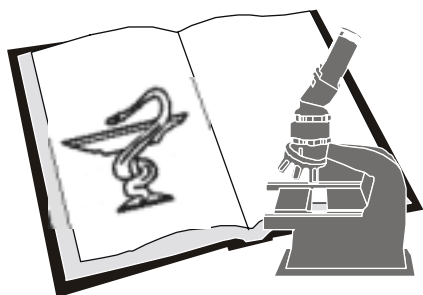


*Міністерство охорони здоров'я України
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика*

МЕДИЧНА ОСВІТА

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

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



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

MEDICAL EDUCATION

SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL

1/2007

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор

Вороненко Ю.В.

Заступники головного редактора:

Волосовець О.П.

Ковальчук Л.Я.

Вітенко І.С.

Боднар Я.Я.

Вдовиченко Ю.П.

Гойда Н.Г.

Гощинський В.Б.

Гребеник М.В.

Завальнюк А.Х.

Зозуля І.С.

Кліщ І.М. – відповідальний секретар

Криштопа Б.П.

Мазур П.Є.

Масик О.М.

Мисула І.Р. – відповідальний редактор

Мінцер О.П.

М'ясников В.Г.

Поляченко Ю.В.

Посохова К.А.

Рудик Б.І.

Файфура В.В.

Харченко Н.В.

Хміль С.В.

Шкробот С.І.

Шютц В.

Ярема Н.З.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Москаленко В.Ф. (Київ)

Бабанін А.А. (Сімферополь)

Балл Г.О. (Київ)

Бондаренко О.Ф. (Київ)

Богатирьова Р.В. (Київ)

Буларчук Л.Ф. (Київ)

Дзяк Г.В. (Дніпропетровськ)

Запорожан В.М. (Одеса)

Зіменковський Б.С. (Львів)

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"

Тернопільський державний медичний
університет імені І. Я. Горбачевського
Майдан Волі, 1

м. Тернопіль, 46001

УКРАЇНА

Тел.: (0352) 43-49-56

Факс: (0352) 52-80-09

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

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

За зміст 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 № 8 від 13.03.2007 р.)

© Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

© Науково-практичний журнал "Медична освіта"

Редагування і коректура	Мартюк Н.Є.
Технічний редактор	Демчишин С.Т.
Комп'ютерна верстка	Матлах І.В.
Художник	Кушик П.С.

Підписано до друку 26.03.2007. Формат 60×84/8.
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.
Ум.др. арк. 7,91. Обл.-вид.арк. 8,2.
Наклад 300. Зам. № 84.

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

ЗМІСТ

<i>В.Є. Нейко, І.П. Вакалюк, І.В. Тимків, Ю.В. Боцюрко, М.З. Юрак</i> ДОСВІД ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ В ПІДХОДАХ ЩОДО УНІФІКАЦІЇ ВИМОГ ДО ПРАКТИЧНИХ НАВИКІВ СТУДЕНТІВ	5
<i>І.Р. Мисула, О.В. Олійник</i> ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В АМЕРИКАНСЬКІЙ МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ШКОЛІ	7
<i>В.М. Казаков, О.М. Талалаєнко, М.Б. Первак, Е.Ф. Барінов</i> ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СИСТЕМ ОЦІНЮВАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВНЗ ПРИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНІЙ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	12
<i>І.Я. Губенко, О.Т. Шевченко, О.В. Борисенко</i> ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	16
<i>С.І. Жмурський, М.Г. Лебединець</i> ПРОБЛЕМИ В ОЦІНЮВАННІ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ ЗА БОЛОНСЬКОЮ СИСТЕМОЮ ОСВІТИ	20
<i>І.М. Білай, Б.А. Самура, Б.Б. Самура</i> ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТЬ ІЗ ЗАГАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ СУЧАСНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ДЛЯ СТУДЕНТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ	22
<i>І.С. Кулянда, О.О. Кулянда, А.Г. Шульгай, О.Д. Веремчук</i> ДО ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОБЛІКУ, ОЦІНЮВАННЯ І КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ІІІ-ІV РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ	25
<i>О.М. Радченко</i> РЕЙТИНГОВА ОЦІНКА ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ: ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ	28
<i>Б.О. Ребров, О.О. Реброва, Н.Г. Строїло, А.Р. Волошинович, Н.Г. Блудова</i> БАГАТОРІВНЕВА ПІДГОТОВКА – НАЙВАЖЛИВІШИЙ ПРИНЦИП ЗАСВОЄННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ	30
<i>О.В. Олійник, І.Р. Мисула</i> ОСОБЛИВОСТІ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В США	33
<i>О.В. Давидович, Л.А. Стаднюк, В.Ю. Приходько, В.В. Чайковська, Н.Я. Давидович, Н.О. Масленікова</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ОСНОВ ГЕРОНТОЛОГІЇ У СВІТЛІ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАСАД БОЛОНСЬКОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ	36
<i>Л.А. Стаднюк, В.В. Чайковська, О.В. Давидович, Н.А. Хаджисінова, Н.Я. Давидович</i> СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ГЕРАТРИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ, СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ТА ВОЛОНТЕРІВ	38
<i>М.С. Гнатюк, Ю.О. Данилевич, Р.М. Гнатюк, О.Б. Слабий, М.Ф. Ковальчук, П.І. Шев'як</i> ОСОБЛИВОСТІ ЗАСВОЄННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ПРИ ВИВЧЕННІ ОПЕРАТИВНОЇ ХІРУРГІЇ ТА ТОПОГРАФІЧНОЇ АНАТОМІЇ	40
<i>С.В. Врублевська</i> ІННОВАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ У СИСТЕМІ ОСВІТИ	43
<i>С.В. Сандер</i> ВИКЛАДАННЯ ПИТАНЬ СУДИННОЇ ХІРУРГІЇ НА ЄДИНІЙ ХІРУРГІЧНІЙ КАФЕДРІ	49
<i>Ю.Ф. Педанов, А.І. Гоженко, Р.Ф. Макулькін</i> ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРАМ ВИКЛАДАННЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ І-ІІ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ В УКРАЇНІ Й РЕСПУБЛІЦІ СЕРБІЇ	51

<i>М.О. Потапенков, С.Г. Гривенко</i> ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА ВИПУСКНИХ КАФЕДРАХ ХІРУРГІЇ МЕДИЧНИХ ВУЗІВ	55
<i>В.Ю. Приходько, О.В. Давидович, М.І. Ширяєва, Н.Я. Давидович</i> ПІСЛЯДИПЛОМНЕ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ГЕРІАТРІВ ЗГІДНО З ВИМОГАМИ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ	58
<i>О.М. Крекотень</i> ОСНОВНІ ПСИХОГІГІЄНИЧНІ ЧИННИКИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	61
<i>Д.Ю. Рязанов, С.А. Сицинский, С.А. Поталов</i> ЗАХОДИ ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЦИКЛІВ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ-ХІРУРГІВ	64
РЕЦЕНЗІЯ	67

УДК 378+371.133+616.253.4+371.276

ДОСВІД ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ В ПІДХОДАХ ЩОДО УНІФІКАЦІЇ ВИМОГ ДО ПРАКТИЧНИХ НАВИКІВ СТУДЕНТІВ

В.Є. Нейко, І.П. Вакалюк, І.В. Тимків, Ю.В. Боцюрко, М.З. Юрак
Івано-Франківський державний медичний університет

EXPERIENCE OF IVANO-FRANKIVSK STATE MEDICAL UNIVERSITY CONCERNING UNIFICATION OF REQUIREMENTS TO PRACTICAL SKILLS OF STUDENTS

V.Ye. Neyko, I.P. Vakalyuk, I.V. Tymkiv, Yu.V. Botsyurko, M.Z. Yurak
Ivano-Frankivsk State Medical University

У роботі представлено досвід Івано-Франківського державного медичного університету щодо вирішення проблеми уніфікованого підходу з боку викладачів у питанні методики навчання та оцінювання фізикальних методів дослідження. Запропоновано проведення міжкафедральної конференції у вигляді лекцій за розділами внутрішньої медицини з демонстрацією виконання практичних навиків на пацієнтах.

The work presents the experience of Ivano-Frankivsk State Medical University concerning solving the problem of the unified teachers' approach in a question of training technique and evaluation of physical methods of research. Carrying out of conference in the form of lectures by the sections of internal medicine with demonstration of practical skills on patients is offered.

Вступ. Враховуючи потреби практичної охорони здоров'я, а також відповідно до наказу МОЗ України від 29.12.2001 (№ 535) у Івано-Франківському державному медичному університеті розроблено і запроваджено методику проведення практично-орієнтованих державних іспитів, якою оцінюється якість практичних навиків та здатність до вирішення типових задач випускниками в умовах, наближених до професійної діяльності [4].

При проведенні іспитів вже традиційно виявлено недостатнє володіння студентами практичними навиками. Якщо в попередні роки, коли іспит проходив за стандартною схемою, переважний внесок в оцінку студента вносив рівень теоретичних знань, то за нових умов навик роботи біля ліжка хворого набув особливо значущого звучання.

Основна частина. Такі прості і необхідні елементи роботи лікаря, як збір анамнезу, об'єктивне обстеження та їх інтерпретація, до завершення шостого курсу для студентів медичного факультету не повинні складати особливих труднощів. Аналізуючи причини слабкої практичної підготовки студентів, встановлено таку

основну проблему: після завершення вивчення пропедевтичних дисциплін на II-III курсах мало уваги приділяється питанню удосконалення практичних навиків під час вивчення інших розділів внутрішньої медицини, а у студентів мотивація повторити основні аспекти практичної підготовки з'являється щорічно тільки при складанні перевідних іспитів з клінічних дисциплін (першим етапом будь-якого такого іспиту у нашому вузі є оцінка практичних навиків студентів). Отже, на IV-VI курсах робота над оволодінням практичними навиками зводиться часто тільки до оцінювання.

Таким чином, виявлення причин поганої підготовки студентів спонукало до розуміння, що значна питома вага навчального процесу повинна належати вивченню та засвоєнню практичних навичок, а на клінічних кафедрах необхідно створити ступеневу систему оволодіння сучасними професійними знаннями. Думаємо, що проблема ця не є новою і зустрічається в інших медичних вузах. На сторінках фахової періодики, зокрема і на сторінках "Медичної освіти", зустрічаємо багато думок, рекомендацій щодо удосконалення навчально-методичної роботи.

©В.Є. Нейко, І.П. Вакалюк, І.В. Тимків, Ю.В. Боцюрко, М.З. Юрак

Проте всі питання удосконалення підходів щодо освоєння студентами практичних навиків є тільки одною стороною проблеми, оскільки оцінювання знань та умінь на випускному практично-орієнтованому іспиті залежить не тільки від підготовки випускника, а й від суб'єктивного погляду екзаменатора. І тут виникає нова нестандартна проблема: кожне з поколінь вельмишановних професорів має свої погляди на ті чи інші прийоми при виконанні практичних навиків. І хоча пропедевтичні знання в останні десятиліття удоскона-

люються тільки в плані додаткових (лабораторних, інструментальних) методів дослідження, а методики фізикального обстеження практично не змінюються, навіть "класичні" підручники з пропедевтики не мають єдиного погляду на певні аспекти об'єктивного обстеження хворого.

Наведемо для прикладу таку використовувану в практичній діяльності лікаря методику, як визначення меж відносної тупості серця, зокрема, послідовність перкусії. Звернемося до підручників (табл. 1-3) [1-3]:

Таблиця 1. Послідовність виконання перкусії відносних меж серця згідно з підручником Б.С. Шкляра "Диагностика внутренних болезней"

1. Визначення висоти стояння діафрагми
2. Визначення правої межі в IV міжребер'ї
3. Визначення верхньої межі по l. parasternalis sin.
4. Визначення лівої межі в міжребер'ї, в якому розміщений верхівковий поштовх

Таблиця 2. Послідовність виконання перкусії відносних меж серця згідно з підручником В.Х. Василенка "Пропедевтика внутренних болезней"

1. Визначення висоти стояння діафрагми
2. Визначення правої межі в IV міжребер'ї
3. Визначення лівої межі в міжребер'ї, в якому розміщений верхівковий поштовх
4. Визначення верхньої межі по l. parasternalis sin.

Таблиця 3. Послідовність виконання перкусії відносних меж серця за підручником колективу авторів за загальною редакцією А.В. Єпішина "Пропедевтика внутренних болезней с доглядом за терапевтическими больными"

1. Визначення висоти стояння діафрагми
2. Визначення правої межі в IV міжребер'ї
3. Визначення верхньої межі по l. parasternalis sin.
4. Визначення лівої межі в міжребер'ї, в якому розміщений верхівковий поштовх

Вже при першому погляді зрозуміло, що суттєвих відмінностей в цих чудових академічних підручниках немає. Виникає тільки одне питання: яку (верхню чи ліву) межу визначати першою. Без сумніву, немає теоретичних передумов вважати якийсь з варіантів більш правильним, адже в практичному відношенні має значення тільки власне розміщення меж серця. Проте, якщо ми повернемося до іспиту, то зрозуміло, що такі нюанси є важливими. Різні покоління викладачів (від професорів до асистентів кафедр) освоювали різні підручники, мають свої, іноді відмінні уявлення про ту чи іншу методику виконання фізикального дослідження,

що і не мало б суттєвого практичного значення, якби не впливало на оцінювання студента. Під час іспиту не може бути двох поглядів на правильність виконання практичного навика.

Як досягнути єдиних стандартів у навчанні та оцінюванні практичних навиків студентів серед викладачів різних кафедр, різних спеціальностей і, зрештою, різних поколінь? Кілька років тому в керівництва вузу виникла ідея щодо проведення на початку осіннього семестру щорічної конференції, на якій розглядаються всі аспекти об'єктивного обстеження хворого. Засідання проходять у вигляді лекцій за розділами внутрішньої медицини з демонстрацією виконання практичних навиків

на пацієнтах. Таким чином вирішуються два важливі завдання: 1) в ході дискусії уніфікуються вимоги щодо методики виконання та інтерпретації даних дослідження; 2) постійно проводиться навчання та удосконалення молодих викладачів. Наприклад, стосовно питання, яке ми розглянули (визначення меж відносної тупості серця), прийнято таку послідовність: 1) права; 2) верхня; 3) ліва – умовно кажучи, "за годинниковою стрілкою".

Таких дрібних, іноді незначущих в практичному плані, питань в пропедевтичних дисциплінах існує багато, та коли мова йде про коректне та

об'єктивне відношення до оцінки знань студента, повинні бути уніфіковані підходи до викладання та оцінювання наших майбутніх колег.

Висновки: 1. Досконале оволодіння студентами практичних навиків можливе не тільки за умови ретельного вивчення пропедевтичних дисциплін, а і подальшого удосконалення під час вивчення клінічних дисциплін на IV-VI курсах.

2. Об'єктивна оцінка практичних умінь студента можлива тільки за умов уніфікованих підходів до вивчення фізикальних методів об'єктивного дослідження хворого.

Література

1. Пропедевтика внутрішніх хвороб з доглядом за терапевтичними хворими / За заг. ред. А.В. Єпішина. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. - 768 с.
2. Василенко В.Х., Гребенева А.Л. Пропедевтика внутрішніх болезней. - Москва: Медицина, 1974. - 528 с.
3. Шкляр Б.С. Диагностика внутрішніх болезней. - Киев: Вища школа, 1972. - 514 с.

4. Особливості підготовки студентів до практично-орієнтованого державного випускного іспиту з хірургії / М.Г. Шевчук, І.М. Сорочинський, І.М. Шевчук, О.Л. Ткачук // Галицький лікарський вісник. - 2002. - № 3. - С. 103-105.

