмним забезпеченням, можливості використання в стінах Тернопільського державного медичного університету, готовності для цього нашого викладацького складу та технічного персоналу. Розв'язання даної проблеми є вкрай необхідним для виконання ряду проєктів міжнародної співпраці, передовсім пов'язаних з підготовкою студентів-іноземних громадян та інтеграцією Тернопільського державного медичного університету у світовий освітній простір.

Основна частина. Перше питання, яке, природно, виникає, які ж вимоги існують в навчальних закладах США до комп'ютерів та програм, які на них встановлені. Зустрічаються найрізноманітніші комп'ютери – як ноутбуки (переважно “Dell”), так і звичайні персональні комп'ютери. Хоча частка ноутбуків доволі велика – можливо, навіть половина усього парку комп'ютерів Університету Південної Кароліни. Єдине, що впадає у вічі, – це те, що практично всі дисплеї з плоским монітором. Деякі з них “контактні” – тобто вказівник мишки можна скеровувати на екрані рукою, указкою та навіть пальцем.

© В.П. Марценюк

Переважає більшість комп'ютерів працює під керуванням операційної системи Windows XP. Вражаюче працюють комп'ютерні мережі. Поширений такий вид Інтернету, як безпроводовий (wireless). Для отримання такого зв'язку комп'ютери повинні бути обладнані спеціальними платами. Комп'ютерні мережі непогано проадміністровані (налаштовані). Усі IP-адреси та порти присвоюються комп'ютеру автоматично.

Далі ми представимо огляд спеціалізованого програмного забезпечення, що використовується в навчальному процесі. Всього це близько 45 навчальних та навчально-контролюючих програм. Умовно таке програмне забезпечення можна поділити таким чином:

– CD та DVD-диски, що додаються до підручників і що містять презентації лекцій та контролюючі тестуючі програми;

– CD та DVD-диски, що містять інтерактивні навчальні програми (включають віртуальні навчальні програми, комп'ютерне відео (як із записами клінічних ситуацій, так і пояснення викладача), тестуючі програми);

– CD-диски для підготовки до ліцензійних іспитів (наприклад, ліцензійний іспит NCLEX);

– CD та DVD-диски з віртуальними комп'ютерними програмами, присвяченими як комп'ютерному моделюванню захворювань органів та систем людського організму, так і моделюванню роботи лікувальних закладів.



Так виглядає одна з найсучасніших аудиторій медіа-центру, обладнана 40 ноутбуками



Робоче місце викладача в медіа-центрі



Комп'ютеризований читальний зал в Університетському центрі м. Грінвіля (США)

У даній праці представимо лише ряд прикладів таких програм.

Під час підготовки до занять ряду навчальних модулів в Університеті Південної Кароліни використовується навчальна програма “Основи інфузійної терапії” (спільна розробка фірми Veritech Corporation та організації Infusion Nurses Society). Програма складається з наступних розділів.

Анатомія та фізіологія. Містить відео- та графічний матеріал разом з аудіосупроводом-поясненням

викладача до розділів анатомії та фізіології, необхідних для засвоєння курсу інфузійної терапії: шкіра, венозна та артеріальна система, кровообіг. Попередження передачі інфекцій. Основи парентерального призначення (головні принципи, гіперволемія та гіповолемія, метаболічні процеси). Визначення та вибір місця для ін'єкції. Прилади та пристрої для периферичних інфузій. Тут розглядаються прилади доступу до периферичних та центральних судин: різні типи контейнерів, трубок, вентилів, фільтрів та насосів; правила обслуговування приладів.



При вивченні курсів неврології (особливо в медсестринських школах) використовується віртуальна навчальна програма “Неврологічне обстеження: черепно-мозкова травма” (Williams & Wilkins products). Технічно програма побудована на основі інтерактивного комп'ютерного відео. На певних етапах користувачу програми слід після перегляду відеофрагментів приймати рішення та заповнювати дані моніторингу пацієнта.

Програма розпочинається з життєвої ситуації – альпініст (він же майбутній пацієнт) обривається під час піднімання на скелю і отримує черепно-мозкову травму.

Так виглядає вікно, коли користувачу програми слід приймати рішення щодо подальшої роботи з пацієнтом (в даному випадку – пальпувати переломи; лікувати садна; зробити неврологічне обстеження).

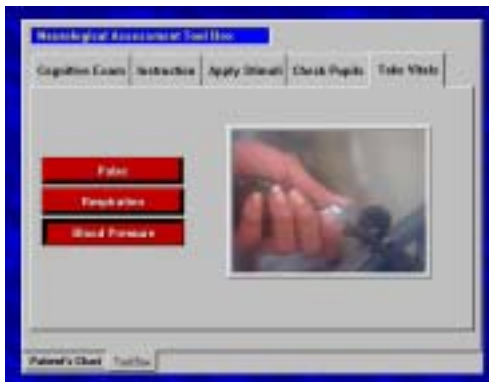




Продемонстровано складові неврологічного обстеження (розпізнавання реальності, виконання команд, реакція на подразнення, перевірка зіниць, показники життєздатності).

Показано, яким чином формується запис неврологічного обстеження пацієнта.

Усю необхідну інформацію неврологічного обстеження для пацієнта, який розглядається в програмі як приклад, в поточний час можна отримати в спеці-



Література

1. Марценюк В.П., Лісничук Н.Є., Баранюк І.О. Системний аналіз медичних наукових досліджень в динаміці патологічних процесів // Штучний інтелект. – 2004. – №1. – С. 66-72.
2. Marzeniuk V.P., Nakonechny A.G. System analysis methods of medical and biological processes. – Ternopil: Ukrmedknyha, 2003. – 241p.

альному вікні, яке називається “Набір інструментів неврологічного обстеження”.

Отримані таким чином дані регулярно заносяться в спеціальний журнал записів пацієнта.

Між різними етапами неврологічного обстеження зручно переміщатися за допомогою спеціальної карти.

Програма також містить словник термінів та список рекомендованої літератури.

Висновки: 1. Політика неперервної модернізації комп'ютерної техніки та придбання ліцензійних пакетів сучасних операційних систем, розпочата в ТДМУ наприкінці 90-х, принесла свої результати – немає принципового якісного відставання від університетів США щодо параметрів комп'ютерів та їх операційних систем, якими обладнані наші комп'ютерні зали, лабораторії, кафедри. Перспективою в цьому напрямку бачиться подальше дооснащення існуючих комп'ютерних залів, їх розширення та створення нових, розрахованих на більше 40 користувачів, а також проведення відповідної роботи системних адміністраторів університету щодо оптимальних налаштувань університетських комп'ютерних мереж, що зробить роботу в них надійнішою, комфортнішою та доступнішою.

2. Підсумовуючи усю сукупність електронних ресурсів, якими користуються викладачі та студенти Університету Південної Кароліни, зазначимо, що більшість з них розроблена поза вищими медичними навчальними закладами США є комерційними продуктами і це вигідно вирізняє українські медичні університети. Так, Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського займається розробкою власних мультимедійних компакт-дисків, тестуючих і віртуальних навчальних та наукових комп'ютерних програм [1-4], чимало з яких вже захищені відповідними авторськими правами і в цьому вбачається наша перспектива. Щодо інформаційних ресурсів, що використовуються в медичній освіті США, то їх слід послідовно опановувати і впроваджувати в навчальний, науковий та лікувальний процес кафедр. Тільки таким чином, тільки з таким інформаційним обличчям наш університет зможе долучитися до виконання цілого ряду міжнародних проектів.

3. Marzeniuk V.P. Qualitative analysis of human cells dynamics: stability, periodicity, bifurcations, control problems // Advances in Mathematics researches. – 2003. – Vol. 5.

4. Марценюк В.П., Кравець Н.О. Медична інформатика. Методи системного аналізу. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 177 с.

УДК 614.25:617

ДОСЯГНЕННЯ І ПРОБЛЕМИ У ПРОЦЕСАХ РЕФОРМУВАННЯ
ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В АВСТРІЇ

І.Я. Господарський

*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*ACHIEVEMENTS AND PROBLEMS IN PROCESSES OF REFORMING
OF HIGHER MEDICAL EDUCATION IN AUSTRIA

I.Ya. Hospodarsky

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У результаті вивчення досвіду реформування освіти у Віденському медичному університеті розроблені рекомендації щодо запровадження кредитно-модульної системи викладання з урахуванням особливостей вищої медичної освіти у порівнянні з класичною університетською.

Recommendations on educational credit system of teaching have been developed on the basis of studying of education reforms experience in Viennese Medical University. Peculiarities of higher medical education were taken into account as to compare with classic university one.

Вступ. Протягом минулого десятиліття медична освіта у Європі зіткнулася з негайною потребою реформування. Підставою для цього стало не лише об'єднання Європи і необхідність в обміні студентів між університетами, але і формування єдиного ринку медичної освіти та медичної робочої сили. Це змусило уніфікувати стандарти викладання, оцінювання та ліцензування фахівців.

Основна частина. Віденський медичний університет став одним з піонерів у розробці та впровадженні нової освітньої програми. Першим кроком цього процесу було відокремлення медичного факультету Віденського університету в окремий навчальний заклад у 1993-97 роках.

Іншим важливим моментом, який підштовхнув реформи, було розуміння провідної ролі самостійної роботи студентів у навчанні. Для підтвердження цього було проведено декілька педагогічних досліджень.

Так, при навчанні студентів був проведений їх розподіл на три групи, кожна з яких отримала аналогічне завдання. Перша група під час лекції отримала готове вирішення з поясненням, друга – працювала над завданням самостійно. Студенти третьої групи опрацювали матеріал самостійно, а після цього – відвідували лекцію.

Вражає розподіл відсотків засвоєння матеріалу. Якщо студенти 1-ї групи опанували лише 10% інформації, 2-ї – 50%, то у 3-й групі було засвоєно 75% представленої інформації. Отже, самостійна робота

не повинна замінювати лекційного викладу матеріалу, а лише доповнювати його і обов'язково – передувати йому. Дуже важливо, щоб лекція не дублювала підручник і довідковий матеріал, містила аналіз і роз'яснення, а не цифрові і фактичні дані.

Колись педагоги твердили, що знання, як джерельна вода, повинні заповнювати русло пізнання і запалювати вогні істини. Однак на сьогодні доведено, що надмір фундаментальних знань, не підкріплених практикою, нагадує ситуацію, коли русло ріки переповнюється водою, яка гасить вогонь істини.

Саме тому у процесі пізнання повинні бути збалансовані процеси отримання нової інформації, її творчого опрацювання студентом і наступного використання шляхом засвоєння практичних навичок [1].

За рекомендаціями Ліверпульської групи експертів з реформування вищої освіти, базовий процес навчання повинен передбачати опанування лише основних знань, умінь і навичок. Константи, формули та інший цифровий матеріал повинні подаватися і завчатися лише у мінімальному об'ємі.

При цьому формування професійних якостей студента як гармонійної особистості і майбутнього лікаря має бути невід'ємною складовою вищої освіти [2].

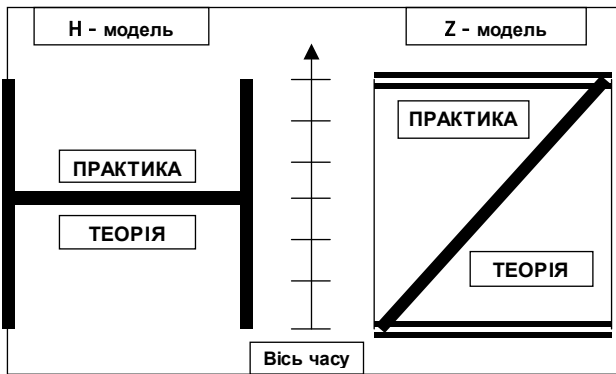
Ініціативною групою з реформування освіти у Віденському медичному університеті були сформульовані основні принципи розробки нового підходу до навчання:

– не може бути й мови про переробку й удосконалення старих навчальних планів і програм – повинні

© І.Я. Господарський

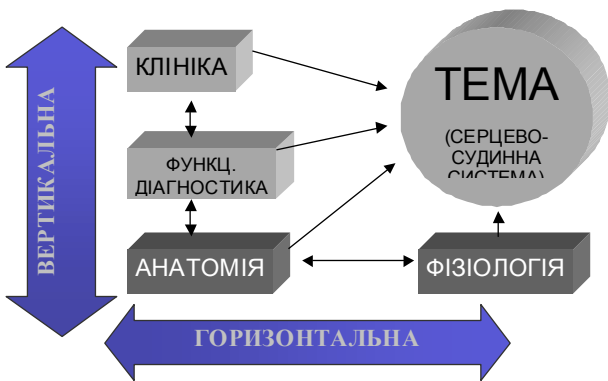
бути розроблені принципово нові методичні матеріали;

– недопустиме проведення межі між теорією і практикою – вони повинні суміщатися в часі і бути нерозривними впродовж усього процесу навчання. При цьому зміщення акцентів з теорії на практику повинно відбуватися поступово. Старий і новий підхід до вивчення медицини може бути поданий графічно у вигляді Н- і Z-моделей.



Новий план навчання передбачає наявність блочно-лінійної схеми навчання, в якій поєднуються інтегровані тематичні блоки, що тривають 3-6 тижнів (модулі), і практична робота в клініці впродовж усього семестру (лінії).

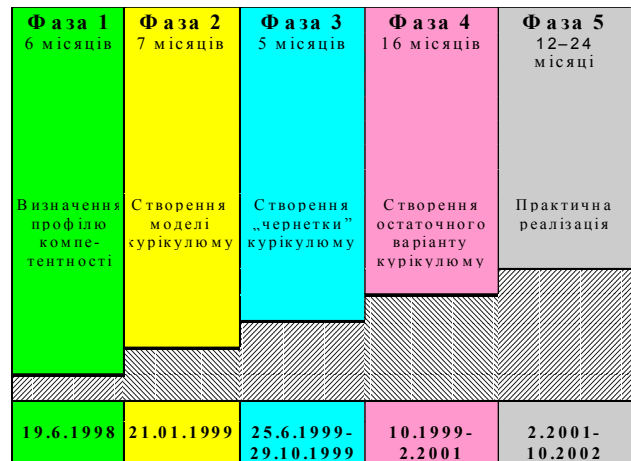
Кожен фрагмент інформації в модулі повинен бути повністю інтегрований по горизонталі і вертикалі. Горизонтальна інтеграція передбачає одночасне вивчення проблем з точки зору різних фундаментальних дисциплін. У процесі вертикальної інтеграції клінічна інформація в межах одного модуля нашаровується на теоретичний базис [3].



Згідно з цією схемою навчання, недоцільними та неефективними є поточний контроль і оцінювання в кінці кожного модуля. Сумарний інтегральний контроль знань і вмінь проводиться наприкінці навчального року і є підставою для переведення чи непере-ведення на наступний курс.

Процес створення принципово нового розкладу, який ґрунтується на блочно-модульній системі, можна умовно розділити на 5 послідовних етапів:

1. Розподіл обов'язків.
2. Вибір моделі, на підставі якої буде створюватися розклад.
3. Підготовка "сирого" варіанта – "чернетки".
4. Розробка деталізованого остаточного варіанта.
5. Реалізація плану на практиці.



Розробка і втілення аналогічного проекту у Віденському медичному університеті, який вибраний нами за прообраз, зайняли приблизно 5 років.

1-й етап (6 місяців):

Крок 1 у 1-му етапі: відбір матеріалів і стандартів, які стануть правовою основою для створення нового плану:

- внутрішньоуніверситетські матеріали: статут університету, угоди, договори, попередній досвід викладання;
- зовнішні: медичне законодавство, запозичений досвід викладання.

Крок 2: визначення профілю та ступеня компетентності учасників проекту.

Крок 3: інформування громадськості, викладачів та студентів:

- зустрічі з учасниками проекту;
- розповсюдження інформації через пресу;
- інформування через Інтернет;
- зустрічі зі студентами;
- 3-денні робочі зустрічі з групами міжнародних експертів.

2-й етап (7 місяців):

– створення робочих груп у складі освітнього комітету з викладачів і студентів;

– відрядження ініціативних груп у різні університети з метою запозичення досвіду викладання і реформування;

– кожна група очолюється деканом факультету, до складу групи вводяться "ключові" члени факультету.

3-й етап (5 місяців):

– кожен блок планується командою, до складу якої входять фахівці з фундаментальних та клінічних дисциплін, студенти, представники практичної охорони здоров'я;

– координатор блоку обирається у процесі роботи команди;

– визначаються основні параметри кожного блоку (назва, загальна характеристика і перелік компонентів-дисциплін, визначення місця блоку в розкладі, точне визначення тривалості блоку – як правило, від 3 до 6 міс.).

Приклад інформації, яку отримував координатор модуля:

Назва модуля – серцево-судинна система.

Загальна характеристика: морфо-функціональні аспекти серцево-судинної системи, загальні принципи діагностики, лікування і профілактики захворювань серцево-судинної системи.

Дисципліни – патологічна анатомія і фізіологія, фармакологія, терапія, хірургія.

Час проведення – 3 тижні у 4-му семестрі.

Середньостатистичний (рекомендований) розподіл годин у робочому тижні :

– 20 академічних годин – семінари і практичні заняття;

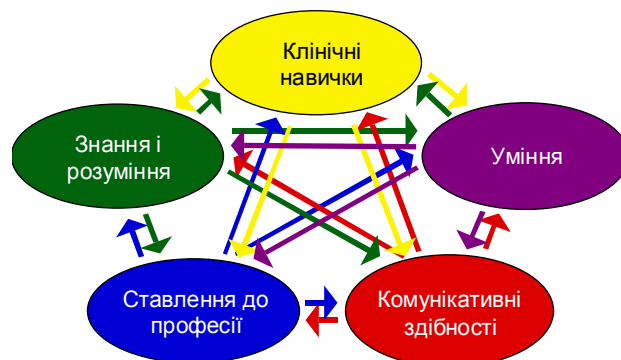
– 4 години для лінійних елементів;

– 20 годин самостійної роботи;

– формальний контроль знань, результат якого не фіксується, а лише допомагає студентам орієнтуватися в якості підготовки.

З урахуванням цих даних координатор модуля, спільно з іншими викладачами, розробляв детальну схему викладання, включно з тематичним розкладом, розподілом годин по предметах, планом проведення лекцій, семінарів і практичних занять. Необхідно окремо зауважити, що тематичні плани і перелік питань, які розглядаються під час вивчення кожної дисципліни, формуються викладачами університету, а не чиновниками міністерства освіти. При цьому до уваги беруться не лише загальна тривалість профільних модулів і кількість годин, виділених на кожен предмет, але і наявність і тематична спрямованість наукової школи на кафедрі.

У процесі роботи над новим розкладом довелося також суттєво змінити акценти у формуванні майбутнього лікаря як професіонала і особистості:



Для впровадження реформ у навчальний процес необхідно подолати ряд перешкод, пов'язаних передусім з інертністю і байдужістю викладачів та студентів. Враховуючи власний досвід проведення реформ, представники ініціативної групи Віденського медичного університету виділили декілька стадій активного і пасивного опору реформам у навчальному закладі:

- 1) новий підхід до викладання у нашому університеті не потрібний і не можливий;
- 2) реформи в університеті необхідні, але проведення їх не можливе;
- 3) проведення реформ можливе, але вимагає значних затрат коштів і часу, а тому має бути перенесене на пізніші терміни;
- 4) реформа у запропонованій формі не пройде перевірки часом і не приживеться.

Реформи у Віденському медичному університеті успішно подолали згадані перепони. Проте їх практичне втілення, як на думку професорсько-викладацького складу, так і сторонніх спостерігачів, у багатьох моментах продовжує пробуксовувати. Особливо складно ламати стереотипи викладання під час вивчення клінічних дисциплін.

Процес становлення нової програми реформи медичної освіти у Європі не завершений і триває по сьогодні. Результати, здобуті протягом останнього року запровадження нової програми, будуть обговорені 11-13 травня на 10-й "Graz Conference" у Відні.

Висновки. Безсумнівними перевагами впровадження реформ на сьогодні є:

1. Підвищення ініціативності студентів у навчанні.
2. Формування аналітичного, клінічно спрямованого мислення з перших років навчання.
3. Розвиток комунікативних та організаторських здібностей.
4. Уніфікація та об'єктивізація оцінювання студентів.
5. Уніфікація та систематизація здачі практичних навичок.

6. Інтегрована подача матеріалу: теоретичні знання і дисципліни не відірвані від практики.

7. Підсилення міждисциплінарної інтеграції (як горизонтальної, так і вертикальної) за рахунок "блочного" викладу матеріалу.

8. Збільшення мотивації до навчання за рахунок суворого підсумкового контролю.

9. Поліпшення засвоєння матеріалу за рахунок збільшення самостійної роботи, активної передлекційної підготовки студентів.

10. Відсікання усієї інформації і дисциплін, які не матимуть відношення до майбутньої практичної діяльності.

11. Акценти у навчанні переносяться із завчання формул, доз і лабораторних констант на тлумачення їх змін та інтерпретацію клінічних ситуацій.

12. Підсилення зворотного зв'язку студента з викладачем:

- проблемно-орієнтоване навчання;
- підготовка студентів до лекцій і участь у них;
- зв'язок студентів з викладачами і кураторами модулів через e-mail.

Серед негативних моментів Віденського варіанта реформи:

1. Необхідність зміни бази для навчання студентів протягом робочого дня, що змушує їх постійно пересуватися.

2. Різке зростання потреби в навчальних приміщеннях (з цією метою для навчання студентів 1-4 курсів був додатково збудований цілий навчальний корпус; на клінічних базах – питання досі остаточно не вирішене).

3. Різко зросло навантаження на студентів: навчання триває з 800 до 1700 (з урахуванням самостійної роботи) з 1-годинною перервою.

4. У зв'язку зі зменшенням кількості студентів у групах на старших курсах зросла потреба у викладачах.

5. У зв'язку зі збільшенням самостійної роботи з хворими бракує 6600 хворих для навчання студентів. З цією метою до навчального процесу залучено 3 державні клініки під Віднем, що зумовило додаткові проблеми з добором студентів.

6. У зв'язку з впровадженням проблемно-орієнтованого навчання, викладач повинен бути глибоко і різнобічно освіченим у питаннях більшості медичних дисциплін. За свідченням самих викладачів, особливо на теоретичних кафедрах, вони іноді виконують роль пасивних слухачів під час проблемно-орієнтованих занять.

7. У зв'язку з появою модулів і розпорошенням годин предмета по різних модулях розмиваються і зникають структури кафедр. Організаційну і керівну роль відіграють керівники модулів, а не керівники кафедр.

Література

1. Господарський І.Я. Проблеми навчання іноземних студентів у субординатурі медичного вузу // Медична освіта. – 2002. – № 3. – С. 25-27.

2. Андрейчин М.А., Івахів О.Л., Іщук І.С. та ін. Впровадження сучасних методик підготовки студентів з інфекційних хвороб // Нові технології навчання в медичному вищому навчальному закладі: Зб. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 123-124.

3. Скакун М.П. Підготовка і введення основ доказової медицини в навчальний процес медичних вищих навчальних закладів освіти // Доказова медицина у спектрі наукової медичної інформації та інноваційної політики. Матеріали науково-практичної конференції-семінару, 12-13 травня 2005 року, м. Тернопіль. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – С. 53-55.

УДК 61(07.07)(436)

МЕДСЕСТРИНСЬКА ОСВІТА В АВСТРІЇ: З ДОСВІДУ МІЖНАРОДНИХ СТАЖУВАНЬ

Г.Б. Паласюк

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

NURSING EDUCATION IN AUSTRIA: EXPERIENCE OF INTERNATIONAL CLINICAL TRAINING

H.B. Palasyuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті розглядаються особливості системи медсестринської освіти в Австрії. Аналізуються навчальні програми підготовки австрійських медсестер зі спеціальностей “Молодша медсестра” та “Дипломована медсестра”. Акцентовується увага на значенні для України міжнародної співпраці щодо удосконалення медсестринської освіти.

The peculiarities of Austrian nursing educational system are determined in the article. The curricula of Austrian nursing training in speciality “junior nurse” and “certified nurse” are analyzed. Special attention is paid to international cooperation importance for Ukraine concerning nursing training improvement.

Вступ. Упродовж багатьох десятиліть у нашій країні сестринській справі не приділялась належна увага. Фах медичної сестри вважався другорядним, допоміжним, що призвело до значного відставання цієї сфери в системі охорони здоров'я України від рівня багатьох зарубіжних країн, від розвитку сучасної медичної науки і медичних технологій та стало причиною погіршення сестринської допомоги в нашій державі.

За останні роки Міністерство охорони здоров'я України спрямовує свої зусилля на реформування системи охорони здоров'я та медичної освіти взагалі і медсестринської зокрема; робляться значні кроки в піднесенні престижу професії та освіти медичної сестри як найбільш потрібної та масової в практичній охороні здоров'я.

Основна частина. Надзвичайно важливе значення для реформування медсестринської освіти в Україні має ознайомлення із особливостями навчального процесу в середніх медичних навчальних закладах інших країн, які мають значний досвід у здійсненні медсестринської освіти та медсестринської діяльності. Власне, вивчення досвіду підготовки медичних сестер в Австрії і було одним із завдань робочої групи, що складалась із викладачів Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського.

У столиці Австрії – Відні функціонує 12 середніх медичних навчальних закладів – 6 державних і 6 при-

ватних. І в державних, і в приватних середніх медичних навчальних закладах студенти навчаються за єдиною програмою.

Середня медична освіта в Австрії є дворівневою. Перший рівень (1-річна програма) передбачає отримання випускниками кваліфікації “Молодша медсестра”, другий (3-річна програма) – “Дипломована медсестра”. На відділення молодших медсестер мають право вступати молоді люди, яким виповнилося 17 років і що мають закінчену 9-річну освіту. При вступі абітурієнти складають вступний тест для визначення рівня знань вступників та проходять співбесіду, в ході якої визначається придатність абітурієнтів до обраної професії. Особлива увага при відборі звертається на загальнолюдські риси у характері вступників – співчутливість, вміння підтримати у складній життєвій ситуації тощо.

Згідно з навчальним планом на теоретичні дисципліни і клінічну практику відводиться по 800 год. Серед інших дисциплін студенти вивчають професійну етику, догляд за людьми похилого віку та невиліковнохворими, проблеми евтаназії, геронтологію, геріатрію та геронтопсихіатрію, соматологію, психологію, гігієну, мікробіологію, інфектологію, імунологію, стерилізацію та дезінфекцію в лікарні, харчування пацієнтів та дієту, вступ до медичної термінології, догляд за пацієнтами в домашніх умовах тощо.

3800 годин практики 320 год виділяється на догляд за післяопераційними і важкими хворими, 320 год – на догляд за хворими, що проходять реабілітацію, 120

© Г.Б. Паласюк

Навчальний план зі спеціальності “Молодша медсестра” [1, с. 5]

| № за /п | Зміст навчальної програми | Кількість годин |
|---------|--|-----------------|
| | Теоретичний курс | 800 |
| 1 | Професійна етика, вступ до професії | 30 |
| 2 | Охорона здоров'я і догляд за хворими | 160 |
| 3 | Догляд за людьми похилого віку | 50 |
| 4 | Догляд за невиліковнохворими, проблеми евтаназії, надання посмертних послуг | 30 |
| 5 | Догляд за хворими людьми в домашніх умовах | 30 |
| 6 | Гігієна, інфектологія, мікробіологія, імунологія. Стерилізація і дезінфекція | 40 |
| 7 | Харчування хворих людей, дієтичне харчування | 25 |
| 8 | Соматологія, патологія. Основи медичної термінології | 80 |
| 9 | Геронтологія, геріатрія і геронтопсихіатрія | 30 |
| 10 | Основи фармакології. Приймання, виведення і побічні дії лікарських засобів. Групи ліків | 30 |
| 11 | Перша допомога. Невідкладні стани. Обробка ран. Біль у ділянці грудної клітки, порушення церебрального кровообігу, переломи, опромінення | 25 |
| 12 | Заходи щодо проведення вільного часу людьми похилого віку, музика і танці, відзначення свят | 25 |
| 13 | Основи реабілітації і мобілізації | 35 |
| 14 | Охорона здоров'я і система соціального забезпечення. Охорона праці і техніка безпеки | 50 |
| 15 | Вступ до психології, соціології і соціальної гігієни | 30 |
| 16 | Комунікація і залагодження конфліктів | 100 |
| 17 | Професійні основи права | 30 |
| | Практичні заняття | 800 |
| | Загальна кількість годин | 1.600 |

год – на екстратуральний догляд. Після завершення вивчення предмета студенти складають іспит, а після закінчення навчання – комісійний екзамен.

Випускники медичних шкіл з однорічною програмою навчання під керівництвом дипломованих медсестер і лікарів надають допомогу пацієнтам всіх вікових груп, особливо людям похилого віку. Вони можуть працювати в лікарнях, амбулаторіях, будинках для людей похилого віку, хоспісах, реабілітаційних центрах, а також надавати медичні послуги вдома у пацієнтів після виписування їх в лікарні.

Щоб отримати кваліфікацію “Дипломована медсестра”, необхідно мати вищу сестринську трирічну освіту. Після закінчення однорічної медсестринської школи для вступу до вищої сестринської школи вимагається дворічний стаж роботи. Вступні іспити тривають один день, проходять у письмовій формі, включають питання з усіх предметів, які вивчалися в школі. Екзаменаційні білети складаються із завдань трьох видів: 1) дати відповідь на питання; 2) визначити правильну відповідь (тести); 3) висловити свою думку з приводу якоїсь події для визначення

ерудиції, широти кругозору, логічного мислення. Остаточний відбір відбувається після співбесіди в так званих малих групах, в ході якої визначається професійна придатність.

Вищу сестринську медичну освіту можна здобувати і після Grunschule. В цьому випадку після закінчення навчання випускник отримує кваліфікацію “Дипломований спеціаліст”. Якщо ж студент здобуває вищу сестринську освіту після гімназії або однорічної медсестринської школи, то така освіта прирівнюється до магістратури в університеті. У вищій медичній трирічній школі навчання здійснюється за трьома спеціальностями: “Дипломована медсестра”, “Дипломована дитяча медсестра” і “Дипломована медсестра в психіатрії”.

У групі навчається 20-25 студентів. Згідно з навчальним планом на теоретичні дисципліни відводиться 2000 год, практичні – 2480 год, 120 год є резервними і розподіляються на розсуд дирекції школи.

Програма медсестринства дітей та немовлят, крім названих дисциплін, включає: терапію та харчування хворої дитини, медсестринство дитячих хвороб, ди-

Навчальний план зі спеціальності “Дипломована медсестра” [1, с. 7]

| Зміст навчальної програми | | 1 курс | 2 курс | 3 курс |
|---------------------------|--|--------|--------|--------|
| 1 | Професійна етика, історія медсестринства | 40 | 20 | 20 |
| 2 | Основи наукових досліджень з догляду за хворими | 40 | 20 | 20 |
| 3 | Охорона здоров'я і догляд за хворими | 240 | 130 | 130 |
| 4 | Догляд за людьми похилого віку | 30 | 20 | – |
| 5 | Паліативний догляд | 20 | 20 | 20 |
| 6 | Догляд за хворими в домашніх умовах | – | 20 | 20 |
| 7 | Гігієна й інфекційні хвороби | 60 | – | – |
| 8 | Дієтичне харчування | 30 | – | – |
| 9 | Біологія, анатомія, фізіологія | 100 | – | – |
| 10 | Загальна і спеціальна патологія | 120 | 130 | 110 |
| 11 | Геронтологія, геріатрія і геронтопсихіатрія | – | 30 | – |
| 12 | Фармакологія | 20 | 20 | – |
| 13 | Перша допомога, невідкладні заходи у випадку катастроф і опромінення | 30 | – | 10 |
| 14 | Гігієна праці | 20 | – | 20 |
| 15 | Професійна ергономія | 50 | 20 | 20 |
| 16 | Соціологія, психологія, педагогіка, соціальна гігієна | 40 | 40 | 40 |
| 17 | Структура і напрямки охорони здоров'я | 10 | – | 20 |
| 18 | Електронна обробка даних, інформатика, статистика | 20 | 20 | – |
| 19 | Професійні основи права | 20 | 20 | – |
| 20 | Фахова англійська мова | 40 | 20 | 20 |
| Всього | | 970 | 560 | 470 |

тячу хірургію, медсестринство в дитячій хірургічній палаті, неврологічні хвороби в дитинстві та медсестринство, психічні хвороби в дитинстві та медсестринство, психологію розвитку дитини-інваліда.

Трирічна програма підготовки психіатричних медсестер включає суспільні, біологічні та базові дисципліни, що викладаються на курсі із загального медсестринства. Щодо спеціальних дисциплін, то тут робиться акцент на специфіці психології та поведінки психічних хворих, психічно недієздатних осіб, хворих різного віку з розумовими розладами, на особливостях вирішення проблем таких пацієнтів, їх реабілітації та соціальному захисті.

Теоретичне навчання і клінічна практика тісно пов'язані між собою. Теоретичне навчання здійснюється відповідно до навчального плану на фантомах, а практичне – лише на хворих під керівництвом викладача. На першому і другому курсах практичні заняття ідентичні для всіх трьох спеціальностей. Третій рік навчання із загального медсестринства включає практику в таких палатах лікарні: внутрішніх хвороб, хірургії, включаючи операційний блок, дитячих, гінекологічних і акушерських, що передбачає прийом пологів та неонатальне медсестринство. Програма з медсестринства дітей та немовлят передбачає практику в палаті захворювань внутрішніх органів

дітей, палатах новонароджених та недоношених дітей, хірургічній, гінекологічній та акушерській палатах, включаючи пологи та неонатальне медсестринство. Клінічна практика психіатричних медсестер проходить у відповідних лікувальних та виправних установах [2, с. 178].

Після закінчення кожного курсу студенти складають іспити в письмово-усній формі та виконують курсову роботу. Дипломна робота передбачає письмову роботу з фаху, демонстрування практичних навичок і складання усного екзамену.

Дипломована медсестра організовує догляд за пацієнтом, планує і проводить необхідні маніпуляції, оцінює їх ефективність, вносить корективи щодо лікування, здійснює керівництво молодшим медсестринським персоналом. До її професійних обов'язків належать введення підшкірних, внутрішньом'язових і внутрішньовенних ін'єкцій, забір крові з вени і капілярів, введення шлункового зонда, встановлення крапельниць. Вона несе повну відповідальність за проведення всіх процедур, які входять у сферу її професійної діяльності.

Спеціалісти з вищою сестринською освітою мають змогу постійно підвищувати свою кваліфікацію. Спеціалізоване навчання впродовж одного року дає можливість підвищити свою кваліфікацію і здобути одну

з таких спеціальностей: медсестринське адміністрування, медсестра з догляду за важкохворими пацієнтами, операційна медсестра; медсестра – анестезист. На вивчення курсу програмою передбачено 1500 год, з них 500 год – на теоретичні дисципліни і 1000 год – на клінічну практику.

Висновки. Підводячи підсумки аналізу особливостей медсестринської освіти в Австрії, слід відмітити, що традиційно складене в нашій країні уявлення

про медсестру як помічника лікаря призвело до виникнення багатьох проблем, які існують донині. Наближення її змісту та програм до міжнародних стандартів з урахуванням цінних надбань освітньої системи нашої країни дасть можливість Україні ввійти в освітній та науковий простір Європи і світу та стане значним кроком вперед до підвищення якості медсестринської допомоги населенню.

Література

1. Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. – Wien: Geschäftsbereich Strategische Planung und Qualitätsmanagement, 2003.

2. Berger R. Strukturwandel in der Pflegeausbildung// Österreichische Krankenhaus-Zeitung. – 1984. – V. 25, № 2. – St. 167-172.

УДК 616.31.(07.07)(436)

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ В АВСТРІЇ

О.В. Авдєєв

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

BASIC DIRECTIONS OF STOMATOLOGICAL EDUCATION IN AUSTRIA

O.V. Avdeyev

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Викладання на стоматологічному факультеті Віденського медичного університету базується на інтегрованому та орієнтованому на проблему навчанні. В кожній інтегрованій навчальній одиниці (модулі) студенти набувають детальних знань відносно структури, розвитку, функції, а також найбільш важливих і поширених захворювань людського тіла і їх терапії у нерозривному зв'язку з практикою.

Teaching on the stomatological faculty of the Viennese Medical University is based on integration and decision-oriented problems. In every integration educational unit (module) students acquire the detailed knowledge about a structure, development, function of organs and systems, and also the most widespread diseases of human organism and their therapy in close relationship with practice.

Вступ. Віденський медичний університет є одним з провідних у Європі, який впроваджує кредитно-модульну систему навчання на стоматологічному факультеті з 01.01.2004.

Сьогодні стоматологічний факультет університету включає 5 кафедр, на них працює понад 50 осіб професорсько-викладацького складу, навчається близько 900 студентів. Разом зі студентами інших факультетів це складає приблизно 12 000 студентів, та 1 103 особи викладацького складу, що робить цей

© О.В. Авдєєв

університет одним з найбільших медичних шкіл в Європі.

Проблеми змін у навчальних програмах постали у зв'язку з загальноєвропейською інтеграцією, зокрема в освітньому просторі. Була створена програма ECTS, яку підтримала більшість вузів Європи [1].

У цій системі навчальний матеріал розділяється на кредити по певних дисциплінах з метою визначення обсягу знань для контролю і можливості зарахування в інший вуз. У студентів появляється вільний вибір будь-якого вузу у Європі для навчання. Підвищується

ся якість навчання до світового рівня з можливістю працевлаштування в будь-якій країні світу. Дані зміни впроваджуються також і у зв'язку з різким збільшенням обсягів вузівської навчальної інформації, різким зростанням її складності і темпів засвоєння.

Основна частина. Нині відбувається науково-інформаційний "вибух", який веде до перенасичення вузівських програм за рахунок появи нових дисциплін, нових розділів в традиційних дисциплінах, поглиблення змісту окремих тем, питань. Різке збільшення об'ємів, складності і темпів засвоєння навчальної інформації в свою чергу призводить до значного психоемоційного перевантаження студентів, що нині сягає граничних значень. Можливе виникнення такої ситуації, коли велика кількість інформації не може бути ефективно використана в подальшій практичній діяльності лікаря, не сприятиме клінічному застосуванню. Тому одним із аспектів реформування освіти є мінімізація інформації, яка механічно запам'ятовується: константного та цифрового матеріалу (може бути почерпнутий з довідників); інформації, навичок, які не будуть використані в подальшій роботі: вони мають бути подані в ознайомчому плані. В той же час особлива увага приділяється поглибленню тих знань і тих навичок, які будуть використовуватись у щоденній роботі лікаря.