УДК 614.253.52:378(73)

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В АМЕРИКАНСЬКІЙ МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ШКОЛІ

І.Р. Мисула, О.В. Олійник

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ORGANIZATION OF EDUCATIONAL PROCESS IN AMERICAN NURSING SCHOOL

I.R. Mysula, O.V. Oliynyk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Навчальний процес в американській медсестринській школі та вітчизняна система навчання мають багато спільного, хоча є й відмінності, більшість з яких не принципові. Основне – у нас високий методичний, технічний, педагогічний рівень навчального процесу і ми можемо навчати американських громадян за американськими медсестринськими програмами.

Educational process in American nursing school and Ukrainian system of studies have many common points, although there are differences, majority of which are no principle. Basic is that we have a high methodical, technical, pedagogical level of educational process and we can teach the American citizens according to the American nursing programs.

Вступ. Група викладачів Тернопільського медуніверситету у складі проф. І. Мисули, проф. О. Олійника, асистентів Н. Галіяш та Н. Ревчук

перебувала на стажуванні у США (м. Спартанбург) з 11.02.07 по 24.02.07 р. з метою ознайомлення з системою навчання американських медсестер.

©І.Р. Мисула, О.В. Олійник

Відбулися численні зустрічі з викладацьким складом, студентами в медсестринській школі ім. Мері Блек, підрозділі університету Південної Кароліни Апстейт. Делегація відвідала заняття, лекції, лікарні, працювала з силабусами, методичними матеріалами. Українські викладачі прочитали лекції американським студентам. Зібрана інформація дала можливість виявити особливості організації навчального процесу у медсестринській школі у США, його відмінності та подібності до навчального процесу в Україні [1, 2].

Основна частина. Організація навчального процесу в американській медсестринській школі має комплексний характер. Навчальний рік складається з двох 15-тижневих семестрів. Заняття, що проводяться протягом семестру, поділяються на:

- лекції;
- теоретичні заняття на першому курсі;
- лабораторні та клінічні заняття на другому курсі.

Кредити нараховуються студентам залежно від форми заняття:

- 1 лекційна година відповідає 1 кредит-годині;
- 2 години занять з теоретичної або клінічної дисципліни відповідають 1 кредит-годині.

Одна академічна година становить 50 хвилин.

Лекційні, практичні та лабораторні години називаються контактними годинами.

Тижневе навантаження студента становить 24 години.

На першому курсі заняття проводяться за таким графіком:

- 8-00 – 9-15 - лекція № 1;
- 9-25 – 10-40 - лекція № 2;
- 10-40 – 11-40 - перерва;
- 11-40 – 14-40 - лабораторна робота.

Лекції мультимедійні, але за ілюстративністю поступаються нашим. Під час лекції на екрані лектор може навести адресу Web-сайту, відкрити його і продемонструвати інформацію, яку можна на ньому знайти. Студенти на лекцію приходять із силабусами (робоча програма з дисципліни), у яких є короткий зміст лекції. Вони мають можливість також роздрукувати презентацію перед лекцією. Силабуси студенти купляють в середньому по 10 доларів. Студенти слухають лектора і на вільних полях тексту лекції дописують нову або поглиблену інформацію. Крім того, вони мають зошити, у яких

записують абсолютно нову інформацію. Незрозумілу інформацію студенти відразу уточнюють по ходу лекції. Лекції інтерактивні, під час лекцій викладач може провести тестовий контроль, перевірити знання студентів. Дозволяється вільний вхід і вихід під час лекції. Що також дозволено – доїсти сніданок, випити чай, каву. Хоча на іншій лекції помітили інше: викладач має із собою маленький гумовий м'ячик, який може кинути у неуважного студента, що значно посилює увагу останніх.

Під час лабораторної роботи перших 30-40 хвилин викладач може прочитати лекцію, після цього організовує практичну роботу. За виконання практичної роботи викладач виставляє у журналі студенту бали (%), які потім додаються і впливають на кінцеву оцінку з дисципліни.

Проміжний контроль знань проводиться в середньому 1 раз в місяць на паперовому носії у вигляді тестового контролю (в середньому 50-60 запитань), рідше в системі "Blackboard" online.

На другому курсі заняття проводять за таким графіком:

- понеділок, середа – лекційні дні;
- вівторок, четвер – клінічні заняття;
- п'ятниця може бути вільним днем або днем клінічних занять (на розсуд викладача).

Лекції читають у такі години:

- 9-25 – 10-40 - лекція № 1;
- 10-50 – 12-05 - лекція № 2;
- 13-30 – 16-20 - лекція № 3.

Лекція № 1 та лекція № 2 читаються в академічному стилі.

Лекція № 3 у зв'язку із ймовірною втомою студентів може проводитися у довільній формі у вигляді ділових ігор, запитань та відповідей, дискусій тощо.

Клінічні заняття проводяться у клініці з 6-45 до 12-45 год. Перед тим як почати працювати в клініці, студенти (і ми в тому числі) повинні скласти іспит з HIPPA – це законодавча база про захист прав пацієнта. Зокрема, нам демонстрували відеофільм з основними положеннями цієї законодавчої бази, після чого ми склали тестовий іспит (10 запитань). Студенти, які не склали цього іспиту, в клініку не допускаються.

Під час роботи в клініці студент виконує практичні маніпуляції під контролем викладача медсестри (1 викладач на 8 студентів – максимальна допустима кількість). Студент напе-

редодні повинен самостійно прийти до відділення та обрати собі пацієнта, зібрати про нього первинну інформацію, яку вранці доповідає медсестрі. Під час роботи студента в клініці викладач постійно задає йому запитання – "чому", на які студент повинен відповісти. Викладач медсестра виконує контролюючу та навчальну функції. Крім того, студент зобов'язаний під час чергування заповнити схему історії хвороби (nursing care plans) об'ємом 5-10 стор., яку потрібно здати протягом 3-4 днів після заняття. Оцінка за заняття не виставляється, але викладач оцінює у відсотках активність студента та заповнений nursing care plans, що впливає на кінцеву оцінку за дисципліну. Ці відсотки заносяться у спеціально заведену форму навчального журналу.

Замість клінічних занять можуть проводитися лабораторні заняття на фантомах у приміщенні медсестринської школи. Медсестринські школи мають багато гарних високоінформативних та високотехнічних манекенів, які під'єднані до комп'ютера і мають відповідне програмне забезпечення. Разом з тим застосовуються і прості муляжі для відпрацювання практичних навичок, наприклад внутрішньовенних та внутрішньом'язових ін'єкцій, тощо. Широко використовуються симулятори для вивчення тонів серця та особливостей дихання, що не можна порівняти із можливістю почути усе це на реальних пацієнтах у нас. Оцінювання практичних навичок студента здійснюється у 5-бальній системі. В подальшому ці бали переводяться у 100 % систему. З наступного навчального року медсестринська школа планує оцінювати практичні навички студентів за методикою "здав", "не здав". Слід зазначити, що студент підписує з адміністрацією угоду, згідно з якою він зобов'язується не передавати студентам інформацію про те, як він технічно виконав практичну навичку на підсумковому занятті.

Проміжний контроль знань проводиться в середньому 1 раз в місяць на паперовому носії у вигляді тестового контролю (в середньому 50-60 запитань).

Проміжних контролів знань може бути 4-5 і всі вони проводяться у вигляді тестового контролю. Приклад нарахування балів (%) за контроль знань:

- тестовий контроль № 1 – 15 %;
- тестовий контроль № 2 – 15 %;
- тестовий контроль № 3 – 15 %;

- тижневе оцінювання – 15 %;
- кінцевий іспит – 40 %;
- всього за дисципліну – 100 %.

Зазначені відсотки можуть бути зменшені студенту у випадку, якщо він пропустив заняття. Наприклад, якщо студент пропустив більше 2-х занять з поважної причини, викладач може йому зняти 1 % від семестрового бала за кожний пропущений день. Без поважної причини студенти, як правило не пропускають занять, оскільки два пропущених заняття загрожують нескладенням курсу. За дзвінок мобільного телефону під час заняття віднімається 5 % від денного бала. За виключенням надзвичайних ситуацій студенту дозволяється лише 1 раз складати кінцевий іспит. Студенти, які не склали іспит, мають право на повторний курс навчання. Але потрапити на цей повторний курс та й опрацювати його весь наступний семестр із повторною оплатою є досить проблематично (набір проводиться двічі на рік).

За сумою зазначених вище відсотків студенти ранжуються, наприклад, таким чином:

- A – 92-100 %;
- B+ – 89-91 %;
- B – 85-88 %;
- C+ – 82-84 %;
- C – 75-81 %;
- D+ – 72-74 %;
- D – 65-71 %;
- F менше 65 %.

Студентам, які не набрали мінімальної кількості балів, наприклад 75 %, предмет не зараховується і їм може бути рекомендовано повторне навчання. Повторне навчання може бути рекомендоване лише з наступного семестру при умові наявності вільного місця у групі. Дозволяється лише двічі повторно вивчати дисципліну. Якщо студент не набрав мінімальної кількості балів з двох дисциплін, його відраховують.

Ознайомилися з функціонуванням навчальної системи "Blackboard". В цілому можна зазначити, що система "Mooodle" дуже подібна до системи "Blackboard". Можливості обох систем практично однакові і ефективність їх використання залежить від мети, яку ставить вищий навчальний заклад.

Робочий час викладача становить 15 контактних (навчальних) та 5 офісних (консультації, відробки) годин в тиждень або 450 контактних та 150 офісних годин на рік. Викладач медсест-

ра кожних 5 років самостійно проходить окремі курси, щоб підтримати сестринську кваліфікацію. Для підвищення педагогічної кваліфікації 2 рази на рік організуються 3-4-денні курси за місцем роботи.

У навчальному закладі важливе значення надають відгукам студентів про викладачів. За 1-2 тижні до закінчення дисципліни здійснюється анкетування студентів щодо викладачів, які ведуть заняття (19 запитань). Анкети заповнюють студенти у кімнаті за відсутності викладача. Заповнені анкети передають у навчальний відділ, де вони заносяться у комп'ютер. Результати анкетування після опрацювання надходять викладачу та завучу дисципліни для їх осмислення і подальшого усунення виявлених недоліків. На зарплату вони не впливають. При тривалому зберіганні низьких результатів викладача можуть звільнити з роботи.

1 раз в рік викладачі пишуть звіт про свою роботу на ім'я завуча кафедри.

Складові роботи викладача:

1. Навчальна робота – 10 балів.
2. Адміністративна робота – 5 балів (робота в адміністрації, громадських організаціях, викладацьких радах).
3. Творчий підхід до справи – 5 балів (наукова робота, участь у семінарах, конференціях, наявність доповідей, публікацій).

Результати:

- 18-20 балів – відмінно;
- 15-17 балів – добре;
- 11-14 балів – задовільно;
- 6-10 балів – менш як задовільно;
- менше 5 балів – незадовільно.

Останній результат може бути підставою для звільнення викладача. Зазначені вище бали визначають розмір надбавки до заробітної плати викладача (2-5 %).

Тестовий іспит NC-LEX дозволяє випускникам медсестринських шкіл отримати дозвіл для практичної діяльності і складається після випуску з медсестринської школи. Компанія, яка відповідає за цей іспит, має кваліфікованих співробітників для підготовки тестових питань третього рівня та не залежить від жодної навчальної установи. Підготовка здійснюється протягом навчання шляхом вивчення матеріалу. Безпосередньо перед іспитом студент може за власні кошти відвідати курси підготовки до іспиту.

Медсестринські школи зацікавлені у високому рівні знань своїх студентів, тому завжди співпрацюють з фірмами, які здійснюють підготовку питань до іспиту. Фірми проводять тренінг студентів до складання іспиту шляхом начитки лекцій та практичних занять on-line. Вартість такого навчання за одного студента – 65 доларів за рік.

Наші викладачі виступили з лекціями перед американськими студентами. Теми лекцій визначила американська сторона за кілька днів до їх проведення. Наші викладачі підготували мультимедійні лекції і успішно виступили. У письмових відгуках студентів були найкращі слова про науковий, методичний рівень лекцій та рівень англійської мови наших викладачів.

Слід відзначити належне технічне оснащення лікарень і вагому роль медсестри у лікуванні пацієнтів. У лікарнях ми практично не бачили лікарів, лише медсестер. Можна сказати, що американська медсестра значною мірою виконує функцію лікаря в Україні. Зокрема, практикуючи медсестра-бакалавр крім виконання традиційних обов'язків медсестри може оглянути хворого, який був прийнятий у лікарню, виставити медсестринський діагноз і призначити невідкладне лікування. Лікар опитує медсестру, наприклад, що вона (він) виявили пальпаторно, перкуторно, може залишити без змін призначення медсестри або внести корекції у лікування. Медсестра-анестезистка може давати хворим наркоз за відсутності лікаря.

Для медсестри дуже важливо не оприлюднювати інформації про діагноз та анкетні дані пацієнта, що пов'язано з існуючою страховою медициною. Тому заборонено фотографувати пацієнтів, їх карточки призначень, історії хвороби. Якщо це станеться, на медсестру можна подати судовий позов.

В цілому слід відмітити, що професія медсестри у США дуже престижна, медсестри висококваліфіковані і їх підготовка здійснюється принципово та вимогливо [3].

Наводимо порівняльну таблицю організації навчального процесу в американській медсестринській школі (м. Спартанбург) та в Інституті медсестринства (м. Тернопіль), а також пропозиції щодо узгодження виявлених особливостей при навчанні в Україні американсь-

№ з/п	Порівнювальні критерії	Україна (Тернопіль)	США (Спартанбург)	Пропозиції
1	Терміни навчальних семестрів	Осінній – 1.09. – 30.12 Весняний – 12.01 – 30.06	Осінній – 22.08. – 09.12 Весняний – 09.01 – 06.05	Поєднати наш та американський графіки
2	Кількість навчальних тижнів на рік	40	30	Навчати за американським графіком
3	Тижневе навантаження студента	35 год	24-26 год	Умовно збільшити за рахунок самостійної роботи
4	Нарахування кредитів	Методика відсутня	1 лекц. год – 1 кредит 2 практ. год – 1 кредит	Впровадити американську методику
5	К-сть лекційних днів та днів практичних занять на тиждень	4 дні практ. занять 1 лекційний день	2 дні практ. занять 2 лекційних дні	Поєднати наш та американський графіки
6	Особливості лекційного дня	Лекції з 5 предметів по 1 год. Лекції академічні	Лекції з 3-х предметів різної тривалості та методики проведення. Лекції інтерактивні	Поєднати нашу та американську методику
7	Забезпечення студентів коротким змістом лекцій	Є в Інтернеті, але немає на руках студентів	Є у системі “Blackboard” і на руках студентів	Навчати за американською методикою
8	Тривалість практичних занять	6 год (9-00 – 15-00 год)	6 год (6-45 – 12-45 год)	Навчати за нашою методикою
9	Тривалість академічної години	45 хвилин	50 хвилин	Застосувати наш розрахунок
10	Оцінювання знань студентів	Поточний 12-бальний, підсумковий контроль в кінці семестру	Поточний у відсотках, проміжний контроль 1 раз в місяць, підсумковий в кінці вивчення дисципліни	Поєднати нашу та американську методику із переведенням 12-бальної оцінки у відсотки
11	Матеріально-технічне забезпечення занять	Добре, не вистачає окремого обладнання, яке зазначене в силабусі	Добре, відповідає вимогам силабуса	Дооснастити американським обладнанням
12	Підготовка студентів до іспиту “NC-LEX”	Буде успішною за умови залучення спеціалізованих американських фірм	Існує відпрацьована методика із залученням спеціалізованих американських фірм	Залучити до підготовки спеціалізовані американські фірми

ких громадян за американськими програмами.

Висновок. Навчальний процес в американській медсестринській школі побудований на свідомості студента щодо необхідності навчатися, адже від цього залежить, чи отримає гідну роботу та заробітну плату випускник медсестринської школи. В зв'язку з цим істотних проблем в адміністрації медсестринських шкіл з студентами немає.

В порівнянні з нашою системою навчання є багато спільного, хоча є й відмінності, але більшість з них не принципові. Основне – у нас високий методичний, технічний, педагогічний рівень навчального процесу і ми можемо навчати американських громадян за американськими медсестринськими програмами.

Висловлюємо свою вдячність ректору ТДМУ чл.-кор. АМН України, проф. Л.Я. Ковальчу-

ку, усім, хто допоміг в організації цієї поїздки, а також керівництву USC Upstate за надану можливість отримати новий досвід та поділи-

тися ним на сторінках журналу "Медична освіта" з вами усіма.

Література

1. Academic Catalog 2005-2006: University of South Carolina Upstate. - 2006. - P. 153-156.

2. Sarah Keating. Curriculum development and evaluation in nursing. - LWW, 2005. - P. 448.

3. Potter P.A., Perry A.G. Fundamentals of Nursing. - 6th ed., 2005. - Mosby. - 1727 p.

УДК 61:378.174

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СИСТЕМ ОЦІНЮВАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВНЗ ПРИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНІЙ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

В.М. Казаков, О.М. Талаласнко, М.Б. Первак, Е.Ф. Барінов

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

COMPARATIVE ANALYSIS OF ASSESSMENT SYSTEMS OF ACADEMIC STUDENTS' ACTIVITIES AT MEDICAL SCHOOLS UNDER CREDIT-MODULE ORGANIZATION OF EDUCATIONAL PROCESS

V.M. Kazakov, O.M. Talalayenko, M.B. Pervak, E.F. Barinov

Donetsk State Medical University by M. Horkey

У статті наведено результати експерименту з порівняння систем оцінювання навчальної діяльності студентів при кредитно-модульній організації навчального процесу, розроблених співробітниками Донецького державного медичного університету ім. М. Горького та робочою групою МОЗ України. Показано переваги системи оцінювання Донецького державного медичного університету ім. М. Горького.

The article deals with comparative analysis of assessment systems of academic students' activities at Medical Schools under the credit-module organization of the educational process that were worked out by staff of Donetsk State Medical University by M. Horkey and Ministry of Public Health of Ukraine. Advantages of the system of Donetsk State Medical University by M. Horkey were shown.

Вступ. Після прийняття МОЗ України рішення про впровадження кредитно-модульної організації навчального процесу (КМОНП) у медичних ВНЗ країни співробітниками галузевої науково-методичної лабораторії з питань додипломної підготовки лікарів Донецького державного медичного університету ім. М. Горького (ДонДМУ) було розроблено оригінальну систему оцінювання навчальної діяльності студентів при КМОНП. Вона базується на аналізі

європейських тенденцій в освіті [1, 2, 3, 4] і багаторічному досвіді ДонДМУ з впровадження компетентного підходу і проведення рейтингового контролю [5, 6, 7].

Основна частина. Принциповими відмінностями системи оцінювання ДонДМУ від системи, запропонованої робочою групою МОЗ України, є:

1. Оцінки, одержані студентами при поточній навчальній діяльності, не переводяться в умовні

©В.М. Казаков, О.М. Талаласнко, М.Б. Первак, Е.Ф. Барінов

бали і виконують подвійну функцію – служать для вимірювання рівня освоєння студентом даної теми і для накопичення балів за модуль і дисципліну в цілому (в цьому полягає її простота для викладача і прозорість для студентів).

2. Підсумковий модульний контроль розглядається нами не як міні-іспит без виділення днів на підготовку, а як підтвердження рівня освоєння модуля в цілому. Акцент ставиться на систематичному оволодінні студентом професійними вміннями впродовж всього модуля, тому бал за підсумковий модульний контроль не складає 40 % від загальної суми балів за модуль, а всього лише подвоюється (при кількості занять у модулі до 10) або потроюється (при кількості занять у модулі більше 10).

3. Максимальна сума балів за модуль не дорівнює 200, а залежить від тривалості модуля (відсутність штучного вирівнювання значущості різних модулів).

4. Виставляння всіх оцінок (за поточний і підсумковий модульний контроль, а також оцінок за модуль і предмет в цілому) по заданих "жорстких" критеріях і єдиній шкалі (в цьому теж полягає простота і прозорість системи для студента і викладача).

Щодо єдиної шкали із заданими "жорсткими" критеріями, то в ДонДМУ оцінка за кожне завдання в процесі поточної навчальної діяльності і за підсумковий модульний контроль визначається на підставі процентного відношення операцій (тестів), правильно виконаних студентом при рішенні завдання на занятті або на підсумковому модульному контролі:

- 90 % і більш – "5",
- 75-89 % – "4",
- 60-74 % – "3",
- менше 60 % – "2".

Оцінка за модуль і дисципліну в цілому визначається нами на підставі процентного відношення набраної студентом суми балів до максимально можливої кількості балів за даний модуль (дисципліну):

- 90 % і більш - "5" (A),
- 80-89 % – "4" (B),
- 75-79 % – "4" (C),
- 65-74 % – "3" (D),
- 60-64 % – "3" (E),
- менше 60 % – "2" (F).

Ця система була оприлюднена у журналі "Медична освіта" [8], обговорена на нараді прорек-

торів медичних ВНЗ з питань впровадження КМОНП (Тернопіль, квітень 2005 р.) і підтримана більшістю учасників.

У зв'язку з цим в ДонДМУ з вересня 2005 р. по лютий 2007 р. за завданням МОЗ України було проведено експеримент з порівняння систем оцінювання, запропонованих робочою групою МОЗ і ДонДМУ. Експеримент містив 3 етапи: підготовчий, виконання експерименту, аналіз результатів. Його проводили співробітники галузевої науково-методичної лабораторії з питань додипломної підготовки лікарів та викладачі кафедри гістології.

Предметом дослідження були результати навчальної діяльності студентів медичного факультету № 3 ДонДМУ (129 осіб) при вивченні дисципліни "Гістологія, цитологія і ембріологія", яка складається з трьох модулів: "Цитологія і ембріологія" (7 занять), "Загальна гістологія" (15 занять), "Спеціальна гістологія" (40 занять). Згідно з навчальним планом студенти медичних факультетів медичних ВНЗ країни вивчають цю дисципліну протягом другого та третього семестрів.

Для виключення впливу відмінностей в здібностях і прагненнях студентів результати навчальної діяльності оцінювали у одних і тих же студентів по обох порівнюваних системах.

На всіх етапах застосовували стандартизований контроль.

Результати засвоєння студентами дисципліни "Гістологія, цитологія, ембріологія", отримані за різними системами оцінювання, наведені у таблицях 1-2.

Як видно з таблиці 1, за системою оцінювання робочої групи МОЗ 12 студентів отримали "5", 70 – "4" та 42 – "3". Жоден студент не отримав незадовільної оцінки в цілому за дисципліну. Загальна кількість студентів при підведенні результатів за третій модуль та в цілому за дисципліну складала 124 особи – через відрахування влітку 2006 р. п'яти студентів, які отримали незадовільні оцінки за модулі з гістології та інших дисциплін у весняному семестрі першого курсу і не відпрацювали їх. За системою оцінювання ДонДМУ "відмінно" отримали 8 студентів, "добре" – 71 та "задовільно" – 45.

Аналіз даних табл. 2 показав, що відповідно до системи робочої групи МОЗ 12 студентів отримали А, 32 – В, 38 – С, 31 – D та 11 – Е. Деякі відхилення від шкали 10 %-25 %-30 %-25 %-10 % були зумовлені тим, що декільком студентам з

Таблиця 1. Результати засвоєння студентами дисципліни “Гістологія, цитологія, ембріологія” – питома вага оцінок за традиційною шкалою (за системою оцінювання робочої групи МОЗ України та системою оцінювання ДонДМУ)

Система оцінювання		Оцінки за традиційною шкалою			
		5	4	3	2
Робочої групи МОЗ	абс.	12	70	42	–
	% (P±m)	9,7±2,6	56,5±4,5	33,8±4,2	
ДонДМУ	абс.	8	71	45	–
	% (P±m)	6,4±2,2	57,3±4,4	36,3±4,3	

Таблиця 2. Результати засвоєння студентами дисципліни “Гістологія, цитологія, ембріологія” – питома вага оцінок за шкалою ECTS (за системою оцінювання робочої групи МОЗ України та системою оцінювання ДонДМУ)

Система оцінювання		Оцінки за шкалою ECTS					
		A	B	C	D	E	FX F
Робочої групи МОЗ	абс.	12	32	38	31	11	–
	% (P±m)	9,7±2,6	25,8±3,9	30,6±4,1	25,0±3,9	8,9±2,6	
ДонДМУ	абс.	8	23	48	28	17	–
	% (P±m)	6,4±2,2	18,6±3,5	38,7±4,3	22,6±3,8	13,7±3,1	

однаковою кількістю балів виставляли однакові оцінки (у всіх випадках вирішували питання на користь студента). За системою ДонДМУ в цілому за дисципліну 8 студентів отримали А, 23 - В, 48 - С, 28 - D, 17 - Е.

Очевидно, що питома вага відмінних оцінок при використанні системи оцінювання ДонДМУ була у 1,5 раза нижчою. Крім того, у структурі оцінок "добре" та "задовільно" при використанні системи оцінювання ДонДМУ питома вага оцінок 4С та 3Е є значно більшою, ніж за системою робочої групи МОЗ.

Детальний аналіз всіх випадків розбіжностей оцінок за дисципліну, визначених за різними системами оцінювання, показав, що головна причина такої ситуації полягає у вищезазначених принципових відмінностях системи оцінювання ДонДМУ від системи, запропонованої робочою групою МОЗ.

Як приклад наводимо один з випадків розбіжностей оцінок за дисципліну, визначених за різними системами оцінювання.

Студентка Д., добре (але не відмінно) навчалась в коротких двох перших модулях і задо-

вільно в третьому (найбільшому) модулі, за системою ДонДМУ набрала 77 % і одержала 4С, а за системою робочої групи МОЗ увійшла до перших 10 % і одержала 5А. Причинами розбіжності оцінок в даному випадку стали:

- рівний розподіл балів між модулями різної тривалості за системою робочої групи МОЗ України;

- мала кількість студентів на потоці, які на початку вивчення предмета навчались краще за студентку Д.;

- активація навчальної діяльності студентів і підвищення їх успішності при вивченні другого і третього модулів.

У таблиці 3 наведено динаміку успішності студентів по модулях за системою оцінювання ДонДМУ. Очевидна чітка тенденція до збільшення питомих ваг оцінок "відмінно" і "добре" і зменшення питомих ваг задовільних оцінок протягом вивчення дисципліни. Це обумовлено активацією студентів і підвищенням результатів їх навчальної діяльності у другому і особливо у третьому семестрах.

Таблиця 3. Динаміка успішності студентів по модулях за традиційної шкалою (за системою оцінювання ДонДМУ, у %)

Модулі	Оцінки за традиційною шкалою			
	5	4	3	2
I	4,6	32,6	62,0	0,8
II	7,0	41,9	49,6	1,6
III	6,4	59,7	33,9	–

Оцінити динаміку успішності студентів і порівняти її у різних контингентів при використанні системи оцінювання робочої групи МОЗ виявилось неможливим, тому що для всіх ситу-

ацій "жорстко" задана питома вага позитивних оцінок (10-25-30-25-10 %).

У таблиці 4 наведено результати вивчення гістології студентами різних факультетів

Таблиця 4. Порівняння результатів вивчення гістології студентами різних факультетів ДонДМУ – питома вага "5", "4" та "3" у структурі позитивних оцінок (за системою оцінювання ДонДМУ, у %)

Факультет	Питома вага у структурі позитивних оцінок		
	"5"	"4"	"3"
Медичний № 1	12,9	57,9	29,2
Медичний № 2	10,3	49,7	40,0
Медичний № 3	6,4	57,3	36,3
Міжнародний медичний	1,6	23,6	74,8

ДонДМУ, визначені за системою оцінювання ДонДМУ.

Висновок. Аналіз результатів проведеного експерименту показав переваги системи оцінювання, розробленої в ДонДМУ, і дозволив зробити такі **ВИСНОВКИ***:

1. Система оцінювання, запропонована ДонДМУ, є простою в застосуванні для викладача і не вимагає від нього додаткового часу на переклад традиційних оцінок в умовні бали і ведення "подвійної бухгалтерії".

2. Використання єдиної шкали оцінювання із заданими "жорсткими" критеріями робить процедуру оцінювання прозорою для студентів і

стимулює їх до активації навчальної діяльності і підвищення успішності.

3. Система оцінювання ДонДМУ дозволяє оцінити динаміку успішності студентів і порівнювати показники успішності (по модулях, по предметах, по курсах, по факультетах і т. д.) і тим самим сприяє управлінню якістю підготовки фахівців.

4. Наявність "жорстких" заданих критеріїв виставляння оцінок і відсутність заданої питомої ваги відмінних, хороших і задовільних оцінок в загальній структурі позитивних відміток визначає більшу об'єктивність системи оцінювання, запропонованої ДонДМУ.

* Наведені результати і висновки були представлені і обговорені на нараді проректорів медичних ВНЗ з питань впровадження КМОНП (Київ, лютий 2007 р.). Більшість учасників наради підтримала пропозицію про впровадження системи оцінювання, запропонованої ДонДМУ, в інших медичних ВНЗ країни.

Література

1. Байденко В.И., Дж. ван Зантворт. Модернизация профессионального образования: современный этап. Европейский фонд образования. - М., 2003. - 186 с.
2. Болонский процесс: середина пути / Под научн. ред. В.И. Байденко. - Москва, 2005. - 378 с.
3. Болонский процесс: поиск общности европейских систем высшего образования (проект TUNING) / Под научн. ред. В.И. Байденко. - Москва, 2006. - 210 с.
4. Сибилла Райхерт, Кристиан Тау. Тенденции IY: Европейские университеты на пути осуществления болонских реформ: Болонский процесс: бергенский этап. - Москва, 2005. - С. 73-166.
5. Система непрерывной медицинской освіти / В.М. Казаков, О.М. Талалаенко, М.Г. Гаріна, М.С. Каменецкий. - Донецьк: Здоров'я, 1994. - 174 с.
6. Методология і реалізація системи управління якістю медичної освіти / В.М. Казаков, О.М. Талалаенко, М.Г. Гаріна та ін. - Донецьк, 2001. - 213 с.
7. Управление качеством подготовки специалистов: программно-целевой подход (на примере высшего и послевузовского медицинского образования) / В.Н. Казаков, Н.А. Селезнева, А.Н. Талалаенко и др. - Москва, 2003. - 215 с.
8. Методология та технологія оцінювання навчальної діяльності студентів медичних ВНЗ при кредитно-модульній організації навчального процесу / В.М. Казаков, О.М. Талалаенко, М.Б. Первак, О.В. Котлубей // Медична освіта. - 2005. - № 2. - С. 58 - 63

УДК 614.255.4+614.23:378.3

**ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

І.Я. Губенко, О.Т. Шевченко, О.В. Борисенко

Черкаський медичний коледж

**PROBLEMATIC ASPECTS OF FAMILY HEALTH CARE
SPECIALISTS' TRAINING**

I.Ya. Hubenko, O.T. Shevchenko, O.V. Borysenko

Cherkasy Medical College

У статті розглянуто проблеми підготовки сімейних медичних сестер, зокрема наведено досвід організації курсів спеціалізації "Загальна практика – сімейна медицина" для медичних сестер у Черкаському медичному коледжі; підкреслено необхідність проведення спільних тренінгів для сімейних медичних сестер і сімейних лікарів та потребу у створенні науково-дослідницьких (науково-методичних) центрів медсестринства.