Для цього з першого курсу новою програмою передбачено введення практики ("лінії", які тривають 1/2, 1/3 частину семестру), спочатку загального медичного характеру – "Вступ до професії" (1 тиждень). Даний розділ проводиться на базі клініки захворювань щелеп, зубів і порожнини рота і єдиний не потребує попередньої підготовки. Його зміст в ознайомленні з майбутньою професією, її особливостями. Студентам дається можливість впритул зіткнутись з хворими, їх проблемами, які вони повинні будуть вирішувати як майбутні лікарі. Проводять інструктаж з деонтологічних основ поведінки, як медичних працівників між собою, так і з пацієнтами. Зауважують про необхідність дотримання загальноприйнятих вимог до власного вигляду, одягу. Це детальне знайомство допомагає розібратись першокурсникам – "Чи це є, власне, те, що я хотів?" Після закінчення проводиться залік, який складається з відсутності пропусків, участі в обговоренні побаченого, короткої доповіді.

"Перша допомога 1" (6 академічних годин лекцій в кінці I семестру, зміст котрих включений в екзамен FIP 1, після складання теоретичної частини студенти можуть бути допущені до практики з "Першої допомоги 2"). Мета даного розділу – набути відповідні

знання, щоб надати ефективну і відповідну першу допомогу при невідкладних станах (кровотеча, шок, зупинка серця, дихання, переломи, укуси тварин, опіки, здавлення, падіння з висоти, рани).

Впродовж всього другого семестру йдуть дві лінії: "Фізикальні методи обстеження здорової людини 1" (15 годин) і "Перша невідкладна допомога 2" (15 годин). Зміст першої – студенти практикують методи фізикального обстеження здорової людини, а також основні методи інфекційного контролю та гігієни. Мета другої лінії – практичне засвоєння необхідних навичок на манекені для того, щоб бути здатним надати ефективну і відповідну першу допомогу при невідкладних станах.

Перші два семестри складають перший рівень навчання і мають такі навчальні модулі: "Здоров'я і хвороби", "Людське тіло", "Від молекули до клітини", "Функціональні системи та біологічна регуляція", "Генетика, молекулярні і клітинні взаємозв'язки", "Людина і навколишнє середовище, сім'я та суспільство".

Другий рівень навчання триває 3-6 семестри і має такі навчальні модулі: "Наука і медицина", "Причини та симптоми захворювань", "Прояви (маніфестація) і діагностика захворювань, загальна фармакотерапія" (3 семестр); "Ендокринологія та обмін речовин", "Серцево-судинна система і кров", "Система дихання" (4 семестр); "Органи жування і кістково-м'язова система", "Патологія ротової порожнини і внутрішніх органів" (5 семестр); "Методологія і статистика в медичній науці", "Головний мозок, органи чуття і біль", "Стоматологічна техніка" (6 семестр).

Третій рівень навчання триває 7-12 семестри і має такі навчальні модулі: "Зубна (дентальна) радіологія" (лекції: 52 години, практичний курс: 32 год), "Консервативна стоматологія" (лекції: 75 годин, практичний курс: 105 годин), "Періодонтологія" (лекції: 60 годин, практичний курс: 72 годин), "Щелепно-лицева хірургія" (лекції: 30 годин), лінія "Асистенція під час клінічної стоматологічної практики" (практичний курс: 90 годин), "Протезування зубів" (лекції: 74 годин, практичний курс: 136 годин), "Ортодонтія" (лекції: 42,5 години, практичний курс: 59,5 годин), "Хірургія ротової порожнини" (лекції: 42,5 години, практичний курс: 59,5 годин), "Невідкладні стани (невідкладна медицина)" (лекції: 8 годин, практичний курс: 16 годин), лінія "Асистенція під час клінічної стоматологічної практики" (практичний курс: 90 годин), 9,10,11 семестри – практичні курси: (18 тижнів x 3 = 24 кредити), "Невідкладна медицина" (15 годин), "Щелепно-лицева хірургія" (практичний курс: 80 годин), "Правові, етичні і економічні принципи" (лекції: 45 годин).

У 3 семестрі є такі види практики:

"Основні лікарські навички", "Лікарський збір анамнезу 1" (співбесіда між лікарем та пацієнтом), проблемно-орієнтоване навчання (POL).

"Основні лікарські навички" (12 годин), тривалість – 6 тижнів. Вивчаються такі розділи: 1. Основи гігієни; 2. Пункції і вливання (інфузії); 3. Катетеризація; 4. Амбулаторна хірургія; 5. Інші маніпуляції.

"Лікарський збір анамнезу 1" (співбесіда між лікарем та пацієнтом) (12 годин), тривалість – 6 тижнів. Основною метою даного розділу є отримання навичок збирання анамнезу шляхом розвитку базисних комунікативних можливостей, здатністю підтримувати тему розмови з пацієнтом, використовуючи на практиці загальні, медичні, біографічні, суспільні, психологічні і сімейні аспекти. Заняття проводиться у невеликій групі студентів (згідно з інструкціями керівника) та має певний алгоритм (кроки) побудови біо-психо-соціального анамнезу: 1. Вітання та власна характеристика; 2. Створення сприятливої атмосфери; 3. Висвітлення проблем; 4. Теперішні скарги; 5. Індивідуальний анамнез; 6. Сімейний анамнез; 7. Психічний розвиток; 8. Соціальний статус; 9. Системний анамнез; 10. Закінчення, висновки. В результаті проходження даного розділу студенти повинні вміти спілкуватись з хворим і скласти його біо-психо-соціальну модель. Контроль проводиться за допомогою тестів.

Протягом всього третього семестру проводиться проблемно-орієнтоване навчання (POL) (30 годин).

Мета цього навчання – розуміння і сумісна робота над вирішенням комплексного завдання, (звичайно це – наступна професійна проблема, ситуація, випадок), передбачення подальшого розвитку, розробка стратегії і виходів із ситуації шляхом програвання (ділова гра). Кожний випадок розбирається на двох двогодинних заняттях: на першому дається завдання (ситуація), формулюються гіпотези, ставиться навчальна мета, котра має бути студентом самостійно опрацьована; на другому занятті – обговорюється знайдена інформація, відбувається дискусія (обов'язкова участь всіх студентів), результатом цих двох занять має стати колективна відповідь. Загальні завдання проблемно-орієнтованого навчання:

- можливість різнобічного розв'язування проблеми (навіть найпростіших ситуацій);
- обмін інформацією і співпраця в інтердисциплінарних темах;
- використовуються різні підходи до визначення, формулювання і розв'язання проблеми;
- можливість критичної оцінки інформації;

- самостійна організація пошуку інформації;
- можливість запропонувати вирішити проблему власним способом;
- поглиблення знань з теми;
- орієнтація на навчання впродовж свого життя.

Залік за даний вид практики може бути отриманий при умові відвідання всіх занять і активній роботі. При відсутності цих умов – необхідно проходити співбесіду з керівником POL (Tutorin), виконувати додаткові роботи – докладний твір у письмовій формі в кінці семестру.

В кінці третього семестру студенти протягом двох тижнів прослуховують курс лекцій "Стоматологічна пропедевтика" (62 години).

Лекції зі стоматологічної пропедевтики надають спеціальні знання відносно анатомії і гістології ротової порожнини, патології ротової порожнини, мікробіології та гігієни ротової порожнини, а також з науки матеріалів та стоматологічної термінології. Теми лекцій:

1. Структурна біологія порожнини рота (загальний розвиток зубів, амелогенез та емаль, дентиногенез та дентин, зубний сосочок та пульпа, цементогенез та цемент кореня зуба, розвиток та структура пародонта, слизова оболонка порожнини рота, імунологічний неспецифічний захист ротової порожнини).

2. Анатомія порожнини рота (анатомія та розвиток верхньої і нижньої щелеп, структура альвеолярних відростків).

3. Анатомія зубів (анатомія тимчасових та постійних зубів, ознаки відмінностей зубів тимчасового і постійного прикусів, зміна зубів, практичне значення вивчення анатомії зубів).

4. Патологія ротової порожнини (загальне вивчення запальних процесів у ротовій порожнині, загальне вивчення пухлин зубо-щелепної системи, одонтогенні пухлини).

5. Мікробіологія і гігієна порожнини рота (основи мікробіології та імунології порожнини рота, тести на підтвердження одонтогенної інфекції, гігієна, дезінфекція та стерилізація).

6. Матеріалознавство і термінологія (фізичні параметри і властивості дентальних матеріалів, вимоги, склад, металеві і неметалеві реставраційні матеріали, корозійний вплив умов порожнини рота).

У четвертому семестрі практична діяльність студентів продовжується на циклі: "Лікарський збір анамнезу 2" (співбесіда між лікарем та пацієнтом) (7 годин), "Фізикальні методи обстеження хворої людини" (7 годин), проблемно-орієнтоване навчання (30 годин). Ці практичні заняття дозволяють засвоювати методи обстеження пацієнта. Студент тренуєть-

ся проводити перше медичне опитування із хворими в залежності від їх патології, шляхом визначення факторів ризику, оснований на медичному анамнезі. Набуває навички клінічного обстеження жінок і чоловіків для опису status objectivus. Також розглядаються основи гігієнічної поведінки. Курс проблемно-орієнтованого навчання включає обговорення групою студентів проблем, базується на конкретній ситуаційній задачі, історії хвороби, практичному прикладі, які містять конкретну для даного захворювання симптоматику. Обговорюються деякі специфічні аспекти певних патологій.

У наступних семестрах практична стоматологічна діяльність має постійний характер і триває в кожному семестрі. Лише у 6 семестрі студенти мають практику з анатомії голови і ший (60 годин), визначення неврологічного статусу (15 годин), у 12 семестрі – лекції з правових, етичних і економічних принципів медичного права, законів соціального забезпечення, аспектів працевлаштування (зайнятості) і гігієни праці (45 годин); невідкладної медицини (15 годин). Ще одним аспектом, який сприяв реформуванню вищої освіти, була недосконалість традиційного варіанта побудови міждисциплінарної інтеграції – послідовного вивчення медико-біологічних, фундаментальних, а пізніше – клінічної (профільної) дисципліни, коли кожна наступна спирається на попередні шляхом актуалізації необхідних знань, навичок, вмінь з попередніх. Це так зване предметно-орієнтоване навчання в межах вертикальної інтеграції.

Викладання у Віденському медичному університеті базується на інтегрованому та орієнтованому на проблему навчанні, робиться пріоритет на активну пізнавальну діяльність студента. Для цього були створені інтегровані навчальні одиниці – модулі. При цій технології навчального процесу головним елементом стає об'єкт майбутньої лікарської діяльності – цілісний організм людини, його функціональні систе-

ми, органи в стані норми і патології. Вивчаються не окремі дисципліни, наприклад, анатомія, гістологія, фізіологія, біохімія, патологічна анатомія, патологічна фізіологія, пропедевтика, клінічні дисципліни, а одночасно, системно, комплексно вивчаються окремі функціональні системи, органи в морфофункціональному і семіотичному аспектах в нормі і патології. Наприклад, якщо об'єктом вивчення є серцево-судинна система організму, то модуль навчальних дисциплін забезпечує взаємозв'язане розкриття її анатомічної, гістологічної будови, біохімічних процесів, фізіологічних функцій, можливих патологій, їх клінічних проявів, методів діагностики, основних методів лікування. Відбувається повернення до давнього постулату медицини: "Лікувати не хворобу, а хворого".

Висновки: 1. Система викладання інтегрована по горизонталі, дозволяє здійснити об'єктно-орієнтоване навчання і досягти вищого рівня міжпредметної інтеграції. Однак для нерозривності теорії від практики у Віденському медичному університеті створили так звані Z-модулі (блоки). Вивчення предмета йде не тільки з горизонтальною інтеграцією, а ще і з елементами практики, коли з часом зменшується об'єм теоретичних годин, і збільшується – практична робота.

2. Чотири перших семестри занять на стоматологічному факультеті мало різняться від медичного факультету. І це ще раз підкреслює, що європейська стоматологічна освіта передбачає підготовку саме лікаря і вже потім стоматолога.

3. Попередні інтегровані екзамени (FIP), які проводяться в кінці зимового семестру, регулюють процес вивчення предмета і рівень самопідготовки студентів. В кінці навчального року проводиться підсумковий інтегрований екзамен (SIP) з усіх предметів, пройдених за навчальний рік. Цей рівень контролю охоплює більш важливі освітні задачі: після складання цих іспитів студентів переводять до наступного рівня навчання.

Література

1. Пίδαев А.В., Передерий В.Г. Болонский процесс в Европе. – Киев, 2004. – 192 с.

УДК 61(07.07)(436.1)

ДОСВІД ВЕДЕННЯ ЗАНЯТЬ НА ТЕОРЕТИЧНІЙ І КЛІНІЧНІЙ
КАФЕДРАХ ВІДЕНСЬКОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

О.В. Денефіль

*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*EXPERIENCE OF STUDYING PROCESS ON CLINICAL AND
THEORETICAL DEPARTMENTS OF VIENNESE MEDICAL UNIVERSITY

O.V. Denefil

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті наведено приклади навчання на теоретичній і клінічній кафедрах Віденського медичного університету.

The article presents the examples of education on theoretical and clinical departments of Viennese Medical University according to Bologna Declaration.

Вступ. З метою посилення конкурентноздатності, розширення можливостей працевлаштування, мобільності громадян проводиться стандартизація підготовки спеціалістів у Європі. Базовим компонентом для формування компетенції є якісні теоретичні заняття і практична підготовка, вміння і навички [1]. Проведено порівняння підготовки спеціалістів за кордоном і в Україні, виявлено позитивні сторони першої і негативні – другої [2, 3]. Вирішується питання підготовки спеціалістів у галузі медицини і зараз ведеться робота з її удосконалення, оскільки Болонський процес навчання стартував тільки у 2005 році в медичних вузах України. Це дасть змогу формувати спеціалістів, які здатні успішно функціонувати в умовах постійних змін, приймати змінність не як неприємну тимчасову особливість життя, а як сутнісну характеристику власної життєдіяльності, з інноваційним типом мислення, культури і поведінки [4]. Для оптимального вирішення даного питання нами було вивчено досвід підготовки спеціалістів на кафедрах Віденського медичного університету, де нова система освіти стартувала 4 роки назад.

Перед нами стояло завдання порівняти підготовку медичних спеціалістів на теоретичній і клінічній кафедрах, виявити позитивні та негативні сторони, щоб перейняти кращий досвід у практиці Тернопільського медичного університету, що і було метою нашої роботи.

Основна частина. Згідно з новою системою навчання у Відні є модульна (блокова) система, яка охоплює 36 блоків (по 6 на курс). Перших 10 модулів, згідно з нашими поняттями, є теоретичними (хоча лекції читаються з окремих клінічних дисциплін, вив-

© О.В. Денефіль

чаються основи рентгенології). У наступних 14 модулях вивчаються різні системи, в цих блоках теоретичні дисципліни передують клінічним. З 25 модуля вивчаються суто клінічні дисципліни (наразі великого досвіду навчання за новою системою на цих курсах ще немає). У кінці кожного семестру студенти складають іспити. Екзамени зимової сесії (FIP) є пробними, їхня оцінка ніде не враховується, а літньої сесії (SIP) – основними, і включають 240 запитань з 6 блоків (предметів там насправді набагато більше). На позитивну оцінку студент має набрати 60% правильних відповідей. Усю інформацію про модулі студент може знайти на сайті Віденського медичного університету, а за індивідуальним кодом зможе прочитати чи роздрукувати навіть лекційний матеріал.

Викладання фізіології за модульною системою триває 4 семестри, включає 120 годин лекцій і 90 годин занять практичного курсу. Вивчення дисципліни проводиться на 17 модулях (2-6, 8, 10-16, 18-21), найбільшу кількість годин серед них мають 2 і 4 блоки.

Другий модуль вивчається разом з анатомією, гістологією, рентгенологією у першому семестрі у вигляді лекційного матеріалу (35 годин). Лекції мають суто ознайомчий характер з функціями різних органів. Практичних занять з фізіології немає.

Основним блоком з вивчення фізіології людини є 4 блок, хоча на ньому також читаються окремі лекції з біохімії, фармакології, судової медицини, подаються клінічні аспекти фізіології обміну речовин, заключні (підсумкові) лекції.

Розглянемо конкретно 4 модуль. Заняття на ньому тривають 5 тижнів. Лекції читаються одночасно чотирьом потокам студентів (у зв'язку з малою кількістю місць у аудиторіях теоретичних кафедр);

певної послідовності за системами у їх читанні немає (тільки збережена відповідна кількість годин з кожного розділу). Тривалість лекцій різна: може бути 45, 90, 120, 150 хвилин (встановленням цього займається координатор модуля). Перших 3 дні лекції тематичні (на кожному потоці у кількості 11 годин) з введення в практику (теми: "Перенесення збудження в нервових ланцюгах. Нейрофізіологічні методи дослідження", "Дихання", "Кров: загальні функції, клітини крові", "Серцево-судинна система"). У наступні дні (67 годин) лекційний матеріал охоплює фізіологію збудливих тканин, нейрофізіологію, вищу нервову діяльність, виділення, травлення, обмін речовин, гормональну регуляцію, гемостаз, дихання, серцево-судинну систему. Всі лекції мультимедійні, немає єдиного взірця підготовки лекції (окремі професори подають тільки текстовий матеріал, інші – тільки малюнки, інші мають як текстовий матеріал, так і рисунки, схеми).

Перших два дні студенти після лекцій самостійно опрацьовують, повторюють матеріал з нейрофізіології, який подавався на лекціях у другому модулі. У подальші дні вони мають практичні заняття на кафедрі фізіології з наступних тем: серцево-судинна система (2 години), дихальна система (2 години), кров (4 години), нейрофізіологія (3,5 години).

У зв'язку з переходом на кредитно-модульну систему навчання на кафедрі різко скоротилася кількість практичних занять, наприклад із серцево-судинної системи студенти тільки реєструють і аналізують ЕКГ (1 година) і проводять ортостатичну пробу (1 година). За старою системою вони проводили ті ж самі практичні роботи, що роблять студенти у нас на заняттях (вимірювали артеріальний тиск, досліджували пульс, проводили досліди із впливу нейромедіаторів та іонів на серцеву діяльність).

Досить цікаво проводяться практичні заняття. Професор кафедри проводить одночасно заняття з 2-3 групами. Кожна група має свою навчальну кімнату, які розміщені поряд. Також на 3 групи є 2 керівники (з числа випускників), які повністю проводять показову практичну роботу (за старої системи було 4 керівники на 6 груп). Професор пояснює окремі елементи виконання роботи керівником групи, особливості методики, доцільність проведення саме такого дослідження, допомагає студентам у виконанні практичної роботи, відвідуючи кожну групу. При виконанні окремих практичних робіт студенти уважно стежать за роботою керівника групи, який демонструє правильний хід виконання, а деякі практичні роботи студенти виконують самостійно під наглядом професора. Вони намагаються досконало виконати роботу, освоїти практичні навички, які будуть їм потрібні в подальшій практичній роботі. Протоколи до заняття студенти заповнюють у ході заняття.

Опитування студентів не проводиться, оцінка не виставляється. Перевірка присутності студентів на занятті і лекції проводиться у відомостях, де студент навпроти свого прізвища ставить підпис, який засвідчує його присутність. Відпрацювання заняття проводиться в позаурочний час за домовленістю з викладачем. Практично це зробити досить важко, оскільки заняття тривають у деякі дні з 8.00 до 17.00-20.00, а відпрацювати двогодинне практичне заняття потрібно повністю. Тому студенти намагаються не мати пропусків без поважної причини.

Кількість питань, які виносяться на іспит з предмета, рівна половині кількості годин, які вивчалися на модулі (лекційних і практичних). Питання включають матеріал, який можна знайти виключно прослухавши лекцію чи будучи присутнім на практичному занятті.

Хоча в окремі дні студенти не мають практичних занять, вони працюють самостійно в бібліотеці з різними підручниками (зокрема з фізіології їх є 5), оскільки опанувати матеріал студенти повинні обов'язково.

При переході на нову кредитно-модульну систему на кафедрі фізіології виникли наступні проблеми:

1. Різко скоротилася кількість годин, які відводяться на практичні заняття.
2. Скоротилася кількість керівників груп, які проводять практичну роботу.
3. У студентів на першому курсі ще немає цілісної уяви про предмет.
4. Студентів не питають на заняттях, і не відомо про їхній рівень підготовки до занять і загальний рівень знань.

Позитивні моменти:

1. Студенти до закінчення курсу постійно повторюють пройдений на попередніх модулях теоретичний матеріал.
2. Студенти мають мати високу самодисципліну і самосвідомість, для самостійного освоєння теоретичного курсу дисципліни, як в бібліотеці, так і вдома.
3. У студентів є цілісна уява про будову, функції, патологію, терапевтичні, хірургічні захворювання різних систем.
4. Значно зменшилося педагогічне навантаження викладачів (у середньому 4 години на тиждень).

У нас, на відміну від віденських, студенти знаходяться під постійним контролем з боку викладачів (ця система приходить ще із школи) і тому у більшості з них не розвинута самодисципліна, самоконтроль, відповідальність. Кількість годин, відведена на дисципліну, в нас значно більша (324 години, з них 54 годин лекцій і 160 годин практичних занять).

На кафедрі клінічної патології цього року лекції і заняття проводяться за старою і новою системами

одночасно. Тому ми спробували порівняти ці види роботи.

За старою системою на кафедрі є 3 види занять: лекційні, семінарські, практичні. Лекції читаються у великій аудиторії, оснащений стаціонарними мікроскопами для кожного студента. Професор читає лекцію, демонструє у своєму мікроскопі стрілочкою зміни на мікропрепараті, одночасно на бокових стінах аудиторії розміщено телеекрани, де можна побачити зображення того ж препарату. Студенти слідкують за змінами, при потребі занотують дещо у зошитах (перелік препаратів є на кожному робочому місці).

Семінари проводяться у групах із 15-20 студентів, вони включають усну співбесіду, опитування і роз'яснення нового чи незрозумілого на лекціях студентам матеріалу професором кафедри.

Практичні заняття проводяться у малих групах (по 5-10 чоловік) з усним опитуванням студентів (оцінка виставляється в кінці кожного 6-годинного практичного заняття) або у вигляді практичного заняття з автопсії.

За новою (модульною) системою викладання предмета охоплює 6 модулів, з яких є головним 14 блок. Лекції також, як і на кафедрі фізіології, можуть тривати як 45, так і 90 хвилин. Практичні заняття 1,5- і 2,5-годинні (без перерви).

Згідно з новою системою лекції читаються в аудиторіях, де немає індивідуальних мікроскопів для студентів, також немає такого виду занять, як семінари. Практичні заняття не передбачають усного опитування. З методичних вказівок для студентів на окремому модулі є тільки переліки препаратів, які розглядаються на занятті. Також є елективний курс. Цей вид заняття передбачає обов'язкову роботу студента на кафедрі протягом тижня. Студент повинен бути присутній на робочому місці лікаря-викладача протягом робочого дня, знайомитися з тим, які види діяльності має професор. Викладач не займається спеціально із студентами у цей час, але присутність їх протягом робочого дня, розгляд мікроскопічних

Література

1. Основні підходи та етапи формування зони європейської вищої освіти // Основні засади розвитку вищої освіти України в контексті Болонського процесу (документи і матеріали 2003-2004 рр.) / За ред. В.Г. Кременя; авт. кол.: М.Ф. Степко, Я.Я. Боллобаш, В.Д. Шинкарук, В.В. Грубіяно, І.І. Бабин. – Тернопіль: Вид-во ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2004. – Частина 3. – 147 с.

2. Боллобаш Я.Я. Доповідна записка про проведення педагогічного експерименту щодо запровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації // Вища школа. – 2003. – № 4-5. – С. 113-115.

3. Основні засади розвитку вищої освіти України в кон-

препаратів обов'язкові. На цей вид занять кожен студент записується у секретаря кафедри у спеціально створені для цього групи в міру наявності вільних місць.

При переході на нову кредитно-модульну систему на кафедрі клінічної патології виникли наступні проблеми:

1. Різко скоротилася кількість годин із всіх видів роботи, крім самостійного опрацювання матеріалу.

2. У студентів немає цілісної уяви про предмет, хоча він вивчається тільки на двох курсах.

3. Знизився рівень знань студентів.

Позитивні моменти:

1. Студенти мають мати високу самодисципліну і самосвідомість для самостійного освоєння дисципліни.

2. У студентів є цілісна уява про різні органи і системи організму людини.

3. Значно зменшилося педагогічне навантаження викладачів (у середньому 15 годин на семестр).

У нас студенти вивчають патологічну анатомію на 3 курсі, а секційний курс на 6 курсі, коли вже мають цілісну уяву не тільки про здоровий організм, але й про захворювання. Автопсії наші студенти не проводять.

Висновки: 1. Згідно з системою медичної освіти у Відні значно скоротилася кількість навчальних годин з окремих предметів, зокрема теоретичних дисциплін.

2. Студенти постійно повторюють пройдений на попередніх модулях теоретичний матеріал на глибшому рівні.

3. У студентів розвивається самодисципліна, самосвідомість.

4. У студентів є цілісна уява про будову, функції, патологію, терапевтичні, хірургічні захворювання різних систем.

5. У викладачів вивільнився час для наукової роботи за рахунок значного зменшення педагогічного навантаження.

тексті Болонського процесу (документи і матеріали 2003-2004 рр.) / За редакцією В.Г. Кременя. – Тернопіль: Видавництво ТДПУ ім. В. Гнатюка, 2004. – 147 с.

4. Доповідь міністра освіти і науки України В.Г. Кременя на Всеукраїнській нараді ректорів педагогічних і класичних університетів з питань розвитку педагогічної освіти України та її інтеграції в європейській освітній простір 29.09.2004 р., м. Харків // Основні засади розвитку вищої освіти України в контексті Болонського процесу (документи і матеріали 2003-2004 рр.) / За ред. В.Г. Кременя; авт. кол.: М.Ф. Степко, Я.Я. Боллобаш, В.Д. Шинкарук, В.В. Грубіяно, І.І. Бабин. – Тернопіль: Вид-во ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2004. – Частина 2. – С. 153-168.

УДК 615(07.07)(436.1)

ОСОБЛИВОСТІ НОВОГО НАВЧАЛЬНОГО ПЛАНУ Й ВИКЛАДАННЯ ФАРМАКОЛОГІЇ ТА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ У ВІДЕНЬСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

О.М. Олещук

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

PECULIARITIES OF NEW CURRICULUM AND TEACHING PHARMACOLOGY AND CLINICAL PHARMACOLOGY IN VIENNESE MEDICAL UNIVERSITY

O.M. Oleshchuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті наведено особливості навчального процесу й викладання на кафедрах фармакології та клінічної фармакології у Віденському медичному університеті (Австрія). Новий навчальний план був введений у цьому одному з найбільших медичних університетів Європи у 2002 році. Структура університетського Curriculum ґрунтується на проблемно-орієнтованих модулях.

The peculiarities of educational process and teaching at pharmacology and clinical pharmacology departments in the Viennese Medical University (Austria) are discussed in this article. The new curriculum was introduced in one of the biggest Medical Universities of Europe in 2002. The structure of university curriculum is based on the topic-oriented modules.

Вступ. Україна чітко визначила орієнтир на входження в освітній та науковий простір Європи, здійснюючи модернізацію освітньої діяльності в контексті європейських вимог [1, 2]. Головна мета створення європейського простору у сфері вищої медичної освіти полягає у розширенні можливостей лікарів та студентів для працевлаштування та мобільності шляхом гармонізації навчального процесу в Європейському регіоні [3]. В рамках Меморандуму про співпрацю між Тернопільським медичним університетом та Віденським медичним університетом, укладеного в липні 2005 р., в складі групи викладачів-медиків з Тернополя у період з 14 по 28 січня цього року ми знайомилися з організацією навчального процесу, особливостями викладання фармакології та клінічної фармакології у Віденському медичному університеті.

Основна частина. Питання реформування вищої медичної освіти в Австрії наукова медична громадськість почала обговорювати ще починаючи з 1998 року. Новий навчальний план (Medical Curriculum of Vienna), що впроваджується у Віденському медичному університеті з 2002 року, побудований за принципом модульного навчання. Особлива роль у цьому процесі відводиться інтегрованому проблем-

но-орієнтованому навчанню. Мета впровадження нового навчального плану впливає з концепції, як вважає проректор з навчальної роботи професор Р. Малінгер, дати студенту не просто певний об'єм знань з медицини, а підготувати компетентного спеціаліста, здатного застосувати на практиці ці знання. Принцип організації структури модуля базується на засадах дидактики і включає навчання по органах та системах від анатомії до лікування патологічних процесів. Метою впровадження нової навчальної системи було також скорочення терміну викладання теоретичних дисциплін та залучення студентів до практичної діяльності на клінічних дисциплінах. Значний наголос робиться на навчанні студентів у малих групах. Також блокова система дозволила скоротити термін навчання на 2 роки, тобто загальна тривалість тепер становить 6 років.

Загальний напрямок, тематику та тривалість модуля визначає координаційна рада, до складу якої входять найбільш досвідчені професори університету. Потім координатор модуля та представники кафедр, які залучені в даний модуль, вирішують розподіл академічних годин (кількість лекцій практичних чи семінарських занять) на кожну дисципліну. Модулі мають неоднакову структуру і тривалість, оскільки враховуються вимоги дисципліни та клінічної

© О.М. Олещук

частини у контексті різних патологій. Наприклад, у модулі 9 "Маніфестація (прояви) захворювань, загальна фармакотерапія" вивчаються питання фармакології, мікробіології та пропедевтики внутрішніх хвороб. Розподіл студентів по групах та розклад занять забезпечує координатор блоку. Вся інформація про координаторів блоку, розклад занять на кожен день, адреси навчальних аудиторій, перелік дисциплін, що вивчаються в даному модулі, плани лекцій та практичних і семінарських занять, коротка інформація про основні питання, унаочнення та літературу, приклади тестових завдань з розділу та інша необхідна інформація розміщені на Web-сторінці університету. Кожен студент та викладач може зайти на Web-сайт університету, ввести свій код та отримати тексти лекцій, навчальну інформацію по блоку та відразу попросити її роздрукувати. Зв'язок між координатором блоку, викладачами та студентами проходить за допомогою електронної пошти (e-mail).

Лекції та семінарські заняття відбуваються на одному з поверхів університетської клініки, а практичні заняття, які вимагають певного обладнання, в інститутах та клініках. Лекційні аудиторії розраховані на велику кількість студентів. Кімната для семінарських занять обладнана мультимедійним проектором, комп'ютером, підключеним до Інтернету, діапроектором, дошкою, кушеткою для демонстрації хворого чи волонтера. В ній одночасно може займатися до 30-40 чоловік. Практичні заняття з теоретичних дисциплін проходять у спеціалізованих навчальних кімнатах в інститутах, а клінічні дисципліни в приміщеннях відповідних клінік.

Згідно з новим навчальним планом викладачі не визначають рівень знань студентів на практичних та семінарських заняттях. Основним критерієм оцінювання знання студентів є екзамен SIP, який студенти складають в кінці навчального року. Екзамен відбувається у письмовій формі, включає 240 завдань за типом "КРОК", де студент з п'яти відповідей вибирає одну правильну. Студенти не мають банку даних тестів. Екзамен перевіряється незалежними секретарями, оцінки відразу заносяться в базу даних. Студент має три спроби складання екзамену. Якщо він його не склав, то четвертий раз студент складає екзамен при комісії з дозволу ректора. При невдалій четвертій спробі студент має можливість п'ятої за дозволу президента Австрії. Пробний іспит FIP включає 120 тестів і проводиться в кінці 1 семестру. Результати його допомагають студенту оцінити рівень його знань і оптимізувати підготовку до складання SIP.

Ще з 1904 року у Віденському медичному університеті існує Інститут фармакології. На кафедрі фармакології в даний час працює 10 викладачів рівня університетського професора. Завідувач кафедри професор Міхаель Фрейсмус є координатором 9 модуля, в якому є найбільше навчальних годин з фармакології, тому ми мали нагоду більш детально обговорити особливості навчального процесу.

Вперше з основами фармакології та рецептурою студенти знайомляться вже на 1 році навчання, де в 4 модулі, який називається "Функціональні системи та біорегуляція", їм читають 3-годинну лекцію на тему "Фармакологія вегетативної нервової системи". У 9 модулі "Маніфестація (прояви) захворювань, загальна фармакотерапія" – на фармакологію відводиться 20 годин лекційних та 20 годин для семінарських занять. У цьому модулі, заняття у якому тривають протягом 7 тижнів у 3 семестрі, читаються лекції на такі теми: "Фармакодинаміка", "Фармакокінетика", "Загальна рецептура", "Дослідження лікарських засобів", "Лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки", "Засоби для лікування артриту та подагри", "Анальгезуючі засоби", "Засоби для лікування простуди та грипу", "Принципи фармакотерапії інфекційних захворювань", "Антибактеріальні засоби", "Цитостатики", "Генна терапія", "Принципи лікування онкологічних хворих", "Гострі отруєння", "Отруєння ацетилсаліциловою кислотою та парацетамолом", "Хронічні отруєння", "Асептичні та детоксуючі засоби", "Соціальні та етичні аспекти фармакотерапії, побічні ефекти лікарських засобів". Семінарські заняття з фармакології та лікарської рецептури у 9 модулі проводяться протягом тижня. 10 викладачів-професорів займаються з 10 групами по 20 чоловік. Таким чином, протягом тижня на кафедрі проходять семінарські заняття 200 студентів, а за 3 тижні у студентів всього курсу.

За час стажування у Віденському медичному університеті мені вдалося побувати на лекції, яка читалася для всіх студентів 2 року навчання у великій лекційній аудиторії, на тему "Принципи фармакотерапії інфекційних захворювань". Лекція супроводжувалась мультимедійною презентацією і містила інформацію про збудників найбільш поширених інфекційних захворювань, методи лабораторної діагностики чутливості збудника до антибактеріального середника, класифікації препаратів цієї групи, основні фармакологічні характеристики представників груп, застосування та побічні ефекти антибіотикотерапії.

Мені випала нагода побувати на семінарських заняттях, які проводив завідувач кафедри проф.

М.Фрейсмус. Згідно з розкладом заняття почалося о 8 годині ранку та закінчилося о 12 год., включало 3 заняття по 45 хв та 1 заняття по 35 хв. Заняття ведуться у вигляді дискусії та обговорення незрозумілих запитань. Викладач організовує роботу студентів, постійно змінюючи її форми. У першій частині заняття студенти обговорювали незрозумілі запитання щодо загальної фармакології, викладач використовував завдання для студентів по розрахунках фармакокінетичних параметрів тих препаратів, що вивчаються. У наступній частині студенти, під керівництвом викладача, використовуючи довідники, виписували рецепти на лікарські засоби тих же груп, що давало можливість викладачу повторно обговорити питання фармакокінетики та фармакодинаміки цих засобів. Далі студенти розв'язували та обговорювали тестові завдання. Студенти не тільки знаходили правильну відповідь, пояснювали, чому власне цей препарат є засобом вибору в цій ситуації, але обговорювали особливості фармакології інших лікарських середників, що були в дистракторах відповідей. Студенти особливо зацікавлено та активно брали участь в останньому виді роботи, адже саме він готує їх до складання річного іспиту.

У 10 модулі "Ендокринологія і обмін речовин" проводиться 1-годинна лекція та 3-годинне семінарське заняття, які включають питання фармакології глюко- та мінералокортикоїдів, засобів, що використовуються для лікування цукрового діабету та гіперліпідемії. У 11 модулі "Серцево-судинна система" вивчення фармакології проходить тільки у вигляді семінарських занять (12 год). Розглядаються питання фармакології антиангінальних, антиаритмічних, антигіпертензивних середників. У 13 модулі "Жарчухання і травлення" – 3 години семінарських занять про засоби, що використовують в лікуванні захворювань органів травлення та в лікуванні виразкової хвороби; у 14 модулі "Нирки і гомеостаз" – 3-годинна лекція з фармакології діуретиків; у 15 модулі "Сексологія, репродукція, вагітність і народження" – 2 години лекцій та 1 година семінарських занять про статеві гормони; у 16 модулі "Немовлята, діти та підлітки" – 2-годинна лекція щодо особливостей фармакотерапії в дитячому віці; у 19 модулі "Мозок, нервова система і біль" – 3 години лекцій та 3 години семінарських занять про анальгезуючі засоби, протипаркінсонічні засоби; у 20 модулі "Психічна функція при здоров'ї та хворобах" – 8 годин лекційних та 6 годин семінарських занять. Лекції на тему "Снодійні та транквілізатори", "Нейролептики, галюциногени, психостимулятори", "Інтоксикація психотропними засобами",

семінарські заняття на тему "Снодійні та транквілізатори", "Антидепресанти", "Нейролептики, галюциногени, психостимулятори".

Таким чином, можна сказати, що при переході на новий навчальний план в загальному скоротилась кількість лекційних та семінарських годин з фармакології, студенти вивчають предмет з 1-го по 4 рік навчання. Вивчення фармакології певної групи проводиться інтегровано з іншими предметами модуля, разом з освоєнням структури, функції та проявів ураження тих органів і систем, де ці середники найчастіше використовуються. Тому у студентів створюється загальна картина щодо механізмів дії та доцільності застосування певних лікарських засобів.

У 1992 р. у Віденському університеті було відкрито окрему кафедру клінічної фармакології. Зараз вона розташована на 6 поверсі одного з найбільших медичних центрів, університетській клініці АКН. На базі кафедри проводять клінічні дослідження лікарських засобів на волонтерах. Професорсько-викладацький склад кафедри проводить навчання студентів додипломної та післядипломної освіти. В складі кафедри 8 викладачів-професорів. Заняття для студентів додипломного навчання проводяться в 8 семестрі, модуль 24 "Дослідницькі вивчення". На семінарських заняттях студенти обговорюють такі теми: "Методологія проведення клінічних досліджень, вибір контрольної групи, рандомізація, стандартизація, метод сліпого вибору"; "Точність, правильність, упередженість, небажані впливи", "Протокол, критерії відбору"; "Ефект плацебо"; "Основи належної клінічної практики"; "Етичні основи клінічних досліджень; Юридичний захист пацієнтів, Гельсінська декларація"; "Етична комісія (подання, формуляри); Інформація пацієнтів та досягнення їхньої згоди"; "Випадки непрофесійного проведення клінічних досліджень". Разом з тим, на думку заступника завідувача кафедри клінічної фармакології проф. Брігітте Бльохль-Даум, вони хотіли б у наступному навчальному році заняття проводити у вигляді лекцій. Це пояснюється тим, що викладачі кафедри хотіли б подати студентам всю нову інформацію, яка постійно з'являється в галузі клінічних досліджень лікарських засобів, що зручніше зробити під час лекцій та більшою кількістю студентів у наступному навчальному році.

Таким чином, викладачі та працівники кафедри клінічної фармакології самі беруть активну участь у проведенні клінічних досліджень та навчають майбутніх лікарів та науковців методів та принципів їх проведення та оцінки на засадах доказової медицини.