The article deals with the problems of family medical nurses' training, particularly, it enlightens the experience of organization of training courses for medical nurses "General practice – family medicine" in Cherkasy Medical College; it also underlines the necessity of joined training for family medical nurses and family doctors and organizing scientific and research (scientific and methodological) centers of nursing.

Вступ. Успішний розвиток будь-якої галузі визначається рядом об'єктивних факторів: матеріально-технічним забезпеченням, ефективною системою менеджменту і, безперечно, якістю підготовки фахівців та їх професійною компетентністю. Особливо важливими є ці фактори для галузей, що переживають процес становлення, і для галузей, від яких залежить здоров'я і життя людей. Це повною мірою стосується сімейної медицини, тому

©І.Я. Губенко, О.Т. Шевченко, О.В. Борисенко

що саме вона формує основи здоров'я нації і завойовує сьогодні свою нішу в українській системі охорони здоров'я [1, 2]. В новій політиці Всесвітньої організації охорони здоров'я ставиться завдання зміцнення здоров'я людини протягом всього життя, а не тільки в окремі його періоди. Європейська політика ВООЗ в галузі охорони здоров'я "Здоров'я-21", підтримана всіма країнами регіону, багато разів підкреслює, що для забезпечення рівного

доступу до медичної допомоги всім групам населення потрібні кадрові ресурси, адекватні з точки зору їх кількості і професійної кваліфікації, а також географічного розподілу. У зв'язку з цим центральне місце відводиться двом ключовим категоріям медичних працівників – сімейному лікарю і сімейній медсестрі. Ці спеціалісти повинні бути прибічниками співробітництва на основі взаємоповаги до експертних знань один одного. Роль сімейної медсестри розглядається набагато ширше, ніж

функції, які виконують в даний час медичні сестри в країнах Європейського регіону [3].

Основна частина. Черкаський медичний коледж розпочав проведення циклів спеціалізації "Загальна практика – сімейна медицина" для медичних сестер з 2002 року. За цей час було проведено 6 циклів.

Середній вік слухачів становить 34,3 роки, тобто їхній середній стаж роботи – приблизно 15 років. Це значить, що вони встигли накопи-

Рік	Кількість	Середній вік	Вхідний контроль (%)	Вихідний контроль (%)
2002	26	32,5	66,4	95,0
2004	35	34,2	66,6	83,5
	30	32,8	58,7	94,0
2005	29	35,6	64,5	85,5
	36	36,5	68,4	86,7
2006	40	34,4	59,6	98,7
Всього	196	34,3	64,0	89,1

чити як позитивного, так і негативного досвіду організації роботи в медичній галузі.

Для того щоб навчання було ефективним та якісним, потрібен і контроль, і зворотний зв'язок. Для курсантів кожної групи проводився вхідний і вихідний тестовий контроль, і вони мали можливість бачити, як зростає рівень їхньої фахової підготовки за час проходження курсів спеціалізації. Дані таблиці демонструють підвищення результатів тестування на 25 %. Ми ж можемо з самого початку оперативно виявляти прогалини у знаннях слухачів, слабкі сторони їхньої підготовки і коригувати зміст навчальних занять.

Між Управлінням охорони здоров'я Черкаської обласної державної адміністрації та Черкаським медичним коледжем у січні 2004 року заключена довгострокова угода про співробітництво в організації підвищення кваліфікації медичних сестер лікувально-профілактичних закладів області на циклах спеціалізації "Загальна практика - сімейна медицина".

Для підготовки сімейних медичних сестер викладачі навчального закладу І.Я. Губенко, О.Т. Шевченко, В.Г. Апшай склали програму, що враховує особливості роботи медичного фахівця з сім'єю в цілому і кожним її членом зокрема.

Важливим завданням циклу є вивчення психології сім'ї, її функції, взаємозв'язку сім'ї та демографічної ситуації в державі. Відомо, що інститут сім'ї зазнає значних змін у сучасному

світі – динамічному, жорсткому, інколи агресивному. Відповідно змінюються і функції сім'ї, особливо медична і репродуктивна, причому в сторону погіршення. Це не може не хвилювати, адже саме в сім'ї формується культура здоров'я, ставлення до здоров'я і хвороби, медична активність. Сім'я визначає: чи звертатися за медичною допомогою; якому виду лікування надати перевагу; хто буде забезпечувати лікування та догляд і де буде проводитися лікування і догляд [4]. Сім'я будує власну систему цінностей і проблема в тому, чи буде у ній відведене належне місце здоров'ю, тому що не впливає не тільки на розвиток суспільства сьогодні, а й на стан популяції в майбутньому.

Програма також відводить значне місце ознайомленню слухачів з сучасними поглядами на медсестринство, з функціями медичної сестри при медсестринській, а не медичній моделі діяльності, з медсестринським процесом, як найбільшим оптимальною і ефективною формою організації діяльності.

Відома істина, що основи здоров'я кожної особи закладаються ще в організмі її батьків. Тому в програмі велика увага приділена плануванню сім'ї та спостереженню за перебігом вагітності. Педіатричний розділ занять акцентує увагу на нових стандартах догляду за здоровою доношеною дитиною та новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні, на перевагах грудного вигодовування та сучасних

підходах до вигодовування дітей першого року життя і, відповідно, розрахунках показників фізичного розвитку.

Пам'ятаючи про проблему старіння нації і збільшення кількості людей похилого віку, викладачі детально розбирають особливості догляду за пацієнтами похилого віку, зміни психологічного і фізіологічного стану.

Медичні сестри належать до групи ризику розвитку синдрому емоційного вигорання, як представники "допомагаючих" професій, тому що ключову роль в цьому синдромі відіграють напружені стосунки в системі "людина-людина". Справа в тому, що в професії медичної сестри виконання робочих задач пов'язано зі спілкуванням. Пацієнти очікують з її боку зацікавленості, уваги, бажання зрозуміти і допомогти, терпимості і доброзичливості, не відповідаючи такою ж поведінкою. В результаті виникає нерівне, так зване асиметричне спілкування, якого не витримує багато людей. В процесі навчання ми даємо медичним сестрам елементарні навички захисту від постійного стресу, ази психоемоційного розвантаження.

Ми намагаємося мотивувати майбутніх фахівців сімейної медицини прагнути до успіху у своїй новій діяльності і пояснюємо їм, які гарантії успіху. Це:

- знання умов життя пацієнта і його сім'ї, його культурного і професійного рівня, духовних і соціальних потреб;
- контакт із різними службами охорони здоров'я та соціальними службами;
- можливість забезпечення при необхідності швидкої і спеціалізованої медичної допомоги [5];
- уміння і бажання встановити психологічний контакт з членами сім'ї;
- навчання пацієнтів і членів їх родини методів самовзаємоконтролю, само- і взємодогляду.

Крім навчання сімейних медичних сестер, наш заклад співпрацює з Центром підготовки сімейних лікарів Головного управління охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської облдержадміністрації, а деякі викладачі одночасно є співробітниками кафедри сімейної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика. Тому ми бачимо навчання фахівців сімейної медицини з двох сторін (лікаря і медичної сестри) і чітко усвідомлюємо, що ці дві сторони поки що не стали одним цілим. Крім того, роль медичної сестри при

такій формі організації медичної допомоги поки що залишається абсолютно недооціненою.

Біда в тому, що організаторами та керівниками охорони здоров'я є виключно лікарі, які і бачать систему виключно з власної точки зору, і планують її так само. Вони не знають функцій медсестри, особливо медсестри сучасної, її потенційних можливостей. Відомі сімейні лікарі за кордоном, маючи широку приватну практику, не дарма намагаються співпрацювати з якомога ширшим колом медичних сестер різного рівня, в тому числі з практикуючими медсестрами (nurse practitioner). Вони можуть вести самостійний прийом, призначити обстеження та лікування у стандартних випадках, вести спостереження за хронічними хворими і т. ін. Чому б у цьому випадку не використати наш золотий резерв – медсестер-бакалаврів, яких наша практика медицина поки що офіційно відштовхує як чужорідне тіло, нівелюючи їх до рівня постових сестер, одночасно визначаючи значно вищий рівень їх професійної і організаторської підготовки. До речі, за кордоном саме медсестри бакалаври і магістри беруть на себе основну організаторську і управлінську функції, очолюючи медичні центри, клініки, амбулаторії. Можливо, наші лікарі бояться конкуренції з боку медичних сестер з базовою вищою освітою, які вивчали "Економіку охорони здоров'я. Маркетинг медичних послуг", "Менеджмент і лідерство в медсестринстві"?

Крім того, наукові дослідження в українській системі охорони здоров'я – це прерогатива лікарів. До цього часу відсутнє наукове підтвердження залежності результатів лікування від якості медсестринського догляду, та і в показниках діяльності лікувально-профілактичних закладів відсутні показники роботи медсестринських служб. Не проводяться наукові дослідження ефективності різних видів медсестринських втручань, оптимальності укомплектування штатів медсестринським персоналом і його навантаження на кожному робочому місці. Відсутні науково-дослідницькі або науково-методичні центри, чи хоча би відділи, з проблем медсестринства, а всі медичні науково-дослідні інститути – це виключно лікарські установи. Якщо ставитися серйозно до створення системи сімейної медицини, а не просто інституту сімейного лікаря, то обов'язково ті відомства, які цим займаються, повинні включати підрозділи з медсестринства у сімейній медицині.

Ще один момент, який впливає з власних спостережень і вражень від спілкування з курсантами циклів спеціалізації з сімейної медицини. Майже всі вони прийшли з поліклінічних дільниць і принесли з собою, крім хорошого, ще і всі стереотипи і негативний досвід дільничної служби, яка, в основному, сьогодні виконує функції диспетчера і писаря. Вони не вміють працювати зі здоровими людьми, тому що весь час з них вимагалися показники роботи з хворими, не вміють навчати пацієнтів самоконтролю і самоогляду, не мають навичок прогнозувати здоров'я пацієнтів і шукати разом з ними шляхів його поліпшення.

Ми переконалися, як важливо змінити їхню точку зору на сімейну медицину в цілому і на місце медичної сестри в ній, на ті можливості змін, які можна здійснити без вкладення додаткових коштів, лише усвідомивши необхідність змін, розширивши коло знань і змінивши ставлення до нововведень.

Література

1. Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини: Наказ МОЗ України № 72 від 23.02.2001.
2. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України № 989 від 20.06.2006.
3. Перфильева Г.М. Концепция семейной медсестры в европейской политике ВОЗ "Здоровье -21" // Медицинская сестра. - 2000. - № 2. - С. 5-6.

Висновки: 1. При розробці концептувальних засад розвитку сімейної медицини враховувати партнерські основи і командний характер діяльності сімейних медичних сестер.

2. Створити науково-дослідницькі (науково-методичні) центри медсестринства (в тому числі і сімейного).

3. У рамках курсів спеціалізації з "Сімейної медицини – загальної практики" запровадити проведення спільних занять, тренінгів, семінарів для лікарів і медичних сестер з відпрацюванням командних дій у різноманітних робочих ситуаціях.

4. Зосередити увагу на спеціалізації з "Сімейної медицини – загальної практики" медичних сестер-випускників навчальних закладів з метою формування сучасного мислення і нових конструктивних підходів до організації роботи та попередження переносу медичними сестрами зі стажем стереотипів і негативного досвіду дільничної служби.

4. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства / І.Я. Губенко, О.Т. Шевченко, Л.П. Бразалій, В.Г. Апшай. - К.: Здоров'я, 2001. - 208 с.

5. Саркисова В.А. Роль медсестры в семейной медицине: задачи и проблемы // Сестринское дело. - 2004. - № 6. - С. 15.

УДК 378.146:61

ПРОБЛЕМИ В ОЦІНЮВАННІ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ ЗА БОЛОНСЬКОЮ СИСТЕМОЮ ОСВІТИ

С.І. Жмурський, М.Г. Лебединець

Запорізький державний медичний університет

PROBLEMS IN EVALUATION OF STUDENTS' KNOWLEDGE ACCORDING TO BOLOGNA SYSTEM OF EDUCATION

S.I. Zhmursky, M.H. Lebedynets

Zaporizhyan State Medical University

У статті, поряд з позитивною оцінкою своєчасності переходу до Болонської системи вищої освіти, розглянуто ряд проблем, що виникли при оцінюванні рівня знань студентів медичних вузів, та внесено пропозиції щодо їх розв'язання.

Simultaneously with the positive estimation of timely transition to the Bologna system of higher education, the article deals with a number of problems which appeared at the evaluation of students knowledge level at medical higher educational establishments and suggestions for their solving are considered.

Вступ. Впровадження Болонської системи вищої освіти у практичній діяльності вітчизняних медичних закладів відразу продемонструвало цілий ряд її переваг над традиційною. Зокрема, поліпшились відвідування занять та якість знань студентів. Це свідчить про те, що така організація навчального процесу, при якому оцінюється рівень знань кожного студента на кожному занятті, а підсумкова оцінка з дисципліни є рейтинговим результатом його систематичної праці протягом навчального року, та відіграє позитивну роль у навчанні.

Проте, при порівнянні рівнів успішності студентів в першому та другому семестрах 2005 - 2006 н. р., спостерігається тенденція до деякого його спаду у порівнянні зі стрімким злетом на початку переходу до навчання за Болонською системою. Ми вважаємо, що однією із причин такої ситуації є деякі неузгодженості у системі оцінювання знань студентів, рекомендованих у [1].

Загальновідомо, що оцінка не лише виражає рівень засвоєних знань, а є одночасно і мірою заохочення чи покарання. Спробуємо проаналізувати можливі причини та зробити відповідні висновки.

Викладемо свої міркування з приводу цієї проблеми з метою врахування результатів дослідження означеної проблеми у подальшій роботі.

Основна частина. Система оцінювання рівня знань студентів, які навчаються за Болонською системою, викладена у [1], змістовно виклада-

лась і на ФПК з курсу "Вища медична освіта та Болонський процес", згідно з якою при різних розмірах тематичного модуля пропонувався набір можливих варіантів балів за результатами поточного контролю успішності студента (див. табл.1, колонки №№ 3, 5, 7, 9). На нашу думку, такий довільний (1, 1*2, 1*3 - колонка № 3; 2, 2*2, 2*3 - колонка № 5; 3, 3*2, 3*3 - колонка № 7; 4, 4*2, 4*3 - колонка № 9) розподіл ступенів рівня успішності студента несе в собі приховані проблеми.

При оцінюванні рівня знань студента за розподілом, запропонованим у колонках №№ 3-10 наведеної таблиці, "трієчники" втрачають свої бали - це видно при порівнянні колонок № 4 і № 10. Тобто, при конвертації "зароблених" балів у традиційну оцінку її занижують для "трієчника" та завищують - для "відмінника".

Розглянемо викладену тезу на конкретному прикладі.

Для того щоб отримати мінімальну задовільну оцінку "3", студент має виконати від 60 % до 69 % запропонованого завдання (див. колонки №№ 2 та 13). За це він отримає лише 1/3 (30 % від максимальної кількості балів (див. колонки №№ 3, 5, 7, 9)). Таким чином, спостерігається явне заниження отриманих балів у порівнянні із традиційною оцінкою "3", яка відповідала 60 % від максимальної оцінки "5".

Таблиця 1. Оцінювання рівня знань студентів за традиційною і Болонською системами викладання

Традиційна оцінка		Зразки пропонувані [1] балів за Болонською системою освіти при різних розмірах модуля												
Бал	Частка виконаного завдання (%)	Бал	%	Бал	%	Бал	%	Бал	%	Бал	%	Бал ECTS	Частина від атестаційних студентів (%)	Частина від загальної кількості балів (%)
5	90-100	3	87-100	6	87-100	9	87-100	12	87-100	A	10	90-100		
4	70-89	2	74-86	4	74-86	6	74-86	8	74-86	B C	25 30	81-89 70-80		
3	60-69	1	60-73	2	60-73	3	60-73	4	60-73	D E	25 10	64-69 60-63		
2	< 60	0	< 60	0	< 60	0	< 60	0	< 60	F FX	Недост. балів за поточн. контр. Не допущено до підсум. контр.			

Що ж відбувається при оцінюванні рівня знань студента-відмінника?

Уже за 90 % виконаного завдання він отримує максимальний бал, це, звичайно, допустиме завищення. Проте чому занижується успішність "трієчника"? це ж "середняк", від якого великою мірою залежить успіх процесу переходу.

Ми говоримо студентам, що бали – це не оцінки, і тут же приставляємо поруч застарілий еталон – традиційну оцінку. Наша пропозиція – раз і назавжди відмовитися від старого, штучно не створювати смішний симбіоз.

Далі. Очевидно дискретність у бальному оцінюванні потрібна лише на перехідний період, доки паралельно присутні дві системи оцінювання: традиційна та ECTS. Отже, слід якомога швидше відмовлятися від гальмуючого старого, а студента за його успіхи у навчанні оцінювати у тих балах, які він накопичує при поточному оцінюванні. Будь-яке завдання можна оцінити, як це вимагає поточний модульний контроль.

Ще одне. Розподіл колонки № 11 здійснюється за відсотками, визначеними у колонці № 12, що виражають кількість студентів. Проте, на нашу думку, розподіл балів за кредитно-трансфертною системою ECTS має опиратися на підсумковий бал з кожного предмета або усереднений з тих предметів, що передбачені навчальним планом.

Кількаразова конвертація балів у традиційну оцінку і навпаки призводить до усереднення та нівелювання навчальних успіхів окремих студентів всередині одного оціночного інтервалу. І тоді вирішальну роль при ранжуванні рівня успішності студентів може відіграти навіть перша буква у його прізвищі. Тому ми пропонуємо розподіл колонки № 13 виконувати на основі колонки № 2 з урахуванням колонки № 12. Метод ранжування за підсумковим балом доцільно використовувати і при розподілі стипендій та інших винагород для кожного студента.

Висновок. Таким чином, розв'язання проблем, що виникають при оцінюванні знань студентів за Болонською системою освіти, на нашу думку, має вирішуватись через:

1. Відмову від паралельного існування традиційної оцінки, що продовжує відігравати роль "посередника" між старим мисленням та Болонською системою освіти.

2. Оцінювання рівня знань студентів не в усереднених, кілька разів конвертованих оцінках, а у тих балах, які вони отримали при поточному контролі.

3. Виставлення кінцевого бала ECTS не за кількістю студентів, а за рівнем їх успішності, показником якого можуть бути набрані бали за кожен модуль.

Література

1. Про систему оцінювання навчальної діяльності студентів при кредитно-модульній системі організації навчального процесу: Примірні інструкції, що відповідає п. 7 наказу МОН України від 23. 01.2004 р. № 48

"Про проведення педагогічного експерименту з запровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу".

УДК 378.147.096:615.15:615.2/3

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТЬ ІЗ ЗАГАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ СУЧАСНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ДЛЯ СТУДЕНТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

І.М. Білай, Б.А. Самура, Б.Б. Самура

Запорізький державний медичний університет, Національний фармацевтичний університет

PECULIARITIES OF PRACTICAL CLASSES ON GENERAL PROBLEMS OF THE MODERN PHARMACOTHERAPY FOR STUDENTS OF PHARMACEUTICAL FACULTY

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

Zaporizhyan State Medical University, National Pharmaceutical University

У статті показано значення загальних проблем фармакоterapiї для подальшого вивчення основних напрямків медикаментозної терапії окремих захворювань. Звертається увага на знання етіології, патогенезу, симптомів захворювання, методів клінічного обстеження, а також питання клінічної фармакології – фармакокінетику, фармакодинаміку, побічну дію та взаємодію лікарських засобів, контролю за критеріями ефективності та безпеки фармакоterapiї.

The article shows the significance of general problems in pharmacotherapy for the further studies of the main aspects of medicamentous therapy of some diseases. The particular attention is paid to acquiring knowledge in aetiology, pathogenesis, morbidity symptoms, methods of clinical pharmacology, that is pharmacokinetics, pharmacodynamics, side effects and medicamentous interactions, control of criteria of pharmacotherapy efficiency and safety.

Вступ. Фармакотерія – інтегральна галузь клінічної медицини, яка базується на досягненнях теоретичної та клінічної фармакології, прогресі медичної науки в цілому. Основним змістом фармакоterapiї є відомості про принципи медикаментозного лікування, основаних на знаннях механізму дії ліків при різних стадіях захворювання, про способи та правила застосування ліків у лікарській практиці [1, 3]. Наука про ліки в сучасних умовах стала такою об'ємною та складною, що в системі підготовки провізорів виникла потреба у запровадженні нової навчальної дисципліни – фармакоterapiї. Зараз ні в кого немає сумнівів у тому, що після включення фармакоterapiї в навчальні плани медичних (фармацевтичних) вузів рівень підго-

товки випускників у сфері лікарської терапії значно підвищився.

Основна частина. Метою цієї роботи є висвітлення особливостей проведення практичних занять із загальних проблем фармакоterapiї студентам фармацевтичного факультету.

Сучасні досягнення медицини сприяли розробці та впровадженню у світову практику ефективних медикаментів, розширивши можливості лікування багатьох захворювань. Однак поряд з позитивними властивостями ліків все частіше з'являються побічні явища та інші ускладнення фармакоterapiї.

Адекватне та повноцінне використання лікарських засобів є головною умовою раціональної фармакоterapiї, яка повинна бути ви-

©І.М. Білай, Б.А. Самура, Б.Б. Самура

бірною та індивідуалізованою. Золоте правило "Лікувати хворого, а не хворобу", що донедавна було лише добрим побажанням, за допомогою нині використовуваного арсеналу препаратів стає все більш реально здійсненним.

Разом з тим індивідуальні особливості хворих не завжди враховуються при лікуванні, особливо в амбулаторній практиці. Хворі отримують стандартні дози медикаментів, лікування проводиться шаблононо. Ще зустрічаються випадки рекомендації того чи іншого лікарського засобу "на всякий випадок". Такий підхід не може бути раціональним.

Для підвищення якості знань розроблена єдина структура практичних занять, що включає контроль вихідного та кінцевого рівня знань, самостійну роботу студентів, практичну частину та тестовий контроль.

Основним завданням вивчення фармакоterapiї є освоєння студентами принципів лікарської терапії окремих захворювань, формування знань та вмінь щодо надання консультативної допомоги лікарям та хворим у проведенні ефективної та безпечної фармакоterapiї з урахуванням можливих побічних ефектів лікувальних засобів.

У процесі вивчення фармакоterapiї на основі теоретичного матеріалу, отриманого на кафедрі фізіології, патології, біохімії, мікробіології, фармакології, поєднуються знання етіології, патогенезу основних нозологічних одиниць із принципами їхньої лікарської терапії.

Метою практичних занять з фармакоterapiї є формування у студентів фармацевтичних факультетів уявлення про загальну схему проведення раціональної медикаментозної терапії різних патологічних процесів і окремих їх проявів, основні принципи індивідуального підбору найбільш ефективних і безпечних лікарських засобів на основі даних фармакодинаміки і фармакокінетики з урахуванням можливого прояву їх побічної дії.

Перша тема заняття присвячена вступу і загальним проблемам фармакоterapiї. Воно розкриває системний підхід до вивчення дисципліни, дає уяву про предмет, мету та завдання фармакоterapiї, взаємозв'язок її з медико-біологічними і клінічними дисциплінами.

Студенти повинні вивчити основи деонтології, етики відносин з медичним персоналом, хворими. Вони знайомляться з поняттями про клінічні симптоми і синдроми захворювань, методами

клінічного обстеження хворих (розпитування – скарги, дані анамнезу хвороби та життя; фізикальні методи дослідження – огляд, пальпація, перкусія, аускультация; лабораторні методи – загальні аналізи, біохімічні дослідження; інструментальні методи – електрофізіологічні, рентгенологічні, ендоскопічні, цитологічні, ультразвукові), загальними принципами інтерпретації результатів обстеження хворого.

За час навчання студенти засвоюють на пізнавальному рівні методологію діагнозу (діагноз попередній, диференціальний, остаточний), знайомляться з загальними принципами побудови діагнозу, видами фармакоterapiї (етіотропна, патогенетична, симптоматична, замісна).

В госпітальному відділенні ІВВ студентам показують, як описувати амбулаторну карту хворого, історію хвороби, лист лікарських призначень.

Самостійна робота виконується з використанням підручників, навчальних посібників, довідників і додаткової літератури [2]. Студенти заповнюють таблиці по вищевказаних питаннях.

На цьому занятті проводиться знайомство зі структурою багатопрофільної лікувальної установи – Запорізької обласної клінічної лікарні, госпітального відділення ІВВ та його функціональними підрозділами (маніпуляційною, постом медичної сестри, палатами для хворих), порядком медикаментозного забезпечення хворих у відділенні, знайомство з апаратурою, використовуваною для фармакодинамічних та фармакокінетичних досліджень (спектрофотометри, хроматографи, реографи). Викладач представляє аналіз електрокардіограм, реограм, розрахунки індивідуальних доз препаратів.

Друга тема так званої загальної фармакоterapiї відображає загальні питання клінічної фармакології. Студенти повинні мати сучасні уявлення про основні фармакокінетичні процеси: всмоктування, розподіл, біотрансформацію, виведення. Вони знайомляться з основними фармакокінетичними параметрами, видами лікарської взаємодії, основними побічними проявами препаратів, а також способами профілактики ускладнень фармакоterapiї.

Студентам пропонується провести експертну оцінку історії хвороби та визначити адекватність призначення лікарських засобів конкретному хворому по відношенню до прийому їжі, необхідність у зміні дози та кратності призначення препаратів хворому із захворюван-

нями шлунково-кишкового тракту, печінки та нирок, гіпопротеїнемією.

Студенти самостійно проводять аналіз листів призначень на предмет виявлення несумісних препаратів та прогнозування можливості розвитку побічних ефектів препаратів та їх клінічних видів з урахуванням особливості стану даного конкретного хворого.

Знайомляться з тематичним хворим з розвитим побічним ефектом лікарської терапії. Обґрунтовують категорію, вид і різновидність побічних ефектів препаратів. Визначають важкість їх клінічного перебігу, пророкують залежність побічної дії від режиму дозування та стану функціональних систем організму. Виявляють фактори, які впливають на якісну та кількісну характеристику. Планують для використання відомі у теперішній час методи нефармакологічної та фармакологічної корекції побічних ефектів, способи їх ліквідування.

Студенти також знайомляться з наказами МОЗ України № 347 від 19.12.2000 р. "Про затвердження інструкції про здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів", № 51 від 28.02.2001 р. "Про організацію подання інформації про побічну дію лікарських засобів", № 292 від 16.07.2001 р. "Про удосконалення організації подання інформації про побічну дію лікарських засобів", наказами управління охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації № 271 від 13.09.2002 р. "Про організацію подання інформації про побічну дію лікарських засобів", № 173 від 27.04.2004 р. "Про подальше вдосконалення реєстрації та подання інформації про побічні реакції лікарських засобів". На основі цих наказів вони вчать збирати інформацію про випадки побічної реакції лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах та подавати її до обласного центру медичної статистики у вигляді звіту на основі заповненої форми № 137/о (карт - повідомлень) "Повідомлення про побічні реакції лікувальних засобів". Така форма роботи сприяє підвищенню свідомості про безпечність фармакотерапії та наближує їх до практичної діяльності.

Підсумковим етапом самостійної роботи студентів є виконання ситуаційних завдань, при вирішенні яких студенти повинні обґрунтувати

вибір лікарських препаратів, принципи їх призначення, врахувати особливості фармакокінетики лікарського препарату в певній клінічній ситуації. При необхідності обґрунтувати принципи комбінованої терапії в залежності від патофізіологічного варіанта перебігу захворювання, пояснити принципи дозування лікарських засобів, вибору лікарської форми та оптимальних шляхів введення, тривалості призначення та порядку відміни, визначення критеріїв ефективності і безпеки медикаментозної терапії.

Питання кінцевого рівня знань підкреслюють роль і значення фармакотерапії в комплексному лікуванні захворювань, методів обстеження хворих для діагностики і лікування, взаємозв'язок між фармакокінетикою і фармакодинамікою лікарських препаратів. Особливо важливим для студента є усвідомлення про його майбутню роль в профілактиці побічної дії ліків і ускладнень фармакотерапії, несприятливих наслідків взаємодії ліків, а також підвищенні ефективності і безпеки медикаментозної терапії.

На практичних заняттях забезпечується наочність та доступність сприйняття матеріалу з використанням таблиць, слайдів, альбомів інструкцій, зразків препаратів, аудіо- та відео-записів, комп'ютерів.

Також поряд з виконанням багатьох елементів виховної роботи велику увагу приділяють деонтологічним проблемам, морально-етичним аспектам практичної діяльності провізора, естетичному вихованню студентів, питанням національного відродження України та поточним політичним подіям.

Висновок. У процесі вивчення загальних проблем фармакотерапії і клінічної фармакології студенти фармацевтичного факультету знайомляться з поняттями про етіологію, патогенез, симптоми та синдроми захворювання людини, методами клінічного обстеження пацієнтів, методологією діагнозу, видами фармакотерапії, медичною документацією, взаємозв'язком між фармакокінетикою і фармакодинамікою лікарських препаратів. Визначається роль провізора в профілактиці побічної дії ліків, несприятливих наслідків взаємодії ліків, а також значення принципів комбінованої терапії, критеріїв ефективності та безпечності лікарських засобів.

Література

1. Дунаєв В.В., Крайдашенко О.В., Білай І.М. 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. Фармакотерапія: Навч. посіб для студ. вищ. навч. закл. / Б.А. Самура, Л.Т. Мала, В.В. Дунаєв та ін.; За ред. Б.А. Самури. - Х.: Вид-во НФАУ: Золоті сторінки, 2003. - 264 с.

УДК 371.26

ДО ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОБЛІКУ, ОЦІНЮВАННЯ І КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ III-IV РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ

І.С. Кулянда, О.О. Кулянда, А.Г. Шульгай, О.Д. Веремчук

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, Приватний вищий навчальний заклад "Медичний коледж"

CONCERNING THE QUESTION OF ORGANIZATION OF REGISTRATION, ESTIMATION AND CONTROL OF STUDENTS' KNOWLEDGE AT HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS OF III-IV ACCREDITATION LEVELS

I.S. Kulyanda, O.O. Kulyanda, A.H. Shulgay, O.D. Veremchuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky, Private Higher Educational Establishment "Medical College"

У статті йде мова про навчаче значення перевірки і оцінювання знань студентів. Вказано, що регулярна перевірка знань студентів дозволяє викладачу критично оцінити переваги і недоліки своєї праці, а студенту також стає зрозумілим, як він засвоїв навчальний матеріал. Наведено найбільш поширені методи контролю знань студентів.

The significance of control and estimating of the students' knowledge is regarded in the article. It is marked that the regular control of students' knowledge allows the teacher to estimate the advantages and disadvantages of his job more critically, and it makes clear for the student the level of acquired educational material. The most popular methods of the students' knowledge control are applied.

Вступ. В останні роки у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації почали широко впроваджувати різні навчальні технології, які забезпечують інтенсифікацію навчання, підвищують ефективність викладацької і студентської навчальної діяльності.