Це підтверджує необхідність включення у навчальний процес у медичних вузах України питань з основ доказової медицини та вивчення принципів проведення доклінічних та клінічних досліджень лікарських засобів, що вже активно обговорюється в нашій країні, зокрема велике значення цьому приділяв професор кафедри фармакології з клінічними фармакологією, фармацією та фармакотерапією Тернопільського медичного університету ім. І.Я. Горбачевського М.П. Скакун [4, 5].

Висновки: 1. Новий навчальний план, що впроваджується у Віденському медичному університеті, ставить за мету не збільшення об'єму знань студентів, а зростання рівня їх компетентності, він значно розширює можливість практичного застосування отриманих знань. Ефективність навчання студентів забезпечується інтегрованою, проблемно-орієнтованою організацією навчального процесу та роботою в малих групах студентів.

Література

1. 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 – 23.
2. Передерій В.Г. Стратегія євроінтеграційного реформування вищої медичної та фармацевтичної освіти України // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 9 – 11.
3. Волосовець О.П. Питання якості освіти у контексті

2. За новим навчальним планом кількість годин теоретичних дисциплін значно зменшено. На клінічних дисциплінах рівень навчальних програм відповідає рівню сімейного лікаря. Студенти складають тільки один річний інтегрований іспит.

3. Вивчення фармакології проходить з 1-го по 4-й навчальний рік із загальним скороченням кількості лекційних та семінарських годин. Вивчення проводиться інтегровано з іншими предметами модуля, що створює проблемно інтегровану модель вивчення механізмів дії та доцільності застосування певних лікарських засобів.

4. Викладачі кафедри клінічної фармакології у Віденському медичному університеті навчають майбутніх лікарів методів та принципів проведення клінічних досліджень, правильної оцінки їх результатів та принципів раціональної фармакотерапії, яка базується на засадах доказової медицини.

впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 12 – 16.

4. Ковальчук Л.Я., Скакун М.П. Клінічна епідеміологія і доказова медицина як провідні фактори реформування вищої медичної освіти в Україні // Медична академія. – № 2 (163). – С. 4 – 5.

5. Скакун М.П. Основи доказової медицини. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 240 с.

УДК 611(07.07)(436)

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ВИКЛАДАННЯ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ВІДНЯ

Б.Я. Ремінецький

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

PECULIARITIES OF HUMAN ANATOMY STUDIES ORGANIZATION IN MEDICAL UNIVERSITY OF VIENNA

B.Ya. Reminetsky

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Під час стажування у Медичному університеті Відня ознайомилися із організацією вивчення анатомії людини в умовах кредитно-модульної системи. Відмічено високий рівень вмотивованості навчання та успішності випускників і студентів, ефективність інтеграції теоретичних та клінічних предметів у навчальних модулях.

During clinical training in Medical University of Vienna we were acquainted with organization of Human Anatomy studies in conditions of credit-module system. It was noted high level of motivation and progress of graduates and students, effectiveness of integration of theoretical and clinical subjects within the study blocks.

Вступ. Група викладачів Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського перебувала на стажуванні у Медичному університеті Відня. Стажування здійснювалося в рамках виконання Меморандуму про співпрацю між університетами, укладеного в липні 2005 р. Протягом 2 тижнів перебування у Медичному університеті Відня, який складається із 37 клінік та інститутів, ми ознайомилися з організацією навчального процесу. Новий навчальний план, що запроваджений у Віденському медичному університеті з 2000 року, побудований за принципом Європейської кредитно-трансферної системи (ECTS) [1]. Метою цієї навчальної реформи є поліпшення якості медичних та наукових знань й освіченості, компетентності його випускників. Особлива роль у цьому процесі відводиться інтегрованому проблемно-орієнтованому навчанню.

За час відрядження ми побували в університетських інститутах анатомії, гістології та ембріології, відділеннях клінічної патології, рентгенології, судинної хірургії. Мета впровадження нового навчального плану впливає з концепції, за словами проректора з навчання професора Р. Малінгера, дати студенту не просто певний об'єм знань, а підготувати компетентного спеціаліста, здатного застосувати на практиці ці знання.

Основна частина. Вивчення теоретичних дисциплін проходить у два етапи. Протягом 1, 2 і 3 се-

местрів студенти опановують основи анатомії, фізіології, гістології, патології, фармакології. На цьому етапі кількість лекційних годин майже на порядок більша від семінарських та практичних занять [2]. На другому етапі зміст модулів укладений згідно з вивченням систем людського організму. У 3, 4 і 5 семестрах кількість і тривалість лекцій та практикумів є приблизно однаковою. При опануванні деяких клінічних предметів на п'ятому та шостому роках навчання лекцій або взагалі немає, або лише кілька академічних годин, найбільше часу надано активним формам навчання – практичним заняттям та самостійній роботі [3].

Злюб'язної допомоги професора Вольфганга Ведінгера та професора Мірцеа-Костантина Сора був з'ясований розподіл розділів з анатомії людини за модулями першого, третього, четвертого і п'ятого семестрів навчання. Для студентів першого року навчання основи будови людського тіла викладається у першому семестрі у блоці 2 "Людське тіло". Дані макроструктури підтверджують радіодіагностичними зображеннями. При вивченні анатомії людини дуже велике значення надається апаратним методам візуалізації органів – окремі заняття присвячені вивченню аналізу комп'ютерних томограм, знімків МР, рентгенограм, УЗД. Починаючи з 9-го заняття з анатомії, студенти розпочинають вивчати радіодіагностику. Модуль 2 "Людське тіло" має такі розділи: 1) опорно-руховий апарат, 2) серцево-судинна систе-

© Б.Я. Ремінецький

ма, 3) дихальна система, 4) травна система, 5) сечовидільні органи, 6) статеві органи, 7) нервова система, 8) ендокринні органи. Основні дані про структуру і функцію систем людського тіла студенти отримують у переважно лекційному вигляді. У першому семестрі передбачається лише практикум з гістології. Він виконується самостійно студентами у великій гістологічній залі, обладнаній мікроскопами та проектувальною технікою, за чітко встановленим розкладом. Роль викладача при цьому і персональні контакти з аудиторією зведені до мінімуму. З'ясування проблемних питань навчального матеріалу присвячені семінарські заняття, які проводять у спеціальних аудиторіях у групах по 15 студентів. Тут провідну роль відіграє викладач, він також проводить підготовку студентів до семестрових і річних тестових іспитів. Студентські та викладацькі робочі місця семінарських кімнат обладнані комп'ютерною та проектувальною технікою, класними дошками, що дає можливості для аналізу і засвоєння лекційного та практичного курсів.

Розподіл кількості академічних годин між дисциплінами й вибір доцільної форми занять у межах модуля проводить координатор модуля із числа викладачів. Модулі мають неоднакову структуру, оскільки враховуються вимоги клініки у контексті різних патологій. Для прикладу, у модулі "серцево-судинна система" значний час відведений опануванню основами хірургічного втручання, у модулі "Ендокринна система" – біохімії та фармакологічним аспектам. Під час візиту в університетський Інститут гістології та ембріології ознайомилися із принципами організації структури модуля, дуже корисною та інформативною була зустріч із координатором модуля професором А. Еллінгером. Ми з'ясували плани лекцій та семінарських занять, які проводяться у рамках модулів із циклу морфологічних дисциплін. Філософія нового навчального плану полягає у скороченні загальної тривалості додипломної освіти до 6-ти років за рахунок відносного зменшення аудиторних годин для теоретичних дисциплін (великий об'єм виноситься на самостійне опрацювання) при збільшеному акценті на оволодіння практичними аспектами лікарського фаху. Професор А. Еллінгер поділився своїми враженнями про досвід залучення фахівців для викладання певних розділів з дисциплін та розподіл студентів по семінарських та малих групах для практикумів, підкреслив позитивні і негативні моменти модульного типу організації навчання.

Глибше опанування анатомії розподілене у "системних" 10-19 модулях, де системи людського організ-

му вивчаються, починаючи з морфології та функції органів, враховуючи метаболізм, біохімічні, фармакологічні особливості, завершуючи патологією та основами клініки систем. Під час даних модулів по Інституту анатомії студенти розподілені на малі групи по 5 студентів для виконання практикуму. У чітко визначений розкладом час вони виконують обов'язкову програму з анатомічного препарування системи чи ділянки тіла людини під контролем інтернів, які проходять курс анатомії під час післядипломної освіти та викладачів [4]. За кожною малою групою студентів закріплене певне тіло померлої людини, яке вони повністю опрацьовують протягом трьох семестрів практикуму з анатомії людини. При опануванні 10-19 модулів для вивчення анатомії семінарських занять, на яких студенти можуть з'ясувати важчі питання лекційного матеріалу та отримати консультації для вирішення тестових завдань, не передбачено. Знайомлячись із лекційними, секційними залами Інституту анатомії, ми мали можливість побувати у Центрі анатомії та клітинної біології, лабораторії топографічної анатомії та пластинації, ознайомитись із препаратами, призначеними для демонстрації у навчальному процесі та для тривимірної реконструкції ділянок тіла і органів.

При вивченні модуля "Ендокринологія і метаболізм" перший та восьмий розділи присвячені анатомії (8 акад. годин), гістології та патології. Протягом 28 акад. годин студіюють функціональну макроструктуру серцево-судинної системи у четвертому семестрі. Як демонстраційно-навчальні засоби використовують пластинати натуральних препаратів серця – унікальні продукти лабораторії топографічної анатомії та пластинації. Із 28 академічних годин, виділених для вивчення теоретичних аспектів шлунково-кишкового тракту (морфології, біохімії, фізіології, патології), 12 присвячено практикуму з анатомії. Студенти практично опановують макроструктуру органів сечовидільної системи протягом 6 академічних годин, приділяючи особливу увагу особливостям розташування, кровопостачання, іннервації та лімфовідтоку органів черевної порожнини, заочеревинного простору і таза. При вивченні матеріалу модуля "Статева система, вагітність і пологи" на 30 заняттях препарують органи репродуктивної системи, також зосереджуючись на урологічній ультразвуковій анатомії, вагінальній та абдомінальній сонографії, магніторезонансній та комп'ютерно-томографічній анатомії, маммографії. Модуль "Шкіра і органи чуття" побудований за класичним систематичним принципом: морфологія, фізика, фізіологія, патологія, клініка, що за-

вершується вивченням психологічних проблем осіб із певними захворюваннями. За побажаннями студентів Медичного університету Відня створені посібники, у яких тезово викладено навчальний матеріал за модулем і вказані літературні джерела.

При завершенні модулів, які усі студенти згідно з новим навчальним планом проходять в однаковій послідовності і терміни, студент отримує залік. При бажанні студента продовжувати навчання в іншому ВНЗ кількість зарахованих академічних годин переводять у певну кількість "кредитів" за спеціальною шкалою. Оцінювання рівня знань із предметів, що увійшли у модуль, відбувається на семестрових та річних тестових іспитах. Після 3-4 модулів проводять тестовий іспит, на якому студент може оцінити свій прогрес в опануванні медичної науки. Разом з тим, навіть якщо цей іспит не буде складено, це не є перешкодою для переходу на наступний семестр. А от річний тестовий іспит (після другого семестру) може

стати нездоланим рубежем для переходу на наступний рік навчання.

Висновки: 1. При вивченні організації навчального процесу у Медичному університеті Відня відмічено високу якість організаційних заходів щодо впровадження ECTS, ефективність інтеграції теоретичних та клінічних предметів у навчальних модулях. У результаті поліпшилася вмотивованість навчання та успішність випускників і студентів, а також полегшилась процедура переходу на навчання у певних семестрах в інші університети.

2. Впровадження нового навчального плану внесло "розриви" у до того безперервний процес вивчення цілісного людського тіла. Виникають проблеми із "самостійним навчанням", оскільки для цього не передбачено чіткої організації (аудиторій, викладачів і т.п.). Зменшення аудиторних годин викладацької роботи із студентами молодших курсів знизило рівень знань та успішність на річних іспитах.

Література

1. Медичний університет Відня. ECTS-Info-пакет. Sokrates програма. – 2005. – 81 с.
2. Meduniwien – Diplomstudium Humanmedizin N202/ Studienplanfuhrer. www.meduniwien.ac.at
3. Educational Philosophy and Practice // Medical Gross

- Anatomy. Introduction to the Course. The University of Michigan. – 2000. www.med.umich.edu/anatomy
4. Peer Dissection and Peer Teaching // Medical Gross Anatomy. Introduction to the Course. The University of Michigan. – 2000. www.med.umich.edu/anatomy.

УДК 612.015(07.07):378(436)

ОРГАНІЗАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ ХІМІЇ У ВІДЕНЬСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

С.О. Ястремська

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ORGANIZATION OF TEACHING BIOLOGICAL CHEMISTRY AT MEDICAL UNIVERSITY OF VIENNA

S.O. Yastremska

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Проведений аналіз навчального плану Віденського університету з біологічної хімії. Встановлене значне різноманіття організаційно-методичних підходів у формуванні навчальних планів у даному вузі. Впровадження кредитно-модульної системи у вищих навчальних закладах вимагає більш широкого застосування позааудиторних форм підготовки, використання ефективних схем контролю знань студентів, збільшення ступеня міжпредметної інтеграції.

The curriculum of Viennese University on biological chemistry has been analyzed. A significant variety of organizational-methodical approaches in formation of curricula at this university has been established. The implementation of credit-module system requires wider use of out-auditorium forms of learning, applying of effective schemes of students' knowledge control and the increase of the level of interdisciplinary integration.

Вступ. Болонський процес – це структурне реформування національних систем вищої освіти країн Європи, зміни навчальних програм і необхідних інституційних перетворень у вищих навчальних закладах [1, 2]. До 2010 року намічається створення єдиного європейського наукового і навчального простору [3, 4, 5]. Це дасть нові можливості випускникам вузів в питаннях працевлаштування, підвищення їх конкурентноспроможності на європейському ринку праці, підйому престижу європейської вищої школи. Тому, щоб вступити в болонську співдружність, нам необхідно зробити немало, і в першу чергу проаналізувати вітчизняну систему науки та освіти на фоні європейської.

Основна частина. Протягом 2 тижнів перебування у Віденському медичному університеті, який складається з численних клінік та інститутів, ми мали змогу познайомитись з принципами реформування навчального процесу. Нова навчальна схема – це не перероблені та удосконалені старі навчальні плани і програми, а принципово нова програма, що передбачає наявність блочно-лінійної схеми навчання, в якій поєднуються інтегровані тематичні блоки тривалістю 3-6 тижнів (модулі) і практична робота в клініці впродовж усього семестру (лінії). Кожен фрагмент інформації в модулі інтегрований по горизонталі і вертикалі. Горизонтальна інтеграція передбачає одночас-

© С.О. Ястремська

не вивчення проблем з точки зору різних фундаментальних дисциплін. Так, на першому році навчання біологічна хімія інтегровано з медичною біологією, біофізикою, фізіологією вивчається у трьох модулях з шести (модуль 3 – "Від молекули до клітини", модуль 4 – "Функціональні системи та біологічна регуляція", модуль 5 – "Генетика, молекулярні та клітинні зв'язки"). Як навчальна дисципліна біологічна хімія закладає основи вивчення студентами молекулярної біології, генетики, фізіології, патології, загальної та молекулярної фармакології, токсикології та пропедевтики клінічних дисциплін, що і передбачає інтеграцію викладання з цими дисциплінами та формування умінь застосовувати знання з біохімії, насамперед біохімічних процесів, які мають місце в організмі здорової та хворої людини. Під час цих модулів студентами вивчаються біологічно важливі класи органічних сполук, біополімери та їх структурні компоненти, загальні закономірності метаболізму і регуляції окремих класів речовин.

Починаючи з другого курсу спрацьовує принцип вертикальної інтеграції: клінічна інформація в межах одного модуля нашаровується на теоретичний базис. Тому практично кожен модуль містить біохімічні теми.

Унікальність запропонованої модульної схеми полягає, в першу чергу, в самій системі навчання. Вивчення кожного блоку об'єднує в себе певну кількість

лекцій і практичних занять. При цьому практичні заняття студентів проходять у вигляді дискусій (проблемно-орієнтаційне навчання), виконання практичних досліджень з дотриманням принципів доказовості, ділових ігор.

Одним з позитивних моментів, який хочемо відмітити, є те, що практика проводиться не влітку, як у нас, а протягом всього навчального року, включаючи послідовно завдання кожного блоку.

Система навчання в кредитах відводить значну роль і самостійній підготовці студентів. З цією метою у Віденському медичному університеті створена навчально-інформаційна система (Learning Information System LIS), завдяки якій студенти мають можливість користуватись електронними посібниками, а також отримувати в електронному вигляді всю інформацію стосовно навчального процесу у вузі.

Уваги заслуговує також викладацький склад університету. Більшість викладачів володіє достатньо високою компетенцією, є яскравими і цікавими особистостями; вони суміщають практичну і науково-дослідницьку діяльність, легко йдуть на контакт зі студентом. Та найголовніше – більшість з них здатна викликати цікавість студента до свого предмета. Тут у кожного є своя методика, але всі методики об'єднують одне – вміння пояснити студенту практичне значення і користь предмета, що ним вивчається.

Важливим принципом європейської методики здобуття освіти є індивідуальний підхід до потреб кожного студента. Потрібно обов'язково враховувати особливості його характеру, психофізіологічні характеристики його особистості, потребу у вивченні дисциплін і освоєнні тієї чи іншої спеціальності.

Такий підхід в більшості здійснюється за допомогою системи зарахункових балів або так званої кредитної системи ECTS, яка сьогодні впроваджена в навчальний процес Віденського медичного університету. ECTS-кредит – це числове значення, що застосовується для визначення загальних затрат часу студентами на вивчення матеріалу. Воно відображає

сумарну роботу студента над дисципліною на лекціях і семінарах, практичних і лабораторних заняттях, самостійну роботу – в бібліотеці і вдома, направлену на оволодіння предметом, тестові іспити, практику, участь та доповіді на науково-практичних конференціях. Таким чином, ECTS-кредит охоплює повне студентське навчальне навантаження під час проходження курсу і виражається числом від 1 до 60 (семестр – 30 кредитів, навчальний рік – 60 кредитів).

Згідно з основними положеннями Болонського процесу, у Віденському медичному університеті створена система кредитів за зразком європейської системи трансферу оцінок (ECTS) – єдина система оцінювання, що забезпечує прозорість і порівнюваність програм навчання і освітніх кваліфікацій, внесені зміни до об'єму навчальних дисциплін, зменшений їх перелік.

Принциповим в новій системі навчання, яка впроваджена в нашому університеті, є те, що ліквідовані сесії. Кожен етап навчання студента контролюється і оцінюється, що підвищує мотивацію студентів до здобуття знань. У Віденському ж університеті оцінювання протягом навчального семестру відсутнє. Що ж спонукає студентів щоразу ретельно самостійно готуватись до кожного заняття? (бібліотеки університету з ранку до пізнього вечора заповнені молоддю, що займається). Мотивація єдина – успішно скласти кінцевий єдиний іспит -SIP, що включає тестові питання зі всіх модулів-блоків, які вивчались протягом року. При цьому, якщо студент не набирає мінімальної кількості правильних відповідей хоча б з одного модуля, йому автоматично не зараховується весь іспит, а це означає повторний курс навчання з повторною оплатою. Крім того, рейтинг студента враховується при прийнятті на роботу.

Висновок. Немає сумніву в тому, що реформування структури системи вищої освіти як в Україні, так і в Європі необхідне для того, щоб рухатись в сторону зближення, але при цьому потрібно обов'язково зберегти фундаментальні цінності і різноманітність освітніх систем, які існують в наших країнах.

Література

1. Болонський процес у фактах і документах / Упорядники М.Ф. Степко, Я.Я. Болубаш, В.Д. Шинкарук та ін. – Київ-Тернопіль: Вид-во ТДПУ ім. В. Гнатюка, 2003. – 52 с.
2. Вища освіта України і Болонський процес: Навчальний посібник / За ред. В.Г. Кременя. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2004. – 384 с.
3. Підаєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – 190 с.

4. Statement of the Bologna process and medical education. World Federation for Medical Education Association for Medical Education in Europe. Copenhagen 2005.
5. The Executive Council of the World Federation for Medical Education. International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programs. A WFME position paper // Med. Educ. – 1998. – 32. – P. 549-558.

УДК 618 (07.07) (436)

ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНОГО НАВЧАННЯ У ВІДЕНЬСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

Н.І. Багній

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ORGANIZATION OF PROBLEM-ORIENTED EDUCATION AT VIENNESE MEDICAL UNIVERSITY

N.I. Bahniy

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті висвітлено особливості організації занять на основі проблемно-орієнтованих завдань у Віденському медичному університеті, запропоновано нові підходи щодо реорганізації системи вищої медичної освіти в Україні відповідно до європейських освітніх навчальних систем.

Peculiarities of problem-oriented learning organization at Viennese Medical University are considered in the article. New approaches concerning reorganization of higher medical education in Ukraine according to European educational programs are suggested.

Вступ. Зростання вимог до якості підготовки лікаря на сьогоднішньому етапі згідно з вимогами європейської вищої медичної освіти передбачає впровадження у навчальний процес новітніх технологій засвоєння матеріалу, використання різноманітних форм організації навчального процесу та контролю отриманих знань [1].

Сьогодення вимагає формування лікаря загальної практики, здатного до самостійного клінічного мислення, яке формується на основі аналізу вивченого матеріалу. При цьому формування професійних якостей студента як гармонійної особистості є невід'ємною складовою частиною вищої медичної освіти [1].

Для досягнення цієї мети необхідна часткова, на мою думку, реорганізація системи вищої медичної освіти в Україні. Саме обмін досвідом між викладачами Тернопільського та Віденського медичного університетів дав можливість цього усвідомлення.

Основна частина. Нова навчальна програма у Віденському медичному університеті, зокрема на кафедрі акушерства та гінекології, передбачає впровадження різних форм навчального процесу, а саме: проведення лекцій, семінарів, практичних занять, оволодіння практичними навичками. Практична підготовка студента передбачає використання алгоритмічних, ігрових, діалогових, дослідницьких, проблемно-орієнтованих завдань. Власне, впровадження різних форм семінарських занять є одним із методів

© Н.І. Багній

стимуляції пізнавальної діяльності студента у межах вивчення модуля.

Проблемно-орієнтоване навчання є однією із різновидностей семінарів у Віденському медичному університеті і невід'ємною частиною навчальної програми. Суть заняття – пізнання предмета шляхом активного пошуку. Даний вид роботи розвиває комунікативні риси студента, сприяє розвитку клінічного мислення, яке є важливим елементом у становленні лікаря загальної практики. Не слід забувати, що формування майбутнього лікаря залежить перш за все від самого студента. Мотивація студента до оволодіння спеціальністю та вивчення предмета є одним із елементів, що впливає на якість підготовки лікаря.

Заняття на основі проблемно-орієнтованих завдань проводяться впродовж трьох років починаючи із другого року навчання та передбачають наявність викладача та групи студентів, серед яких вибирають модератора заняття.

Викладач сьогодні не повинен бути лише носієм і передавачем інформації. Це людина, яка є достатньо мобільною і може швидко адаптуватись до змін шляхом постійного удосконалення своєї професійної майстерності. Сучасний викладач повинен володіти науковою інформацією за фахом, підбирати новітні технології, методи і засоби для досягнення поставлених цілей. Викладачеві необхідно володіти вміннями, які необхідні для реалізації навчальної та виховної функції, правильно організувати навчальну діяльність студента [2].

Основна функція викладача на проблемно-орієнтованому занятті не навчати, а спостерігати за ходом логічної думки студентів та координувати її напрямки, допомагати студентам у формуванні їх кінцевої проблеми, контролювати та оцінювати їх знання. Самостійно опанувати професію лікаря загальної практики є неможливим.

Принцип побудови заняття передбачає проведення аналізу ситуаційної задачі, побудованої на основі попередньо пройденого лекційного матеріалу даного модуля. Зокрема, задача модуля № 15 "Статеві-репродуктивна система, вагітність та пологи" повинна містити логічно пов'язані між собою основи анатомії, гістології, фізіології, медичної біохімії, мікробіології, фармакології, ендокринології, вагітності та пологів.

Модератор – це студент, якого на початку заняття вибирає викладач. Основне його завдання – вести заняття, залучати до обговорення задачі групу студентів, визначати нові шляхи пошуку незрозумілих понять. Він ставить групі логічно між собою пов'язані запитання, які поступово розкривають зміст задачі. Непідготовленому до заняття студенту буде важко справитись із цим завданням. Позитивним моментом у цьому є формування у студентів вже із другого року навчання організаторських здібностей, можливостей самореалізувати та самовдосконалити себе під час дискусії.

Основна суть групи студентів – вільно висловлювати свої припущення і твердження, не критикувати іншого студента, навіть якщо не згоден із його думкою. Лише в процесі вільного обговорення може народитись правильна відповідь. Вголос висловлена точка зору нашоє студента на подальше мислення. Саме процес обговорення з перших курсів формує у студента нової навчальної програми здатність до самоосмислення та самоаналізу.

Для досягнення мети, прочитавши задачу на початку заняття (крок 1), студенти спершу дають пояснення незрозумілих термінів у проблемно-орієнтованому завданні. Надалі – визначають основні проблеми, які розглядаються у даній задачі (крок 2). Перші два кроки займають п'ять хвилин. Кожну з визначених проблем студентам необхідно проаналізувати детальніше (крок 3). Вирішення цієї проблеми полегшують логічні карти, на яких секретар заняття записує основні проблеми та конкретизує запитання щодо їх висвітлення. Саме письмове та зорове сприйняття матеріалу полегшує засвоєння поставленої проблеми.

Надалі проводиться активне обговорення визначених проблем (крок 4), у процесі якого студенти знаходять питання, на які не можуть дати відповідь.

Кроки 3 та 4 займають годину часу. Студенти визначають перед собою незрозумілі поняття, які він повинен опанувати наступного разу, оскільки на основі них викладач створює нове проблемно-орієнтоване завдання (крок 5).

Спершу складається хибне враження про мале педагогічне навантаження на викладача у Віденському медичному університеті, яке складає лише до 40 годин на місяць. Проте саме така кількість годин дає можливість викладачу приділяти достатньо часу методичній роботі, самостійно опрацьовувати останні сучасні літературні джерела, вивчати наукові досягнення, втілювати нові форми навчання у навчальний процес.

Для повного контролю за аналітичним мисленням студента та перевірки їх знань викладач модуля повинен бути глибоко обізнаним із основами всіх дисциплін даного модуля. В протилежному випадку він лише поверхнево контролює рівень їх знань.

Вважаю, що заняття на основі проблемно-орієнтованих завдань необхідно впровадити у нашу навчальну програму. Позитивним моментом у цьому є формування у студента клінічного мислення та комунікативних здібностей вже починаючи із другого року навчання. Прищеплення студентам навичок до самонавчання, самовдосконалення та самовиховання протягом навчання формує і особисті якості майбутнього спеціаліста, який повинен відповідати європейським стандартам. А це є один із способів підвищення конкурентоспроможності фахівців.

Відвідування лекцій не є обов'язковим для студента, проте присутність на практичних заняттях та семінарах із проблемно-орієнтованого навчання є обов'язковою. При відсутності на них більше ніж 20% студенти не допускаються до складання письмового іспиту в кінці року. А мотивація у студента щодо складання цього іспиту є дуже високою. Він містить по 40 питань із кожного модуля, який вивчається протягом року, і тому в загальному це складає 240. На кожне питання студент має хвилину часу. Загалом студенту відводиться 4 години. Студент повинен дати більше 66% правильних відповідей із кожного модуля для отримання позитивної оцінки. В протилежному випадку він не складе перевірний іспит.

Поточне оцінювання студентів під час семінарів не проводиться. Активних студентів відмічають знаком +, пасивних –. Вважаю, що нам необхідно оцінювати студентів як в кінці кожного модуля, так і в кінці навчального року шляхом тестового контролю. Тестування проводиться з метою інформування студентів про найважливіший матеріал предмета, підсилення у студентів мотивації до навчання, виявлення

недоліків знань, які вимагають додаткового опрацювання, визначення кінцевої оцінки чи прийняття рішення щодо переведення на наступний курс.

Узагальнюючи вивчене, можна стверджувати про наступне: протягом перших чотирьох років навчання нова навчальна програма Віденського медичного університету робить акцент на вивчення основ теорії медицини згідно з принципами міждисциплінарної інтеграції. Різноманітність семінарських занять, зокрема заняття із проблемно-орієнтованим завданням, створюють умови для розвитку клінічного мислення студента та логічно підводять його на старші курси навчання, п'ятий та шостий, які присвячені суто клінічним дисциплінам.

Варто зауважити, що найважливішою умовою навчання за модульним принципом є активне самостійне здобування студентами знань шляхом власного пошуку. У цьому йому допомагають викладачі, відвідування семінарських занять, ознайомлення напередодні із лекційним матеріалом, проблемно-орієнтовані завдання.

Слід зауважити істотну відмінність між Болонською системою та новою навчальною програмою у Віденському медичному університеті стосовно самостійної роботи студентів. Згідно з Болонською системою 40% годин дисципліни повинно припадати на самостійну роботу студентів, яка передбачає опрацювання матеріалу в бібліотеці, роботу в Інтернеті. Викладач контролює даний вид роботи. Віденська навчальна програма не передбачає конкретно виділених годин на даний вид роботи та контролю викладача. Мотивація студента, яка полягає у складанні підсумкового інтегрованого екзамену в кінці року, і є причиною для самостійного оволодіння ним навчальної програми.

Література

1. Пидаев А.В., Передерий В.Г. Болонский процесс в Европе. – Одесса, 2004. – 192 с.

2. Запорожан В.М., Кресюг В.Й., Чернецька О.В. Модернізація навчання як чинник євроінтеграції // Науково-методична конференція "Досвід впровадження основних засад Болонського процесу в систему вищої медичної (фармацевтичної) освіти". – Тернопіль, 2005. – С. 56–58.

Ми, викладачі університету, повинні шукати нові шляхи підвищення мотивації студента щодо реального усвідомлення ними необхідності самостійної роботи, а не контролювати їх. Саме активне самостійне здобування знань формує у студента віру у власні творчі можливості, впевненість у собі. В умовах зростання наукової інформації самостійна робота студента сприяє адаптації майбутнього лікаря до самостійної практичної діяльності і забезпечує якісну підготовку фахівця.

Висновки. Одним із основних принципів інтеграції системи вищої медичної освіти України до світової системи є збереження і розвиток досягнень та традицій вищої медичної школи. Обмін досвідом із викладачами Віденського медичного університету спонукає нас до пошуку нових підходів щодо організації навчального процесу відповідно до європейських освітніх навчальних систем. Для цього нам необхідно:

1. Впровадити у навчальну програму різні форми семінарських занять, зокрема семінари на основі проблемно-орієнтованих завдань. Останнє забезпечує формування у студента клінічного мислення, здатності до самоосмислення та самоаналізу, які є необхідними елементами у становленні майбутнього лікаря загальної практики європейського стандарту.

2. Викладачам вищих навчальних закладів постійно вдосконалювати методичний, науковий рівень шляхом вивчення інтегрованих дисциплін модуля, опрацювання останніх вітчизняних та іноземних літературних джерел, відвідування наукових та освітніх конференцій.

3. Підвищувати мотивацію студента до вивчення предмета шляхом впровадження обов'язкового тестування, вдосконалення системи оцінювання та впровадження рейтингової системи.

мацевтичної) освіти". – Тернопіль, 2005. – С. 126–130.

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 616-053.2(07.07)(436)

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ У ВІДЕНЬСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

І.Є. Сахарова

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

PECULIARITIES OF TEACHING PEDIATRICS IN VIENNESE MEDICAL UNIVERSITY

I.Ye. Sakharova

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті викладені основні особливості навчання педіатрії у Віденському медичному університеті, проведений порівняльний аналіз з нашими методиками викладання дитячих хвороб.

The article is devoted to main peculiarities of teaching pediatrics in Viennese medical university and to comparative analysis with our teaching methodics.

Вступ. З 26 лютого по 11 березня група викладачів, у яку була включена автор статті, проходила стажування у Віденському медичному університеті. Метою нашого перебування в Австрії було вивчення кредитно-модульної системи навчання, яка на даному етапі запроваджується у нашому університеті задля інтеграції у європейський освітній простір. Для віденських викладачів та студентів ця система є також відносно новою, вони розпочали навчання за програмами, складеними із урахуванням нових вимог, три роки тому, однак певний досвід та напрацювання в цьому напрямку у них вже є. Звісно мене, як педіатра, насамперед цікавили особливості викладання дитячих хвороб у розрізі нової системи.

Основна частина. У Тернопільському медичному університеті викладання педіатрії проводиться з другого по шостий курс включно. При цьому перед викладачами кафедри стоїть завдання не тільки донести до студентів впродовж цих років теоретичні знання про фізичний, розумовий та психічний розвиток людини та про різні нозологічні форми, але і розвинути у них клінічне мислення і практичні навички. При такому величезному об'ємі матеріалу видається складним об'єднати його в окремі декілька модулів, та ще й асимілювати теорію з практикою без втрати цілісності подачі інформації. Розглянемо, як вдалося це зробити віденським колегам.

Педіатрія у Віденському медичному університеті включена у структуру восьмого, шістнадцятого та тридцять третього модулів (блоків), які вивчають відповідно студенти другого, третього та шостого

років навчання. Цікавим є те, що модулі, які студенти вивчають на другому та третьому курсах, побудовані не тільки на основі клінічної педіатрії, але і містять теоретичні відомості з анатомії, фізіології, радіології тощо. Взагалі, навчання за новою системою передбачає більш теоретичну спрямованість занять до четвертого року включно, тобто студенти розглядають лише моделі клінічних ситуацій, різноманітні ситуаційні задачі, вчать розмірковувати, узагальнювати отриману інформацію і робити висновки. І лише на початку п'ятого року навчання вони приходять на практичні заняття у відділення клініки. Українські ж студенти "занурюються" у реальне лікарняне середовище уже на другому курсі, одразу на початку вивчення клінічних дисциплін, що, на наш погляд, є певною перевагою, оскільки для майбутнього лікаря краще запам'ятовуються наочні приклади тих чи інших хвороб.

Ще однією особливістю нової системи є те, що "левова частка" матеріалу подається у лекційному вигляді і тільки в середньому 15-20% годин у кожному блоці відводиться на інші види занять, а саме практичні та семінарські заняття. На практичних заняттях студенти самостійно працюють із завданнями за визначеною темою або (на старших курсах) біля ліжка хворого; на семінарському занятті, яке проводиться зазвичай в кінці модуля, – обговорюють незрозумілі запитання із викладачем. Цікаво, що до лекцій студенти також повинні готуватись самостійно. Яким чином це відбувається? Тему лекції, інколи навіть її короткий зміст кожний бажаючий може дізнатись в Інтернеті на університетському сайті, деякі

© І.Є. Сахарова

викладачі пропонують напередодні 8-10 тестових запитань для студентів за темою лекції, які вони повинні розв'язати виключно з метою самоконтролю. Під час лекції викладач не тільки подає матеріал у найбільш сучасній та динамічній формі, враховуючи попередню обізнаність студентів, але і відповідає на запитання найбільш допитливих слухачів, тобто існує зворотний зв'язок "лектор-студент". Студенти із задоволенням відвідують такі лекції, оскільки на них не відбувається дублювання матеріалу підручника. Інколи лекції передують практичне заняття за аналогічною темою. На наш погляд, це дуже корисний досвід, оскільки підготовка до таких занять вимагає постійного самовдосконалення насамперед від викладача, та й для студентів коефіцієнт засвоєння матеріалу буде значно вищим, ніж при існуючій методиці "сліпого" прослуховування. До підсумкового контролю допускають лише тих студентів, які відвідали не менше 80% лекцій, практичних та семінарських занять, тобто за новою системою це є обов'язковим. Поточних оцінок з педіатрії, власне, як і з інших дисциплін, студент у Віденському медичному університеті не отримує взагалі. В кінці кожного семестру, який включає три різних модулі, проводиться тестовий самоконтроль вивченого матеріалу, тобто отримана оцінка має значення тільки для самого студента – перевірка наскільки він впевнено повинен себе почувати. В кінці навчального року, який включає відповідно шість різних модулів, проводиться підсумковий тестовий контроль, що включає 240 запитань (по 40 з кожного блоку, відповідно задіяні всі дисципліни, що вивчав студент), і виставляється як загальна інтегрована оцінка, так і окремі оцінки з різних предметів (за допомогою спеціальної комп'ютерної програми). Важливо те, що до оцінювання знань підхід диференційований, тобто студент повинен засвоїти не менше 60% інформації з кожного предмета і лише тоді він отримає позитивну інтегровану оцінку. У випадку невдачі можна двічі перездавати підсумковий тестовий контроль. З розмов зі студентами та викладачами ми зробили висновок, що випадки, коли студенти повторно залишаються на цьому ж курсі навчання або навіть залишають університет, не є рідкістю. Показовим є те, що на перший рік навчання у Віденському медичному університеті приходиться більше тисячі студентів, професію лікаря з них здобуває близько трьохсот осіб.

Отже, як було згадано вище, розпочинають віденські студенти вивчення педіатрії на другому році навчання. Так, у восьмому модулі, це розділ "Генетичні фактори виникнення хвороб", якому присвяче-

но 22 години, з них 17 відводиться на лекції, 4 – на практичні заняття і 1 – на семінар. Структура кожного модуля детально наводиться в Інтернеті, за це відповідає координатор модуля – асистент чи професор університету, обрані колегіально. Сама структура модуля включає загальну інформацію (час початку та тривалість модуля; спрямованість занять; перелік розділів модуля, при цьому детально розкривається зміст кожного розділу – теми занять, може бути наведений короткий виклад матеріалу; декілька зразків тестових завдань та розклад занять). Найбільш ґрунтовно педіатрія викладається на третьому курсі у шістнадцятому модулі, який так і називається "Грудна дитина, дитинство та підлітковий вік. Тренування навичок реанімації. Специфічні методики дослідження" [1]. Коротко розглянемо його структуру. Тривалість модуля: 4 тижні (20 робочих днів). Спрямованість занять: всього 81 година, з них 71 – лекції, 9 – практичних занять, 1 – семінар. Перелік розділів цього модуля, кількість годин, які відведені на кожний з них, наведені у таблиці 1.

На шостому році навчання віденські студенти вивчають педіатрію впродовж п'яти тижнів. На даному етапі це вже суто клінічний модуль, повністю присвячений дитячим хворобам. Існує перелік з 18 тем, які охоплюють практично всі галузі педіатрії, наприклад, "Педіатрична кардіологія, вади серця, які найчастіше трапляються у клініці, діагностика і можливості лікування, гостра і хронічна серцева недостатність, ЕКГ і ЕхоКГ" або "Дитяча гематологія і онкологія, найчастіші гематологічні захворювання в дитячому та юнацькому віці, злоякісні захворювання, гемостаз". Також включені більш загальні теми, зокрема, "Лабораторна діагностика в педіатрії, інтерпретація обстежень, нормальні показники" тощо.