Перевірка і оцінювання засвоєння студентами навчального матеріалу, сформованості умінь і навичок є необхідним компонентом навчально-виховного процесу. Це не тільки конт-

роль результатів навчання, але й керівництво пізнавальною діяльністю на різних стадіях навчального процесу. У новій демократичній системі освіти не повинно бути формального, "бездумного" контролю. Контроль навчання повинен мати яскраво виражену освітню, розвивальну, професійно й індивідуально зорієнтовану спрямованість, поєднуватись із самоконтролем, бути необхідним і корисним перш за все самому студенту.

©І.С. Кулянда, О.О. Кулянда, А.Г. Шульгай, О.Д. Веремчук

Основна частина. Навчаюче значення перевірки і оцінювання знань полягає в тому, що і викладач, і студенти отримують якісну характеристику засвоєння навчального матеріалу. Викладачу стає зрозуміло, що студент знає, чого він не розуміє, який матеріал освоєно добре, який на недостатньому рівні або зовсім не освоєний. Це складає основу творчого підходу до організації пізнавальної діяльності студентів і управління нею.

Викладач критично оцінює переваги і недоліки своєї праці, вносить доповнення, зміни в методи роботи, успішніше знаходить шляхи і засоби індивідуального підходу до студентів. Дуже важливим також є те, що викладач глибше розуміє можливості студентів.

Студенту також стає зрозумілим, що він засвоїв з навчального матеріалу добре, що задовільно, а що – погано. Без перевірки знань студент не в змозі глибоко, всесторонньо і правильно оцінити свої знання, йому часто здається, що він добре оволодів матеріалом, а під час перевірки виявляється слабкі знання, погане розуміння матеріалу. Перевірка виявляє рівень розуміння, запам'ятовування, усвідомлення студентами вивченого матеріалу. Студент отримує якісну характеристику своїх знань, можливість удосконалити свій стиль роботи на заняттях і вдома, розвивати позитивне, ліквідувати недоліки в знаннях, уміннях і навичках.

Контроль і оцінка успішності студентів повинні здійснюватися на основі дотримання педагогічних вимог:

- систематичність, регулярність перевірки і контролю знань є обов'язковими. Порушення цієї вимоги погіршує ставлення студентів до навчання, негативно впливає на якість знань;

- оцінка знань має індивідуальний характер. Кожен студент повинен розуміти, що оцінюють його знання, його уміння і навички. Стан постійної готовності до відповідей на питання і завдання викладача виникає, коли перевірка і оцінювання знань є необхідним компонентом навчального процесу, основним елементом його структури;

- знання, вміння і навички студентів перевіряються і оцінюються з точки зору виконання державних навчальних програм. Якість засвоєння змісту програм – основний критерій оцінювання знань;

- перевіряючи і оцінюючи засвоєння студентами теоретичного і фактичного матеріалу потрібно бачити вплив отриманих знань на загальний і розумовий розвиток студентів, на форму-

вання якостей особистості, на ставлення студента до навчання;

- форми перевірки знань, умінь і навичок студентів найрізноманітніші.

Студенти повинні готуватися до заняття щоденно. До цього їх спонукає регулярність контролю викладача.

Інколи викладач довгий час застосовує одні й ті ж способи перевірки знань. У нього формується певна звичка опитування, постановки запитання, обґрунтування оцінки. Студенти пристосовуються до такої перевірки, їм наперед відомо, в якій формі буде проводити опитування викладач. Вони починають відповідати тільки для викладача, щоб задовольнити його. Різноманітність форм перевірки концентрує увагу студентів на своїх знаннях і на їх відтворенні.

У практиці навчання найбільш поширені поточна, підсумкова і тематична перевірка знань. Поточна перевірка знань проводиться на кожному занятті. Це є необхідним компонентом навчального процесу під час пояснення, закріплення, повторення матеріалу. Навчальна діяльність може бути успішною лише в тому випадку, якщо викладач спирається на наявні у студентів знання. Поточна перевірка дозволяє виявити ці знання і на їх основі будувати навчальний процес. У процесі оволодіння студентом навчальним матеріалом багато проблем виникає тоді, коли нема достатнього зв'язку між новими і вже існуючими знаннями студента.

Поточна перевірка знань проводиться у формі опитування в спеціально відведений час. Інколи у формі запитань і завдань під час пояснення, повторення або закріплення для відтворення наявних знань. В інших випадках у формі спостереження за пізнавальною активністю студентів, їх бажанням працювати на занятті, їх працездатністю, за проявами самостійності в розумових діях і в поведінці або вибірковій перевірці якості виконання вправ і іншої навчальної роботи окремих студентів. Поєднання різних форм поточної перевірки дозволяє активізувати відтворюючу пізнавальну діяльність студентів.

Поточний облік передбачає оцінювання усних відповідей студентів на різних етапах заняття, а також практичних і письмових робіт. Крім контрольної функції, поточне оцінювання виконує роль регулятора засвоєння знань.

Тематична перевірка полягає у забезпеченні контролю за засвоєнням цілої теми. Пере-

віряється зміст однієї з вивчених тем навчальної програми. Цей вид перевірки має дуже велике значення для систематизації матеріалу. На занятті протягом малого проміжку часу потрібно поставити такі запитання або запропонувати такі завдання, в яких студент побачив би основний зміст теми, основні ідеї. У цьому полягає основна ідея тематичної перевірки. Така перевірка привчає логічно мислити, знаходити головні, істотні зв'язки в навчальному матеріалі, запам'ятати основне. Студент отримує можливість уявити головні положення навчального предмета.

При перевірці знань, умінь і навичок студентів велике значення має їх об'єктивна оцінка.

Велике виховне значення має обґрунтування викладачем оцінки знань студента. Ці вислови викладача можуть надихнути студента або, навпаки, загальмувати його активність. Окремі вислови можуть принизити особистість. Суть мотивації оцінки в тому, щоб розкрити позитивні сторони відповіді і вказати на негативні моменти. Головне в індивідуальному підході до оцінки знань – підтримка за допомогою оцінкових міркувань найменшого успіху студента. Оцінка знань викладачем може спричинити у слабого студента невпевненість, сумніви в тому, що він може бути добрим спеціалістом. І навпаки, правильно обґрунтована оцінка допоможе студенту вийти із складного становища, надасть йому оптимізм і впевненість у своїх силах.

Перевірка і оцінювання знань, умінь і навичок студентів є важливим структурним компонентом процесу навчання. Від правильної організації перевірки оцінювання знань, умінь і навичок студентів залежить те, чи буде досягнута дидактична мета заняття, наскільки студенти будуть активні в подальшому їх ставленні до матеріалу, їх емоційний настрій. У процесі контролю знань, навичок і умінь студентів викладач надає перевагу тим способам, які забезпечують активну діяльність всіх студентів.

Наводимо декілька найбільш поширених методів контролю знань студентів.

Програмований контроль. У системі перевірки знань студентів застосовують програмований контроль, який ще називають альтернативним методом, або методом вибору. Суть цього методу зводиться до того, що студентам пропонується запитання, на кожне з яких дається три - чотири відповіді, з яких лише одна є правиль-

ною. Декілька детальних запитань можна задати всій групі, що дозволяє протягом кількох хвилин перевірити знання цілої групи. Проте є і недоліки, одним з яких є те, що можна перевірити лише окремі сторони засвоєння вивченого матеріалу. Тому в системі навчальної роботи слід застосовувати всі методи перевірки, щоб забезпечити необхідну систематичність і глибину перевірки успішності студентів.

Опитування з елементами удосконалення вибіркової системи відповідей. Суть цього методу полягає в тому, що в запропонованих запитаннях або прикладах пропонується декілька варіантів відповідей. Недоліком цієї системи є досить високий відсоток вгадування.

Опитування-гра. Невеликі ситуаційні задачі розв'язують у круговому порядку, тобто дані для наступної задачі є результатами попередньої. Студент, виконавши своє завдання, передає результат наступному. Опитування можна проводити письмово і усно. Особливо вдало воно проходить в усній формі. Змістом завдань може бути матеріал повторення декількох тем. Можна провести опитування-гру як змагання між групами студентів. Це завжди активізує групу, піднімає емоційний настрій і зацікавлення.

Рецензування. Для урізноманітнення традиційних форм опитування і активізації уваги студентів до відповідей своїх товаришів, корисно проводити рецензування цих відповідей (письмове або усне). Викладач повинен звернути увагу на важливість моментів рецензії: наукова точність викладу; логічність; правильність і чіткість формування; грамотність мови і записів; правильність вживання медичної термінології.

Усні заліки. Зі зростанням ролі лекційного методу, семінарських занять, повторювально-узагальнюючих та тренувальних занять зростає роль залікової системи обліку знань, умінь і навичок студентів. Регулярно проводяться усні заліки за заздалегідь складеним планом. Для цього весь навчальний матеріал розбивається на теми, і в кожній темі дається перелік основних питань.

Тести. Є дві групи тестових завдань:

- завдання у вигляді запитальних або стверджувальних речень, зміст яких вимагає від студента короткої і точної відповіді;
- завдання, в яких студенти повинні заповнити пропуски.

За дидактичним призначенням тести з конструйованими відповідями класифікують так: те-

сти на доповнення, тести на використання аналогії, тести на заміну елементів відповіді.

Висновок. Використовуючи різні форми опи-тування та контролю знань студентів, можна більш об'єктивно оцінити рівень знань у групі,

виявити сильні і слабкі сторони у підготовці студентів. Саме заняття стає більш цікавим та продуктивним. Створюються можливості для моделювання окремих форм професійної діяль-ності майбутніх спеціалістів.

Література

1. Степанець І. Контроль навчальних досягнень сту-дентів як засіб стимулювання росту їх професійної та особистісної зрілості // Освіта. Технікуми, коледжі. - 2003. - № 1 (5).

2. Фіцула М.М. Педагогіка: Навч. посібник. - К.: Академія, 2000.

УДК 378.1

РЕЙТИНГОВА ОЦІНКА ЗНАТЬ СТУДЕНТІВ: ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ

О.М. Радченко

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

RATING EVALUATION OF STUDENTS' KNOWLEDGE: EXPERIENCE AND PERSPECTIVES

O.M. Radchenko

Lviv National Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Десятирічний досвід використання рейтингової системи оцінки знань студентів показав її переваги та недоліки. Рейтинго-ва система є диференційованою, кумулятивною, дозволяє стимулювати планову роботу студента протягом року, підвищує вартість індивідуальної роботи, дозволяє конвертувати прийняту в Україні оцінку за шкалою ECTS.

Ten-year experience of rating evaluation of students' knowledge showed all its advantages and disadvantages. Rating system is differential and cumulative. It gives a possibility to stimulate continuous work of a student during the year, increases the value of self-preparation and allows to convert Ukrainian marks according to ECTS scale.

Вступ. Відповідно до Magna Charta Universatum 1988 року університети мають ака-демічну свободу – право формувати свою стра-тегію, вибирати пріоритети навчання та науко-вих досліджень, профілювати програми, витра-чати ресурси, встановлювати критерії прийому викладацького складу та студентів [2, 6]. В ос-нові створення єдиного навчального простору Європи лежить уніфікація оцінок – шкала ECTS (European Credit Transfer System), застосування якої можливе тільки за умов використання рей-тингової оцінки знань студентів [3, 4, 5]. Оціню-вання – це один із завершальних етапів навчаль-

ної діяльності студента та визначення успішності навчання. Процедура та методика оцінювання суттєво впливають на остаточні результати, на можливість аналізу та на статистичну дос-товірність оцінок [1, 5]. Втіленням принципу ав-тономії навчального процесу Львівського націо-нального медичного університету ім. Данила Галицького на практиці стало запровадження рейтингової системи оцінки знань студентів на кафедрі факультетської терапії у 1995 р. Рейтин-гова система оцінки успішності навчання дозво-ляє конвертувати звичайні оцінки у шкалу ECTS. Рейтинг є основою об'єктивного аналізу резуль-

©О.М. Радченко

татів навчального процесу (кореляція поточної успішності та підсумкового контролю), що дозволяє розробляти шляхи подальшої оптимізації навчання. У медичній освіті вже другий рік використовується рейтингова система оцінки, однак в існуючому вигляді вона має суттєві недоліки. Ми вирішили поділитись з педагогічною спільнотою десятирічним досвідом застосування такої системи оцінки.

Основна частина. Які переваги має рейтингова система? Основна перевага – диференційовані поточні оцінки за практичні заняття (семінари, колоквиуми). Традиційно у нашій країні використовується п'ятибальна шкала оцінки, однак на практиці вона містить лише три оцінки (5, 4, 3), оскільки за правилами вищої школи усі теми мають бути зараховані. Однак запропонована зараз у вищій медичній освіті система конвертації оцінок у бали, коли одна і та сама оцінка на кожному занятті важить різну кількість балів залежно від кількості занять у модулі, є по суті тою ж самою системою з трьома градаціями оцінки (5, 4, 3). Додається тільки механічна математична конвертація оцінки (яка є бальною) в інші бали, що не змінює суті системи оцінювання. За такою системою оцінювання, відмінна оцінка за тему "Інфаркт міокарда", переведена у бали, має меншу питому вагу, ніж оцінка за тему "Лікування постійним електричним струмом". Чи є для студента перша тема менш важливою і чи логічно це?

За рейтинговою системою нашої кафедри поточна успішність студентів оцінюється за 20-бальною шкалою. Позитивною вважається оцінка від 12 до 20 балів: "задовільно" – 12, 13, 14, "добре" – 15, 16, 17, "відмінно" – 18, 19, 20. Тобто позитивна відповідь студента оцінюється вже не за трьома градаціями, а за дев'ятьма, що дозволяє об'єктивувати оцінку. Кожна оцінка може бути блискучою, середньою чи мінімальною, тобто може бути "добре" ближче до "відмінно" чи "добре" ближче до "задовільно", що, власне, і дозволяє диференціювати оцінки. Крім того, існує незадовільна оцінка, яка не додається до рейтингу та вимагає перескладання навчального матеріалу.

Лише така система оцінювання має стимулюючий вплив на студента. Підсумковою оцінкою навчання студента у семестрі чи році є не середня арифметична оцінка, а сума усіх поточних оцінок. Це підвищує важливість кожного

практичного заняття для сумарної оцінки. Проведений Міністерством освіти України порівняльний аналіз підготовки фахівців показав, що недоліком нинішньої системи навчання є відсутність систематичної роботи студентів протягом навчального року [1, 6]. Наш досвід показав, що у кінці семестру студенти самі зацікавлені у перескладанні незадовільних оцінок чи у відпрацюванні пропущених занять. Якщо студент не набирає мінімальної кількості балів, він не допускається до іспиту або складання підсумкового контролю.

Важливо, що рейтингова система дозволяє зменшити можливість необ'єктивної оцінки знань студентів професорсько-викладацьким складом, що також відмічено у недоліках нашої системи освіти [1, 3], та підвищити зацікавлення студентів у виконанні деяких інших видів роботи (індивідуальна самостійна робота, курсова робота, історія хвороби), оскільки оцінка за ці види робіт сумується до річного чи семестрового та "важить" у декілька разів більше, ніж оцінка за практичне заняття. Так, на кафедрі факультетської терапії курсовою роботою студентів є написання навчальної історії хвороби. Студент часто втрачає зацікавлення до цього виду роботи, оскільки на кожній клінічній кафедрі існує такий вид роботи, а результати перевірки студент часто отримує на останньому занятті чи не отримує взагалі. Включення оцінки за курсову роботу до річного рейтингу обґрунтовує для студента доцільність присвятити більше часу на неформальне творче виконання роботи.

Однак використання рейтингової системи оцінки знань на кафедрі факультетської терапії впродовж більше як десяти років показало, що така система має і певні недоліки, які мають бути враховані при її застосуванні. Для постійної мобілізації студентів до планового навчання протягом навчального року, а не під час сесії, для збільшення активності студентів та використання елементів змагання в навчанні, система має бути лабільною, тобто дещо змінюватись щороку. Так, ми відмовились від додаткових балів за поставлені питання під час лекцій, за якісні конспекти лекцій, за додаткове моделювання випадків хвороби на практичних заняттях, хоча деякі позитивні моменти у цьому були наявні.

Висновок. Рейтингова система є диференційованою, кумулятивною, дозволяє стимулювати планову роботу студента протягом року, підви-

ще вартість індивідуальної роботи, дозволяє конвертувати прийняту в Україні оцінку у шкалу ECTS. Система конвертації оцінок, яка за-

раз використовується за Болонською угодою, вимагає переосмислення та інших підходів до системи конвертації у цілому.

Література

1. Зіменковський Б.С., Гжегоцький М.Р., Солонинко І.І. Вища медична освіта і Болонський процес. - Львів, 2004. - 124 с.
2. Вища освіта України і Болонський процес / За ред. В.Г. Кременя.- Тернопіль: Навчальна книга - Богдан, 2004. - 383 с.
3. Медична освіта у світі та в Україні / Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерій, О.П. Волосовець та ін. - Київ: Книга-плюс, 2005. - 383 с.

4. Підаєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. Що це таке і чи потрібен він Україні? Чи можлива інтеграція медичної освіти України в Європейський освітній простір? - Київ, 2004.-146 с.
5. Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement // WFME Office: University of Copenhagen. - Denmark, 2003.
6. WMFE Task Force on Defining International Standard in Basic Medical Education // Report of the Working Party. - Medical Education. - V. 34. - P. 665-675.

УДК 371.3:614.23

**БАГАТОРІВНЕВА ПІДГОТОВКА – НАЙВАЖЛИВІШИЙ ПРИНЦИП
ЗАСВОЄННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ**

Б.О. Ребров, О.О. Реброва, Н.Г. Строїло, А.Р. Волошинович, Н.Г. Блудова
Луганський державний медичний університет

**MULTI-LEVEL TRAINING IS AN IMPORTANT PRINCIPLE OF
GAINING PRACTICAL SKILLS BY INTERNSHIP-FELLOW-DOCTORS**

B.O. Rebrov, O.O. Rebrova, N.H. Stroilo, A.R. Voloshynovych, N.H. Bludova
Luhansk State Medical University

У статті розглянуто досвід, проблеми та шляхи вдосконалення практичної підготовки лікарів-інтернів.

Experience, problems and ways of improvement of internship-fellow-doctors' practical training are reviewed in this article.

Вступ. Приєднання України до Болонського процесу 19 травня 2005 року підбило підсумок багаторічному обговоренню шляхів реформування медичної освіти [1] та спрямувало реформування до практичних дій.

Важливе місце в процесі навчання лікаря займає післядипломна медична освіта [2].

В усьому світі, і в Україні в тому числі, склалася така практика, при якій лікар є єдиним фахівцем з вищою освітою, який після одержання диплома не має права самостійно працювати. Власник лікарського диплома розглядається як

особа, що одержала спеціальні знання, але не вміє використати їх на практиці. Саме для набуття навичок практичного застосування отриманих знань існує система післядипломної освіти. Післядипломна освіта в Україні складається з інтернатури, спеціалізації та клінічної ординатури.

Основна частина. У структурі післядипломної освіти треба в першу чергу розглянути інтернатуру. На сьогодні інтернатура проводиться за перехідними програмами, які покликані забезпечити поступову адаптацію методик навчання, які існували раніше, до стандартів Все-

©Б.О. Ребров, О.О. Реброва, Н.Г. Строїло, А.Р. Волошинович, Н.Г. Блудова

світньої федерації медичної освіти та Європейського Союзу.

Інтернатура традиційно розділяється на дві частини. Перша – це самостійна робота дипломованого лікаря у великих лікувальних установах (на базах) під керівництвом висококваліфікованих лікарів-практиків. Друга – навчання в академіях післядипломної освіти або на факультетах післядипломної освіти вузів.

Практична підготовка є найважливішою частиною інтернатури, про що ясно говориться у вступній частині всіх нових програм й, зокрема, у програмі за фахом "Внутрішня медицина" відзначається наступне: "Метою інтернатури є підвищення рівня практичної підготовки випускників і їх професійна адаптація до самостійної лікарської діяльності". "Основним завданням інтернатури є набуття знань, професійних умінь і навичок за кваліфікаційною характеристикою лікаря-спеціаліста" [3].

Для того щоб це можна було успішно виконати, навчання повинне носити постійний і багаторівневий або багатоетапний характер і, як можна більше, самостійний [4].

Які ж рівні підготовки припускає навчання практичним навичкам в інтернатурі.

Перший рівень – теоретичний. На початку лікар-інтерн ознайомлюється із завданням щодо практичної підготовки, що стоїть перед ним. Програмою інтернатури з терапії передбачено тридцять основних практичних навичок, оволодіння якими обов'язкове для лікарів-інтернів терапевтів. Причому, тільки 20 % практичних навичок – це знання методів та їх інтерпретація (рівень знань), а 80 % – це найвищий рівень підготовки - уміння самостійно застосовувати знання й навички в обстеженні, діагностиці й лікуванні хворих (рівень умінь).

Засвоєння практичних навичок на рівні вміння неможливе в короткий строк. Це завдання на весь дворічний період навчання.

Насамперед, перелік практичних навичок (ПН) повинен бути доступний лікареві-інтерну для ознайомлення. Він є на інформаційному стенді кафедри, внесений у щоденник лікаря-інтерна у вигляді форми звіту про засвоєння навичок на відповідних циклах під час очного й заочного навчання. Після затвердження програми 2006 року колективом кафедри були переглянуті й доповнені тексти із правилами проведення ПН відповідно до освітньо-кваліфікаційної характеристики лікаря-фахівця.

Другий рівень – практичний, самостійний (під контролем викладача). Лікар-інтерн під час очного циклу самостійно веде хворого з моменту надходження його в стаціонар і до виписки із клінічної лікарні. Під час курації хворого лікар-інтерн освоює на практиці методи фізикального обстеження, намічає план обстеження й лікування, установлює попередній, а потім й остаточний діагноз. Куруючи хворого, лікар-інтерн супроводжує його у відділення функціональної й променевої діагностики, контролює правильність підготовки хворого до діагностичних досліджень, оцінює результати лабораторних й інструментальних методів діагностики. При цьому на перших етапах лікар-інтерн бере участь у проведенні додаткових методів дослідження, а надалі виконує їх самостійно. Важливим аспектом практичної роботи є самостійність лікаря-інтерна, що зростає з кожним днем практичної роботи [5].

Третій рівень – практичний, груповий самостійний (під контролем викладача). Кожного хворого, якого спостерігає лікар-інтерн, а також проведені з хворим маніпуляції, інтерпретація отриманих даних і план лікування доповідається інтерном під час розбору практичної роботи в навчальній групі з наступним обговоренням ухвалених рішень. При проведенні у відділенні клінічних розборів важких у діагностичному й лікувальному відношенні випадків, за участю завідувача відділення і професора (доцента), лікар-інтерн доповідає хворого й висловлює свою думку щодо можливих шляхів подолання труднощів у лікуванні хворого. При проведенні планових клінічних обходів лікар-інтерн також доповідає хворого й план його подальшого спостереження. Думка інтерна-куратора обговорюється групою лікарів-інтернів за участю викладача.

Четвертий рівень – практичний, самостійний (під контролем лікаря – базового керівника). При проходженні лікарем-інтерном заочного циклу навчання на базі інтернатури другий і третій рівень самостійної роботи відбуваються під контролем і з участю практикуючих лікарів і завідувачів відділень (базових керівників). Як правило, робота лікаря-інтерна на базі є самостійною більшою мірою й відіграє важливу роль в освоєнні ПН [4].

Безумовно, важливими чинниками, що впливають на оволодіння практичних навичок і рівень самостійності інтерна, є бажання самого лікаря та його особисті якості. На жаль, фак-

тор особистої мотивації лікаря-інтерна до підвищення рівня практичної підготовки в останні роки падає [6]. Значимою причиною цього є той факт, що більшість інтернів після закінчення навчання не мають роботи, що забезпечує належну якість життя, тому багато хто з них працювати лікарями відразу після закінчення інтернатури не збираються, відклавши дипломи "до кращих часів".

Контроль засвоєння ПН також має багаторівневий характер.

1. Щоденний практичний контроль у ході курації. Викладач щодня звертає увагу лікарів-інтернів на правильність виконання ПН лікарями интернами в ході курації, контролює й оцінює їхнє проведення.

2. Облік виконаних ПН у щоденнику інтерна. Лікар-інтерн фіксує у своєму щоденнику прізвиська й клінічний діагноз хворих, яких він курує в закріпленій палаті, оглядає й надає допомогу під час чергування або бере участь у клінічному розборі їхніх захворювань. Виконані ним ПН так само фіксуються в щоденнику інтерна. Викладачем контролюються як безпосереднє виконання ПН, при необхідності уточнюючи методику їхнього проведення, так і правильність запису в щоденнику.

3. Співбесіда на семінарах і підсумкових заняттях. Контроль й оцінювання знань й умінь лікарів-інтернів, засвоєних у ході проходження того або іншого тематичного курсу при навчанні на кафедрі, є важливою складовою мотивації до навчання. При проведенні підсумкових занять, крім засвоєння теоретичних знань, проводиться опитування і по ПН, засвоєних у ході даного курсу.

4. Контроль роботи в базових лікувально-профілактичних закладах. Кафедра є методичним і контролюючим органом відносно базових установ. Щорічно на кафедрі проводяться наради з керівниками профільних баз, на яких розглядаються план і програма навчання інтернів-терапевтів під час заочного циклу, основна увага завжди приділяється виконанню лікарями-інтернами ПН. Співробітники кафедри регулярно відвідують базові лікувально-профілактичні установи під час проходження лікарями-інтернами заочного циклу навчання. Під час відвідувань викладач кафедри не тільки з'ясовує стан документації у базового керівника (журнал контролю роботи лікарів-інтернів, наявність стенда з інформацією для лікаря-інтер-

на з обов'язковим переліком ПН) і у лікаря-інтерна, а також бере безпосередню участь в поточному контролі за роботою інтерна або в проведенні проміжної атестації. При цьому відзначаються недоліки в організації роботи базової установи і безпосередньо лікаря-інтерна по освоєнню ПН, намічаються шляхи щодо їх виправлення.

5. Оцінка при проведенні проміжної й заключної атестації є підсумковим, завершальним етапом контролю засвоєння ПН. Обов'язковим етапом як проміжної, так і заключної атестації є складання інтерном практичних навичок. У ході заключної атестації під час усного іспиту при розгляді теоретичних питань значна увага також приділяється фаховій орієнтації майбутнього спеціаліста, оцінюється обсяг його практичної підготовки на підставі звіту у щоденнику лікаря-інтерна.

Багаторівнева підготовка і контроль засвоєння ПН при очно-заочній формі інтернатури приводять в остаточному підсумку до досить непоганої підготовки лікарів-інтернів як у відношенні ПН, так й у цілому. Слід відзначити, що вона істотно вища, ніж при тільки заочній формі навчання [7]. Безумовно, існуюча програма інтернатури далеко не досконала [8], але все-таки навіть у рамках сьогоденної, "перехідної" до європейських вимог, програми є невикористані резерви. Цікавим є досвід ЄС і США, що практикують досить ефективний метод навчання, який полягає в тому, що той, хто сам навчається, бере участь у процесі навчання інших. А саме: інтерни другого року навчання контролюють дії інтернів першого року, при цьому відповідальність за молодших колег у більшості випадків стимулює старших інтернів підтягуватися й прагнути вдосконалити свої знання. Однак цей метод навчання можливий тільки в університетських клініках, які практично відсутні в Україні. У теперішній час у більшості ВНЗ клінікою вважається клінічна лікарня. Статус клінічних лікарень не визначений. Це створює цілий ряд проблем у взаєминах між співробітниками вузів і завідувачами відділень лікарень, які не завжди прислуховуються до рекомендації викладачів кафедр та не поспішають їх виконувати, а до інтернів ставляться як до безкоштовної "робочої сили", використовуючи її за своїм розумінням [7]. Лікарі-ординатори интернами не займаються й відповідальності

за них ні перед ким не несуть. Слід зазначити, що протиріччя між клінічними лікарями й вузами підсилюються з року в рік, а не навпаки, і часом здобувають характер антагонізму [9]. Все це негативно позначається на практичній підготовці лікарів-інтернів.

В процесі реформування охорони здоров'я й медичної освіти в нашій країні створення університетських клінік є найважливішим завдан-

ням, що буде сприяти поліпшенню практичної підготовки майбутніх лікарів.

Висновок. Таким чином, незважаючи на складність перехідного періоду в розвитку системи медичної освіти, практична спрямованість навчання на післядипломному етапі має першорядне значення. Успішне засвоєння практичних навичок можливе лише при багаторівневій та багатоетапній підготовці й контролі.

Література

1. Підаєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. - Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. - 190 с.
2. Медицинское образование в мире и в Украине / Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерий, А.П. Волосовец и др. - Харьков: ИПП "Контраст", 2005. - 464 с.
3. Типовий навчальний план і програма спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації із спеціальності "ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ". - К., 2006.
4. Роль клінічних баз в оволодінні практичними навичками інтернами-хірургами у світлі кваліфікаційної категорії / І.Я. Дзюбановський, О.В. Луговий, Г.Т. Пустовойт та ін. // Медична освіта. - 2006. - № 10. - С. 70-72.
5. Москаленко В.Ф., Яворівський О.П., Остапик Л.І. Про стан та шляхи удосконалення організації самостійної роботи студентів // Медична освіта. - 2004. - № 1. - С. 10-12.

6. Волосовець О.П., Хоменко В.Є. Шляхи вдосконалення професійної підготовки лікарів-інтернів з фаху "Педіатрія" // Проблеми медичної науки та освіти. - 2005. - № 2. - С. 5-7.
7. Візир А.Д., Лаврін В.О. Шляхи вдосконалення навчання лікарів-інтернів // Медична освіта. - 2000. - № 1. - С. 26-27.
8. Семидоцкая Ж.Д., Бильченко О.С. О новых формах контроля знаний интернов-терапевтов в медицинских вузах (лицензионный экзамен "Крок-3") // Врачебная практика. - 2003. - № 6. - С. 83-84.
9. Гомон М.Л., Тереховський А.І., Осовська А.Б. Особливості післядипломної підготовки лікарів у сучасних умовах розвитку охорони здоров'я // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. - 2005. - № 4. - С. 11-13.

УДК 378(794)

ОСОБЛИВОСТІ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В США

О.В. Олійник, І.Р. Мисула

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

PECULIAR FEATURES OF NURSING QUALIFYING SYSTEM IN USA

O.V. Oliynyk, I.R. Mysula

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті подається короткий аналіз кваліфікаційної системи медичних сестер в США. На відміну від медичних сестер в Україні, американські медичні сестри мають значно ширше коло професійних обов'язків та, відповідно, іншу кваліфікаційну систему.

The article contains the information and brief analysis of peculiar features of nursing qualifying system in the USA. In contradistinction to nurse condition in Ukraine, the American nurses have much more professional duties and, accordingly, another qualifying system.