Робочий день студента – шестикурсника триває з 9 до 16 години, з двома перервами по 30 хв кожна. З 9 до 12 години – практичне заняття, з 1230 до 1430 – семінарське, з 15 до 16 – лекція. Але більшість студентів по закінченні лекції не залишає клініку, а продовжує працювати самостійно, за власною ініціативою допомагати лікарям та вдосконалювати свої практичні навички. Останні фіксуються у так званому "Логбусі" – заліковій книжці з практичних навичок за всіма клінічними дисциплінами [2]. Коли студент опановує ту чи іншу навичку – викладач, який може це підтвердити, ставить підпис у "Логбусі". При цьому має значення рівень студентської майстерності, тобто чи він лише бачив маніпуляцію, чи може виконати на фантомі, чи в змозі продемонструвати на пацієнті – всього 5 рівнів досконалості. Цікаво, що

Таблиця 1. Перелік розділів, які включає модуль № 16

| Назва розділу | Загальна кількість годин | З них | | |
|--|--------------------------|--------|-----------|---------|
| | | лекції | практичні | семінар |
| 1. Неонатологія та медицина грудної дитини | 11 | 8 | 2 | 1 |
| 2. Ріст, ендокринологія та вікові зміни організму | 7 | 7 | – | – |
| 3. Гастроентерологія та харчування | 3 | 3 | – | – |
| 4. Алергії, дихання | 6 | 5 | 1 | – |
| 5. Нефрологія, урологія та водно-сольовий обмін | 3 | 3 | – | – |
| 6. Фізіологія, онкологія, ревматологія, дитяча інфектологія | 12 | 10 | 2 | – |
| 7. Розвиток дітей, соціальна педіатрія, фізично неповноцінні діти, етика, неврологія | 11,5 | 10,5 | 1 | – |
| 8. Органи та системи | 12,5 | 11,5 | 1 | – |
| 9. Профілактика. Вакцинація Травми, отруєння. Фармакологія | 8 | 7 | 1 | – |
| 10. Генетика. Вади розвитку | 5 | 5 | – | – |
| 11. Радіологія | 2 | 1 | 1 | – |

структура практичних навичок з педіатрії побудована за таким принципом, що студент повинен обов'язково прокурувати хворих з різними патологіями (за всіма темами, які він вивчає на VI курсі) та отримати документальне підтвердження цього у "Логбусі". Знову ж таки, щоб це зробити, шестикурсники наповільно працюють у свій вільний час.

Висновки: 1. У викладанні педіатрії у Віденському медичному університеті та Тернопільському медичному університеті існують досить принципові відмінності. Зокрема, у ТДМУ більше уваги приділяється практичній роботі з пацієнтами у клініці, теми занять більш конкретизовані та деталізовані, у

віденському університеті істотно переважає частка самостійної роботи студентів, що обумовлює більш тісний зв'язок теоретичних і практичних знань.

2. Задля найкращого результату необхідно поєднати власний досвід викладання та модернізовані світові навчальні методики, створити свою систему, попередньо проаналізувавши переваги та недоліки медичної університетської освіти у різних країнах. На даному етапі і знаходиться зараз Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, який налагодив зв'язки та співпрацює не тільки з Австрією, але і з Чехією, Польщею, Словаччиною, Сполученими Штатами Америки.

Література

1. Horak F., Bock A., Pollak A. Saugling, Kinderheit und Jugend (Block 16). – Wien, MCW.2006. – 317p.

2. Horn W., Kainberger F. Logbuch. – Wien, MCW.2005. – P. 90-96.

УДК 378.14(73)

ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМИ ВИЩОЇ ОСВІТИ У США

Н.О. Ліщенко, А.І. Прокопчук, В.П. Марценюк,
О.С. Усинська, Л.С. Мілевська, А.А. Лепявко*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

PARTICULARITIES OF HIGHER EDUCATION SYSTEM IN THE USA

N.O. Lishchenko, A.I. Prokopchuk, V.P. Martsenyuk,
O.S. Usynska, L.S. Milevska, A.A. Lepyavko*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky*

У статті описується структура вищої освіти у США. Робиться акцент на ступневі системи вищої освіти, описується система додипломної та дипломної вищої освіти, зокрема системи асоційованого звання, бакалаврату, магістратури та докторантури. Крім цього, подаються роз'яснення стосовно різних типів вищих та середніх навчальних закладів.

The article describes the structure of higher education in the USA. The main attention is paid to the different levels of this type of education including undergraduate and graduate schools. The description of system of associate degree, baccalaureate, master and doctoral programs are given in the article. Besides this, the material includes some details about the main types of the higher educational institutions in the USA.

Вступ. Американська вища освіта багато в чому відрізняється від української, проте, з іншої сторони, багато в чому вона нагадує систему освіти нового європейського простору, що задекларована основними документами Болонського процесу, в яку ми прямуємо сьогодні. Саме тому розуміння цієї системи та, можливо, її критична оцінка дозволить використати позитивні елементи у майбутньому реформуванні та вдосконаленні української системи.

Основна частина. У лютому місяці 2006 року група викладачів ТДМУ та авторів даної статті побували на стажуванні в Університеті Південної Кароліни Апстейт (штат Південна Кароліна, США). Маючи таку нагоду, викладачі отримали чималий досвід щодо розуміння системи вищої освіти у США.

Взагалі вища освіта у США розпочинається для молодих американців з моменту досягнення ними 18 років, оскільки саме у цьому віці вони закінчують 12-річну освіту, що, у свою чергу, складається з трьох ступенів – "elementary" (початкова), "middle" (середня) та "high" (висока) (рис. 1). Лише після закінчення цієї освіти молоді люди вирішують, якого спрямування буде їх подальша освіта. Хоч тут доречно вказати, що не всі американці здобувають 12-річну освіту – рівень освіченості у США складає 97%, що є нижчим, ніж в Україні – 99% [1].

Система бакалаврату, або додипломна ("undergraduate") програма

Будь-яка особа, що закінчила 12-річне навчання у школі, може продовжувати свою освіту в бакалавраті. Бакалаврат ще називають "Undergraduate Study". Сам термін підкреслює, що після цього курсу можливе подальше продовження навчання у дипломній ("graduate") школі, де здобувають звання магістра чи доктора наук [1, 2].

Бакалаврат звичайно триває 4 роки. Хоча існують спеціальні "пришвиджені" програми, за якими людина може завершити цей рівень у своїй освіті за 3 роки, з іншого боку, для тих, хто має намір вчитися довше (через сімейні чи інші життєві обставини), ці строки сприйнятливі та допустимі. Доречно також вказати ще одну важливу річ – у США немає такого поняття, як віковий ценз в освіті. Тобто будь-хто може продовжувати свою освіту в будь-якому віці. Ми зустрічали студентів різних вікових категорій. Зокрема, у медсестринській школі на бакалавраті навчалися переважно люди зрілі – від 30 років і старші. Були студенти, які вирішили здобувати звання бакалавра з медсестринства, маючи вже один або кілька інших звань бакалавра, скажімо, з комп'ютерних наук або ж математики. У медсестринській школі Університету Південної Кароліни Апстейт, наприклад, середній вік студентів становив 27 років. Тому, безумовно,

© Н.О. Ліщенко, А.І. Прокопчук, В.П. Марценюк, О.С. Усинська, Л.С. Мілевська, А.А. Лепявко

студенти відрізнялися своєю зрілістю, сумлінністю у навчанні та рішучістю. Більшість з них також самостійно оплачували за навчання, доїжджали звідусіль та окрім навчання ще десь працювали.

Тривалість навчання на бакалавраті вимірюється не тільки часом, але й кількістю так званих кредит-годин. Звичайно чотирирічна програма бакалаврату в США включає 120 кредитних годин [1]. Один курс (або модуль) становить у середньому 3-4 кредити (кредитних години). Чотири кредити зазвичай мають ті предмети, які включають лабораторні заняття. Таким чином, звання бакалавра у США можна отримати після засвоєння у середньому 40 різних курсів чи модулів навчання впродовж чотирьох років.

Студентів першого року навчання в бакалавраті у США називають "Freshmen", що означає "свіжак". Цей термін не є жаргонним, а, навпаки, загальноприйнятим. У всіх навчальних програмах саме так і друкується ця назва. Другий рік навчання студентів уже називають "Sophomores", що означає дослівно "розумні дурники". Походить це слово від комбінації грецьких слів "sophos" ("мудрий") та "mogos" ("дурнуватий"). На третьому році вони вже стають "Juniors", або ж "молодиками", і на четвертому році – "Seniors", або "старичками".

Ще однією особливістю системи бакалаврату є те, що фактичне рішення про чітке спрямування своєї професійної освіти студент може прийняти навіть після закінчення свого другого року навчання. Справа в тому, що у своїй більшості два перших роки навчання у бакалавраті включають так звані загальні дисципліни. Тобто людина, яка їх засвоїла, виконала певні вимоги щодо вступу на професійний етап навчання. Наприклад, студент, який засвоїв дворічну навчальну програму бакалаврату з медсестринства в Університеті Південної Кароліни Апстейт, може легко змінити свою думку і замість того, щоб продовжувати навчання наступні два роки та здобути звання бакалавра з медсестринства, може піти продовжувати (а не починати заново, як, на жаль, це було б у нас) навчання за програмою бакалаврату з біології (для професії шкільного учителя), медицини (для спеціальності лікаря), стоматології чи фармакології. Тобто студент ще має право визначитися після засвоєння базисних дисциплін, таких як анатомія, біологія, мова, статистика, хімія тощо, що імпонує йому найбільше щодо майбутньої професії. Такий підхід, як нам здається, сприяє кращій обізнаності студента та його свідомому вибору спеціальності. Таким чином, по закінченні другого року навчання студент "декларує" вибір подальшого напрямку навчання. Цей

термін в освітній документації США звучить як "Declaring a Major".

Багато коледжів у США присвоюють так зване асоційоване звання "Associate degree" після закінчення уже другого року навчання. Проте слід сказати, що у медсестринській освіті для отримання такого звання необхідно закінчити спеціальну "Associate degree program" (ADN), на яку можна вступити не відразу після закінчення вищої школи, а лише після того, як студент засвоїв кілька додаткових предметів, таких як анатомія, патологія, біологія та інших, що необхідні для вступу до програми та називаються пре-реквізитами. Закінчення програми ADN дає можливість студентам скласти ліцензійний іспит на отримання звання "реєстрованої" медичної сестри (RN). Аналогічну можливість студенти отримують після закінчення програми бакалаврату з медсестринства. Здавалось би, для чого тоді навчатися на бакалавраті впродовж чотирьох років, якщо можна здобути ліцензію медсестри за два роки. По-перше, це буде не два роки, а щонайменше два з половиною або ж навіть три, через те, що потрібно засвоїти необхідні пре-реквізити. По-друге, звання бакалавра дає перевагу при працевлаштуванні та професійній кар'єрі. Іншою особливістю є те, що звання бакалавра можна отримати лише в університеті, а "асоційоване звання" в так званих громадських коледжах. Навчання в університетах та, відповідно, університетські звання є більш престижними, аніж звання, отримані після закінчення коледжів. Вартість навчання ж, як правило, менша у коледжах. Так, скажімо, усе навчання у медичному коледжі за програмою ADN може коштувати 1000-1500 доларів США, та й навіть ця сума може покриватися за рахунок спеціально виділених федеральних коштів чи бюджетом самого штату. В Університеті Південної Кароліни Апстейт навчання на бакалавраті коштує 3318 доларів за семестр, тобто 6636 доларів за рік, це у десять разів більше порівняно з коледжем.

Система "Graduate Studies" ("дипломних навчань"). Після закінчення бакалаврату в США у випускників з'являється наступна можливість продовження навчання – це так звані дипломні навчання (Graduate Studies) [2].

Кандидат на цю форму навчання повинен обов'язково закінчити попередню сходинку – чотирирічний бакалаврат, і лише тоді пробувати себе на "дипломних навчаннях" для здобуття ступеня магістра США. Навчання триватиме наступні три роки, а по закінченні студенту буде присвоєно звання магістра у відповідній професійній сфері. Це може бути магістр

у бізнесі, освіті, громадському здоров'ї, адмініструванні охорони здоров'я тощо. Випускники університетів інших країн також можуть вступати до магістратури, проте їх дипломи повинні бути оцінені стосовно відповідності предметів та курсів, необхідних для вступу на програму. Досить часто такі випускники повинні засвоїти ще кілька предметів, що є у переліку пре-реквізитів у програмі магістратури США, проте не є засвоєні у країні, звідки прибув студент. Кожен університет чи коледж має відповідний відділ для оцінки дипломів та сертифікатів, оскільки відмінності можуть бути не лише у дипломах з інших країн, але навіть і в американських дипломах інших університетів. Адже США – це п'ятдесят різних штатів, які є фактично окремими державами з своїми законами та особливостями освітнього простору.

Програма магістратури звичайно включає навчання впродовж двох або й трьох років, залежно від дисципліни, та складається з 30–60 кредитних годин. Кількість кредитних годин варіює від напрямку магістратури. Менша кількість годин характерна для ліберальних студій, більша – для магістратур із системи охорони здоров'я, медсестринства, бізнесу та економіки. Кількість годин також залежить від опції "завершення" курсу магістратури. Так, написання магістерської роботи може "потягнути" на 6 кредитних годин. У такому випадку студенту необхідно засвоїти 8 курсів (модулів) з загальною кількістю 24 кредитних години (3 години за кожен курс). Іншою опцією є закінчення магістратури з написанням екзамену, у такому випадку необхідне засвоєння усіх 30 кредитних годин лише курсами – студент повинен зареєструватися та засвоїти вже 10 курсів.

Докторантура (Doctoral Degree, PhD). Це звання є найвищим в освітній градації США. Зазвичай це звання присвоюється за результатами дослідницької роботи у певній професійній сфері і є аналогом наших ступенів кандидата та доктора наук. Отримання звання доктора наук у США вимагає наступного навчання тривалістю від 3 до 6 років, залежно від дисципліни, причому претендент може обрати таке навчання відразу після отримання звання бакалавра, тоді лише навчання у докторантурі буде трішки довшим (скажімо, не три роки, як це може бути для магістра наук, а чотири або ж п'ять років навчання). Докторантура буде складатися з курсів, коли студент повинен також відвідувати та засвоювати певні предмети у певній кількості кредитних годин (від 40 до 60 годин).

Основним критерієм вступу до докторантури, як правило, є певний напрямок у дослідженнях.

Особливості освітніх закладів у США

Коледжі. Коледжами вважаються незалежні освітні заклади, що пропонують чотирирічні програми бакалаврату в ліберальних мистецтвах (liberal arts) або ж науках (sciences). Після закінчення коледжу випускник матиме звання бакалавра мистецтв або бакалавра наук.

Університети. Університети у США – це великі за розміром освітні заклади, які можуть у своїй структурі мати кілька "додипломних" коледжів (undergraduate colleges), дипломних шкіл (graduate schools) і професійних шкіл. Тобто університет може випускати бакалаврів, магістрів, докторів наук та вузькопрофільних спеціалістів. До речі, медичні школи належать до професійних шкіл, де навчання починається лише після попереднього отримання у будь-якій іншій школі ступеня бакалавра наук і триватиме ще 4 роки без урахування резидентури (інтернатури). Професійними школами вважають також школи бізнесу, юриспруденції тощо.

Молодші коледжі (Junior College) та громадські коледжі (Community Colleges). Ці коледжі пропонують лише асоціативні дворічні програми в мистецтві або науці. Після закінчення такої програми студенти можуть продовжувати навчання в університетах або ж коледжах, що мають чотирирічний курс навчання. Громадські коледжі, як правило, орієнтовані на певну групу населення у певному регіоні штату.

Професійні та технічні коледжі. Ці заклади спеціалізуються в основному у підготовці спеціалістів у торговельних та технічних сферах. Хоча, з іншого боку, вони досить часто мають у своїй структурі й медсестринські школи. Це залежить від стану з нестачею медсестер у кожному конкретному регіоні, де розташований коледж. Тривалість курсу навчання у технічному коледжі, як правило, залежить від конкретного напрямку. Після закінчення такі коледжі видають сертифікати про закінчення, після чого випускники можуть цілеспрямовано розпочинати працювати у відповідних галузях.

Особливості курсів (модулів) навчання та тривалість навчання

Більшість університетів та коледжів починають навчальний рік з кінця серпня-початку вересня місяця і закінчують у травні-червні. Академічний рік поділений на семестри, триместри або четверті залежно від конкретного коледжу чи університету. Семестрова система розподіляє увесь рік навчання на рівні частини по 16 тижнів кожна. Триместрова система також розподілена на 16 тижнів, включаючи літній триместр. Четвертна система розподіляє навчальний рік на четверті, які тривають по 11 тижнів кожна.



Рис. 1. Ступеневість освіти у США.

Курси навчання (модулі), як правило, базуються на лекціях з включенням практичних та лабораторних годин. Лекційні заняття проходять у так званих "розумних" кімнатах, тобто аудиторіях, незначних за об'ємом та вміщуваністю студентів, проте повністю забезпечених мультимедійним обладнанням. Звичайно кожна лекція обов'язково супроводжується видрукowanymi матеріалами у вигляді роздруківок слайдового матеріалу тощо. Усі лекційні заняття досить часто переростають у дискусії, що вважається дуже позитивним для студентів (оцінювання студента, як правило, включає його активність у лекційних дискусіях). Причому, за результатами нашого стажування, склалося враження, що студентам такі дискусії даються досить невимушено та легко.

Іншою особливістю занять є те, що абсолютно кожному студенту надається поради з числа викладачів основної профільної кафедри чи відділення. Ці поради допомагають студентам правильно обрати необхідні курси (досить часто курси пропонуються лише один раз на рік, тому відповідальним моментом у плануванні навчання для студента є своєчасність реєстрації на курс та його відповідність обраному напрямку навчання. Власне за це й відповідає поради-викладач. Досить часто в університетах

навіть практикується отримання спеціального дозволу від викладача для реєстрації на певні курси. Справа в тому, що певні курси мають обмежену кількість місць. В середньому для додипломної школи така кількість місць у курсі лімітується до 100-150. Це не означає, що на заняттях одночасно займається така кількість студентів. Вони розподілені на секції по 40-50 студентів. Ось це і є кількість студентів для виконання однієї лекції, щодо практичних занять, то ця кількість є ще меншою – до 10-15 осіб, а для клінічних занять – до 8 осіб. В "дипломній школі" кількість студентів на курс зменшується до 20 чоловік у магістратурі і до 10 у докторантурі. Як правило, кількість студентів у класах та співвідношення викладач/студент регламентується законодавством кожного штату.

Висновок. Таким чином, структура вищої освіти у США відзначається своєю ступеневістю та чисельністю різноманітних закладів, де вона пропонується. Кредитна система оцінки об'єму навчального навантаження є досить раціональна та достатньо зрозуміла, тому, очевидно, потребує більш деталізованого вивчення українськими освітніми структурами. Стажування ж викладачів в університетах США є особливо важливим чинником для успішного реформування української системи вищої освіти.

Література

1. Targonski R. If you want to study in the United States. Undergraduate study. – The Department of State, 2003. – 121 p.

2. Targonski R. If you want to study in the United States. Graduate and professional study and research. – The Department of State, 2003. – 149 p.

УДК 614.253.52(07.07)(73)

ОСОБЛИВОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ У США

А.І. Прокопчук, Н.О. Ліщенко, В.П. Марценюк,
О.С. Усинська, Л.С. Мілевська, А.А. Лепявко

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

PARTICULARITIES OF NURSING EDUCATION IN THE USA

A.I. Prokopchuk, N.O. Lishchenko, V.P. Martsenyuk,
O.S. Usynska, L.S. Milevska, A.A. Lepyavko

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті описано структуру медсестринської освіти у США, а також такі характерні особливості, як ступеневість освіти, особливості системи бакалаврату, магістратури та докторантури у медсестринстві.

The article describes the structure of nursing education in the USA and the main particularities of nursing education. Among them are different levels of nursing education. The description of system of associate degree, baccalaureate, master and doctoral programs in nursing is given in the article.

Вступ. Медсестринська освіта у США вважається однією з найкращих за своєю якістю та ефективністю. Ступеневість в освіті, особлива структура кожної освітньої сходинки та елементи допуску до складання ліцензованого іспиту з медсестринства є характеристиками, які дають високу професійну якість випускників медсестринських шкіл США. Враховуючи те, що українська медсестринська школа перебуває на етапі свого реформування, необхідно вивчати найкращий досвід з організації медсестринської освіти у світі.

З іншої сторони, враховуючи особливість ситуації зі зростаючою нестачею медсестер у США, потрібно бути готовими використати перспективу інтеграції в освітньому просторі з медсестринства між США та Україною.

Основна частина. У лютому місяці 2006 року група викладачів ТДМУ – авторів цієї статті проходили стажування в Університеті Південної Кароліни Апстейт (штат Південна Кароліна, США). За весь період стажування вдалося вивчити значну кількість аспектів медсестринської освіти у США. Перш за все, у цій країні сьогодні можливо здобути спеціальність медичної сестри трьома основними шляхами (табл. 1):

1. Навчанням за трирічною дипломованою програмою, яка, як правило, адмініструється госпіталами. За результатами успішного складання ліцензійного іспиту NCLEX такий шлях медсестринської

освіти дістав досить високу оцінку серед американських експертів в освіті.

2. Навчанням за дво- або трирічною програмою на здобуття асоціативного звання у медсестринстві (Associate Degree in Nursing – AND). Таку освіту можна здобути в громадських чи технічних коледжах (community or technical colleges).

3. Навчанням за чотирирічною програмою з медсестринства (бакалаврат). Така програма, як правило, пропонується в університетах.

Таблиця 1. Ступеневість медсестринської освіти у США

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Дипломна госпітальна програма з медсестринства (Diploma in Nursing - Hospital Program) • Асоціативне звання у медсестринстві (Associate of Science Degree (ADN) in Nursing) • Бакалавратура в медсестринстві (BSN – Bachelor of Science in Nursing) • Магістратура у медсестринстві (MSN – Master of Science in Nursing) • Докторантура у медсестринстві (Ph.D. – Ph.D. In Nursing) |
|--|

За час нашої поїздки до Університету Південної Кароліни Апстейт нам вдалося стажуватися в межах університетської програми бакалаврату, проте

ми також відвідали технічний коледж м. Грінвіля, де існує дворічна програма з медсестринства.

Три попередньо перерахованих шляхи в медсестринській освіті дають можливість випускникам скласти ліцензійний іспит на звання "зарєєстрованої медичної сестри" (RN). Якщо ж людина, що отримала звання медичної сестри, бажає продовжити свою кар'єру та стати, скажімо, викладачем в університеті чи навіть у коледжі, то їй необхідно продовжувати свою освіту. Для цього існують такі сходинки:

1. Магістратура у медсестринстві із здобуттям звання магістра наук з медсестринства (Master of Science in Nursing).

2. Докторантура з медсестринства (Ph.D. In Nursing).

Бакалавратура з медсестринства (Bachelor of Science in Nursing (BSN)). Американська асоціація медсестринських коледжів визнає, що саме навчання та закінчення бакалаврату з медсестринства дає найбільше переваг для майбутньої кар'єри у медсестринстві. Програма бакалаврату фактично несе повний об'єм матеріалу, необхідного до засвоєння у дипломній та асоціативній програмі, тобто того матеріалу, який необхідний для складання ліцензійного іспиту NCLEX плюс додатковий матеріал з професійного розвитку, аспектів адміністрування, широкого професійного світогляду, культурні, політичні, економічні та соціальні сторони роботи медичною сестрою [1, 2].

Звання бакалавра у медсестринстві є необхідним, якщо медична сестра у майбутньому планує займати адміністративні керуючі позиції або ж продовжувати свою освіту у магістратурі. Вимірюється бакалаврат у кредитах або кредит-годинах. У повному об'ємі він складає 128 кредит-годин, що означає, що кожного семестру студенти засвоюють близько 16 кредит-годин, або по 4 курси (предмети, модулі).

Магістратура з медсестринства. Магістратура передбачає наступний, вищий ступінь освіти після бакалавратури. Ця сходинка необхідна для тих, хто планує присвятити свою майбутню кар'єру викладацькій роботі в коледжі чи університеті.

Магістратура має вузькі спеціалізації, такі як "лідерство та менеджмент", "медсестринство та медсестринська освіта", "інтегративне медсестринство", "акушерство в медсестринстві", "медсестринство в аспектах охорони здоров'я жінки та дитини".

Навчання у магістратурі передбачає реєстрацію та засвоєння певних курсів та дисциплін, за які присвоюються кредит-години. Всього, як правило, програма з магістратури містить близько 30 кредит-

годин, триває коло 2-3 років та включає певні опції за вибором, коли студент може обрати, як саме він чи вона бажають працювати – готувати проект, скласти комплексний іспит в кінці навчання чи писати магістерську роботу (thesis) [3]. Кожен вибір передбачає "корекцію" загальної кількості годин. Скажімо, магістерська робота "вартує" 6 кредитів, а комплексний іспит – 0 кредитів (тобто, студент повинен засвоїти усі дисципліни, що входять у план магістратури, плюс виконати комплексний іспит). Проект – це творча робота студента з вивчення якоїсь проблеми, з наступним написанням реферативної роботи певного об'єму (об'єм визначається викладачем) і презентацією матеріалу перед студентами та викладачами. Як правило, темою проекту чи магістерської роботи буде вкрай актуальне питання, за результатами вивчення якого студент запропонує нові підходи щодо його вирішення. Зазвичай, це дуже творча та корисна робота, що сприяє професійному росту майбутнього викладача чи адміністратора. Крім цього, тема магістерської роботи чи проекту є дуже практична та реальна. Скажімо, серед тем магістерських робіт, які нам довелося зустрічати, була така, як "Проект реорганізації відділення невідкладної допомоги у конкретній клініці" (клініка називалася і студенти проводили більшу частину часу, розмовляючи та збираючи інформацію про це відділення). Написання таких робіт є дуже ефективним та доцільним – багато студентів працевлаштувалися у тих самих відділеннях згодом і, до речі, продовжували втілювати проект, який вони запланували ще будучи студентами [4]. Госпіталі-працедавці, як і студенти, дуже серйозно розглядають магістерські роботи і зазвичай роблять "свої" висновки щодо можливості працевлаштування студента у майбутньому. Крім цього, будь-який контакт з працедавцями дозволяє студенту згодом здійснити запит щодо отримання рекомендаційного листа. А це є дуже важливим для майбутніх пошуків роботи. Взагалі потрібно сказати, що навчання у магістратурі не є відірваним від того, що студент буде робити згодом, це стає лише початком кар'єри і дуже допомагає у майбутньому.

Докторантура з медсестринства. Докторантура надає студенту можливості працювати у вивченні якогось вузького аспекту у медсестринстві. Серед таких аспектів можуть бути "законодавчі аспекти медсестринства", "менеджмент у медсестринстві", "онкомедсестринство" тощо. Докторантура однозначно передбачає написання докторської дисертації.

Крім цього, докторантура – це ті самі кредит-години та заняття, які студент зобов'язаний відвідувати та активно працювати над завданнями, що ставляться перед ним на цих практичних чи лекційних заняттях.

Докторантура у медсестринстві триватиме, як і будь-яка докторантура, – 3-4 роки. Навчання такого рівня пропонується лише в університетах, причому, не у будь-яких університетах, а лише у найпрестижніших. Можливо, тому доктори з медсестринства є дійсно освічені науковці та надзвичайно талановиті люди.

Робота над власним дослідженням включає кілька фаз, котрі частково схожі на роботу над нашими українськими кандидатськими чи докторськими дисертаціями у медицині:

1. Початкова фаза чи сегмент, що включає відвідування та засвоєння дисциплін з певної конкретної галузі докторанта (наприклад, онкології чи гастроентерології в педіатрії тощо), а також засвоєння загальних обов'язкових дисциплін, таких як "розвиток теорії" та "медсестринська теорія".

2. Середня фаза чи сегмент включає початок власної дослідницької роботи, яка спершу включатиме "інтернатуру", тобто роботу разом із провідним спеціалістом саме у тій галузі, за якою планується написання майбутньої дисертаційної роботи (скажімо, робота разом з визначним доктором наук з медсестринства, спеціалістом з дитячої гастроентерології),

а також початок незалежної самостійної роботи (за це студент також отримує кредити) з питань власної дисертаційної теми.

3. Заключна фаза чи сегмент роботи включатиме складання кваліфікаційного іспиту (аналогічно до наших кандидатських іспитів), тобто допущення до написання дисертаційної роботи. До цієї фази входить планування дисертації (написання дисертаційної дослідницької пропозиції), власне збір матеріалу та написання роботи.

Докторська дисертація повинна бути незалежною дослідницькою роботою, що обов'язково вносить новий, досі не викладений внесок у медсестринські науки. Ключовим елементом докторантури є керівництво чи "порадництво". Як і у нас, кожен дисертант має керівника, який допомагає найкраще і найефективніше спланувати котрі курси (дисципліни) студент має засвоїти, що саме і як найкраще організувати власну студентську дослідницьку роботу, як ефективніше подати матеріал у дисертації тощо.

Висновок. Медсестринська освіта України сьогодні перебуває на межі прогресивних змін. Як і вся вища освіта України, медсестринство прямує до єдиного європейського освітнього простору. Саме тому дуже важливо вміти вдало використати позитивні сторони уже збудованої та ефективної системи медсестринської освіти США та залишити найкраще з досвіду української системи освіти.

Література

1. Targonski R. If you want to study in the United States. Graduate and professional study and research. – The Department of State, 2003. – 149 p.

2. Potter P.A., Perry A.G. Basic nursing. – Mosby, 2003. – P. 525-538.

3. Berlin L., Mednash G. Enrollments and graduations in baccalaureate and graduate programs in nursing (AACN Publication No. 98-99-1). – Washington, DC: American Association of Colleges of Nursing, 2000. – P. 3-5.

4. Dochterman J.M., Grace H.K. Current issues in nursing. – Mosby, 2001. – P. 5-82.

УДК 614.253.52 (088.24)(73)

ОСОБЛИВОСТІ РОБОЧИХ ПРОГРАМ ТА ВИМОГ ДО СТУДЕНТІВ У СИСТЕМІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ США (на прикладі школи медсестринства Університету Південної Кароліни)

О.С. Усинська, Н.О. Ліщенко, А.І. Прокопчук,
В.П. Марценюк, Л.С. Мілевська, А.А. Лепявко

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

PARTICULARITIES OF SYLLABI AND COURSE POLICIES IN THE NURSING EDUCATION IN THE USA (Nursing School of South Carolina University)

O.S. Usynska, N.O. Lishchenko, A.I. Prokopchuk,
V.P. Martsenyuk, L.S. Milevska, A.A. Lepyavko

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті проведено аналіз особливостей робочих програм в американській медсестринській школі. Особливу увагу звернуто на вимоги до студентів під час навчального процесу та на відмінності цих програм від українських.

The analysis of syllabi in American nursing school is performed in this article. Especial attention is paid to course policies and differences between American and Ukrainian syllabi.

Вступ. Робоча програма є основним документом, який дозволяє скласти уявлення про методика викладання і, певною мірою, про систему освіти в тому чи іншому навчальному закладі [2, 3]. Зважаючи на потребу у реформуванні медсестринської освіти в Україні [1], необхідно детально вивчити переваги і недоліки інших освітніх систем, серед яких американська займає одне з чільних місць – перш за все внаслідок її високої ефективності та високого професіоналізму медсестер у США. Знайомство з робочими програмами з різних дисциплін є одним з перших і основних кроків до розуміння американської системи освіти, зокрема в галузі медсестринства.

Основна частина. Програма навчання є основним документом, з яким працює і викладач, і студент під час проходження курсу. У кожному навчальному закладі в США ці програми різні, і, власне, практично однакові предмети можуть називатись по-різному і включати різну кількість кредит-годин, що отримують студенти по завершенні вивчення курсу. Робочу програму складає один або кілька викладачів, які викладають дану дисципліну, проте стандартних вимог до неї не існує – вона може містити лише перелік тем практичних занять, лекцій, короткі методичні вказівки і вимоги до студентів під час і після проходження курсу, може – ситуаційні задачі і

тестові питання, деякі викладачі вважають за доцільне включати до неї навіть короткі конспекти лекцій або частіше роздруковані лекційні презентації Power Point, крім того, можуть бути подані пояснення щодо студентських презентацій, їх можливі теми.

Навчальна програма в американській школі завжди використовується студентами протягом навчального процесу поряд з іншими матеріалами. Як правило, перше заняття з предмета одним з пунктів включає ознайомлення з навчальною програмою і навчання роботи з нею, і кожен студент повинен придбати програму з кожної дисципліни у книжковому магазині даного навчального закладу.

Титульна сторінка містить усі реквізити навчального закладу, назву предмета та прізвища викладачів, що його вчать. Власне, назва предмета може мати різноманітні додатки – так, літера P (practical) говорить про практичне спрямування даного предмета і про те, що основна увага буде приділятися практичним навичкам, літера L (lecture, lab) у різних університетах може мати різне значення – "лабораторний цикл" або ж "лекційний цикл".

На перших сторінках подається список викладачів даного предмета з адресами, домашнім, робочим і мобільним номерами телефонів та електронною адресою – ці дані будуть потрібні студенту у процесі

© О.С. Усинська, Н.О. Ліщенко, А.І. Прокопчук, В.П. Марценюк, Л.С. Мілевська, А.А. Лепявко

навчання, до якого більше підходить термін "співпраця", ніж "викладання", – студент і викладач працюють разом, щоб досягти спільної мети – хороших знань, хорошої оцінки і, відповідно – високого рейтингу навчального закладу. Наступна сторінка, як правило, містить розклад занять на даний семестр, в якому вказується також, де буде відбуватись те чи інше заняття та його тема.

Далі подаються загальні відомості про предмет: короткий *опис курсу*, який обов'язково містить необхідні пре-реквізити, тобто предмети, не вивчивши які, студент не має права починати вивчення даного курсу, і ко-реквізити – предмети, які вивчаються паралельно. Якщо студент відмовляється з тих чи інших причин від вивчення даного предмета, це автоматично супроводжується і відміною предметів – ко-реквізитів. Щоб зрозуміти необхідність цих даних, потрібно знати певні особливості американської системи навчання – хоча навчальний заклад і вказує тривалість навчання для здобуття тієї чи іншої спеціальності, насправді воно може тривати і менше, і довше, залежно від здібностей і бажань студента. Він може вивчати одночасно від 1 до 3-4 (зазвичай, а насправді – скільки встигне і зможе подужати) предметів, за кожен з яких сплачується зокрема. Тому зрозуміло, що для встановлення певної послідовності вивчення дисциплін необхідно для кожної з них вказувати як попередні, так і паралельні їй – тобто неможливо, наприклад, почати вивчення терапії, не вивчивши анатомії.

Завдання курсу включають, як правило, перелік знань (або практичних навичок, якщо курс практичний), якими повинен оволодіти студент за період його вивчення.

Тут же вказують необхідні та рекомендовані *джерела літератури* для курсу, хоча надалі, при описі кожного окремого заняття, вони згадуються ще раз, але вже ті, що конкретно знадобляться студенту, із вказанням сторінок, де можна знайти необхідну інформацію.

Наступним пунктом є *методи викладання*. Крім звичних для нас лекцій та практичних занять (лабораторних та клінічних), вони можуть включати демонстрації, дискусії, роботу з комп'ютером, розбір реальних та змодельованих клінічних ситуацій, пре-і постконференції тощо.

Методи оцінки студента включають опис екзамену і вимоги, необхідні для його успішного складання, а також характеристику запитань і завдань, які будуть даватись під час іспиту.

Надзвичайно цікавим нам видався такий пункт, який, до речі, є в усіх програмах, як "*Course Policies*" –

дослівно "установки курсу", але ми переклали його як "вимоги до студента". Першим пунктом цих вимог є відвідування. Як правило, від студента вимагається присутність на усіх заняттях, причому ці вимоги дуже конкретні – наприклад, якщо ви пропустили заняття з курсу 431L ("Комплексна медсестринська практика") без причини, з вашої остаточної оцінки буде віднято 3 бали, більше ніж 2 пропуски ведуть до незадовільної оцінки за курс, а недопуск до заняття через недостатню підготовку прирівнюється до відсутності без поважної причини. Ці вимоги різні для кожного курсу, проте завжди достатньо суворі. Правда, слід сказати, що американські студенти і не пропускають заняття – адже це означає "викинути гроші на вітер" та ще й мати нижчий загальний бал (GPA), який є основним критерієм успішності студента і найважливішим фактором при влаштуванні на роботу. Аналогічним чином, тобто зниженням загального бала, може каратись і запізнення на заняття, і це також записано у даних вимогах.

Іншим пунктом, що також є досить незвичним, є так званий "Кодекс честі" даного навчального закладу, що відображає вимоги не лише даної кафедри до поведінки студента, а цілого навчального закладу. Стандартними такими вимогами є заборона списувати, говорити неправду, красти – і це не просто декларація – студента, який спробував щось списати і впійманий на гарячому, можуть лише за це відрахувати з навчального закладу, часто без права поновлення і з відповідним записом у його особовій справі!

Якщо мова йде про клінічну дисципліну, то обов'язково подається цілий перелік вимог до одягу, зовнішнього вигляду та поведінки у клініці, аж до таких деталей, як колір взуття та матеріал, з якого воно має бути виготовлено, наявність чи, точніше, відсутність сережок та манікюру, особливості зачіски тощо.

Тут же можуть вказуватись правила безпеки роботи у клінічних відділеннях та лабораторіях, описані випадки, які розглядаються як порушення цих правил та можливі санкції до порушників (недопустима явка на заняття під впливом алкоголю чи наркотиків, не можна виконувати маніпуляції, не маючи достатньої підготовки чи без нагляду викладача тощо). Слід зазначити, що ці та інші приклади розглядаються як "небезпечна практика" і мінімальним покаранням може бути недопуск до заняття з відповідними подальшими проблемами (розглядається як недопуск без поважних причин), проте можливе і негайне відрахування з даного курсу – тобто студент не зможе завершити вивчення даного предме-

та, відповідно ко-реквізитів і змушений буде починати вчити їх повторно – з повторною оплатою.

Часто подається чіткий перелік пунктів, за якими студент повинен бути підготовленим до кожного заняття – знову ж таки, якщо він буде не підготовленим, то може бути не допущений до заняття, що буде оцінено як відсутність без поважної причини.

І ще одним обов'язковим пунктом є методика підрахунку остаточної оцінки. Це є точний опис того, наскільки кожна оцінка, яку отримав студент, впливає на його остаточний бал. Наприклад, може вказуватись, що 60 % загального бала за конкретний предмет становить оцінка за екзамен, 10 % – за тест з розрахунку дози ліків і 30 % – оцінка за практичні навички. В іншому випадку це може бути 15 % за семестровий іспит, 25 % за кінцевий іспит, 50 % за клінічні навички і 10 % за тест з розрахунку дози ліків. Критерії для оцінки студента під час кожного заняття можуть бути подані окремо або в цій же програмі, або в окремому керівництві (яким також користується не лише викладач, але й студент).

Далі програма, як правило, містить опис практичних занять. Хоча в більшості програм він подібний і нагадує наші методичні вказівки, для деяких курсів може суттєво відрізнитись. Так, для клінічного курсу це може бути набір таблиць з необхідними даними, перелік устаткування, необхідного для проведен-

ня якоїсь процедури, та алгоритм її виконання, ситуаційні завдання, зразки ЕКГ для розшифровки тощо, а перелік власне тем практичних занять подається лише на початку програми у вигляді плану.

Типовий опис заняття містить тему, завдання, короткий опис або перелік питань, які розглядаються на занятті, і те, що необхідно підготувати до цього заняття – назву підручника із вказаними сторінками, джерела в Інтернеті, відеоматеріали (наявні в бібліотеці медсестринської школи), перелік практичних навичок, які потрібно підготувати, користуючись комп'ютерною програмою для підготовки тощо.

Подальший зміст програми залежить від курсу, що викладається, і, власне, програмою не є. Швидше це можна назвати додатковими матеріалами для студента, якими він користуватиметься під час вивчення курсу. Це можуть бути слайди до лекцій, короткі таблицьки з теми заняття, словнички, що пояснюють нові терміни та аббревіатури, різноманітні форми для роботи з пацієнтами, сценарії для оцінки життєвих показників (свого роду ролеві ігри), алгоритми для виконання тих чи інших маніпуляцій, зразки медичної документації госпіталю або розробленої спеціально для студентів і багато іншого.

Висновок. Ознайомлення з робочими програмами американської школи медсестринства дозволяє перейняти позитивний досвід і удосконалити українську систему медсестринської освіти.

Література

1. Підаєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – 190 с.
2. Statement of the Bologna process and medical education. World Federation for Medical Education Association for Medical Education in Europe. Copenhagen 2005.

3. The Executive Council of the World Federation for Medical Education. International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programs. A WFME position paper // Med. Educ. – 1998, № 32. – P. 549-558.

УДК 614.253.52:378.26/27(73)

ФАКТОР ВИКЛАДАЧА В СИСТЕМІ АМЕРИКАНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Л.С. Мілевська, Н.О. Ліщенко, А.І. Прокопчук,
В.П. Марценюк, О.С. Усинська, А.А. Лепявко

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ACADEMIC FACTOR IN THE SYSTEM OF AMERICAN MEDICAL EDUCATION

L.S. Milevska, N.O. Lishchenko, A.I. Prokopchuk,
V.P. Martsenyuk, O.S. Usynska, A.A. Lepyavko

Ternopil State Medical University I. Y. Horbachevsky

У статті йдеться про особливості функцій та ролі викладача в системі американської медичної освіти на основі досвіду авторів, набутого під час стажування в Університеті Апстейт Південної Кароліни. Висвітлюються основні відмінності та переваги порівняно з українською системою. Обґрунтовується доцільність впровадження окремих особливостей у вітчизняну систему медичної освіти.

The article contains information about the peculiarities of academic function and its role in the system of American medical education. The information is based on the experience of authors gained during their cross-training program in the University of South Carolina Upstate. The main differential features and advantages compared with the Ukrainian system are described. Advisability of these peculiarities' introduction into our system of medical education is proved.

Вступ. Вищий навчальний заклад повинен готувати не лише висококласного спеціаліста і фахівця своєї галузі, але адаптувати молоду людину до життя у відкритому, демократичному, культурно розмаїтому суспільстві, забезпечити студентів не лише знаннями та навиками, а також надати необхідну соціальну підготовку, сприяти їх моральному та емоційному розвитку як особистостей та майбутніх лідерів [1]. Тому роль викладача неможливо переоцінити, адже саме він впливає на формування поглядів молодих людей, їх поведінку і тим самим, до певної міри, коригує процес формування майбутнього громадянина [2].

Серед особливостей функції та ролі викладача в системі американської медичної освіти слід виділити завдання не лише майстерно викладати власну дисципліну, але й стимулювати студента до саморозвитку та самовдосконалення, допомагати організувати його діяльність у певному середовищі, іти власним, індивідуальним, унікальним та неповторним шляхом, реалізувати свій творчий потенціал [3, 4].

Основна частина. Метою даної статті є поділитися досвідом, набутим авторами під час стажування в Університеті Апстейт Південної Кароліни у Сполучених Штатах Америки, з питання функції викладача в системі медичної освіти, аналіз характер-

них особливостей, відмінностей від української системи.

На основі спостережень авторів, можна виділити декілька найважливіших функцій, що виконує викладач у ході навчального процесу у згаданому вище навчальному закладі, а саме:

1. Функцію інструктора, тобто особи, що надає рекомендації, поради студентам, допомагає у вирішенні проблем студентського колективу.

2. Функцію організатора (на основі вміння сприяти створенню студентського колективу, організувати практичні та семінарські заняття в атмосфері постійної зайнятості).

3. Функцію предметника (тобто особи, що є фахівцем своєї справи та досконало володіє своїм предметом і необхідним методичним матеріалом).

4. Функцію педагога (тобто людини, що є носієм бази академічних знань, необхідних для розуміння педагогічних процесів та їх втілення в процес освіти і виховання).

Досвідчений викладач майстерно поєднує виконання усіх функцій, орієнтується у психологічній ситуації студентського колективу, вміє визначити лідерів та встановити з ними позитивний контакт, ставить самому собі високі моральні та професійні

© Л.С. Мілевська, Н.О. Ліщенко, А.І. Прокопчук, В.П. Марценюк, О.С. Усинська, А.А. Лепявко

вимоги та власним прикладом пропонує студентам модель поведінки чи дій фахівця, спеціаліста своєї галузі. Важливим для викладача Університету Апстейт Південної Кароліни є завоювати авторитет серед студентів. Він повинен чітко дати зрозуміти межу між дозволеним і забороненим, майстерно і тонко відшукати "золоту середину" між авторитарним і демократичним стилями спілкування та роботи із молодими людьми. Товариські й довірливі стосунки між викладачем та студентами у даному навчальному закладі, за спостереженнями авторів, існують, але з усвідомленою субординацією, повагою та дисциплінованістю. Викладач не дозволяє собі зловживати владою і, ні в якому разі, не є диктатором власних ідей та думок.

Серед особливостей тактики викладача у навчальному процесі Університету Апстейт Південної Кароліни слід виділити такі:

- індивідуальний та диференційований підхід до кожного студента групи з врахуванням його потреб, вимог, можливостей та здібностей;
- заохочення групової форми навчання, зокрема в ході підготовки до практичних та семінарських занять, що моделює співіснування у майбутньому робочому колективі зокрема та суспільстві в цілому;

- кооперативність та співпраця студентського та викладацького колективу;

- вміння працювати у культурно розмаїтому середовищі з представниками різних рас, етнічних та національних груп;

- забезпечення усіх необхідних умов для навчального процесу з метою його оптимізації;

- надання необхідних свобод та самостійності студенту, заохочення його відповідальності, незалежної поведінки та вміння самостійно приймати рішення, особливо у відповідальні моменти;

- водночас чіткий контроль процесу навчання та вихідного рівня академічних знань студентів.

Висновок. Таким чином, викладач у системі американської медичної освіти у ході викладення навчального матеріалу довіреної йому дисципліни заохочує самостійну індивідуальну роботу студента, сприяє його мотивації, враховуючи індивідуальні можливості, вимоги, потреби та здібності кожного, спрямовує студента в необхідному руслі навчального процесу, при цьому не тяжіючи власним диктатом та не обмежуючи його свобод, водночас тримаючи руку на пульсі життя студентського колективу та контролюючи перебіг навчального процесу і рівень засвоєння академічних знань студентами.

Література

1. Андреев А.А. Педагогика высшей школы (Прикладная педагогика): Учебное пособие в 2 кн. – М.: МЭСИ, 2000. – Кн. 1. – 141 с.
2. Смирнов С.Д. Педагогика и психология высшего образования. – М.: АСПЕКТ Пресс, 1995. – 271с.

3. Jorge E., Puricelli F., Bobeff J. Multi-agent system as a support of a computer-based education and training // Universidad Nacional de LUJAN, Argentina. – 2000.
4. O'Riordan C., Griffith J. A multi-agent system for intelligent on-line education // Information Technology Centre National University of Ireland, Galway, Ireland. – 2001.

УДК 37:61=854

МЕДСЕСТРИНСЬКА ОСВІТА В СЛОВАЦЬКІЙ РЕСПУБЛІЦІ

С.М. Андрейчин, В.О. Качор

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

NURSE EDUCATION IN SLOVAK REPUBLIC

S.M. Andreychyn, V.O. Kachor

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті подано досвід організації навчального процесу на факультеті медсестринства та інших спеціалізованих студій Словацького медичного університету (м. Братислава, Словацька Республіка) згідно з принципами Болонської декларації. Розглянуто порядок підготовки фахівців, особливості організації навчальної роботи студентів.

The experience of organization of educational process at the nursing faculty of Slovak Medical University (Bratislava, Slovak Republic), according to the principles of Bologna declaration is described in the article. The order of the specialists' training and the peculiarities of the students' education are shown.

Вступ. Процеси Європейської інтеграції охоплюють дедалі більше сфер життєдіяльності в Україні. Не стала винятком і освіта. Одним із пріоритетних завдань медсестринської освіти в Україні є постійне підвищення якості навчального процесу [1, 2]. Для цього слід провести її реформування в контексті вимог Болонського процесу, що дасть змогу випускникам отримувати дипломи міжнародного взірця й успішно конкурувати на світовому освітньому ринку [3, 4].

Основна частина. Попередня система освіти в Словацькій Республіці була подібною до нашої, а зараз повністю адаптована до вимог Євросоюзу. На факультеті медсестринства та медичних спеціалізованих студій можна здобути освіту за спеціальностями "Медична сестра", "Акушерство", "Фізіотерапія", "Радіологія", "Невідкладна медична допомога".

Спеціальність "Медична сестра". Формами навчання є денна та заочна. Тривалість навчання – три академічних роки (4610 годин, половина з яких практичні), по закінченні випускникам присуджується науковий ступінь бакалавра. Це привело до того, що велика кількість медичних сестер, які здобули середню медичну освіту за дворічною програмою до вступу Словаччини в цю організацію, зараз добровільно навчається, щоб бути конкурентноздатними на ринку праці. Далі навчання можна продовжити в магістратурі (два роки) чи докторантурі (три-п'ять років). Ступінь магістра дає право працювати старшою сестрою відділення. Викладачами в 90 % випадків є особи, котрі мають сестринську освіту. Частина з них присуджено звання доцента або професора.

© С.М. Андрейчин, В.О. Качор

Академічний рік починається 1.09 і закінчується 31.08 наступного календарного року. Розділений на літній та зимовий семестри та період канікул.

У кожному семестрі навчання триває 13 або максимум 17 тижнів, на які припадає мінімум 3-тижневий екзаменаційний період. В літньому семестрі останнього року навчання декан може встановити іншу кількість навчальних тижнів.

Програму навчання на наступний академічний рік затверджує декан після попереднього дозволу ректора. Декан оголошує програму навчання і термін її реалізації професорсько-викладацькому колективу академії. Навчання в докторантурі може починатися з початком другого семестру.

Основними формами навчання на факультеті є лекції, семінарські заняття, консультації, практичні заняття, робота в лікувальних закладах, спеціалізована практика, години самопідготовки, які контролюються викладачем. Предмет навчальної програми може вивчатися самостійно або разом з іншим предметом, тип навчання визначає викладач. У всіх основних формах навчання, які встановлені програмою, є обов'язкова присутність студентів на заняттях, якщо не було прийнято якимось іншим рішенням викладацьким складом.

Студент, який пропускає обов'язкове навчання, має право просити викладача призначити йому іншу форму навчання. Викладач з конкретного предмета може прийняти рішення про ненадання кредитів студентам, які пропускають заняття. У викладацький склад факультету входять професори, доценти, старші викладачі, асистенти, лектори. У процесі навчання сту-

дентів можуть брати участь студенти докторантури, денної форми навчання. Якщо цього вимагає навчальна програма, то до навчання студентів залучають спеціалістів, які не входять у викладацький склад.

Навчальна програма визначає обсяг і методи навчання з окремих спеціальностей. Для кожної навчальної спеціальності створені програми та рекомендований план навчання, які мають забезпечувати гармонійність у навчальному процесі.

Зміст навчальної програми:

а) назва, вид предмета (обов'язковий, альтернативний, на вибір), кількість кредитів, форма навчання, об'єм предмета та форма контролю знань;

б) рекомендований план навчання – кожний предмет має свій термін вивчення, семестр і рік навчання;

в) вказує етапні контролі навчання;

г) визначає форму державних іспитів.

Навчальна програма включає:

а) обов'язкові та альтернативні предмети – їх успішне завершення є умовою закінчення навчання, тобто цілої навчальної програми;

б) предмети на вибір, які студент має можливість вивчати для отримання додаткової кількості кредитів.

Рекомендована тривалість навчання дозволяє студенту самостійно скласти навчальний план, так, щоб кількість годин у тиждень не перевищувала 34 год, а кількість екзаменів – 5 в одному семестрі.

Студент протягом всього навчального року повинен пройти професійну практику, передбачену навчальною програмою.

Організаційні моменти навчання вимагають строного обліку кількості абітурієнтів і предметів, які вони вивчають у навчальному році, для вдалого складення розкладу занять. Для цього навчальний відділ організовує перереєстрацію студентів щорічно, після закінчення зимового семестру. Студент при перереєстрації визначає пріоритетні предмети та предмети на вибір, які хотів би вивчати в наступному навчальному році.

Якщо кількість зацікавлених студентів перевищує можливості кафедри, то студентів відбирають зі списку запису. Пріоритети надаються :

а) студентам, для яких цей предмет є обов'язковим або альтернативним;

б) студентам факультету, для яких цей предмет є зі списку на вибір;

в) студентам з іншого вищого навчального закладу.

Студент має право вибрати один із предметів на вибір з переліку предметів інших вищих навчальних

закладів, якщо це визначено межами навчальної програми. Студент іншого вищого навчального закладу може записатися на відвідування занять із предмета тільки зі згоди декана. Студент з іншого факультету Словацького медичного університету або з іншого вищого навчального закладу може отримати відмову декана відвідувати один з предметів на вибір тільки у зв'язку з перевантаженням кафедри або якщо освоєння предмета потребує попереднього вивчення інших дисциплін.

Студент не може повторно записатися на відвідування занять із предмета, який вже вивчив. Якщо він записався, але не брав участь у заняттях обов'язкового предмета, то йому надається право пройти цю дисципліну протягом подальшого навчання. Після другої невдалої спроби проходження обов'язкового предмета студента відраховують за неуспішність. Якщо студент запишеться і не відвідує альтернативний предмет, він має можливість пройти його ще раз або зробити заміну на інший альтернативний предмет. Якщо студент запишеться і не відвідує занять із предмета на вибір, він може пройти його ще раз, змінити на інший предмет з переліку на вибір або зовсім не записувати жодного предмета на вибір (якщо має достатню кількість кредитів).

Якщо студент пройшов навчальний курс з предмета, на який не записувався, і разом з тим пропустив інший, вступає в дію правило, що дозволяє відвідувати заняття з пропущеного предмета повторно. Студент зобов'язаний при реєстрації на навчання записати предмети на всі семестри і вказати ціну кредитів. Для успішного завершення навчального року слід отримати не менше 60 кредитів. Студент має право змінювати свій розклад за 10 днів від початку семестру. Зміна розкладу не повинна вводити у програму дисбаланс, її потрібно зареєструвати в навчальному відділі та записати в залікову книжку. Студент, котрий при складанні розкладу дотримався рекомендацій навчального відділу і не пропускав заняття в процесі навчання, має гарантію на успішне закінчення закладу.

Предмет у кредитній системі навчання вважається одиницею навчальної програми або групою її одиниць, спрямованих на надання освіти. Основні дані про характер предмета і кількість кредитів за нього, рекомендований об'єм інформації та форма вивчення наводяться в інформаційному листі.

Для організації процесу оцінювання використовуються система зібрання та підрахунок кредитів. Кредити є кількісними показниками засвоєння предмета. Кількість кредитів залежить від робочого наванта-

ження і необхідна для завершення вивчення предмета, але не показує знання. Студент отримує кредити для закінчення предмета. За один предмет є можливість отримати кредити тільки один раз. Кількість кредитів за один предмет є неподільною.

Завершення навчання за даною навчальною програмою зумовлене отриманням певної кількості кредитів за все навчання (сума кредитів). Кредити мають бути отримані з предметів, які входять у затверджену програму.

Визнання предметів зарахованими вирішує декан, розглянувши суму кредитів і оцінки (за іспити та диференційовані заліки). У випадку, якщо в програмі є предмети, пройдені студентом в іншому вищому навчальному закладі або на іншому факультеті цього ж навчального закладу, студент зобов'язаний пред'явити відповідні довідки.

При складанні навчального плану студента може проконсультувати працівник навчального відділу. При цьому слід керуватися вимогою, яка поділяє предмети на такі групи: 1) які не потребують попередньо-

го вивчення інших дисциплін; 2) предмети, які потребують попереднього вивчення інших дисциплін; 3) вільно-змінні предмети; 4) окремі предмети, вивчення яких передбачене на різних факультетах та при різних формах навчання, але з них слід вибрати лише той, що за своїм змістом найближчий до професії, котру здобуває студент.

Навчальний план студент складає самостійно або за допомогою консультанта навчального відділу, але так, щоб у повному обсязі виконати хоча б мінімум з навчальної програми. Випускники бакалаврату за спеціальностями "Медсестринство", "Акушерство", "Фізіотерапія", "Радіологія", "Невідкладна допомога" можуть працювати в усіх ланках системи охорони здоров'я.

Висновок. Таким чином, система медсестринської освіти Словаччини значно відрізняється від навчання майбутніх медичних сестер в Україні. Наведені її особливості доцільно врахувати при переході наших медичних навчальних закладів на засади Болонського процесу.

Література

1. Болонський процес у фактах і документах / Упор. М.Ф. Степко, Я.Я. Боллобаш, В.Д. Шинкарук та ін. – К.-Тернопіль: Вид-во ТДПУ ім. В. Гнатюка, 2003. – 52 с.

2. Ковальчук Л.Я., Мисула І.Р., Пашко К.О. Запровадження положень Болонського процесу у Тернопільському медуніверситеті // Медична освіта. – 2004. – № 3-4. – С. 4-6.

3. Москаленко В.Ф., Яворовський О.П., Свінціцький А.С. Національний медичний університет на шляху до європейської інтеграції // Медична освіта. – 2005. – № 3. – С. 4-7.

4. Підаєв А. В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. Що це таке і чи потрібний він Україні? Чи можлива інтеграція медичної освіти України в Європейський освітній простір? – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – 190 с.

УДК 378 (437)

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ У КАРЛОВОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

Л.С. Фіра, О.І. Острівка, О.Л. Сидоренко, П.Г. Лихацький, Л.В. Соколова
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ORGANIZATION OF EDUCATION AT CARLOV UNIVERSITY

L.S. Fira, O.I. Ostrivka, O.L. Sydorenko, P.H. Lykhatsky, L.V. Sokolova
Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті подано основні етапи становлення Карлового університету в Празі, його структуру на даному етапі. Наведена коротка характеристика трьох медичних факультетів, а також підготовчих курсів при університеті.

The article presents the basic stages of foundation of Carlov University in Prague. Its structure on the given stage is described. Short description of three medical faculties as well as preparatory courses at the university is adduced.

Вступ. Чехію називають серцем Європи. Це країна з давніми освітніми традиціями, закладеними ще в часи Кирила та Мефодія. Репутація чеської вищої школи за кордоном досить значна. Випускників чеських вузів із задоволенням приймають на роботу у фірми європейських країн, де оплата праці в декілька разів вища, ніж в самій Чехії. Частіше всього вони направляються в Німеччину, Великобританію та інші країни Європи. Наприклад, чеські медики успішно працюють в Австрії. З 1999 року вища освіта в Чехії є безплатною для всіх, включаючи іноземців (за умови, що вони навчаються чеською мовою).

Найбільший чеський та одночасно головний празький ВНЗ – Карловий класичний університет. Він є найстарішим університетом Центральної Європи. Заснований в 1348 році чеським королем та римським імператором Карлом IV. Створений за аналогією з Паризьким університетом та Сорбонною. Карловий університет в Празі протягом століть був центром освіти та культури не тільки для чехів, але і для представників інших країн Європи.

На кафедрах ВНЗ в різний час викладали кращі вчені Чехії: священник та богослов, ідеолог Чеської Реформації Ян Гус (з 1409 р. ректор Карлового університету), медик Ян Ессеній, фізіолог Ян Євангеліст Пуркіне, професор філософії, перший чеський президент Томаш Гарріг Масарик, Нобелівський лауреат, хімік Ярослав Гейровський та ін.

Традиції чеської університетської освіти склалися віками, що забезпечило високий рівень професійної підготовки. Диплом Карлового університету, завдяки його міжнародному визнанню, гарантує престижну роботу не тільки в Чехії, але і у всіх європейських країнах. Навчання в Карловому університеті для іно-

земних студентів безкоштовне. Тому тут навчається близько 2000 студентів із 46 країн. Серед них особливо багато греків та англійців. Університет має договори про співробітництво та академічні обміни з ВНЗ 136 країн Західної Європи, Америки та Азії.

Карловий університет входить в Асоціацію Європейських ВНЗ поряд з Оксфордом, Лейденом, Бонном, Сорбонною, Болоньєю та Університетом Женеви. На його факультетах читають лекції викладачі з провідних університетів світу.

Навчання проходить на 17 факультетах. Студенти вивчаються по 3-4 роки, після чого отримують ступінь бакалавра, і до шести років, щоб стати магістром. Всього студентів на всіх факультетах близько 37 тисяч з багатьох країн світу. В 2002 р. було подано 47000 заяв від абітурієнтів, з них було прийнято на перший курс 9200 чоловік. Середній конкурс склав 5 чоловік на місце [1].

Основна частина. Підготовка спеціалістів в галузі медицини має в Чехії найбільш глибокі історичні традиції. В цій країні вперше в Центральній Європі ще на межі 13-14 століть почали навчати медицини. Протягом всього розвитку медичної освіти в Чехії підготовлені видатні медики, які внесли неоціненний вклад не тільки у своїй країні, але і широко за її межами.

Діючий ректор Карлового університету є головою чеської спілки ректорів.

Навчання чеською мовою проводиться безплатно, англійською – платно. Вартість за рік навчання на медичних факультетах – 8-10 тис.євро. Іноземні абітурієнти мають можливість готуватись до складання вступних іспитів на підготовчих курсах Карлового університету. Однак самого вступу до університету ці курси не гарантують.

© Л.С. Фіра, О.І. Острівка, О.Л. Сидоренко, П.Г. Лихацький, Л.В. Соколова

Підготовчі курси тривають 10 місяців і проходять за такими спеціальностями, як: терапія, медицина, фармацевтика, ветеринарна медицина.

Поряд з чеською мовою викладають медицину, біологію, хімію, фізику. Розподіл годин підготовки абітурієнтів на курсах в тиждень: 13 год вивчення чеської мови, 22 год – підготовка з вказаних вище предметів, які складаються на вступних іспитах. Навчання на всіх курсах починається з тестування. За його результатами слухачі розподіляються по групах, залежно від рівня їх початкової підготовки. Надалі кожній групі встановлюється свій план підготовки. Вартість підготовки на 10-місячних курсах – 4800 євро. Вартість проживання в студентському гуртожитку – 4-6 доларів на день.

На даний час в Карловому університеті функціонують три медичних факультети. Перший медичний факультет належить до історичних факультетів університету. Він був створений одночасно зі створенням університету – в 1348 році і є найстарішим медичним факультетом у Центральній Європі. На факультеті навчалися медики та присвоювались академічні вчені ступені бакалаврів та магістрів (докторів) медицини до 20-х років XV століття. Пізніше, у зв'язку з гуситськими війнами, його діяльність була призупинена майже на 200 років. Навчання на факультеті відновилося у 1623 році.

Від часів заснування факультету і до 1740 року навчання було чисто теоретичним. У 1740 році студентам було рекомендовано відвідувати лікарні, а пізніше – наказано читати лекції в клініці. Практичні заняття проводились у лікарні "У Гиберну", а пізніше – у Всезагальній лікарні, заснованій у 1790 році. В 1882 році медичний факультет розділився на чеський та німецький. Коли нацисти закрили чеські вищі школи, факультет продовжував функціонувати на базі університету в Оксфорді (1943-1944 рр.). Після війни факультет приєднав інститути та клініки німецького факультету Праги та швидко відновив свою діяльність. З моменту свого створення факультет традиційно називався факультетом загальної медицини. З 1990 року він став називатись першим медичним факультетом [3].

Навчання студентів на ступінь бакалавра проводиться за спеціальностями:

- 1) санітарія;
- 2) спеціалізації в охороні здоров'я: ерготерапія, фізіотерапія, техніка в охороні здоров'я.

Навчання студентів на ступінь магістра з першого курсу проводиться за спеціальностями:

- 1) терапія;
- 2) стоматологія.

Випускники факультету можуть застосовувати отримані знання в загальних напрямках охорони здоро-

в'я (терапевти), в реабілітаційних курортних та психіатричних закладах, в управліннях медичними закладами. На факультеті навчається більше двох тисяч студентів та близько 200 аспірантів.

Другий медичний факультет розпочав свою діяльність у 1953 році як самостійний факультет дитячої медицини (педіатричний напрямок), відділившись від тодішнього факультету загальної медицини. В 1990 році, коли навчання значно змінило зміст та характер, факультет отримав назву – другий медичний факультет. Навчання на факультеті орієнтоване на вивчення дитячих хвороб від пренатального розвитку до досягнення дорослого віку. Випускники можуть працювати за всіма медичними спеціальностями, а в майбутньому – як сімейні лікарі.

Навчання на факультеті за всіма спеціальностями тільки денне. Його тривалість шість років. Спеціалізація за окремими медичними напрямками визначається постградуальною підготовкою студентів.

Навчання студентів на ступінь бакалавра проводиться за спеціальностями:

- 1) санітарія;
- 2) спеціалізація в охороні здоров'я: фізіотерапія, лабораторні дослідження, радіологія.

Навчання студентів на ступінь магістра з 1-го курсу проводиться за спеціальністю: "Терапія". Навчально-практичною базою для студентів є факультетський госпіталь. На факультеті навчається більше 1000 студентів та близько сотні аспірантів.

Третій медичний факультет виділився як самостійний медичний факультет гігієни в 1953 році із факультету загальної медицини. В цей час він спеціалізувався на проблемах гігієни та профілактики. Така спеціалізація факультету давала можливість для розвитку гігієнічних спеціальностей у післявоєнній медицині Чехії, але обмежувала можливості випускників факультету в їх роботі за клінічними спеціальностями.

Навчання за спеціальністю "Загальна медицина" – шестирічне. Навчально-практичною базою для студентів є факультетська лікарня.

Навчання студентів на ступінь бакалавра проводиться за спеціальностями:

- 1) санітарія;
- 2) спеціалізація в охороні здоров'я: фізіотерапія, охорона здоров'я населення.

Навчання студентів на ступінь магістра проводиться за спеціальністю: "Терапія".

Факультет передбачає постградуальне навчання. На ньому навчається більше 1000 студентів. Частина комплексів третього медичного факультету знаходиться безпосередньо при факультетському госпіталі в Краловських Виноградах (Прага) [2].

Висновок. Враховуючи давню історію та традиції, які підтримуються студентами та викладачами в Карловому університеті, можна дійти висновку, що в Чехії дають якісну освіту. У випускників немає проблем з роботою. Новий закон про

вищу освіту, прийнятий в 1999 році, вніс серйозні зміни. Університети перестали бути державними організаціями, в тому розумінні, що управління здійснюється органами самоуправління, зв'язок з Міністерством – тільки фінансовий.

Література

1. www.cuni.cz.
2. www.vysokeskoly.cz.
3. kritman@karneval.cz.

УДК 378.147.096: 54: 6

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕЛЕКОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ВИКЛАДАННІ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ

Н.В. Бухтіярова, І.Ф. Бєленічев, Д.Б. Коробко*, І.В. Сидорова

*Запорізький державний медичний університет,
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського**

PROSPECTS OF APPLICATION OF TV-COMMUNICATIVE TECHNOLOGIES IN TEACHING MEDICAL-BIOLOGICAL DISCIPLINES ON PHARMACEUTICAL FACULTY

N.V. Bukhtiyarova, I.F. Belenichev, D.B. Korobko*, I.V. Sydorova

*Zaporizhzhian State Medical University
Ternopol State Medical University by. I. Ya. Horbachevsky**

У статті показано, що для фармацевтичної індустрії сьогодення необхідні висококваліфіковані фахівці у галузі конструювання лікарських засобів. Розкрито сучасний стан підготовки спеціалістів-провізорів в Україні, звернуто увагу на його недоліки і зазначено пріоритетність цього питання у світі. Показано й обґрунтовано необхідність використання телекомунікаційних технологій при викладанні дисциплін, що є складовими підготовки фахівця у галузі drug-design.

It is shown in the article that highly skilled experts are necessary for pharmaceutical industry of the present in the field of designing medical products. The modern condition of preparation of experts-pharmacists in Ukraine is reviewed; the attention to its lacks is paid and priority of this question in the world is specified. Necessity of telecommunicative technologies use is shown and proved at teaching disciplines which are components of preparation of the expert in drug-design area.

Вступ. На кінець ХХ сторіччя бурхливого розвитку набули медико-біологічні науки і, насамперед, молекулярна біологія, нейрохімія, молекулярна фармакологія. Саме у цей період були відкриті вторинні газоподібні месенджери – нітрогену (N) оксид й супероксидрадикал, апоптотичні та антиапоптотичні фактори (APO-1, FAS, bcl-2), визначена нейродеструктивна роль глутаматної ексайтотоксичності. Ці

© Н.В. Бухтіярова, І.Ф. Бєленічев, Д.Б. Коробко*, І.В. Сидорова

відкриття поклали початок впровадженню у медичну практику таких лікарських засобів, як блокатори NMDA-підтипу глутаматних рецепторів, інгібітори NO-синтази, блокатори L-підтипу кальцієвих каналів, фактори росту нервової тканини, інгібітори естрагенових рецепторів тощо.

Вченими різних країн ведеться інтенсивний пошук нових високоефективних лікарських засобів, однак розробка й створення препаратів нового покоління –

дуже складний і довготривалий процес, що вимагає не тільки використання дорогого та сучасного устаткування, але й, насамперед, висококваліфікованих фахівців у галузі конструювання молекул лікарських речовин [1]. Підготовка спеціаліста такого рівня є пріоритетним завданням сучасної фармацевтичної освіти України.

Основна частина. На сьогодні в Україні підготовка спеціалістів із вищою фармацевтичною освітою здійснюється на 10 кафедрах хіміко-фармацевтичного та 6 кафедрах медико-біологічного профілю. На наш погляд, на ці кафедри припадає основна відповідальність за підготовку фахівця високої кваліфікації у галузі конструювання лікарських засобів. Слід зазначити, що високорозвинуті в економічному відношенні країни (США, Японія, Німеччина, Франція) досить серйозно підходять до підготовки даних фахівців – спеціалістів із розробки лікарських засобів (drug-design), біоінформатиків (комп'ютерна фармація), технологів харчових добавок, фахівців у галузі рекомбінантних препаратів, фармакоекономістів.

Зараз близько 40% випускників фармацевтичних факультетів 23-х університетів Євросоюзу працюють в галузі drug-design у наукових лабораторіях провідних фармацевтичних компаній. Певних успіхів у даній сфері досягла й Росія. Так, у навчальні плани для студентів фармацевтичних факультетів введено курс молекулярної фармакології, на хімічному факультеті МДУ ім. М.В. Ломоносова протягом двох семестрів викладається теоретичний курс комбінаторної хімії.

У вищих навчальних закладах України відсутня система підготовки вищезазначених кадрів. У більшості випадків пріоритет надається класичним фармацевтичним та хіміко-фармацевтичним дисциплінам. Вирішити проблему, що склалася, може, насамперед, оптимізація навчального процесу на кафедрах медико-біологічного профілю (нормальна й патологічна фізіологія, мікробіологія та імунологія, фармакологія), перепідготовка відповідних педагогічних кадрів (підвищення кваліфікації, переатестація спеціалістів), певні зміни у навчальних програмах наведених вище кафедр із урахуванням спрямованості підготовки фахівців і початком впровадження Болонського процесу [2].

Істотне значення для координації підготовки фахівців має всевітня мережа Інтернет. Так, сьогодні у мережі Інтернет з'явився безкоштовний доступ до повних текстів патентів США, медичної бази даних MEDLINE, деяких біологічних інформаційних ресурсів. Наприклад, інформаційна система Belstein Abstracts дає доступ до рефератів 140 провідних

журналів світу у галузі фармакології та медико-біологічних наук.

Варто зазначити, що ряд кафедр медико-біологічного профілю створив власні сайти, однак ці сайти не відповідають проблемам сучасної фармацевтичної освіти. Необхідно створити сайт, який би висвітлював передові навчальні, промислові технології, містив наукове обґрунтування пошуку нових біологічно активних сполук, методи фармакологічних досліджень, поняття про біоетику, GLP і т.д. Також у сайті необхідно надавати інформацію про конференції, з'їзди, симпозиуми, які проводяться із цих питань. Обов'язковий елемент сайту – електронні варіанти відповідних підручників.

Успішна підготовка фахівців у галузі конструювання ліків неможлива без залучення телекомунікаційних технологій. Необхідним є створення власних телестудій, які б не тільки транслювали навчальні фільми, але й створювали їх, із подальшим розміщенням на Інтернет-сайті відповідних кафедр. Це особливо важливо для системи дистанційного навчання студентів як очного, так і заочного відділень фармацевтичного факультету. Сьогодні існує значна потреба у навчальних фільмах за такими розділами, як "Рецептори; механізми взаємодії лікарських засобів з рецепторами", "Трансмембранні процеси. Механізми переносу лікарських засобів крізь мембрани клітин" тощо [3, 4].

Велике майбутнє у використанні телекомунікаційних технологій у лекційних аудиторіях. Так, студенти периферійних вузів будуть мати можливість слухати лекції провідних спеціалістів у галузі створення оригінальних лікарських засобів, що працюють у столичних або закордонних університетах. Великий внесок у навчання фахівця внесло б і пряме спілкування між студентами й провідними професорами з інших вузів за допомогою телекомунікацій. У системі дистанційного навчання телекомунікації мають пріоритетне значення. Це й виконання контрольних робіт, і лекції, і науково-дослідна робота студентів (НДРС). Остання відіграє величезну роль у циклі підготовки висококваліфікованого фахівця у галузі drug-design, сприяє формуванню у студентів самостійності, цілеспрямованості, уміння мислити нестандартно.

Практичні заняття та НДРС необхідно проводити у комп'ютерних класах, де студенти навчаються працювати з електронними програмами оцінки біологічної активності сполук різної хімічної структури QSAR (Quantitative Structure – Activity Relationships), наприклад, PASS C & T (Prediction of Activity Spectra for Substances: Complex and Training), Log P компанії

ACDLabs і ін. [1, 5]. Це дозволить студентам самостійно відбирати й відсівати речовини за обраними фізико-хімічними та фармакологічними показниками у межах віртуальних бібліотек із застосуванням різних фільтрів, теорій і алгоритмів, використовувати дані бібліотеки у дизайні молекул майбутніх лікарських речовин. У процесі навчання з даною метою студенти можуть використовувати комп'ютерне моделювання молекул (Molecular Modeling) – метод зі зворотним принципом, що полягає у визначенні структури лідера із заданою фармакологічною активністю.

Таким чином, навчаючись на певних кафедрах медико-біологічного профілю, студенти отримають відповідні навички зі створення стандартних вихідних хімічних структур, освоюють методи пошуку в базах біологічно активних речовин, прогнозування біологічної активності, опанують методологію створення комбінаторних бібліотек лікарських речовин і методики віртуального фармакологічного скринінгу. На наступному етапі навчання, особливо на кафедрі фармакології, студенти повинні набути практичні навички з тотального високоефективного скри-

нінгу біологічно активних речовин із використанням конкретної програми (High Throughput Screening). Для роботи з даною програмою студенти повинні мати фундаментальну теоретичну базу за такими аспектами, як механізм взаємодії лігандних речовин із рецепторними структурами мембран, стехіометричні коефіцієнти цієї взаємодії, основи ензимології та молекулярної біології, вплив різних лікарських речовин на фактори ядерної транскрипції тощо [1, 3].

Висновки: 1. Необхідно розробити сучасну стратегію підготовки фахівця з вищою фармацевтичною освітою у галузі конструювання лікарських засобів, створити відповідні навчальні плани і програми підготовки для кафедр медико-біологічного профілю (нормальна фізіологія, патологія, фармакологія тощо) згідно з Болонською угодою. 2. У навчальному процесі при підготовці майбутніх фахівців потрібно максимально використовувати телекомунікаційні технології (у тому числі дистанційні форми навчання), що дозволять наблизитись до Європейських стандартів освіти.

Література

1. Беленічев І.Ф., Коваленко С.І., Сидорова І.В. Стратегія цілеспрямованого пошуку лікарських засобів церебро-протективної дії // Вісн. фармакол. та фармац. – 2004. – № 9. – С. 22-25.

2. Основні принципи кредитно-модульної системи організації навчання у контексті Болонського процесу / За ред. Ю.М. Колесника. – Запоріжжя, 2005. – 22 с.

3. Коваленко С.І., Беленічев І.Ф., Коробко Д.Б., Портна О.О. Методологічні підходи до пошуку біологічно активних речовин // Мед. освіта. – 2002. – № 2. – С. 36-39.

4. Коваленко С.І., Лесик Р.Б., Беленічев І.Ф. та ін. Методичні підходи до викладання медичної хімії у вищих навчальних закладах хімічного і медико-біологічного профілю // Мед. освіта. – 2004. – № 2. – С. 27-30.

5. Евсеев А.М. Машинный анализ связи химической структуры и биологической активности. – М.: Мир, 1992. – 255 с.

УДК 616.1/4-07/-08

ДО ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

В.Б. Гощинський, Н.Є. Боцюк, О.Р. Ясній,
Л.С. Бабінець, О.О. Воронцов, І.О. Боровик

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

TO THE QUESTION OF PREPARING DOCTORS OF GENERAL PRACTICE OF FAMILY MEDICINE

V.B. Hoshchynsky, N.Ye. Botsyuk, O.R. Yasniy,
L.S. Babinets, O.O. Vorontsov, I.O. Borovyk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті проаналізовано досвід впровадження методики тренінгового навчання з використанням навчальних амбулаторних карт на додипломному рівні підготовки лікарів за фахом "Загальна практика – сімейна медицина".

The authors of this paper analysed the experience of introduction of training learning methods with use of educational ambulatory cards on pre-graduate level of preparation the physicians in speciality "General practise – family medicine".

Вступ. Впровадження засад сімейної медицини в практику вітчизняної охорони здоров'я є одним із актуальних завдань медичної науки. Важливим у розвитку цієї форми медичного обслуговування, окрім поліпшення інфраструктури та ресурсно-нормативної бази, є створення відповідного кадрового потенціалу, зокрема навчання студентів на додипломному рівні [1]. Підготовка професійно компетентного фахівця на нашій кафедрі спрямована на об'єднання базових теоретичних знань, комунікативних навичок спілкування з пацієнтами, навичок фізикального обстеження у прийнятті рішень щодо встановлення клінічного діагнозу та складання плану лікування. Обов'язковим ми вважали орієнтацію студентів на розподіл медичних обстежень по різних рівнях для забезпечення максимального надання певних видів спеціалізованої медичної допомоги на первинному рівні, формування оптимальних механізмів взаємозв'язку з лікарями-фахівцями, лікувально-профілактичними закладами вторинного та третинного рівнів для консультативної і лікувально-діагностичної допомоги [2].

Основна частина. Враховуючи реалії сьогодення, діагностика формується як самостійний напрямок в практиці сімейного лікаря. Він орієнтований на отримання медичної інформації, визначення обсягів використання найбільш оптимальних моделей стандартів діагностики на первинному рівні та забезпечення наступності у вторинних контактах пацієнта з

усіма ланками медичної допомоги, а також закладами вищих рівнів.

Впродовж декількох років на нашій кафедрі впроваджувалась в навчальний процес спеціально розроблена навчальна амбулаторна карта, що стало одним із засобів систематизації знань студентів та сприяло формуванню підґрунтя для роботи з медичною документацією. Заповнення цього документа дало можливість розвитку навичок узагальнення медичної інформації та клінічного мислення.

Структура навчальної амбулаторної карти відповідає традиційній схемі. Діагностичний розділ представлений комплектом розроблених протоколів лабораторного та інструментального обстеження на основі загальноприйнятих вимог [3]. По кожній нозологічній одиниці визначений перелік заходів загальної та спеціальної діагностики, практичних навичок, необхідних для цього. Згідно з методикою, що орієнтована на розвиток самостійності та творчої активності, студент під час практичної роботи повинен вибрати загальні діагностичні заходи, котрі повинні проводитися сімейним лікарем самостійно на базі амбулаторії. Окрім того, він визначає додатковий комплекс досліджень, які можуть бути виконані лише у спеціалізованому закладі, до якого необхідно направити хворого для підтвердження чи уточнення діагнозу.

У своїх пошуках найбільш прийняттого методу навчання ми вдалися до тренінгового методу, що в

© В.Б. Гощинський, Н.Є. Боцюк, О.Р. Ясній, Л.С. Бабінець, О.О. Воронцов, І.О. Боровик

наш час набуває все більшого поширення. Тренінг ми розглядали як форму проблемного навчання, що орієнтована на відпрацювання і закріплення ефективних моделей поведінки в конкретній клінічній ситуації [4]. Він сприяє максимальній активності студентів, взаємообміну досвідом та використанню ефективної групової взаємодії. Метою тренінгу було забезпечити студентів знаннями та вміннями, необхідними для ефективного вирішення індивідуального завдання. До принципів, які покладені в основу тренінгу, ми віднесли:

- принцип активності (де студенти залучались до спеціально розроблених дій, зокрема обстеження пацієнтів з різними захворюваннями);
- принцип дослідницької позиції (кожна конкретна ситуація сприяє розвитку творчості студента, дає можливість усвідомити та апробувати навички обстеження пацієнта);
- принцип об'єктивності поведінки (для здійснення цього принципу використовували спостереження викладача за діями студента, інтерв'ю у пацієнта та практикуючого лікаря);
- принцип партнерського спілкування студентів і пацієнтів.

При розробці педагогічних підходів ми вдалися до використання методу конкретних ситуацій. Інформація студентам подавалась у вигляді клінічних ситуацій, що базувались на реальних випадках і вимагали цілеспрямованих дій від студента. Відповідно до поставлених завдань за чітко визначений час студент повинен зібрати анамнез і виконати необхідне об'єктивне обстеження пацієнта для встановлення попереднього діагнозу. Для роботи з пацієнтом студенту відводилось 15 хв. Після збору анамнезу та об'єктивного обстеження студент впродовж 10 хв заповнює основні розділи амбулаторної карти. Важливим є вказати можливі варіанти диференційованого діагнозу й план обстеження. В подальшому робота студента розподілялась на підетапи. Вони включають самостійну роз-

робку комплексу лабораторно-інструментального обстеження. Студент повинен зробити вибір серед можливих варіантів вирішення даної проблеми. Свій спосіб розв'язку він виносить на обговорення. Оцінку застосованих студентом дій, спрямованих на вирішення проблеми та їх наслідків, проводить викладач.

Метод конкретних ситуацій впорядковує знання та навички, вдосконалює вміння аналізувати проблеми, спілкуватись та приймати рішення, формує власну думку майбутнього фахівця. Цей метод орієнтований на розвиток аналітичних здібностей, є тренінгом вирішення проблеми, вдосконалює вміння швидко орієнтуватися в клінічних ситуаціях. В даному випадку критичне мислення студента є творчим процесом, де завдання спрямоване на певну мету. Аналіз якості заповнення амбулаторних карт дозволяє оцінити компетентність майбутнього лікаря та можливість її конкретного застосування в реальній клінічній ситуації.

Запропонований варіант навчальної амбулаторної карти не є остаточним, і його варто розглядати як динамічну систему, що повинна постійно поповнюватися та вдосконалюватися [5].

Застосування амбулаторної карти в навчально-методичному процесі на кафедрі сімейної медицини є доцільним, оскільки анатомічні моделі та інші засоби навчання, незалежно від їх реалістичності, не здатні повністю замінити реальну практику – пацієнта, що відчуває та адекватно реагує.

Висновки: 1. Впровадження навчальної амбулаторної карти позитивно впливає на рівень підготовки лікаря, є способом систематизації знань студентів, закладає підґрунтя для роботи з медичною документацією в наступній професійній діяльності.

2. Перевагами тренінгового методу є реалізм, мінімізація тиску зовнішнього середовища, можливість розгляду різноманітних точок зору, зв'язок з реальним життям та активна взаємодія.

Література

1. Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини: Наказ МОЗ України від 11.09.2000 р. № 214
2. Організаційно-методичні аспекти перерозподілу обсягів медичної допомоги між лікарями первинного, вторинного та третинного рівнів в умовах переходу до сімейної медицини / В.М. Пономаренко, О.М. Ціборовський, Л.І. Галієнко, В.С. Гуменний. – Київ-Луганськ: ВАТ "ЛОД", 2003. – 83 с.

3. Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини: Наказ МОЗ України від 23.02.2001 р. № 72.
4. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини: інструктивно-методичні матеріали для сімейних лікарів / За заг. ред. проф. В.М. Пономаренка. – К., 2001. – 186 с.
5. Vanselow N.I. Primary care and the specialist // JAMA. – 1998. – Vol. 279, № 17. – P. 1394-1395.

УДК 618-07/-08: 378

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ ФПО НА ЗАСАДАХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ – НАГАЛЬНА ПОТРЕБА ЧАСУ

А.В. Бойчук, В.С. Шадріна, В.І. Коптюх, О.І. Хлібовська, Б.М. Бегош, В.В. Сопель

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ORGANIZATION OF EDUCATIONAL PROCESS AT OBSTETRICS AND GYNECOLOGY DEPARTMENT OF POSTGRADUATE FACULTY ON THE PRINCIPLES OF EVIDENCE-BASED MEDICINE IS THE MAIN NEED OF TIME

A.V. Boychuk, V.S. Shandrina, V.I. Koptyukh, O.I. Khlibovska, B.M. Behosh, V.V. Sopol

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Інтеграція Української вищої школи до світового і європейського простору потребує корінних змін національної системи медичної освіти. Приєднання до Болонської системи освіти вимагає переходу на кредитно-модульну систему організації навчання на післядипломному етапі. Важливе значення в реформуванні вищої медичної освіти має введення в навчальний процес основ доказової медицини. Доказову медицину слід розглядати як стратегічний напрямок медичної науки та клінічної практики. У статті розглянуті деякі аспекти змін у навчальному процесі на кафедрі акушерства та гінекології ФПО у світлі реформування Української вищої медичної освіти.

Integration of Ukrainian Higher School to world and European space needs fundamental changes of national system of high medical education. Joining to Bologna system demands transition on credit-module system of learning organization on postgraduate stages. Including the main principles of evidence-based medicine into teaching process plays an important role in reformation of high medical school. Evidence-based medicine is a strategic direction of medical science and clinical practice. The article considers some aspect of changes in educational process at obstetric and gynecology department of postgraduate faculty in the light of reformation of Ukrainian higher medical school.

Вступ. Інтеграція в Європейську спільноту, реалізація положень Болонської декларації зумовлюють удосконалення організації навчального процесу, підвищення якості освіти, модернізацію технології навчання. В країнах Євросоюзу навчальний процес в медичних університетах ґрунтується на засадах клінічної епідеміології та доказової медицини, що є проявом тісного зв'язку науки та практики в медицині [1]. Це сприяє значному підвищенню якості підготовки лікарів та якості медичних послуг населенню.

Для приведення рівня медицини в нашій країні до міжнародних стандартів слід проводити реформування вищої медичної освіти в Україні на засадах Болонського процесу, з одного боку, та одночасне введення в навчальний процес основ клінічної епідеміології й доказової медицини – з іншого. Лише за таких умов Україна найближчими роками зможе ліквідувати відставання в медичній освіті та клінічній практиці багатьох зах-

ворювань, а випускники наших медичних вищих навчальних закладів – досягти світового рівня, стати конкурентноздатними на Європейському ринку праці [2].

Основна частина. Доказову медицину слід розглядати як стратегічний напрямок медичної науки та клінічної практики, який ґрунтується на бездоганній науковій інформації зорієнтований на підвищення рівня наукових досліджень, суттєве поліпшення діагностики, профілактики, лікування та прогнозу хворих, оптимізації діяльності органів державної системи охорони здоров'я.

Завдяки досягненням доказової медицини, науковці та практичні лікарі, незважаючи на регіон проживання та місце роботи на лікарській дільниці чи в міському стаціонарі, отримали унікальну можливість постійно раціонально поєднувати власний досвід із світовими здобутками у діагностиці і лікуванні хворих. В результаті цього з'явилися реальні перспективи для значного підвищення ефектив-

© А.В. Бойчук, В.С. Шадріна, В.І. Коптюх, О.І. Хлібовська, Б.М. Бегош, В.В. Сопель

ності та безпечності будь-яких медичних втручань, особливо фармакотерапевтичних.

Доказову медицину в її сучасному вигляді розглядають у двох аспектах: по-перше, в контексті сучасної медичної практики і, по-друге, як методологічну основу у формуванні нового світогляду лікаря, що спрямовано на активне постійне використання світового досвіду клінічної практики, яка невпинно удосконалюється новими досягненнями медичної науки. За такого підходу до справи різко зростає роль вищої медичної школи у визначенні шляхів підготовки лікарів нового покоління, які б своєю багатогранною діяльністю будували на засадах доказової медицини [1]. Тому навчання студентів, як і підвищення кваліфікації лікарів, повинно передбачати отримання навичок з впровадження їх у систему охорони здоров'я, наукову та клінічну практику.

В основу вивчення доказової медицини у вищих навчальних закладах України слід покласти принципи системного підходу та безперервності освіти впродовж професійного життя лікаря – провідної вимоги Болонського процесу [2]. Знанням в доказовій медицині є не тільки сукупність конкретної медичної інформації, але і навички щодо самостійного прийняття обґрунтованих рішень у конкретних клінічних чи організаційних ситуаціях. Для цього необхідно навчити і студентів, і лікарів володіти методикою пошуку, аналізу і можливого використання кращих технологій у світовій практичній роботі, отриманих у засобах періодичного друку та електронних базах даних [4]. Тому комп'ютер у повсякденній діяльності лікарів повинен стати таким же обов'язковим атрибутом, як і фонендоскоп, медичний манометр, термометр.

У практичній лікарській діяльності дотримуються принципу міжнародної і національної стандартизації медичних втручань, лише найбільш ефективних, безпечних і економічно виправданих методів лікування, профілактики і діагностики.

Усі ці принципи доказової медицини перебувають у полі зору викладачів нашої кафедри в навчальному процесі лікарів-інтернів та лікарів-курсантів.

Концепція реформування післядипломної медичної освіти повинна враховувати сучасні підходи до професійного розвитку фахівців і забезпечувати постійне безперервне навчання медпрацівників. Кредитно-модульна система організації навчання має стати базовою і для післядипломної освіти [4]. Модульне навчання на післядипломному етапі вимагає суттєвого перегляду і відповідної структуризації навчального матеріалу на порції (модулі) і вираження їх в за-

лікових кредитах. Змістовне наповнення навчальних модулів треба розробити на нових засадах з використанням принципів доказової медицини.

На нашій кафедрі акушерства та гінекології ФПО розпочався процес створення модулів, які відповідають глобальним розділам навчального матеріалу з акушерства та гінекології, таких як: кровотечі в акушерстві, передчасні пологи, пізні гестози вагітних, гнійно-септичні ускладнення в акушерстві та гінекології та інші. При створенні цих модулів в якості доказової медицини ми використовуємо матеріали клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги в стаціонарній та амбулаторній службах (накази МОЗ України № 503, 582, 620, 676). Для зарахування модулів лікарям-інтернам та курсантам необхідно отримати залікові кредити, за якими вимірюється навчальне навантаження, необхідне для засвоєння змісту певного модуля. Класичними формами для одержання залікового кредиту є лекції, семінарські заняття, самостійна практична лікарська діяльність, консультації, складання ліцензійного інтегрованого іспиту "Крок-3". На кафедрі акушерства та гінекології ФПО всі види навчального процесу мають активний статус, на яких лікарі-інтерни та лікарі-курсанти разом з професором або доцентом активно обговорюють сучасний стан певної медичної проблеми, попередньо ознайомившись з базисним лекційним матеріалом, який може бути представлений як на паперових, так і електронних носіях у комп'ютерному класі кафедри. Така форма лекцій посилює асоціативну пам'ять слухачів, розвиває в інтернів вміння творчо підходити до виучуваного навчального матеріалу. Для засвоєння лікарями-інтернами та лікарями-курсантами теоретичних та практичних знань з акушерства та гінекології, що є проявом доказової медицини в дії, вони широко залучаються до участі у щорічних всеукраїнських науково-практичних конференціях, які проводяться кафедрою. За активну участь у конференції при наявності сертифікату лікарям-інтернам та лікарям-курсантам може нараховуватися певна кількість кредитів.

Важливою формою проведення практичних занять на етапі післядипломної освіти є робота лікарів-інтернів та лікарів-курсантів у комп'ютерному класі кафедри, де опановуються навички створення бази даних для контролю за процесом діагностики та лікування хворих, уміння за допомогою Інтернету користуватись інформаційно-електронними джерелами доказової медицини та періодичними електронними медичними виданнями.

Висновок. Впровадження апробованих, розробка нових форм навчання є невід'ємною частиною ефективного запровадження доказової медицини

та кредитно-модульної системи навчання лікарів-інтернів та лікарів-курсантів на етапі входження нашої країни до Європейського освітнього простору.

Література

1. Ковальчук Л.Я., Скакун М.П. Клінічна епідеміологія і доказова медицина як провідні фактори реформування вищої медичної освіти в Україні // Медична академія. – 2006. – №2(163). – С. 4.

2. Підаєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – С. 192.

3. Положення про організацію навчального процесу в кредитно-модульній системі підготовки фахівців. – Тернопіль: Вид-во ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2004. – С. 38 с.

4. Модернізація вищої освіти України і Болонський процес: Матеріали до першої лекції / Уклад. М.Ф. Степко, Я.Я. Боллобаш, К.М. Левківський, Ю.В. Сухарніков; відп. ред. М.Ф. Степко. – К.: Вид., 2004. – С. 24.

УДК 616.1/4-07/-08

ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ НА ФАКУЛЬТЕТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

Є.М. Стародуб, О.М. Масик, О.Є. Самогальська, Т.Б. Лазарчук, С.Є. Шостак

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

INTRODUCTION OF EVIDENCE-BASED MEDICINE PRINCIPLES AT THE FACULTY OF POST-GRADUATE EDUCATION

Ye.M. Starodub, O.M. Masyk, O.Ye. Samohalska, T.B. Lazarchuk, S.Ye. Shostak

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті висвітлено особливості післядипломної підготовки лікарів на засадах доказової медицини.

This article presents the features of post-graduate education of physicians on the principles of evidence-based medicine.

Вступ. Поняття "Evidence-based medicine", або "медицина, заснована на доказах", або "доказова медицина" (ДМ), було запропоноване канадськими вченими з університету МакМастера (Торонто) у 1990 році, після чого вона швидко розповсюдилася в різних країнах світу. Основні принципи, які вкладені в значення цього терміна, складають домінуючу ідеологію медицини ХХІ століття. Із запровадженням "доказовості" з'явилася можливість якщо не зробити медицину точною наукою, то принаймні наблизити її до такої [1-5]. А потреба в цьому є: з часів Гіппократа було розроблено та застосовано величезну кількість різних методів діагностики, профілактики та лікування. Використання частин з них не було обгрунтовано, а деякі – нанесли пряму шкоду здоров'ю людей.

Основна частина. Принципи ДМ потрібні кожному лікарю, який в силу своєї професії повинен критично осмислювати та інтерпретувати і результати власних спостережень, і дані спеціальної літератури для ефективного використання їх у своїй практиці.

Для чого нам потрібна ДМ?

1. Медичний і етичний аспекти: ДМ створює чесне, відкрите та прозоре спілкування лікаря і хворого.
2. Економічний аспект: ДМ перешкоджає нераціональному та сприяє ефективному використанню фінансових засобів.
3. Юридичний аспект: ДМ дозволяє контролювати будь-яку діяльність у сфері медицини.
4. Освітній аспект: ДМ дозволяє лікувати хворих найбільш ефективними підходами, що може сприяти кращому взаєморозумінню між лікарями [1, 6, 7].

© Є.М. Стародуб, О.М. Масик, О.Є. Самогальська, Т.Б. Лазарчук, С.Є. Шостак

Саме в цих напрямках ми вбачаємо структуру викладання основ ДМ серед курсантів та інтернів.

Оскільки головним завданням факультету післядипломної освіти є підвищення кваліфікації лікарів-практиків на засадах останніх досягнень медичної науки, принципи ДМ повинні лежати в основі нашої педагогічної діяльності. Для кращого сприйняття на практичних заняттях квінтесенцію ДМ ми викладаємо у вигляді певного алгоритму лікування того чи іншого захворювання, ефективність якого доведена у широкомасштабних дослідженнях з дотриманням наукових правил їх організації (рандомізація, подвійний сліпий контроль, багатоцентровість, контроль з плацебо, метааналіз результатів декількох досліджень тощо). Положення ДМ ми обговорюємо в колективі лікарів-курсантів та інтернів: на лекціях, шляхом дискусії на практичних заняттях в групах та на семінарах. Саме метод дискусії сприяє позитивному сприйняттю матеріалу лікарями з великим клінічним досвідом та суттєвими лікувально-діагностичними стереотипами одночасно.

Започаткувавши впровадження ДМ в педагогічний процес, ми ознайомилися з інформаційним базисом та визначили внутрішню готовність лікарів-курсантів до її сприйняття. З цієї метою ми провели анкетування 50 лікарів-курсантів, за результатами якого, а також в процесі індивідуального спілкування, виявилось неоднозначне ставлення до потреби запровадження принципів ДМ на практиці. Проте ніхто не висловив сумніву щодо її доцільності. Причина цього, на нашу думку, полягає у відсутності або фрагментарній інформованості щодо засад ДМ. Так, на запитання запропонованої нами анкети "Чи усвідомлені вами мета та задачі запровадження ДМ?" з 50 курсантів 49 відповіли ствердно. Проте в процесі співбесіди виявилось, що переважній більшості тих, хто відповів "так", добре знайоме лише словосполучення "доказова медицина". Парадоксальними виявилися відповіді на запитання про пріоритет джерел інформації з цього питання. Несподівано переважна більшість опитаних заповнила, що факти з ДМ отримує з періодичних видань (на нашу думку, саме недостатність такої інформації та недотримання вимог до належного планування досліджень є найсуттєвішим їх недоліком). Поряд з тим 96% опитаних дали негативну відповідь на запитання "Чи знайомитеся ви з Кокранівськими оглядами?" Навіює оптимізм відповідь на запитання "Чи використовуєте ви отриману інформацію з ДМ в практичній діяльності?": 22% респондентів відповіли ствердно, а 20% – не завжди, 58% – ні. Очевидно, що невпевненість лікарів в усвідомленні принципів ДМ та її вис-

новків щодо ефективності і безпечності медикаментозних засобів викликала одноставне (100%) переконання в необхідності проведення лекцій з ДМ.

На нашу думку, труднощі в запровадженні принципів ДМ серед загалу лікарів насамперед лежать у психологічній та інформаційній площині. В основі психологічного аспекту лежить сприйняття принципів ДМ через перспективу заперечення власного досвіду ("Я працюю тридцять років і маю право на власну думку!"). В цій же сфері лежить переконання визнаних спеціалістів в тій чи іншій галузі, думка яких має величезний авторитет серед медичного загалу. Разом з тим, застосування багатьох методів лікування в медичній практиці є не більше ніж традицією. Використовуючи подібні методи, лікарі часто не задумуються над тим, чи є об'єктивні дані, що підтверджують їх ефективність.

В роботі з лікарями-курсантами та лікарями-інтернами поряд із окресленням ролі провідних вітчизняних та зарубіжних вчених в тій чи іншій галузі ми все ж намагаємось схилити лікарів до критичного сприйняття отриманої інформації, підкреслюючи, що і за кордоном на рівні асоціацій лікарів є багато критиків запровадження ДМ. Наприклад, в США поширене сприйняття ДМ як "книги кулінарних рецептів", в якій містяться готові рішення з лікування усіх хвороб. Поширенню цього погляду сприяє позиція ортодоксальних adeptів ДМ, які доводять до абсолюту результати рандомізованих контрольованих досліджень. Враховуючи давнє переконання, що "істина знаходиться посередині", ми все ж намагаємось схилити думку до того, що має бути суттєвий ухил у бік ДМ порівняно з іншим вагомим фактором – особистим досвідом лікаря. Тому виваженим підходом є орієнтація на доказову базу, отриману шляхом систематизованих досліджень, проте в поєднанні з індивідуальним клінічним досвідом.

Викладання принципів ДМ на факультеті післядипломної освіти саме серед молодих лікарів, які не мають власного досвіду роботи, теоретично, повинне відбуватися простіше. Разом з тим, вони найбільш схильні до впливу суб'єктивних факторів, що сприяє легкому формуванню хибних уявлень в лікуванні пацієнтів. Тому важливим є прагнення розвинути у них критичне ставлення до наукової інформації, уникаючи примітивного критиканства. Найоптимальнішим шляхом досягнення такого ставлення є позиція викладача на лекціях, а також при обговоренні усіх аспектів лікувальних підходів стосовно оглянутого хворого. Інша велика проблема пов'язана із застарілістю підручників та посібників, якими користують-

ся молоді лікарі. Як правило, дані, які містяться в них, вже є застарілими на час виходу книги у світ. Крім того, серед них домінує підхід до лікування хворих, оснований на тому, що доказовість ефективності того чи іншого препарату лежить в площині розуміння механізмів розвитку захворювань. Звідси цілком логічним виявляється те, що медикаментозні засоби, які сприятливо впливають на ту чи іншу ланку патогенезу хвороби, є ефективним у його лікуванні. На практиці ж часто спостерігається зворотна ситуація, наприклад, неефективність антигістамінних препаратів в лікуванні бронхіальної астми, незважаючи на провідну роль гістаміну у формуванні бронхоспазму.

Таким чином, серед молодих лікарів панує переважно емпіричний підхід, суть якого полягає в застосуванні методів діагностики і лікування, ефективність котрих обґрунтована переважно теоретично. Базисом позиції лікарів-практиків є особистий досвід, причому практично ніяк не систематизований.

Інформаційні проблеми. На жаль, лікарі рідко знаходять час для вичерпного вивчення медичної літератури. Не усі журнальні статті важливі для прийняття правильного клінічного рішення, в багатьох працях написано те, що прийнято вважати істиною. Крім того, часто думка самого автора є упередженою. В частині клінічних робіт наводяться рекомендації для прийняття клінічного рішення. Проте виконані вони з різним ступенем наукової обґрунтованості і більшість з них відповідає найнижчому рівню доказовості.

На жаль, далеко не для усіх захворювань розроблені ефективні методики діагностики і лікування. Кожен день тисячі фармакологічних фірм нав'язливо рекламують та поширюють сотні тисяч найменувань ліків, ефективність яких належним чином не перевірялася. Тому вибір здійснюється на основі реклами, яскравості упаковки, оригінальності назви, порад друзів та знайомих, думки авторитетів, тобто на ґрунті бездоказової інформації. Жертвами цього стають як пацієнти, так і лікарі.

Література

1. Башинский С.Е. Разработка клинических практических руководств с позиций доказательной медицины: Учебное пособие для врачей и организаторов здравоохранения. – Москва: Медиа Сфера, 2004. – 136 с.
2. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – Москва: Медиа Сфера, 2001. – 392 с.
3. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине. – Москва: ГЭОТАР – МЕД, 2001.
4. Скакун М.П. Основы доказательной медицины. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 245 с.

Економічна вигода є переважною мотивацією постачальника медичних послуг, тому виникає дисонанс між ним та користувачем послуги, який намагається отримати ефективне лікування за мінімальну ціну. Тому часто в такій ситуації внаслідок конфлікту інтересів втрачається головний сенс – адекватність обстеження та ефективність лікування. Оскільки майже відсутні затверджені на належному рівні стандарти надання медичної допомоги, абсолютно не розроблена юридична сторона перевірки її якості. Тому в тих небагатьох випадках судових справ з приводу невдалого лікування ситуації однотипні: або лікар не правий, проте довести це неможливо, або лікар не винен, але й обґрунтувати його правоту не вдається. Ця ситуація буде тривати доти, доки вибір рішення і лікарем, і пацієнтом буде ґрунтуватися на будь-чому, тільки не на наукових доказах. Тому застосування стандартів обстеження і лікування, основаних на фактах ДМ, створює юридично обґрунтовані рамки поведінки як постачальника медичних послуг, так і їх замовника.

Висновки. Що, на нашу думку, треба зробити для оптимізації запровадження ДМ в науковий та педагогічний процес?

1. Сформувати робочу групу із провідних спеціалістів з різних медичних дисциплін університету для створення і регулярного оновлення матеріалів з ДМ.
2. Забезпечити доступ науково-педагогічним працівникам університету до найбільш важливих джерел доказової інформації.
3. Розглянути доцільність створення підрозділу для координації застосування ДМ в навчальному та науковому процесі.
4. Слід розширити викладання клінічної епідеміології та біостатистики з метою підготовки студентів, інтернів і лікарів до адекватного сприйняття досягнень сучасної медицини.
5. Забезпечити організацію виконання наукових досліджень на належному рівні доказовості.

5. Уваренко А.Р., Балицкая О.В. Доказательная медицина: мода или необходимость? (О новом в медицинском науковедении и управлении здравоохранением) // Охорона здоров'я України. – 2002. – № 3-4 (6-7). – С. 38-44.
6. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. – Москва: Медиа Сфера, 1998. – 352 с.
7. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины: Пер. с англ. – Москва: ГЭОТАР – МЕД, 2004. – 240 с.

УДК 378.147.096:615.15]:615.2/3

МЕТОДОЛОГІЧНІ І ПРАКТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ СТУДЕНТАМ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

І.М. Білай, Б.А. Самура, Б.Б. Самура

Запорізький державний медичний університет, Національний фармацевтичний університет

METHODOLOGICAL AND PRACTICAL PECULIARITIES OF TEACHING PHARMACOTHERAPY FOR STUDENTS OF PHARMACEUTICAL FACULTY

I.M. Bilay, B.A. Samura, B.B. Samura

Zaporizhzhian State Medical University, National Pharmaceutical University

У статті показано значення та особливості проведення практичної роботи на заняттях із фармакоterapiї на фармацевтичному факультеті. Звертається увага на формування у студентів вміння та навичок, необхідних для діяльності провізора у сфері забезпечення лікарів інформацією з клінічної фармакології. Акцентується увага на творчих завданнях, рішенні ситуаційних задач, проведенні ділових ігор, курації хворих, аналізі карт динамічного контролю фармакоterapiї, оформленні протоколу ведення хворого та раціональній, безпечній лікарській терапії.

The article deals with the significance and peculiarities of practical work in the course of teaching pharmacotherapy at the pharmaceutical faculty. A particular attention is paid to the mastering skills and knowledge required for Pharmacists' professional activities on providing physicians the information on clinical pharmacology. The methods of choice in training are: creative tasks, business games, solving situational problems, management of patients, analysis of the cards concerning the dynamic control on pharmacotherapy, making records of the patients and rational safety of drugs therapy.

Вступ. Для другого півріччя ХХ століття характерний не тільки могутній прорив у з'ясуванні етіології та патогенезу різних захворювань, але й впровадження в медичну практику величезної кількості нових високоефективних лікарських засобів, що часто не мають аналогів серед раніше вживаних препаратів. Наука про ліки стала такою об'ємною і складною, що в системі підготовки сучасних провізорів, крім базової фармакології, що викладається студентам молодших курсів, було необхідним створення нової навчальної дисципліни – фармакоterapiї. Не виникає сумнівів у тому, що після включення фармакоterapiї у навчальні плани медичних (фармацевтичних) вузів рівень підготовки випускників в галузі лікарської терапії значно підвищився.

Основна частина. Викладання фармакоterapiї студентам фармацевтичного факультету Запорізького державного медичного університету здійснюється на четвертому курсі (VIII семестр) з 1985 року, започатковано на кафедрі фармакології під керівництвом заслуженого діяча науки і техніки України, професора В.В. Дунаєва. У 2005 році виповнюється 20 років з того часу, як був організований перший в Україні курс, а потім і кафедра

© І.М. Білай, Б.А. Самура, Б.Б. Самура

клінічної фармакології і фармакоterapiї, засновником якого був професор В.С. Тішкін. Був закладений фундамент викладання фармакоterapiї студентам фармацевтичного факультету: створена перша програма з фармакоterapiї (1990 р.), видані методичні посібники. Перша програма була складена кафедрою клінічної фармакології І Московського медичного інституту ім. І.М. Сеченова (зав. кафедрою, академік РАМН В.Г. Кукеєв), кафедрою фармакології (зав. кафедрою, професор В.В. Дунаєв) з курсом клінічної фармакології (зав. курсом, професор В.С. Тішкін) Запорізького медичного інституту і кафедрою фармакології І Московського медичного інституту ім. І.М. Сеченова (зав. кафедрою, професор А.Н. Кудрін). На сьогодні використовується нова програма з фармакоterapiї (з 1999 р.) для студентів фармацевтичних установ освіти і фармацевтичних факультетів вищих медичних установ III-IV рівнів акредитації, адаптована відповідно до сучасних досягнень науки і техніки з метою вдосконалення методики викладання і підвищення якості підготовки фахівців. Її творцями є завкафедрою фармакоterapiї з фармакокінетикою Національного фармацевтичного університету (м. Харків), заслужений діяч науки і техніки

України, академік Б.А. Самура і заслужений діяч науки і техніки України, професор В.В. Дунаєв.

За роки викладання фармакоterapiї налагодилася спадкоємність в підготовці до цього важливого для провізора предмета. Вивчивши фармакологію, студенти переходять до оволодіння предметом фармакоterapiї, а потім і збагнення клінічної фармації. До основи програми з фармакоterapiї покладена кваліфікаційна характеристика провізора за фахом "Фармація".

Задля підвищення якості знань розроблена єдина структура практичного заняття, яка включає контроль початкового і кінцевого рівнів знань, самостійну роботу і практичну частину [1].

Метою роботи є висвітлення значення й особливостей виконання самостійної роботи і практичної частини на заняттях при підготовці студентів фармацевтичного факультету.

Завданням практичної частини є формування навичок, необхідних для діяльності провізора у сфері забезпечення лікарів інформацією з клінічної фармакології для оптимізації її раціонального застосування.

Провізор повинен орієнтуватися в питаннях, що вирішуються лікарем при проведенні терапії. Якісна фармакоterapia конкретного хворого в клінічній ситуації залежить від кваліфікації провізора, його умінь грамотно контролювати ефективність і безпеку лікарських засобів. На заняттях робиться основний акцент на повчальні форми практичної роботи, на активізацію навчально-пізнавальної діяльності.

Самостійна робота вимагає інформаційно-пошукової роботи [2]. Студенти заповнюють відповідні рубрики або проводять аналіз інформаційних таблиць, складають рекомендації щодо раціонального комбінування препаратів, взаємодії ліків і їжі, профілактики ускладнень фармакоterapiї, описують симптоми отруєнь і складають перелік лікарських засобів, необхідних лікарю швидкої допомоги для лікування невідкладних станів, замальовують схеми механізмів регуляції патологічних процесів до точок фармакодинамічних ефектів відповідних лікарських препаратів, обґрунтовують і пропонують лікарям адекватні засоби заміни за відсутності їх в аптеці, здійснюють вибір ліків для лікування конкретних хворих при різних захворюваннях.

Звичайно самостійна робота студентів складає 1/3 (близько 75 хвилин) від загальної кількості часу практичного заняття і оформлюється у вигляді протоколів в окремому зошиті.

Виконання студентами практичної частини передбачає рішення ситуаційних задач, роботу над творчими завданнями, проведення ділових ігор. Ці форми практичної роботи сприяють розвитку навичок користування літературою, умінню узагальнювати і використовувати знання для вирішення професійних завдань.

На практичному занятті демонструють хворих відповідно до теми заняття з відповідною патологією. Знайомляться з апаратурою, яка використовується для оцінки ефективності і безпеки фармакоterapiї. Проводять аналіз лікарської рецептури на сумісність препаратів і прогнозують можливість розвитку побічних ефектів лікарських засобів і їх клінічних видів з урахуванням особливостей патологій у даного хворого. Аналізують карти динамічного контролю ефективності і безпеки фармакоterapiї, історії хвороби на предмет оцінок якості тих призначень, що проводяться лікарями, з метою контролю безпеки лікарської терапії [3].

Вибір найбільш ефективного і максимально безпечного для хворого лікарського засобу, оптимального способу введення і дозування препарату, частоти його застосування може вирішуватися за допомогою ситуаційних завдань. Основою ситуаційного завдання є побудова оптимальної моделі клінічної ситуації, найбільш характерної для терапевтичного хворого. Крім того, ситуаційні завдання включають питання механізму розвитку захворювань, умінь надати першу допомогу хворому, тактики провізора в конкретній клінічній ситуації, питання побічної дії і взаємодії лікарських засобів, етики і деонтології провізора, умінь провізором визначати конкретний патологічний стан. Деякі завдання присвячені взаємовідношенням лікаря, хворого і провізора, зокрема, запобіганню випадкам відмови у відпусканні лікарських засобів. Звичайно на одне заняття одна тема включає від 5 до 9 ситуаційних завдань.

Таким чином, введення подібних завдань в навчальну практику дало можливість активізувати навчально-практичну діяльність студентів і підвищити якість засвоєння навчального матеріалу з курсу фармакоterapiї.

Викладання фармакоterapiї вимагає застосування разом з традиційними розробками і курацією хворих різноманітних форм проведення занять, що підвищують якість засвоєння студентами предмета фармакоterapiї.

Одним з ефективних методичних підходів у викладанні фармакоterapiї є проведення на заняттях ділових ігор з розігруванням ролей, моделюванням

ситуацій, в яких беруть участь лікар, хворий і провізор.

При розборі конкретної клінічної ситуації, що вимагає глибоких знань фармакодинаміки і фармакокінетики лікарських засобів, їх побічної дії, комбінацій і черговості введення, всю студентську групу ділимо на "спеціалізовані бригади", що "надають допомогу хворому". В умовах, максимально наближених до практичної діяльності, студенти активно працюють, багато дискутують, помиляються і виправляють помилки, знаходячи правильні шляхи рішення ситуації. Якість виживаності знань після такого методу проведення практичних занять набагато вища, ніж при стандартній його схемі, що дозволяє інтенсифікувати процес навчання, надати йому творчий характер, зацікавити студентів, наблизити навчання до реальних клінічних ситуацій.

З метою поліпшення засвоєння розділів курсу фармакотерапії і відпрацювання практичних навичок з раціонального вибору препаратів, режиму дозування, складання комбінацій лікарських засобів, забезпечення контролю ефективності медикаментозної терапії і безпеки лікування, на заняттях проводиться курація хворих з оформленням вже традиційного протоколу вивчення ефективності і безпеки лікарських засобів. Кожному студенту виділяється один хворий госпітального відділення ІВВ Запорізької обласної клінічної лікарні та протягом трьох занять здійснюється курація. Для оформлення студентами протоколу вивчення ефективності і безпеки фармакотерапії використовуються Методичні рекомендації щодо складання протоколу ведення хворого, проведення раціональної і безпечної фармакотерапії в клінічній лікарні (для студентів фармацевтичних вузів і факультетів) (автори В.В. Дунаєв, О.В. Крайдашенко, І.М. Білай, Б.А. Самура).

Важливим у підготовці студентів є сумісні з лікарями і викладачем консультативні обходи в госпітальному відділенні і прийомі в поліклініці. З кожної теми практичного заняття проводиться демонстрація тематичних хворих і клінічний розбір, що сприяє досягненню навчальної мети про необхідність визначення найбільш раціонального рішення конкретного практичного завдання з лікарської терапії.

Крім того, на заняттях до декількох студентів прикріплюється один тематичний хворий. Огляд і опитування дозволяють студентам оцінити конкретну клінічну ситуацію, заздалегідь визначити, від яких захворювань страждає пацієнт, а також аргументувати напрями фармакотерапії, зробити вибір оптимальних лікарських засобів даному хворому.

Суб'єктивні і об'єктивні відомості про хворого, а також аналіз історії хвороби і листа призначення дозволяють закріпити знання з теми, що вивчається, наочно запам'ятати і використати у своїй подальшій практичній діяльності інформацію, одержану на занятті.

Одним з нових типів практичних завдань є проведення експертної оцінки листів призначень в історії хвороби або вищезгаданих протоколах, оформлених студентами. У роботі ставляться завдання: оцінити правильність вибору лікарських засобів, їх комбінацій з урахуванням форми, стадії хвороби, супутньої патології та інших індивідуальних особливостей організму і внести в лікування свої корективи. Студенти відображають дані своєї роботи в узагальненні за експертною оцінкою, де вони детально вказують на наявні помилки в призначеннях лікарів і вносять свої пропозиції з оптимізації лікування хворих, представлених по історіях хвороби і протоколах ефективності і безпеки медикаментозної терапії.

Така форма завдання дозволяє зацікавити студентів, поставити себе на місце провізора, лікаря, спонукає займатися з додатковою літературою, розвиває клінічне мислення.

На практичну частину відводиться 55 хвилин від загального часу практичного заняття.

На одну групу студентів також відводиться 30 годин, що передбачає вивчення навчальної літератури, виконання завдання з рецептури, підготовку до оформлення курсової роботи – протоколу вивчення ефективності і безпеки фармакотерапії.

Частина самостійної роботи виконується в аудиторіях кафедри клінічної фармакології, фармації і фармакотерапії під контролем викладачів, інша частина – в палатах госпітального відділення ІВВ обласної клінічної лікарні, бібліотеках або домашніх умовах у вільний від занять час. У формі самостійних занять під контролем викладача проводяться ділові ігри і науково-практичні конференції з актуальних питань фармакотерапії, клінічних розборів хворих.

Висновки: 1. Спираючись на залишкові знання з патології, нормальної фізіології, мікробіології, біохімії, фармації, гістології і анатомії, а також фармакології, студенти фармацевтичного факультету впродовж VIII семестру вивчають етіопатогенез, клінічну картину, основні напрямки і принципи фармакотерапії захворювань. У закріпленні цих знань важлива роль відводиться практичній роботі студента, направлений на формування умінь та навичок, необхідних провізору для забезпечення лікарів інформацією з клінічної фармакології.

2. Виконання творчих завдань, розв'язання ситуаційних задач, проведення ділових ігор, курація хворих, аналіз карт динамічного контролю фармакотерапії, оформлення протоколу ведення хворого і раціо-

нальної, безпечної фармакотерапії в клінічній лікарні дозволить поліпшити якість підготовки студентів фармацевтичного факультету до самостійної практичної діяльності.

Література

1. Дунаєв В.В., Крайдашенко О.В., Белай І.М. та ін. Методичний посібник для практичних занять з фармакотерапії для студентів фармацевтичного факультету. – Запоріжжя, 2004. – 104 с.

2. Самостійна робота студентів вищих навчальних закладів: досвід, проблеми та перспективи. – Х.: Вид-во НФАУ,

2004. – 216 с.

3. Дунаєв В.В., Крайдашенко О.В., Білай І.М., Самура Б.Б., Рибак І.Р. Методичні рекомендації щодо складання протоколу ведення хворого, проведення раціональної і безпечної фармакотерапії в клінічній лікарні (для студентів фармацевтичних вузів і факультетів). – Запоріжжя, 1999. – 10 с.

УДК 618.-047

РОЛЬ КЛІНІЧНИХ БАЗ В ОВОЛОДІННІ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ ІНТЕРНАМИ-ХІРУРГАМИ У СВІТЛІ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ КАТЕГОРІЇ

І.Я. Дзюбановський, О.Б. Луговий, Г.Т. Пустовойт, В.В. Бенедикт, В.І. П'ятночка, Ю.М. Герасимець, Р.В. Свистун, К.Г. Поляцко, І.І. Смачило, Б.О. Мігенько

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ROLE OF CLINICAL BASES IN THE MASTERING PRACTICAL SKILLS BY INTERNS-SURGEONS IN THE LIGHT OF QUALIFICATION CATEGORY

I.Ya. Dziubanovsky, O.B. Luhovy, H.T. Pustovoyt, V.V. Bedykt, V.I. Piatnochka, Yu.M. Herasymets, R.V. Svystun, C.H. Polyatsko, I.I. Smachylo, B.O. Mihenko

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Обґрунтовується доцільність навчання інтернів на базі багатопрофільних клінічних лікарень з великим арсеналом оперативних втручань. Визначено головну роль самостійної підготовки інтернів-хірургів, велике значення самостійної клінічної діяльності під контролем викладача-хірурга.

Expediency of interns-surgeons training on the base of clinical hospitals with the large arsenal of operative interferences is substantiated. The leading role of independent preparation of interns-surgeons is defined, large value of independent clinical activity under the control of teacher-surgeon is shown.

Вступ. Сучасна соціально-економічна ситуація, з одного боку, вимагає підготовки спеціалістів-хірургів з високим професійним рівнем володіння вміннями та практичними навичками, а з іншого – ставить перед молодим спеціалістом завдання виживання в умовах жорсткої конкуренції [1-3, 6].

Мета. Цей рівень, це завдання забезпечується, з одного боку, гармонійним поєднанням знань, вмінь, а з іншого – досвідом. Перші дві умови повинні бути забезпечені вищою медичною школою, зокрема післядипломною її ланкою.

© І.Я. Дзюбановський, О.Б. Луговий, Г.Т. Пустовойт, В.В. Бенедикт, В.І. П'ятночка, Ю.М. Герасимець, Р.В. Свистун, К.Г. Поляцко, І.І. Смачило, Б.О. Мігенько

Основна частина. Безумовно, важливе значення у вирішенні цієї проблеми належить самостійній позааудиторній роботі інтернів-хірургів [6]. Згідно з новою Концепцією вищої медичної освіти, задекларованою керівництвом держави та Міністра охорони здоров'я України, роль викладача закладу післядипломної освіти має полягати у консультативному спрямуванні молодого спеціаліста на якісне оволодіння нюансами саме практичної діяльності хірурга системи охорони здоров'я. На нашу думку, структуру підготовки потрібно будувати відповідно до етапності практичної діяльності молодого спеціаліста-хірурга. Що це означає? Жоден хірург-спеціаліст після завершення інтернатури не виконує пересадки серця. Це факт. Тобто, хірург спочатку має оволодіти усіма технічними прийомами діагностики основних, небезпечних для життя гострих хірургічних захворювань, особливостями грамотного оформлення медичної документації, адже не секрет, що всі кримінальні справи (а їх число має чітку тенденцію до зростання) базуються переважно на двох моментах – вчасна діагностика та правильно оформлена історія хвороби. Як цього досягти – це не лімітована участь інтернів в ургентних чергуваннях клінік як повноцінних членів ургентних бригад, іншими словами, інтерн-хірург має брати участь в первинному огляді пацієнта в приймальню відділенні, спочатку під наглядом відповідального хірурга, а в подальшому й самостійно [4, 5].

Наступний етап, який є невіддільним від першого, – це щоденна активна участь у всіх клінічних розборах проблемних хворих, клінічних обходах, патологоанатомічних конференціях та консіліумах для оволодіння тактичними підходами щодо ведення важких хірургічних хворих.

Третім етапом має бути самостійна курація хворих хірургічного профілю під наглядом викладача як консультанта для стимуляції ініціативи та прагнення до поглиблення знань і вмінь лікаря-інтерна.

Четвертий етап, який є провідним у професійному майбутньому молодого спеціаліста, – це максимальна кількість спочатку асистенцій на різних ролях, а в подальшому й виконання хірургічних маніпуляцій та етапів оперативних втручань самостійно під наглядом викладача, але найбільш здібними з інтернів. Саме цей критерій – здатність до самостійного ведення хворих, виконання хірургічних маніпуляцій та оперативних втручань, знання тактичних підходів у нестандартних, важких випадках, а не статистична оцінка якості педпроцесу за зведеними середніми показниками успішності має бути головним мірилом

ефективної діяльності викладача закладу післядипломної освіти. Іншими словами, конкурентоздатність випускника та його професійні якості є головним завданням факультету післядипломної освіти.

Безумовно, це неможливо без головного – без бажання самого інтерна до самопожертви заради знань та вмінь для блага хворих. Матеріальна мотивація, на нашу думку, важлива, але другорядна деталь у випадку, якщо ми не бажаємо перетворити медицину у бізнес, а хочемо залишити її головне – гуманітарне спрямування.

Для вирішення цих завдань вважаємо вагомим те, що запроваджено у нашій клініці:

1. **Обов'язкова участь інтернів у науковій роботі клініки, зокрема – лише підбір літератури по розділах наукової діяльності дасть змогу інтерну і буде його спонукати знайомитись із сучасними поглядами на проблеми у тій чи іншій галузі хірургії;**

2. **Робота з компакт-дисками (якими забезпечена наша кафедра) за спеціальністю, починаючи із пропедевтики хірургічних захворювань і завершуючи вузькоспеціальними розділами хірургії, що є абсолютно можливим в умовах нашого університету завдяки активній діяльності у цьому напрямку ректора нашого закладу та всіх хірургічних кафедр;**

3. **Участь майбутніх спеціалістів в роботі Асоціації хірургів області;**

4. **Самостійні чергування в хірургічній клініці в неургентні дні і обов'язкове включення лікарів-інтернів у склад хірургічних бригад в ургентні дні. Ми повинні відійти від тези 2 чергування на місяць для інтерна, адже в такому випадку інтерн нічого не навчиться, він має днювати і ночувати у клініці, знати усіх хворих, знати структуру медичного закладу і т.д., лише тоді він отримає хороші практичні навички і зможе набувати досвіду, а не заново переучуватись на місці роботи.**

Ми вважаємо, що не може бути сформований спеціаліст-хірург без щоденного самостійного опрацювання спеціальної літератури. Інтерни-хірурги мають можливість самостійно працювати в позааудиторний час в сучасно обладнаній комп'ютерною технікою бібліотеці університету, отримувати найсучаснішу інформацію зі спеціальності через мережу "Internet". Дуже важливим вважаємо можливість копіювання необхідної отриманої інформації для подальшого самостійного опрацювання. В цих умовах інтерн-хірург має можливість підготуватися і активно брати участь в семінарських заняттях, диспутах, клінічних та патологоанатомічних конференціях. Поряд з цим інтерни мають можливість опрацювати найновішу літе-

ратуру з хірургії, яка надрукована у видавництві "Укрмедкнига" українською мовою.

Одним із найвагоміших досягнень, впроваджених в позааудиторну роботу, є можливість самостійного опрацювання в бібліотеці університету інтернами усіх розділів хірургії за допомогою відеокompакт-дисків. Ця форма навчання значно покращує сприйняття матеріалу. Необхідною є участь майбутніх спеціалістів-хірургів в науково-практичних конференціях, в роботі засідань Асоціації хірургів області. Цей важливий елемент самостійного навчання розвиває логічне мислення інтерна, вчить його вільно спілкуватися, брати участь у дискусіях, збагачує їх знаннями.

Поряд із цим основними завданнями клінічних баз стажування інтернів-хірургів має бути багатопрофільність клініки, широкий спектр оперативних втручань, запровадження новітніх технологій у лікувальному процесі.

Саме тому особливий акцент ми робимо сьогодні на розширення об'єму практичних навичок, якими інтерн-хірург повинен оволодіти під час навчання. Для виконання цього завдання найважливіше значення має така форма самостійної роботи, як чергування в хірургічній клініці – самостійно в неургентні дні та у складі ургентних бригад, що запроваджено у нашій клініці. Під час таких чергувань лікар-інтерн має можливість самостійно і під контролем досвідченого хірурга виконувати маніпуляції, оперативні втручання, узагальнювати свої знання у формуванні відповідної діагностичної та лікувальної тактики від мо-

менту первинної діагностики до виписки хірургічного хворого.

Щодо рівня засвоєння інтернами-хірургами практичних вмінь та навичок в даний час ми спираємось на узагальнені середні показники успішності. Про що це свідчить? На нашу думку, лише про тенденції і в жодному разі не про конкурентноздатність окремо взятого випускника, який кожен є лицем нашого університету.

Висновки: 1. Кваліфіковано спрямованій та організованій самостійній практичній діяльності інтернів-хірургів належить одне з важливих місць у формуванні спеціалістів з високим професійним рівнем.

2. Досягнення головного завдання післядипломної освіти – засвоєння практичних навичок інтернами-хірургами у світлі кваліфікаційної категорії – можливе за умов інтенсифікації практичної діяльності з використанням сучасних технологій, а головне – самостійної (під контролем викладача) роботи з хворим від діагностичного відділення до виписки хірургічного хворого із стаціонару багатопрофільної клініки. Коли це можливе? Лише при мінімальній кількості інтернів (2-3), прикріплених до викладача, котрий у свою чергу несе повну особисту відповідальність за якість підготовленого спеціаліста.

3. Контроль якості оволодіння практичними навичками хірургів має проводитись за операційним столом, в перев'язочній, біля ліжка хворого комісією у складі провідних спеціалістів різних хірургічних спеціальностей.

Література

1. Леха В.Н., Борвинко Е.В., Максименко О.П. Сучасні навчальні технології підготовки лікарів на післядипломному етапі // Медична освіта. – 2000. – № 1. – С. 30-31.
2. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров'я та обґрунтування розвитку медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 6-12.
3. Кравець Н.О. Інтернет-освіта в медицині // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 55-56.
4. Азараєв А.В., Поддубна Г.В., Вертило Н.А. Досвід створення комп'ютерних програм з автоматизації телеме-

дичних процедур // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 7-9.

5. Осуга С.В. Приобретение знаний. – М.: Мир, 1990. – С. 345.

6. Ковальчук Л.Я. Основні тенденції розвитку світової вищої школи, впровадження сучасних технологій в навчальний процес Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського: досягнення і перспективи // Нові технології навчання в медичному вищому навчальному закладі: Навчально-методична конференція. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 3-12.

УДК 618.177-085.256.5-06:616.89

ДИНАМІКА ЦІННІСНО-СМИСЛОВОЇ СФЕРИ БЕЗПЛІДНИХ ЖІНОК, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬ ДОПОМІЖНІ РЕПРОДУКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ

О.О. Мурашко

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

DYNAMICS OF VALUE-NOTIONAL SPHERE OF INFERTILE WOMEN USING ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

O.O. Murashko

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

Досліджена ціннісно-смыслова сфера (ЦСС) жінок, які використовують для подолання безплідності допоміжні репродуктивні технології (ДРТ). Доведено, що у процесі подолання безплідності ЦСС динамічно змінюється. Смысловий простір набуває жорсткої структурованості з чітким розподілом у часі життєвих цілей і завдань. Підвищується рівень внутрішньої інтернальності. Соціальна активність і реалізація втрачають самостійну цінність і набувають компенсаторного значення. Суттєво знижується рівень соціальної адаптації. Поступово збільшується кількість і ускладнюються зв'язки між регулятивними елементами ЦСС.

Value-notional sphere of women using Assisted Reproductive Technologies (ART) to overcome infertility has been researched. It was proved that in the process of overcoming the infertility, dynamic changes take place in the value-conceptual sphere. Conceptual space assumes rigid structure with a distinct time allocation of goals and tasks. The level of inner internality increases. Social activity and social realization lose their independent value while gaining compensatory significance. The level of social adaptation significantly decreases. The number of regulatory elements of value-notional sphere gradually rises while the relations between these elements become more complicated.

Вступ. Бажання мати дитину є природним і цілком зрозумілим прагненням жінок. У той же час статистичні дослідження засвідчують, що близько 20 % українських сімей є безплідними, лівова частка з них припадає на жіночу безплідність. За даними Міністерства охорони здоров'я України, безплідні жінки становлять 6,8 % жінок дітородного віку [1].

Неможливість завагітніти, стати матір'ю стає причиною глибокої внутрішньої кризи жінки. Порушуються її уявлення про себе, зокрема про свою жіночу ідентичність, загострюються сімейні стосунки, адже сім'я виявляється не в змозі виконати свою батьківську функцію, змінюються відчуття часу і уявлення про майбутнє – воно втрачає сенс і характеризується невизначеністю.

В останні десятиліття у практиці лікування безплідності відбулися позитивні зміни, перш за все, завдяки впровадженню у практику репродуктології допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), зокрема запліднення *in vitro*. Ці методи не є суто лікувальними. Вони застосовуються тоді, коли подолати безплідність іншими шляхами виявляється неможливим. Для жінки ДРТ асоціюються з останньою

надією і спробою стати матір'ю. Участь у програмах ДРТ пов'язана з важкими фізичними і психологічними стражданнями. Але позитивний результат – вагітність – отримують тільки 20-30 % жінок і тільки 17-20 % вагітностей закінчуються народженням живої дитини [2, 3]. Кількість спроб завагітніти не може бути безкінечною, і рано чи пізно жінка вимушена зупинитися і почати будувати перспективи свого життя без дитини. І хоча, за спостереженням Д. Пайнз [4], надія завагітніти все ж не покидає жінку з безплідністю до менопаузи, дослідження Hammarberg K., Astbury J. and Baker H. [5] показало, що через декілька років після отримання негативного результату жінки були раді, що вони мали досвід участі у ДРТ і зробили спробу завагітніти.

На жаль, в Україні відсутня розвинена практика психологічної допомоги означеній категорії жінок, так само, як і наукові дослідження цієї проблеми. За рубежом дослідження психологічних аспектів використання ДРТ в основному зосереджуються на вивченні емоційних, зокрема, стресових реакцій пацієнтів і копінг-стратегій, які вони використовують [6, 7]. Іноді згадується про важливість урахування мотиваційних і смислових компонентів свідомості пацієнтів [8, 9], але

© О.О. Мурашко

в проаналізованій доступній нам літературі ми не знайшли їх змістовного аналізу. Зарубіжні дослідники підкреслюють також вплив культурних відмінностей на отримані результати і наполягають на тому, що вивчення однієї і тієї ж проблематики повинно здійснюватись у кожному культурному середовищі окремо [10, 11].

Основна частина. Наше дослідження ми зосредили на вивченні особливостей ціннісно-сислової сфери (ЦСС) жінок з безплідністю, які використовують ДРТ.

За нашим припущенням, у ЦСС жінок, які мають довгу і неуспішну історію подолання безплідності і вимушені вдаватися до ДРТ, відбуваються певні зміни, пов'язані з переглядом власних уявлень і очікувань щодо реалізації материнства.

Мета дослідження полягає у розкритті динаміки і механізмів трансформації ЦСС жінок з безплідністю, які використовують ДРТ.

У дослідженні брали участь 105 жінок. З них 31 жінка з безплідністю, яка використовує запліднення у пробірці, 30 жінок з безплідністю, які намагаються відтворити природну фертильність, 23 жінки з фізіологічною вагітністю і 21 невагітна жінка.

Для вивчення ЦСС використано психометричну методику "Тест смисложиттєвих орієнтацій" [12], спрямовану на діагностику кількісної міри наповненості життя смыслом, а також психосемантичну методику "Ціннісний спектр", запропоновану Д.А. Леонтьєвим [13]. Методика являє собою репертуарні ґратки, строки яких визначені 15-ма найбільш базовими людськими цінностями, згідно з переліком цінностей буття за А. Маслоу [14], а стовбці – категоріями, які, згідно з завданнями нашого дослідження, семантично пов'язані з материнством (жінка, сім'я, материнство, вагітність, народження дитини, діти), соціальною реалізацією (кар'єра, незалежність, спілкування, самореалізація), екзистенційними даностями буття (життя, любов, самотність, вибір, смерть) і часом (минуле, сьогодні, майбутнє).

У дослідженні також враховувались індивідуально-психологічні характеристики особистості, а саме – здатність до адаптації і рівень адаптованості, який виступає непрямим показником рівня стресу (методика вивчення соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда) і рівень та локалізація суб'єктивного контролю (методика Дж. Роттера) [15].

Для підтвердження і допомоги в інтерпретації результатів дослідження використовувався змістовний аналіз форуму сайту www.eva.ru.

Дослідження базується на гіпотезі, що основні зміни, які відбуваються на рівні цінностей і смислів

материнської сфери, є наслідком переживань, пов'язаних з порушенням репродуктивної сфери – безплідністю. Ми припускаємо, що трансформація ЦСС динамічно розгортається у часі відповідно до етапу, на якому знаходиться жінка у подоланні безплідності, і терапевтичної методики, яку вона використовує (відновлення природної фертильності чи ДРТ як останній шанс).

Тому наше дослідження ми будемо на порівнянні жінок усіх досліджуваних груп і виявленні відмінностей між групами жінок, які лікують безпліддя традиційними методами, і жінок, які удалися до запліднення *in vitro*.

Для оцінки отриманих результатів за методикою ціннісного спектра були порашовані середні значення кількості обраних цінностей для кожного з об'єктів. Шляхом їх ранжування від більш навантажених цінностями до менш навантажених отримана внутрішня структура розподілення об'єктів для кожної з груп (рис. 1).

Аналізуючи цю структуру, ми, у першу чергу, зосредили увагу на часових векторах, які являють собою окрему категорію об'єктів, оскільки час ніколи не буває ірелевантним по відношенню до людської життєдіяльності і завжди навантажений для людини особистісним змістом [12]. За рахунок причинно-наслідкових зв'язків часові вектори з необхідністю є наявними серед блоку загальнолюдських базових цінностей.

В усіх чотирьох групах "минуле" групується з такими об'єктами екзистенційного блоку, як "самотність", "смерть" і "вибір", причому ці об'єкти займають однакові рангові місця. "Сьогодні" і "майбутнє", як породжуючі детермінації, пов'язані з актуальною діяльністю і тими блоками об'єктів, які найбільш ціннісно навантажуються.

Щодо материнського блоку у ціннісних структурах досліджуваних жінок, то найбільш вільними від навіязаних зовні цільових установок, пов'язаних з материнством, виявились невагітні жінки. Їх актуальна діяльність належить до сфер соціальної і жіночої (сексуальної) реалізації. Найменшу ціннісну оцінку серед об'єктів материнського семантичного блоку отримує "вагітність". Це може бути обумовлено неактуальністю цього фізіологічного стану для невагітних жінок, або певним витісненням ними думок про вагітність. Вагітність і пов'язані з нею уявлювані дискомфорти, такі як зміна тіла, обмеження фізичних і сексуальних можливостей, лякають жінок. Багато жінок з цієї групи сприймає вагітність також як обмежений у часі, а тому не вартий особливої уваги, засіб для реалізації материнства як більш цінного явища.

У групі вагітних, навпаки, спостерігаємо чітке розмежування сфер діяльностей – материнства і зовнішньої самореалізації, яка відходить на задній план. Усі часові вектори знаходяться у материнському блоці.

У групі жінок з безплідністю, які намагаються відтворити природну фертильність, теж спостерігається чітке розподілення об'єктів по блоках. Але часові вектори сконцентровані у блоці кар'єри і зовнішньої самореалізації. На перше місце виводяться події поточного особистісного, а не майбутнього життя. Життя, як категорія, виходить у цій групі на перший план. Соціальне життя, в якому жінки цієї групи присутні "тут-і-тепер", є реальною компенсацією порожнечі, пов'язаної з відсутністю дитини, а на рівні осмислення життя відбувається трансформація життєвих смислів з виходом на більш загальні, надособистісні рівні. Постійним рефреном звучить думка про те, що жити варто не заради дитини чи ще якоїсь ідеї, а заради самого життя.

В групі жінок, які знаходяться у процесі застосування ДРТ, "сьогоднішнє" пов'язане з соціальною активністю і реалізацією, а майбутнє чітко пов'язане із вагітністю і материнством. З цього можна зробити висновок, що ці жінки адекватно оцінюють свою життєву реальність, здатні до планування життя і розподілення своїх зусиль. В разі невдачі чергового лікувального протоколу вони більш динамічно здатні повернутися до соціального життя, ніж, наприклад,

вагітна жінка, яка з якоїсь, незалежної від неї, причини втрачає дитину.

На перший погляд, розподілення об'єктів у групі жінок, які використовують ДРТ, виглядає більш гармонійно структурованим, ніж в інших досліджуваних групах. Ця структурованість, на наш погляд, пов'язана з розмежуванням життєвих завдань: праця (кар'єра) – сьогодні, материнство – в майбутньому. Але вона досягається жорстким підвищенням напруги у біопсихологічній системі, якою є жінка. Наслідком такої організації є обмеження вільної реалізації в кожній з окремих сфер життя. Жінки втрачають здатність до спонтанності, їх свідомість зазнає звууження: "Щоб не думати про це, я буду думати про це".

Ми не знайшли значимих відмінностей між усіма досліджуваними групами за загальним показником осмисленості життя. Проте значення показників "Цілі у житті" і "Локус контролю – Я" у жінок, які звернулися до допоміжних технологій, статистично відрізняються у бік підвищення, порівняно з жінками усіх інших груп ($p=0,00$). Отже, ця категорія безплідних жінок відрізняється цілеспрямованістю і має про себе уявлення як про сильних осіб, що володіють достатньою свободою вибору і здатні будувати своє життя відповідно до своєї мети і уявлень.

Але показник "локус контролю – життя" у цій групі жінок набуває значно менших значень. Співвідношення обох показників локусу-контролю дає підстави говорити про появу конфлікту між, з одного боку, упев-



Рис. 1. Переміщення часових векторів і компонентів материнського, соціального і екзистенційного блоків у ціннісних структурах досліджуваних жінок.

неністю жінок у здатності контролювати своє життя, приймати рішення, що забезпечується, скоріш за все, активними діями щодо лікування і подолання безплідності, які, у свою чергу, наділяють життя своїм власним смислом, з іншого боку – розумінням, що від їх зусиль залежить далеко не все, і результат протоколу може залежати від лікаря, везіння, божого благословення тощо.

Це підтверджується й результатами, отриманими за методикою оцінки рівня суб'єктивного контролю Дж. Роттера. У жінок, які використовують ДРТ, спостерігається більш високий, порівняно з іншими жінками, рівень інтернальності у сфері досягнень і значно нижчий у сфері невдач ($p < 0,01$). Тобто жінки цієї групи мають тенденцію вважати, що всього доброго в житті вони добилися завдяки собі, а при невдачах посилаються на обставини. Загальний рівень інтернальності також має значну ($p < 0,05$) тенденцію до підвищення у жінок, які вимушені звертатися до допоміжних технологій.

В обох групах безплідних жінок зафіксовано зниження рівня показників соціально-психологічної адаптації, причому у жінок, які використовують ДРТ, соціально-психологічна адаптованість виявилась найнижчою. Це свідчить про те, що тривале й безуспішне лікування певним чином знижує адаптаційні можливості жінок, через що їм стає складніше пристосовуватися до нових життєвих обставин, а стресові ситуації, які вони переживають, призводять до виникнення відчуття непотрібності, соціальної непридатності.

Немає значимої різниці у рівні самоприйняття між групами "ДРТ" і "Безплідні", але за цим показником відрізняються на рівні $p = 0,00$ значення між порівняльними групами (невагітні і вагітні) і групами безплідних (табл. 1). Це свідчить про те, що безплідність порушує ідентичність жінки, знижує її самооцінку, викликає тенденції до самозвинувачення, і, у міру продовження неуспішної історії подолання безплідності, негативне ставлення до себе поглиблюється.

Наслідком цього є вороже ставлення до оточуючих людей, роздратування і очікування негативного

ставлення до себе. Різниця за показником "прийняття інших" між досліджуваними і порівняльними групами на рівні $p = 0,00$ з тенденцією до зменшення у групі ДРТ. Відношення з оточуючим світом для жінок, які застосовують ДРТ, справді, є дуже напруженими. Багато хто з них стикається з нерозумінням і навіть засудженням їх участі у програмах ДРТ. "Штучне запліднення", "дитина з пробірки" викликають у свідомості людей, далеких від цього боку життя, жажливі і неадекватні асоціації. Тому значні зусилля жінки, які звернулися до допоміжних технологій, витрачають на те, щоб приховати від сторонніх свій діагноз і методи його подолання, які вони застосовують.

За показником "емоційна комфортність", група "ДРТ" також значимо відрізняється від інших груп, в тому числі від групи "Безплідні", що є свідченням того, що негативні емоційні стани переважають у цій групі жінок. Натомість прагнення до домінування у групі "ДРТ" значно вище ($p = 0,00$), ніж у групах "Безплідні" і "Вагітні". Це пояснюється тим, що звернення до ДРТ вимагає постійного подолання жінкою напружень, викликаних конфронтацією з певним колом людей. На рівні прийняття рішення про ДРТ, початку обстеження і лікування жінка повинна схилити до участі у цих діях свого чоловіка, тому що регулярна здача сперми для спермограм чи отримання ембріонів, як правило, не викликає ентузіазму у чоловіків. Жінки також мають переконувати чоловіків продовжувати спроби ДРТ після кожної невдачі.

Крім цього, методика застосування ДРТ вимагає від жінки власної активної участі. Відчуваючи велику відповідальність за результат і усвідомлюючи залежність його від ретельно зроблених аналізів, правильно застосованих медикаментів, які регулюють гормональний рівень під час стимуляції оогенезу та імплантації ембріонів, жінка дуже швидко підвищує свою компетентність у питаннях репродуктивної медицини. Вона ретельно відслідковує призначення лікаря, нерідко вступає у дискусії. Самі лікарі відзначають неабияку складність роботи з цими жінками.

Таблиця 1. Результати дослідження за тестом Даймонда (середні дані)

| Показники тесту Даймонда | Невагітні | Вагітні | Безплідні | ДРТ |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Адаптація | 75,0 ± 1,38 | 66,9 ± 1,82 | 63,2 ± 1,32 | 53,9 ± 0,81 |
| Самоприйняття | 82,8 ± 2,11 | 75,5 ± 1,91 | 69,4 ± 1,12 | 66,1 ± 1,4 |
| Прийняття інших | 74,7 ± 1,42 | 71,6 ± 1,94 | 67,6 ± 1,54 | 63,7 ± 1,44 |
| Емоційна комфортність | 66,9 ± 2,72 | 63,3 ± 1,72 | 58,4 ± 2,11 | 49,0 ± 1,13 |
| Інтернальність | 72,2 ± 1,8 | 64,2 ± 1,81 | 69,0 ± 1,71 | 65,4 ± 2,05 |
| Прагнення до домінування | 26,1 ± 1,16 | 22,6 ± 1,05 | 24,2 ± 1,44 | 29,6 ± 1,26 |
| Ескапізм | 12,0 ± 0,71 | 13,5 ± 0,99 | 12,8 ± 0,47 | 13,5 ± 0,73 |

Отже, за результатами цього тесту можна намалювати психологічний портрет жінки, яка застосовує ДРТ: прагнення домінувати у міжособистісних стосунках при низькому рівні самоприйняття і прийняття інших людей, превалювання виражених негативних емоційних станів і, як наслідок, низький рівень соціально-психологічної адаптованості.

Для більш глибокого розуміння механізмів смислової регуляції ми провели кореляційний аналіз показників усвідомленості життя, рівня соціально-психологічної адаптації і рівня суб'єктивного контролю. В результаті нами отримані структури регулятивних складових смислової сфери особистості жінки, принаманні кожній з груп.

Як бачимо на рис. 2, смислова сфера жінок, які застосовують допоміжні технології, організована найбільш складно. Вона розгалужена, навантажена, з великою кількістю елементів, які конструктивно перехрещуються. Осмисленість життя у цій групі замикає на собі 5 кореляційних зв'язків і пов'язана з керованістю життя, життєвими цілями, локусом контролю – Я, процесом і результативністю життя. Отже, виходячи з ситуації, в якій знаходяться ці жінки, можна сказати, що наявність цілі завагітніти і активна участь в програмах ДРТ надають життю відчуття осмисленості, але, в разі невдач, для обґрунтування власної життєвої позиції і стабілізації особистості жінкам цієї групи доводиться застосовувати філо-

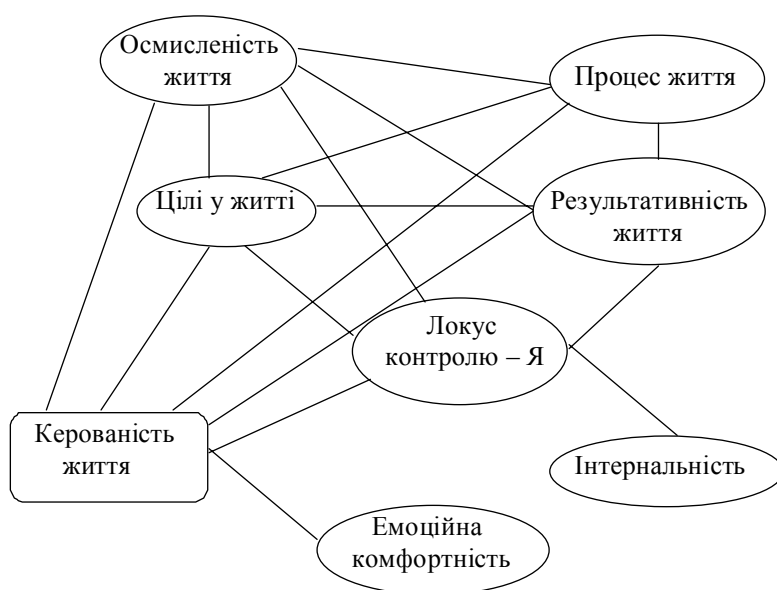


Рис. 2. Структура регулятивних складових смислової сфери особистості жінок з групи "ДРТ".

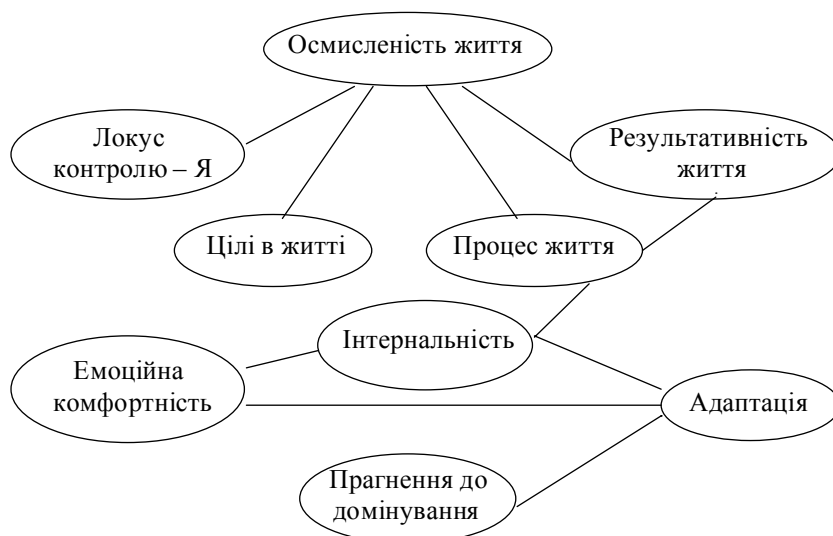


Рис. 3. Структура регулятивних складових смислової сфери особистості жінок з групи "Безплідні".

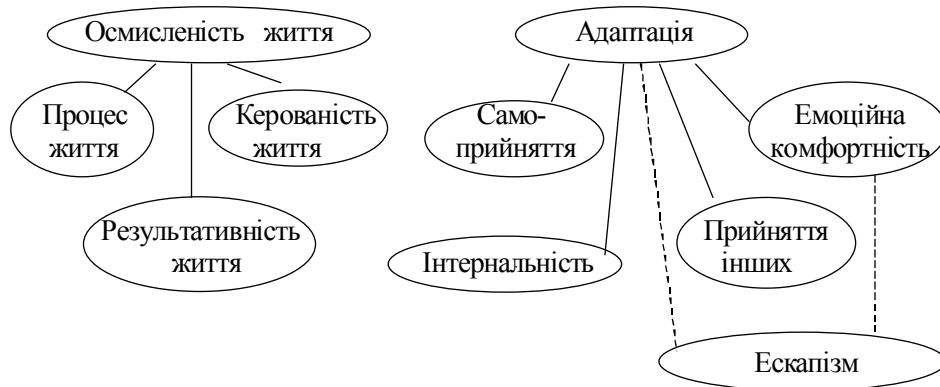


Рис. 4. Структури регулятивних складових смислової сфери особистості жінок з групи "Вагітні".

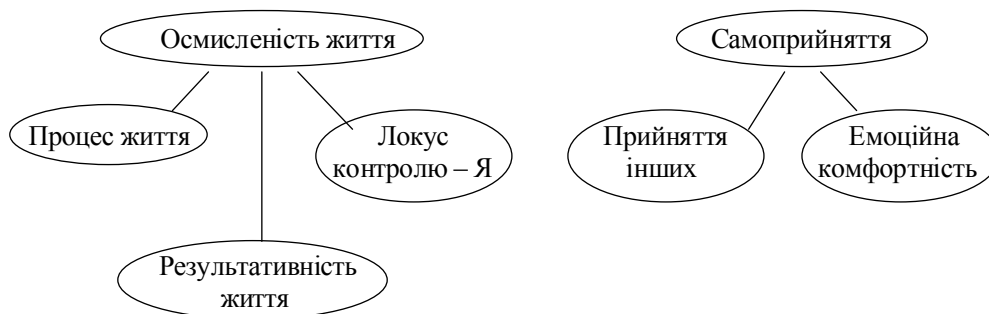


Рис. 5. Структури регулятивних складових смислової сфери особистості жінок з групи "Невагітні".

софські, більш узагальнені категорії, пов'язані з пошуком смислу життя.

У жінок з групи "Безплідні", які намагаються відновити природну фертильність, найбільша кількість зв'язків концентрується навколо осмиленості життя (4 зв'язки), процесу життя і адаптації (по 3 зв'язки), як це показано на рис. 3.

Це дає підстави зробити висновок про те, що у людини, яка живе звичайним розміреним життям, робочі зв'язки між смислорегулюючими елементами перебувають у латентному стані, але при зіткненні її з певними обставинами, які потребують якісно нового усвідомлення реальності і вироблення специфічного до неї ставлення, починають активізуватися. Причому спостерігається ускладнення (посилення і збільшення кількості) зв'язків у системі, що наочно представлено на рис. 2, 3, 4, 5.

У динамічній системі смислорегулюючих елементів, яка визначилася в групі "ДРТ", відсутній такий елемент як "Адаптація", проте з'являється елемент "Керованість життя", який концентрує в собі 6 значущих зв'язків. Таку саму кількість зв'язків має "Результат". На "Осмиленість життя" і "Цілі життя" припадає по 5, а на "Процес" – 4 зв'язки.

На наш погляд, правомірною є думка, що для жінок групи "Безплідні", які гостро переживають руйнуван-

ня образу Я, як повноцінної фертильної жінки, і руйнацію сформованих у дитинстві і в культурі уявлень про сімейне життя, "Адаптація" має життєве значення. Але вона не просто зникає у групі жінок, які застосовують допоміжні технології, а породжуючи нові структурні елементи, проявляється у цих жінок в новій якості, перетікаючи у "Локус контролю-Життя".

Висновки: 1. Результати проведеного дослідження дають підстави констатувати, що ціннісно-смислова сфера безплідних жінок зазнає суттєвих перетворень і динамічно змінюється залежно від етапу лікування, на якому перебуває жінка – спроба відтворити природну фертильність чи застосування допоміжних репродуктивних технологій як остання надія народити дитину. Смисловий простір жінки, яка використовує допоміжні репродуктивні технології, набуває жорсткої структурованості з чітким розподіленням у часі життєвих цілей і завдань: праця (кар'єра) – сьогодні, материнство – в майбутньому, але це досягається підвищенням напруги і обмеженням вільної реалізації жінки в кожній з цих сфер життя. Соціальна активність і реалізація втрачають самостійну цінність і підпорядковуються меті завагітніти, виступають засобом компенсації відсутньої реалізації у материнстві. Зростає загальний рівень інтернальності, зокрема в області

досягнень. Посилюється прагнення контролювати власне життя і домінувати у міжособистісних стосунках.

2. Рівень соціальної адаптації жінок з безплідністю, які використовують допоміжні репродуктивні технології, є суттєво зниженим, що відбивається у низькому рівні самоприйняття і прийняття інших людей і превалюванні виражених негативних емоційних

станів. Натомість ці жінки виявляють високий рівень осмисленості життя, який підтримується активною участю жінки у реалізації методик допоміжних репродуктивних технологій і постійною актуалізацією смислу зусиль, яких вона докладає. Механізмом динаміки ціннісно-сислової сфери безплідних жінок є поступове збільшення і ускладнення зв'язків між її регулюючими елементами.

Література

1. Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2002 рік/ МОЗ України, Центр медичної статистики МОЗ України. – Київ, 2003.
2. Вдовиченко Ю.П., Беглице Д.А. Особливості невинюшування у жінок після екстракорпорального запліднення // Одеський медичний журнал. – 2003. – № 5 (79). – С. 50-52.
3. Веселовский В.В. Вспомогательные репродуктивные технологии в Украине. Данные национального регистра за 2000 год // Актуальні проблеми лікування безплідності: 36. наукових робіт конференції з міжнародною участю, 30 травня-1 червня 2003. – Київ, 2003.
4. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной Б.С.К. – СПб, 1997. – 195 с.
5. Hammarberg K., Astbury J., Baker H. Women's experience of IVF: a follow-up study // 2001. – Hum. Reprod. – 16, № 2. – P. 374-383.
6. Edelmann R.J., Golomok S. Stress and Reproductive Failure // Journal of Reproductive and Infant Psychology // 1989. – 7. – P. 79-86.
7. Klonoff-Cohen H., Chu E., Natarajan L., Sieber W. A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer // i Fertil. Steril. – 2001. – 76, № 4. – P. 675-687.
8. Boivin J., Appleton T.C., Baetens P. et al. Guidelines for counselling in infertility: outline version // Human Reproduction. – 1999. 14, № 3. – P. 581-585.
9. Fekkes M., Buitendijk S.E., Verrips G.H.W. et al. Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment // Human Reproduction. – 2003. – 18, № 7. – P. 1536-1543.
10. Schmid J., Kirchengast S., Vytiska-Binstorfer E., Huber J. Psychosocial and sociocultural aspects of infertility – a comparison between Austrian women and immigrant women // Anthropol. Anz. – 2004 Sep. – 62, № 3. – P. 301-309.
11. Appleton T. The distress of infertility: impressions from 15 years of infertility counseling // A textbook of In Vitro Fertilization and Assisted Reproduction edited by Peter R. Brinsden, The Paterson P.G., 1999. – P. 401-406.
12. Леонтьев Д.А. Тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО). – 2-е изд. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.
13. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. – М.: Смысл, 1999. – 487 с.
14. Маслоу А. Мотивация и личность. – СПб: Изд-во "Питер", 2003. – 352 с.
15. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Бахрах, 1998. – 672 с.

УДК 616.126.46–071.6

ОСНОВА МЕЧОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА ЧИ НИЖНІЙ КІНЕЦЬ ГРУДНИНИ Є МІСЦЕМ ВИСЛУХОВУВАННЯ ТРИСТУЛКОВОГО КЛАПАНА?

Б.Г. Бугай, С.М. Андрейчин, Н.Я. Верещагіна

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

IS THE BASE OF PROCESSUS XIPHOIDEUS OR THE LOWER BORDER OF STERNUM THE POINT OF AUSCULTATION OF TRICUSPID VALVE?

B.H. Buhay, S.M. Andreychyn, N.Ya. Vereschagina

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Дана публікація присвячена необхідності зміни назви місця найкращого вислуховування тристулкового клапана, оскільки мечоподібний відросток груднини є її нижнім, меншим за розміри слухавки більшості стетофонендоскопів, анатомічним утвором.

This publication is devoted to the necessity of changing the name of the point for the best auscultation of tricuspid valve because processus xiphoideus of sternum is the lower and smaller anatomic structure than sizes of stethophonendoscope.

Вступ. Пошук і впровадження нових технологій у систему підготовки кадрів завжди були на часі, але особливо актуальними вони стали тепер, коли приєднання України до Болонського освітнього процесу [1] поставило перед вищою медичною школою завдання, зміст якого полягає у підготовці на додипломному етапі навчання такого лікаря, котрий би відповідав потребам нашого демократичного суспільства в питанні зміцнення чи збереження здоров'я людинності нашої країни та був професійно конвертованим на європейському просторі [2, 3]. Цілеспрямований рух у напрямі нової системи освіти, яка б відповідала вимогам сучасної цивілізації, запровадження положень Болонської декларації, орієнтація на сімейну медицину як основу світової системи охорони здоров'я пов'язані зі значними труднощами та ймовірним виникненням нових проблем у підготовці як вітчизняних, так і іноземних студентів [4].

Завдання з модернізації сучасної вищої медичної освіти з метою її стабілізації, демократизації і розширення використання новітніх освітніх та педагогічних технологій є невід'ємною частиною всесвітніх процесів глобалізації і уніфікації, спрямованих на вирівнювання на найвищих щаблях засад професіоналізму.

У цьому контексті кафедра пропедевтики внутрішньої медицини є базовою клінічною дисципліною, вимоглива підготовка на якій створює передумови для успішного засвоєння інших клінічних дисциплін.

© Б.Г. Бугай, С.М. Андрейчин, Н.Я. Верещагіна

Це, у свою чергу, вимагає від професорсько-викладацького складу кафедри якісно і своєчасно реагувати на всі виклики сьогодення. Такими викликами стосовно нашої дисципліни є не завжди коректні тлумачення тих чи інших фрагментів програмного матеріалу в усіх традиційних підручниках та посібниках, що детермінує низку запитань не тільки у досвідчених викладачів, але й у їх вихованців і майбутніх наступників – студентів. Нівеляція цих розбіжностей стала основною метою цієї роботи, як і, власне, попередніх шести робіт, опублікованих у цьому часописі.

Основна частина. Незважаючи на значні досягнення в діагностиці та лікуванні серцево-судинних захворювань, аускультация серця була, є і ще довго буде належати до облігатних методів обстеження будь-яких пацієнтів, не кажучи вже про кардіологічних хворих. Тому в питаннях, що стосуються методики аускультация серця, не повинно бути неоднозначних інтерпретацій. А між тим, у всіх відомих підручниках та навчальних посібниках з пропедевтики внутрішньої медицини останніх років (котрі, в сенсі клінічних методів обстеження хворих, є здебільшого повторенням старих істин) [5-12] зазначається, що тристулковий клапан вислуховують біля основи мечоподібного відростка груднини (IV точка). А тим часом варто згадати анатомію.

Мечоподібний відросток є завершенням нижньої частини груднини, є, зазвичай, менший за своєю площею за слухавку всіх традиційних стетофонендо-

скопів, а його основа проектується як поперечна лінія в нижній частині цієї кістки, що може мати довжину від кількох міліметрів до одного сантиметра або дещо (в межах кількох міліметрів) більше. В дорослих людей місце зчленування зазнає окостеніння, що в кінцевому результаті нівелює цей маленький утвір як щось відокремлене від груднини.

Висновки: 1. Мечоподібний відросток є анатомічним завершенням нижньої частини груднини, що за свою площею не перевищує слухавки сучасних

стетофонендоскопів, і зазнає на стику з її тілом окостеніння в дорослому віці.

2. Говорити, що тристулковий клапан вислуховується біля основи мечоподібного відростка, є досить некоректним, бо основа цього утвору є всього лиш невеличким відрізком горизонтальної лінії між тілом груднини і її відростком.

3. Доцільно було б трактувати, що тристулковий клапан вислуховується над мечоподібним відростком груднини, чи, ще краще, внизу цієї кістки.

Література

1. Селіхова Л.Г. Два істотні кроки України до Болонської співдружності // Медична освіта. – 2005. – № 1. – С. 13-15.
2. Підаєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. Що таке і чи потрібний він в Україні? Чи можлива інтеграція медичної освіти України в Європейський освітній простір? – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – 190 с.
3. Рудень В.В., Гутор Т.Г. Про шляхи вдосконалення процесу навчання майбутніх лікарів на кафедрі "Соціальна медицина та організація охорони здоров'я" у світлі вимог Болонської угоди // Медична освіта. – 2005. – № 3. – С. 27-31.
4. Досвід, проблеми і шляхи удосконалення вивчення педіатрії іноземними студентами / Н.Ю. Щербатюк, Г.А. Павлишин, І.О. Багірян, І.Л. Горішня // Медична освіта. – 2005. – № 3. – С. 45-47.
5. Пропедевтика внутрішніх болезней: Учебн. для студ. мед. вузів / Под ред. акад. РАМН В.Т. Ивашкина и проф. А.А. Шептулина. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ. 2005. – 240 с.
6. Пропедевтика внутренних болезней. – 2-е изд., доп. и перераб. / В.А. Жмуров, М.В. Малишевский. – М.: Изд-во Медицинская книга", 2001. – 288 с.
7. Комп'ютерні тести з пропедевтики внутрішніх хвороб / В.В. Короткий, А.Б. Новосад. – К.: Здоров'я, 2001. – 147 с.
8. Пропедевтика внутрішніх хвороб у запитаннях і відповідях / О.Г. Яворський, Л.В. Ющик. – К.: Здоров'я, 2003. – 280 с.
9. Василюк В.М. Семіотика і діагностика внутрішніх хвороб (фізичні методи обстеження). – Тернопіль, 1997. – 236 с.
10. Пропедевтика внутрішніх хвороб / За ред. Ю.І. Децика. – К.: Здоров'я, 1998. – 504 с.
11. Пропедевтика внутрішніх хвороб з доглядом за терапевтичними хворими / За ред. А.В. Єпішина. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 768 с.
12. Пропедевтика внутренних болезней: Учебник. – 4-е изд., перераб. и доп. / В.Х. Василенко, А.Л. Гребенев, В.С. Голочевская, Н.Г. Плетнева, А.А. Шептулина. – М.: Медицина, 1995. – 592 с.

УДК [611+612]:061.22

РОЛЬ ГУРТКА АНАТОМІЇ І ФІЗІОЛОГІЇ У НАВЧАННІ СПЕЦІАЛІСТІВ-МЕДИКІВ У ВНЗ І-ІІ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ

Ю.Ф. Педанов, А.І. Гоженко, Р.Ф. Макулькін

Одеське обласне базове медичне училище, Одеський державний медичний університет

THE ROLE OF ANATOMY AND PHYSIOLOGY SCIENTIFIC CIRCLE IN TRAINING OF SPECIALISTS-PHYSICIANS IN HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS OF I-II ACCREDITATION LEVELS

Yu.F. Pedanov, A.I. Gozhenko, R.F. Makulkin

Odessa Regional Basic Medical College, Odessa State Medical University

У статті висвітлено роль гуртка анатомії і фізіології у навчанні медичних фахівців у ВНЗ І-ІІ рівнів акредитації.

The paper shows the role of anatomy and physiology scientific circle in training of specialists-physicians in higher educational establishments of I-II accreditation levels.

Вступ. Істотну роль у роботі кабінету анатомії і фізіології відіграє діяльність предметного гуртка, що значною мірою сприяє підвищенню якості підготовки майбутніх фахівців. У зв'язку з цим нами було проаналізовано досвід роботи такого підрозділу студентського наукового товариства (СНТ) в Одеському обласному базовому медичному училищі за більш як двадцятирічний період.

Основна частина. Студентське наукове товариство – добровільне об'єднання, на меті якого є науково-дослідна робота студентів за будь-якими напрямками освітньої програми у вільний від навчання або спеціально відведений час, яка успадковує і розвиває найкращі традиції вітчизняної і зарубіжної науки й практики. У своїй діяльності СНТ послуговується нормативними, методичними, інструктивними документами вищих організацій, яким підпорядкований даний ВНЗ.

Мета і завдання роботи гуртка:

– сприяння підвищенню якості підготовки спеціалістів, оволодінню досягненнями передової науки, збереженню гуманітарного потенціалу, адаптації до діяльності в нових умовах;

– залучення студентів до наукової діяльності на початкових етапах їхнього навчання і сприяння закріпленню в цій сфері;

– пропаганда різних форм наукової творчості відповідно до принципів єдності науки й практики, розвиток інтересу до фундаментальних досліджень;

– формування мотивації щодо дослідної роботи і сприяння опануванню наукового методу пізнання, поглибленому й творчому засвоєнню навчального матеріалу;

– виховання потреби і вміння постійно вдосконалювати свої знання, творчо ставитися до обраного фаху з допомогою дослідної діяльності;

– навчання методик і засобів самостійного розв'язання науково-практичних завдань, дотримання дисциплінованості й порядку, оскільки треба знайти час для додаткової роботи в умовах повного навчального навантаження;

– розширення теоретичного виднокола і наукової ерудиції майбутнього фахівця;

– виховання належних моральних принципів медичного працівника;

– відродження і зміцнення культурних традицій студентства;

– організація активної участі в наукових конференціях, семінарах, конкурсах, олімпіадах з навчальних дисциплін і спеціальностей, дискусійних клубах, симпозиумах, відкритих лекціях і семінарах з виступами відомих учених, представників наукових шкіл, тобто у роботі професійних колективів.

Студентський науковий гурток анатомії і фізіології, як первинна структурна одиниця СНТ, функціонує при однойменному кабінеті циклу загальномедичних дисциплін. Основні критерії членства – середній бал успішності з профільної дисципліни не менш як "4", виконання навчальної дослідної роботи, подання її на

© Ю.Ф. Педанов, А.І. Гоженко, Р.Ф. Макулькін

засіданні гуртка, конференції училища. План роботи і теми розробляються залежно від діяльності кабінету й індивідуальних нахилів студентів науковим керівником, призначуваним адміністрацією училища. Діяльність СНТ ґрунтується на принципах поглибленого вивчення навчального матеріалу, набуття навичок наукової роботи, засвоєння її методів і прийомів.

Гуртківці надають кабінету допомогу в організації і проведенні навчально-методичної роботи, а саме: виготовлення наочного приладдя (вологих і сухих препаратів, муляжів, таблиць, настільного графічного роздаткового матеріалу, ремонт навчальних таблиць, переклад наукових і методичних статей), а також оформлюють матеріали у вигляді доповідей, тез, конкурсних робіт з подальшим їх обговоренням на засіданні не менш як один раз на місяць і під час звіту щороку.

Члени СНТ проводять санітарно-просвітницьку роботу, беруть активну участь у профорієнтаційній роботі серед школярів.

За успіхи, що їх досягнуто в діяльності СНТ, студенти можуть нагороджуватися грамотами, дипломами, одержувати від профсоюзної організації грошові премії або пам'ятні подарунки.

Новою формою роботи останнім часом є курація діяльності гуртка професорами Одеського держав-

ного медичного університету. Так, у нас налагоджено тісний контакт з кафедрою загальної і клінічної патологічної фізіології (завідувач – заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор А.І. Гоженко), що дозволяє розглядати цілу низку питань на більш сучасному науковому рівні й забезпечувати мотивацію членів гуртка в подальшій медичній освіті.

Висновки: 1. Результати проведеного аналізу діяльності СНТ за період останніх 20 років показали, що в цілому в роботі гуртка брали участь понад 230 осіб із більш як 2000 студентів, які навчалися на медсестринському і фельдшерському відділеннях Одеського обласного базового медичного училища. Одним із показників успішної роботи гуртка є те, що за цей період більш як половина його членів вступили до медичних університетів, тобто понад 50 %, тоді як у цілому по училищу такий показник становить близько 6 %.

2. Гурток анатомії і фізіології посідає одне з провідних місць у фундаментальній підготовці фахівців-медиків, що є дуже важливим для випускників, котрі надалі продовжують освіту у ВНЗ III-IV рівнів акредитації, тобто набуті мотивація, навички і засвоєні елементи наукової роботи можуть сформувати майбутнього вченого.

Література

Педанов Ю.Ф., Гоженко А.І., Макулькін Р.Ф. Робота кабінету анатомії і фізіології у ВНЗ I-II рівнів акредитації // Мед. освіта. – 2005. – №1. – С. 19-20.

УДК 616.8-089:378(477.86)

МЕТОДИКА ВИКЛАДАННЯ НЕЙРОХІРУРГІЇ У ВИЩІЙ ШКОЛІ

В.І. Цимбалюк, М.В. Квасніцький

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

PRINCIPLES OF TEACHING NEUROSURGERY AT HIGHER MEDICAL SCHOOL

V.I. Tsybalyuk, M.V. Kvasnitskiy

*National Medical University by O. O. Bohomolets
Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky*

У статті проаналізовано підходи до викладання нейрохірургії у світлі приєднання до принципів Болонської декларації, запропонований сучасний комплекс навчально-методичного забезпечення викладання нейрохірургії з акцентом на підготовку лікаря загальної практики.

This article presents the analysis of approaches to teaching neurosurgery in context of Bologna declaration. The modern complex of educational and methodical materials for preparing general practitioners is offered.

Вступ. Соціально-економічні й політичні зміни в суспільстві, зміцнення державності України, входження її у світове співтовариство неможливі без структурної реформи національної системи вищої освіти. Пріоритетним завданням є модернізація вищої освіти відповідно до положень Болонської декларації [1]. Колективи медичних вузів приступили до запровадження принципів Болонської декларації у навчальний процес [2]. В контексті європейської інтеграції важливо проаналізувати шлях інтеграції нейрохірургічних шкіл та викладання у вузах, для уніфікації підходів до навчання, не втрачаючи при цьому вітчизняні надбання. Болонський процес складний та багатофункціональний, який потребує вирішення методологічних, організаційних, економічних та законодавчих питань, а головною метою даного загальноєвропейського процесу є підвищення якості підготовки фахівця та післядипломної його освіти.

Метою даної роботи є узагальнення та розробка шляхів удосконалення педагогічного процесу, його інтеграція в європростір, зокрема, на кафедрах та курсах нейрохірургії у медичних вузах.

Основна частина. Болонський процес було започатковано 19 червня 1999 року в Болонії (Італія), де тридцять міністрів освіти європейських країн підписали документ, який назвали Болонською декларацією. На саміті з проблем Болонського процесу в травні 2005 року в Бергені (Норвегія) до Болонської співдружності країн було прийнято Україну.

© В.І. Цимбалюк, М.В. Квасніцький

Нейрохірургія – високотехнологічна галузь медицини, є хірургічною неврологією із хірургією захворювань і уражень центральної та периферичної нервової системи. Становлення нейрохірургії як фаху відбулося у минулому 20 столітті, від окремих хірургічних втручань на центральній і периферичній нервовій системі на початку століття до створення комплексних науково-дослідницьких нейрохірургічних центрів та мережі обласних нейрохірургічних відділень в середині століття. Завдяки оснащенню сучасною діагностичною технікою клінік і появі нових лікувально-методичних можливостей нейрохірургія розвивається швидкими темпами. Молоді фахівці повинні володіти сучасною інформацією про можливості нейрохірургічних центрів, знати патологію, яка потребує втручання нейрохірурга, надати адекватну медичну допомогу при невідкладних станах хворим з нейрохірургічною патологією.

Метою викладання нейрохірургії є вивчення особливостей діагностики та лікування хворих з нейрохірургічною патологією, навчити студентів надавати медичну допомогу хворим з ургентною нейрохірургічною патологією. Пізнання основ клінічного перебігу нейрохірургічних хвороб, сучасних методів діагностики і лікування нейрохірургічних хворих, уміння надати невідкладну допомогу необхідні при підготовці лікаря. Лікар загальної практики повинен знати основи нейрохірургії, уміти надати невідкладну допомогу хворим із захворюваннями і травмами центральної та периферичної нервової системи, вчасно скерувати

хворого до спеціалізованої клініки. Підготовка лікаря загального профілю потребує розробки і втілення в практику навчання удосконаленої і уніфікованої програми з нейрохірургії для всіх медвузів України відповідно до Болонського процесу, що є завданням базової кафедри нейрохірургії.

Викладання нейрохірургії повинно здійснюватись із позицій знань, необхідних лікарю загальної практики. Особлива увага повинна приділятися семіотиці нейрохірургічних захворювань, діагностичним можливостям основних допоміжних методів діагностики при нейрохірургічних захворюваннях, хірургічним можливостям у лікуванні окремих патологій і особливо протоколам надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах при нейротравмі. Рух вітчизняної медицини в сторону страхової медицини потребує розробки протоколів надання допомоги при різноманітній патології, в тому числі нейрохірургічного профілю, що, з однієї сторони, уніфікує надання медичної допомоги, підвищить її якість, а з іншої сторони – надасть можливість страховим компаніям контролювати лікувальний процес, об'єктивізувати його. Відповідно до цього, важливо навчання студентів проводити спираючись на розроблені протоколи обстеження та лікування, згідно з принципами доказової медицини. Сучасна медицина перенасичена різноманітними технологіями та медичними препаратами, що потребує більш широкого та активного впровадження у навчальний процес медичних вищих навчальних закладів принципів доказової медицини та ідей біоетики.

Згідно з програмою з нейрохірургії МОЗ України (2002 р.) для вивчення нейрохірургії виділялось:

| Курс | Семестри | Кількість годин | | | Вид контролю | |
|------|----------|-----------------|------------|--------|--------------|------------|
| | | Всього | Аудиторних | | | СПРС |
| | | | Лекції | Практ. | | |
| 5 | 9-10 | 54 | 12 | 24 | 18 | диф. залік |

Згідно з новою структурою навчального плану тривалість навчального року – 40 тижнів (1 тиждень дорівнює 1,5 ECTS (European Credit Transfer System)-кредиту; один ECTS-кредит – це 30 академічних годин); аудиторне навчання студента – 27-29 годин, самостійна робота – 40 % (потрібно довести її до 60 %) [3]. Викладання нейрохірургії на кафедрі чи курсі складається із декількох залікових кредитів, кількість яких визначається змістом та формами організації навчального процесу. Заліковий кредит складається з модулів, а кожний модуль – зі змістових модулів, або тем. Згідно із наказом МОЗ України від 31.01.2005 року №52 "Про затвердження та

введення нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня "спеціаліст" кваліфікації "лікар" у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації України за спеціальностями "Лікувальна справа", "Педіатрія", "Медико-профілактична справа" на нейрохірургію виділено 1,5 кредити, що складає 45 годин (10 лекційних годин, 20 практичних та 15 самостійної роботи). Разом з тим, враховуючи високу частоту нейротравми в структурі смертності, медико-соціальну значимість травми, високу технологічність нейрохірургії, значимість цих технологій в лікуванні больових синдромів будь-якого генезу, вважаємо виділену кількість годин на нейрохірургію недостатньою.

Реформувати навчальний процес потрібно на основі принципів Болонської декларації. Зокрема, реформування освіти на основі кредитно-модульної системи організації навчального процесу з відповідним матеріально-технічним та інформаційним забезпеченням, розробкою відповідних робочих програм. У свою чергу реалізація нового навчального плану з нейрохірургії потребує розробки нового навчально-методичного, інформаційного забезпечення та нових форм контролю знань – оцінювання модуля, дисципліни, поточної навчальної діяльності, самостійної позааудиторної роботи. Оцінювання навчальної діяльності студента при кредитно-модульній організації навчального процесу базується на рейтинговому контролі за шкалою ECTS, а при необхідності може дублюватися традиційною шкалою оцінки.

Сучасний комплекс навчально-методичного забезпечення викладання нейрохірургії включає: навчальну програму, відомості про практичні заняття та лекції, методичні вказівки для викладачів та студентів на кожен тему практичних занять, тексти лекцій, а також їх еквіваленти з ілюстраціями в мультимедійному режимі, позааудиторну роботу, модулі перевірки знань, тести для самоконтролю, екзаменаційні питання, перелік літератури. Викладання у вищій школі включає не тільки професійні знання з дисципліни викладання, але і оволодіння методологією викладання предмета, педагогічними та психологічними закономірностями викладання. Викладання нейрохірургії повинно проводитись у співпраці в першу чергу з кафедрами анатомії, гістології, фізіології, топографічної анатомії, а також з клінічними кафедрами – неврології, травматології, очних хвороб, лор, анестезіології, що забезпечить зв'язок і комплексність у засвоєнні різних розділів медицини. Необхідно активно включати студентів до наукової роботи кафедр з публікацією отриманих результатів.

Для студентів повинні бути створені комфортні умови для практичної роботи та теоретичної підготовки із можливістю на кожному практичному занятті за допомогою мультимедійної демонстрації побачити конкретні морфологічні та функціональні зміни при нейротравмі, нейроонкології та судинних захворюваннях головного мозку, остеохондрозі хребта. Розроблені методичні рекомендації для викладання українською, а також російською та англійською мовами у зв'язку з потоком іноземних студентів з російською та англійською мовами викладання. Розроблені лекції з усіх тем викладання українською, російською та англійською мовами. Усі лекції забезпечені мультимедійною демонстрацією. Великим досягненням в методології викладання є можливість демонстрації ходу оперативних втручань за допомогою телевізійної техніки, мультимедійної демонстрації, а також використовуються слайди, таблиці. Важливо, щоб в клініці нейрохірургії проводились та демонструвались сучасні типи оперативних втручань, сучасні діагностичні можливості.

Тематичні практичні заняття необхідно проводити в клінічних підрозділах у безпосередньому контакті з хворими в діагностичних відділеннях, перев'язочних, операційних, палатах та інших медичних підрозділах. Основою навчання студентів є курація тематичних хворих під керівництвом викладача, обходи, клінічні конференції, самостійна робота. На практичних заняттях вивчається клініка, діагностика і тактика лікування хворих з черепно-мозковою травмою, з пухлинами головного і спинного мозку, судинними захворюваннями головного мозку, остеохондрозом хребта, больовими синдромами. Особливо приділяється увага вивченню питань невідкладної допомоги потерпілим із нейротравмою. Студенти оцінюють діагностичні можливості допоміжних методів дослідження (краніографія, спондилографія, люмбальна пункція, мієлографія, ехоенцефалографія, ангіографія, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, сцинтиграфія).

Кожне практичне заняття проводити за такою схемою:

1. Організаційна частина, контроль вхідного рівня знань за допомогою тестового контролю (10-15 хвилин).
2. Розбір тематичних хворих (20-25 хвилин).
3. Робота в діагностичних підрозділах, перев'язочній, операційній (15-20 хвилин).
4. Контроль кінцевого рівня знань за допомогою виконання письмових завдань, усних відповідей та вирішення ситуаційних задач.

Ефективність навчання під час практичних занять залежить від знань студента, отриманих під час самостійних занять та лекцій, мотивації студента та підготовленості викладача до занять, його методологічної підготовленості, педагогічної майстерності та психологічної здатності керувати процесом підготовки лікаря загальної практики. Дуже важливо, що переважна більшість викладачів кафедр чи курсів нейрохірургії більшою чи меншою мірою пройшла навчання та підготовку в Київському інституті нейрохірургії, що безумовно стало значним фактором формування гуманного мікроклімату в колективі, філософії професіоналізму, що характеризується таким ємним словом, як школа. Атмосфера доброзичливості, довіри та служіння хворим із київської школи нейрохірургії перенесена на місцевий ґрунт і передається від одного покоління нейрохірургів до іншого.

Самостійна позааудиторна робота студента направлена не тільки на засвоєння певної інформації, а в першу чергу спрямована на розвиток здатності до самостійної творчої роботи, вміння пошуку матеріалів, аналізу та реферування, використовуючи сучасні технології – компакт-диски, відеофільми, Інтернет.

Лекційний курс повинен узагальнювати знання з найбільш важливих розділів нейрохірургії, створювати план для самостійної роботи студентів. Лекції мають бути проблемними, розкривати сучасні досягнення нейрохірургії, з особливим акцентом на нейротравму, судинні захворювання та остеохондроз хребта як найбільш соціально значимі. Лекції необхідно супроводжувати мультимедійною демонстрацією та демонстрацією тематичних хворих.

В результаті вивчення нейрохірургії студенти повинні бути ознайомлені з організацією надання нейрохірургічної допомоги в Україні та світі, знати клініку основних форм нейрохірургічної патології і діагностику невідкладних станів в нейрохірургії, вміти провести огляд нейрохірургічного хворого та визначити алгоритм обстеження і лікування потерпілого з черепно-мозковою травмою та надати медичну допомогу хворим з невідкладною нейрохірургічною патологією.

Висновки: 1. Дуже важливо при євроінтеграції медичної освіти зберегти кращі надбання вітчизняної школи нейрохірургії – філософію гуманізму та професіоналізму.

2. Необхідно модифікувати програми підготовки з нейрохірургії відповідно до європейського медичного освітнього процесу.

3. Навчання студентів повинно бути орієнтоване на практичні цілі охорони здоров'я, де ключовими мо-

ментами є протоколи обстеження та лікування хворих, згідно з позиціями доказової медицини, біоетики.

4. Самостійна позааудиторна робота студента повинна стати ключовою в підготовці студента, а лекції

та практичні заняття повинні розглядатися як направляючий, інтегруючий фактор.

5. Важлива координація програм підготовки із суміжними кафедрами та курсами.

Література

1. Волосовець О.П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі // Медична освіта. – 2005. – №2. – С. 12–16.

2. Ковальчук Л.Я., Мисула І.Р., Пашко К.О. Медична освіта в Україні та Болонський процес: реальність та шляхи

переходу до Європейського освітнього простору // Медична освіта. – 2005. – №2. – С. 21–23.

3. Передерій В.Г. Стратегія євроінтеграційного реформування вищої медичної та фармацевтичної освіти України // Медична освіта. – 2005. – №2. – С. 9–11.

ПАМ'ЯТІ ЗАСЛУЖЕНОГО ПРАЦІВНИКА ВИЩОЇ ШКОЛИ УКРАЇНИ, ПРОФЕСОРА МИКОЛИ ПЕТРОВИЧА СКАКУНА

TO THE MEMORY OF THE HONOURED WORKER OF HIGHER SCHOOL OF UKRAINE, PROFESSOR MYKOLA PETROVYCH SKAKUN



29 січня 2006 року пішов із життя заслужений працівник вищої школи України, доктор медичних наук, професор Микола Петрович Скакун. Упродовж 57 років наукової, педагогічної та громадської діяльності Микола Петрович обіймав посади завідувача кафедри фармакології (1957-1990) Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського та професора цієї ж кафедри (1991-2006).

Свою наукову діяльність М.П. Скакун розпочав ще у студентські роки, потім продовжив під час навчання в аспірантурі під керівництвом заслуженого діяча науки, відомого вченого-фармаколога, професора Ю.О. Петровського. Природний талант дослідника, здатність до глибокого аналізу біологічних процесів, високий інтелект та велика працелюбність дозволили молодому вченому швидко і якісно підготувати та успішно захистити кандидатську (1953) і докторську (1961) дисертації та стати одним з наймолодших докторів наук із фармакології в Україні.

1957 року Микола Петрович Скакун розпочав свою діяльність у Тернопільському державному медичному інституті, ставши одним з фундаторів нашого ВМНЗ. Створивши і очоливши кафедру фармакології,

Микола Петрович отримав можливість розкрити свій талант організатора нових наукових напрямків у галузі фармакології. Під його керівництвом і за безпосередньою участю вченими академії – науковцями кафедри фармакології активно вивчалася фізіологія і патологія печінки, здійснювався пошук нових медикаментозних засобів з гепатотропною активністю, розроблялися нові методи ефективної фармакотерапії гострих і хронічних уражень печінки хімічними і фізичними чинниками зовнішнього середовища, проводився фармакологічний аналіз механізмів жовчотворення і жовчовиділення, як і механізмів регуляції цих функцій печінки у нормі і патології. Під час проведення експериментальних досліджень ним запропоновано ряд нових жовчогінних і антиоксидантних засобів, вивчена їх фармакодинаміка і ефективність при захворюваннях печінки, взаємодія їх з іншими лікарськими препаратами, розроблено рекомендації з раціонального використання їх у медичній практиці.

М.П. Скакун створив наукову школу тернопільських фармакологів-гепатологів. Своєю результативністю, оригінальністю і перспективністю вона принесла славу не лише Тернопільському медичному університету, а й стала відомою далеко за межами України. Результати досліджень у галузі фізіології, патології і фармакології печінки лягли в основу розробленої М.П. Скакуном клінічної класифікації жовчогінних засобів (1965) і антиоксидантів (1990), були узагальнені у його монографіях "Внешнесекреторная функция печени и желчегонные средства" (Київ, 1964), "Желчеобразование и желчегонные средства" (Томск, 1977, 1991), "Фармакотерапия заболеваний печени и желчных путей" (Київ, 1976).

Вагомий внесок зробив М.П. Скакун у розвиток фармакогенетики. Він вперше звернув увагу на важливу роль генетичних факторів у дії лікарських засобів на організм, їх токсичності і ефективності при різноманітних захворюваннях. Світові здобутки у цій проблемі, як і результати власних досліджень, були описані ним у монографіях "Основы фармакогенетики" (Київ, 1976), "Клиническая фармакогенетика" (Київ, 1980), багатьох оглядових статтях, в яких, окрім того, було вперше обґрунтовано клінічну кла-

сифікацію спадкових захворювань і генетичних дефектів, які впливають на дію лікарських засобів.

М.П. Скакун ініціював вивчення гепато- і ембріотоксичності лікарських засобів і отрут, особливо спирту етилового. Результати цих досліджень знайшли своє відображення у монографіях "Этиловый алкоголь" (Томск, 1985), "Алкогольный синдром плода" (Київ, 1987), "Поражение печени четыреххлористым углеродом" (Москва, 1989).

До значних наукових здобутків М.П. Скакуна слід віднести глибоку розробку ним актуальних питань клінічної фармакології антиоксидантів, антигіпоксантів, ентеросорбентів, селеновмісних, вітамінних та інших гепатотропних препаратів, такого напрямку фармакології, як хронофармакологія лікарських препаратів, які лягли в основу монографії "Клиническая фармакология гепатопротекторов" (Тернопіль, 1995).

Дослідження, які проводили на кафедрі фармакології впродовж багатьох років, узагальнені у 9 докторських і 41 кандидатській дисертаціях, науковим керівником і консультантом яких був М.П. Скакун. Вчитель з великої літери, він власним прикладом виховував у своїх учнях сумлінне і чесне ставлення до праці, часто казав: "Все, що робиш, роби красиво".

М.П. Скакун проводив велику роботу з удосконалення методів викладання фармакології. За його участю створено комплекс сучасної навчальної і навчально-методичної літератури, зокрема підручники "Фармакология" (Київ, 1980), "Фармакологія" (Київ, 2001), "Основи фармакології з рецептурою" (Тернопіль, 1999, 2004), "Фармакологія" (Тернопіль, 2003), навчальні посібники – "Фармакологія. Практические занятия" (Київ, 1982), "Фармакотерапія невідкладних станів" (Тернопіль, 1992, 1993), "Невідкладна допомога при гострих отруєннях" (Тернопіль, 1993, 2005), "Фармакогенетика" (Тернопіль, 2002), "Невідкладні стани у терапевтичній практиці" (Тернопіль, 1998), "Невідкладна допомога при гострих отруєннях" (2005). Колишні студенти Миколи Петровича завжди з теплотою і вдячністю згадують його лекції та практичні заняття, його розуміння проблем молодих людей і допомогу в їх вирішенні.

Микола Петрович став одним з перших в Україні, хто звернув увагу на необхідність перебудови навчального процесу у вищій школі на засадах доказової медицини, опублікував монографію "Основи до-

казової медицини" (Тернопіль, 2005) та низку навчально-наукових та популярних статей, присвячених цій тематиці.

За роки безперервної невтомної праці Микола Петрович Скакун видав 11 монографій, 5 підручників, 8 навчальних посібників, 3 довідники, 5 науково-популярних брошур, 10 методичних рекомендацій та інформаційних листів, 165 журнальних статей і 120 інших публікацій.

Багато зусиль і енергії М.П. Скакун віддавав громадській роботі. Він був керівником регіонального відділення Державного фармакологічного центру МОЗ України, головою консультативної ради Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського, почесним академіком Української академії національного прогресу.

За свій внесок у перемогу під час Великої Вітчизняної війни та натхненну працю в післявоєнні роки Микола Петрович був нагороджений орденами Вітчизняної війни II ступеня, "Знак Пошани", Богдана Хмельницького, багатьма медалями.

М.П. Скакун багато сил віддавав вихованню молоді у дусі патріотизму і відданості своїй Батьківщині – Україні. Молодь завжди пам'ятатиме його цікаві розповіді про військові події, про розбудову України, про навчання і працю в післявоєнні роки.

Як голова консультативної ради університету М.П. Скакун постійно працював над вдосконаленням навчальної, наукової і виховної роботи в університеті.

До якої б справи не торкався Микола Петрович, він завжди робив її якісно, з натхненням, з новаторськими ідеями. Працелюбство було опорою та основою його життя, а кредо – поспішати робити людям добро. Він не втрачав жодної хвилини, постійно знаходився у пошуку найоптимальніших шляхів вирішення наукових та навчально-методичних завдань, щиро віддавав свій досвід, жар свого серця, діаманти свого інтелекту людям, які оточували його. До останнього дня свого яскравого, творчого життя Микола Петрович був сповнений новими ідеями, бажанням принести користь людям, своїй державі.

Вклоняємося низько світлій пам'яті Миколи Петровича Скакуна – Вчителя, видатного фармаколога, яскравого науковця та викладача, прекрасної людини, спогади про яку назавжди залишаться в серцях його однодумців, друзів та учнів.

*Колектив кафедри фармакології з клінічними фармакологією, фармацією та фармакотерапією
Тернопільського державного медичного
університету ім. І.Я. Горбачевського*

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. Особливо 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.

10. 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. Петров Г.В., Хантов Р.М., Манько В.М. и др. Контроль и регуляция иммунного ответа. – 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. Гонський Я.І., Шершун Г.Г., Кліщ І.М. і ін. Сучасні методи організації навчального процесу з біохімії та їх оптимізація // 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. – Оpubл. 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). – Оpubл. 22.06.86. – НКІ 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.

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

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

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

14. Статті треба відсилати за адресою:

Редакція журналу “Медицина освіта”
Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського
Майдан Волі, 1
46001, Тернопіль
Україна.

Бажаємо успіху!