Вступ. Теперішній час не дарма називають часом глобалізації, яка не може обійти медичну науку та медичну освіту. Певним чином, ці процеси мають відношення до медсестринства та

науку та медичну освіту. Певним чином, ці процеси мають відношення до медсестринства та

©О.В. Олійник, І.Р. Мисула

освіти медичних сестер. Україна з кожним роком все більше інтегрується в систему міжнародного обміну професійними ресурсами. Наша медицина іде по шляху інтеграції з системою охорони здоров'я розвинених країн світу. Значний брак медичних сестер у США та Європі призвів до певного заохочення з боку урядів цих країн до медичних сестер з інших країн працювати там. Диплом медичної сестри України визнають (після перескладання певних іспитів: в деяких країнах із медсестринської спеціальності, а в деяких – тільки з мови) в усьому світі. Проте в роботі медичних сестер кожної країни є свої відмінності, обумовлені, в першу чергу, правовими особливостями країн, в яких вони працюють. Звісно, що медичних сестер в Україні цікавлять ці особливості.

Основна частина. На погляд авторів, головні відмінності в роботі медичних сестер в США та в Україні обумовлені, в першу чергу, різними системами охорони здоров'я в США та в Україні. Система охорони здоров'я США має приватний характер, українська – державний. Добре розвинена правова система захисту особи в США є причиною величезних прав, які має пацієнт у цій країні. Права пацієнта обумовлені в США кодексом, який має назву HIPPA. Виникнення цього закону було обумовлено тим, що страхові компанії США дізнавались через медичних працівників про стан здоров'я пацієнтів, та у випадку серйозної патології відмовлялись укладати договір про страхування. Тому все, що стосується лікування пацієнта, є таємницею. В медичних документах замість прізвища хворого часто використовують спеціальний номер, який йому надали в лікувальному закладі. Невелика помилка медичного працівника може бути причиною позову до суду та відповідного суворого покарання. Позиви подають як на лікарів, так і на медсестер. Значну частину своєї лікарської відповідальності лікарі у США перекладають на медичних сестер. Зокрема, медична сестра в США контролює призначення лікаря. Велика частина робочого часу медичної сестри у США витрачається на роздачу ліків та контроль за цим процесом. Автори статті спостерігали за процесом роздачі ліків в кількох великих шпиталях США. Як правило, лікарське призначення попадає у відділ фармації, який найчастіше знаходиться на першому поверсі лікарні. У цьо-

му відділі ліки, призначені для кожного пацієнта, складають в ємкості з шифром пацієнта. Цю роботу часто виконують автомати. Потім ліки за допомогою спеціальної системи, найчастіше теж автоматичної, транспортуються у відділення. У лікарні м. Спартенбурга, де була наша делегація, це роблять роботи. Робот з ліками іде по коридорах з одного поверху на інший. Якщо йому заважають, він може попросити відійти в бік. Медичні сестри виймають з роботи ліки та видають їх хворим. Найчастіше перед видачею медична сестра спеціальним сканером сканує назву медикамента, його дозу, свій код. Таким чином відбувається контроль за видачею лікарського засобу та його дозою. Медична сестра при цьому контролює роботу лікаря. У випадку помилки лікаря вона відмінює призначення та має повідомити про це адміністрацію. В разі, якщо вона цього не зробить, вся відповідальність за неправильне призначення падає на медсестру.

Медичні сестри в США часто виконують функції, які в Україні відведені лікарям. Тому кваліфікаційна система медичних сестер в США інша від української. Кожна категорія медичних сестер в США має свої права та обов'язки. Найнижчим ступенем медичної сестри є Licensed Practical Nurse (LPN), так звана ліцензована медична сестра. Її функції дещо відрізняються в різних штатах та дуже подібні до таких в української медичної сестри, хоча вона не має права переливати кров. Щоб стати Licensed Practical Nurse, необхідно навчатись один рік. Для роботи в якості Licensed Practical Nurse необхідно скласти спеціальний кваліфікаційний іспит.

Наступний ступінь в кваліфікаційній шкалі американських медичних сестер – Associate Degree in Nursing. Щоб стати Associate Degree in Nursing, необхідно навчатись 2-3 роки. Обов'язки цієї медичної сестри подібні до таких в української медичної сестри: роздавання ліків, контроль правильності призначення та дозування їх, призначення та виконання головних методів обстеження, їх контроль та доповідь лікарю в разі встановлення значних патологічних змін.

Ще вищий ступінь американського медсестринства – це медична сестра бакалавр – nurse bachelor. Якщо для того, щоб стати Associate Degree in Nursing, необхідно вчитись 2-3 роки,

щоб дістати звання nurse bachelor – 4. Функції медсестри бакалавра подібні до таких у Associate Degree in Nursing, але в неї значно більші можливості кар'єрного росту, зокрема їх призначають менеджерами медичних сестер відділень. Медсестра-бакалавр самостійно збирає скарги, анамнез, проводить об'єктивне обстеження, виставляє медсестринський діагноз. Для того, щоб отримати дозвіл працювати з пацієнтами, медсестри Associate Degree in Nursing та Bachelor Degree in Nursing мають скласти кваліфікаційний іспит NCLEX [1, 2]. При бажанні медична сестра з нашим дипломом має право складати цей іспит. Після складення цього іспиту медсестра дістає звання registered nurse.

Наступний ступінь – практикуюча медсестра – nurse-practitioner. Функції останньої наближаються до таких у лікаря. Щоб стати nurse-practitioner, медсестра бакалавр має навчатись ще 2 роки. Nurse-practitioner самостійно обстежує хворого, при необхідності може коригувати лікарські призначення.

Nurse master degree – медсестра ще вищої кваліфікації. Щоб отримати цей ступінь, необхідно навчатись ще 2 роки. Nurse master degree викладають в медсестринських школах. Функції nurse master degree, за умови якщо вона ще є і nurse-practitioner, мало чим відрізняються від

лікарських. Така медсестра сама виставляє медичний діагноз та призначає лікування. Анестезистка- master degree сама проводить наркози (ендотрахеальні з інтубацією теж).

Останній найвищий ступінь – Nurse doctor degree. Цей ступінь подібний, можливо, до звання кандидата наук в Україні. Як правило, медсестри з такою освітою (це вища медична освіта) викладають в медсестринських школах.

Таким чином, функції та права у медичних сестер в США суттєво відрізняються від таких в їх українських колег. Ймовірно, що причиною цього є тривала боротьба американських медсестер за свої права, а також факт, що чітке розмежування прав та обов'язків між лікарем та медсестрою полегшує можливість виправдання в разі, якщо хворий подає на медпрацівника судовий позов. Крім того, заробітна плата американських медичних сестер значно залежить від кваліфікаційного ступеня.

Висновки: 1. Права та обов'язки медичних сестер в США та в Україні значно відрізняються за об'ємом.

2. Кваліфікаційна система медичної сестри в США має такі кваліфікаційні ступені: Associate Degree in Nursing, Bachelor Degree in Nursing, Registered nurse, Nurse-practitioner, Nurse master degree, Nurse doctor degree та значно відрізняється від такої в Україні.

Література

1. Ліщенко Н.О. Кредит-година в американській системі вищої освіти// Медична освіта.- 2006.- № 2.- С. 52-54.

2. Усинська О.С. NCLEX – ліцензійний іспит для медичних сестер в США// Медична освіта.- 2006.- № 2.- С. 66-68.

УДК 612.67:371.133

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ОСНОВ GERONTOLOGII У СВІТЛІ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАСАД БОЛОНСЬКОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ

О.В. Давидович, Л.А. Стаднюк, В.Ю. Приходько, В.В. Чайковська,
Н.Я. Давидович, Н.О. Масленікова

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,
Інститут геронтології АМН України, Київ*

TEACHING OF GERIATRICS BASIC DURING IMPLEMENTATION OF BOLOGNA EDUCATIONAL SYSTEM

O.V. Davydovych, L.A. Stadnyuk, V.Yu. Prykhodko, V.V. Chaykovska,
N.Ya. Davydovych, N.O. Maslyenikova

*National Medical Academy of Post-Graduate Education by P.L. Shupyk,
Institute of Gerontology of Ukrainian Academy of Medical Sciences, Kyiv*

У статті дано характеристику методики викладання основ геронтології і гериатрії у Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. Для кращого засвоєння матеріалу використовується метод комп'ютерного навчання.

In this article we describe the process of geriatrics and gerontology teaching in National Medical Academy for Post-Graduate Education by P.L. Shupyk. We use computer-based learning method for the purpose of better information acception.

Вступ. Болонський процес – це структурне реформування національних систем вищої освіти країн Європи, зміни навчальних програм та інституційних перетворень у вищих навчальних закладах Європи [3, 4, 5]. До 2010 року планується створити єдиний європейський навчальний та науковий простір, що відкриває нові можливості працевлаштування випускникам вищої європейської школи. Тому, щоб вступити в європейську співдружність, нам необхідно привести у відповідність з європейською вітчизняну школу освіти та науки [1, 2]. Зокрема, у всіх вищих навчальних закладах Європи приділяється велика увага вивченню особливостей перебігу захворювань у людей старших вікових груп, їх соціальному захисту та психологічній адаптації.

Основна частина. Згідно з прогнозом демографічного департаменту ООН у XXI сторіччі передбачається інтенсивне постаріння населення, підвищення кількості осіб, які досягли віку понад 75 років, у загальній кількості людей літнього віку зросте до 27,3 % у 2026 році. Кожна літня людина в середньому має 3-4 хронічних захворювання, потребує постійного амбулаторного нагляду, періодичного стаціонарно-

го лікування, допомоги психіатра та психолога, працівників соціальних служб.

Слід відмітити, що викладання у вищих навчальних закладах освіти основ геронтології є актуальним для всіх європейських держав, оскільки проблеми літніх людей у медико-соціальній допомозі в цих країнах також задовольняються лише частково.

Кафедра терапії і гериатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика розташована на базі Інституту геронтології АМН України. Заняття проводяться у відділеннях вікових змін центральної нервової системи, кардіологічному, післяінсультному, лікування хвороби Паркінсона та змін кісткової системи.

Люди похилого віку вживають до 25-30 % всіх медикаментів, тому при вивченні особливостей перебігу захворювань у цих пацієнтів достатня увага приділяється фармакокінетиці та фармакодинаміці ліків. Відомо, що у людей старшого віку змінюється чутливість різних видів тканин до хімічних речовин. Біотрансформація препаратів залежить від анатомо-фізіологічних, біохімічних, генетичних особливостей, патологічних процесів в організмі, динаміки різних

©О.В. Давидович, Л.А. Стаднюк, В.Ю. Приходько, В.В. Чайковська, Н.Я. Давидович, Н.О. Масленікова

видів обміну речовин – білкового, жирого, вуглеводного, вітамінного. При старінні зменшується швидкість біотрансформації ліків, що пояснюється зменшенням активності ферментів печінки, особливо оксидаз та зменшенням печінкового кровотоку. Для геронтологічних хворих характерним є латентний, малосимптомний перебіг захворювань. Такий же характер мають і реакції взаємодії різних медикаментів. Тому, з урахуванням особливостей організму людей похилого віку, потрібно дуже обережно призначати комбіновану медикаментозну терапію. Всі ці аспекти висвітлюються в лекційному матеріалі та на практичних заняттях.

Одним з найпоширеніших захворювань людей старших вікових груп є атеросклероз. Ця хвороба, вражаючи серцево-судинну систему організму, спричинює зниження здатності до запам'ятовування, інтелектуально-мнестичних функцій, досягаючи ступеня деменцій, появу астено-депресивних синдромів. На базі відділення вікових змін нервової системи лікарі знайомляться з пацієнтами з хворобою Альцгеймера, вчать діагностувати ранні ознаки захворювання та методів її профілактики.

Ураження серцево-судинної системи при атеросклерозі сприяє розвитку артеріальної гіпертензії, викликає порушення серцевого ритму та провідності, тому успішне лікування людей похилого віку є серйозною кардіологічною проблемою. З метою попередження гострих ішемічних порушень, зменшення кількості інфарктів

та інсультів у старших вікових групах призначають статини, фібрати, препарати нікотинової кислоти, антагоністи кальцієвих каналів, медикаменти, що покращують метаболізм у міокарді, та ангіопротектори.

На базі післяінсультного відділення розміщено сучасне обладнання (електроенцефалографи, реоенцефалографи, проводиться доплерографія судин головного мозку), що дозволяє вчасно діагностувати порушення гемодинаміки мозку, а в разі виникнення захворювання успішно пройти реабілітаційне лікування (працюють масажисти, лікарі-логопеди, лікарі лікувальної фізкультури). Питанням, яке заслуговує на особливу увагу, є лікування і профілактика остеопорозу та ушкоджень кісткового апарату у людей старечого віку. На кафедрі вивчаються препарати, які покращують структуру кісткової та хрящової тканини (структур, мукосат, терафлекс, глюкозаміни, цель Т, дискус-композитум, кальцій Д3 нікомед, кальціум з вітаміном Д та ін.).

Для закріплення набутих знань курсанти використовують 15 комп'ютерів, на яких систематично вивчають програмний матеріал.

Висновок. Проводячи структурне реформування вищої медичної системи освіти в єдиний науковий медичний простір, необхідно приділяти достатню увагу особливостям перебігу, діагностики та лікування захворювань у людей похилого віку, сприяти їх соціальному захисту та збільшенню тривалості життя. Це завдання є спільним і актуальним для всіх європейських країн.

Література

1. Болонський процес у фактах та документах / Упорядники М.Ф. Степко, Я.Я. Болюбаш, 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: Богдан, 2004. - 384 с.
3. Підаєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. - Одеса: Одес. держ. 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' education programs. A WFWE position paper. Med. Educ. 1998. - 32. - P. 549-558.

УДК 614.2:362.6

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ГЕРІАТРИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ, СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ТА ВОЛОНТЕРІВ

Л.А. Стаднюк, В.В. Чайковська*, О.В. Давидович,
Н.А. Хаджинова*, Н.Я. Давидович

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,
Інститут геронтології АМН України, Київ

CURRENT STATUS AND FUTURE TRENDS OF GERIATRIC TRAINING FOR DOCTORS, PARAMEDICAL PERSONNEL AND VOLUNTEERS

L.A. Stadnyuk, V.V. Chaykovska*, O.V. Davydovych,
N.A. Hadzhinova*, N.Ja. Davydovych

*National Medical Academy of Post-Graduate Education by P.L. Shupyk,
Institute Ya Gerontology of Ukrainian Academy of Medical Sciences

У статті наведені дані про сучасні напрямки оптимізації системи геріатричної підготовки кадрів для медико-соціальної допомоги людям літнього віку з використанням багаторівневої, мультидисциплінарної системи навчання.

Data about modern directions of system of personnel geriatric training optimization with use of multi-level, multi-disciplinary system of education for medical social assistance to the elderly people are cited in this article.

Вступ. Сьогодні, коли реформування системи охорони здоров'я України проходить в умовах загальної економічної скрути та швидкого постаріння населення, оптимізація організації та функціонування ПЛПД на засадах сімейної медицини відкриває можливості для маневрування силами і засобами на головних напрямках організації медико-соціальної допомоги населенню літнього віку. Одним з головних чинників розвитку і ефективного функціонування ПЛПД населенню поряд з адекватним фінансуванням, стандартизацією геріатричних послуг і механізмів взаємодії структур є відповідний рівень підготовки з геріатрії і психологічної адаптації усіх, хто працює у цій сфері (лікарі, середній та молодший медичний персонал, соціальні працівники, волонтери та інші).

Основна частина. На сьогодні об'єм та рівень знань з геронтології і геріатрії, які отримують студенти медичних навчальних закладів усіх рівнів акредитації, залишаються незадовільними. Як і у більшості країн Європи, студенти-медики в Україні закінчують навчання без спеціального обов'язкового курсу з геронтології і геріатрії, що суттєво обмежує їх професійні можливості у майбут-

ньому. Розширення обсягу геріатричної допомоги здійснюється значною мірою за рахунок зростання їх обслуговування середнім медичним персоналом. Разом з цим, для проведення геріатричної підготовки середнього та молодшого медичного персоналу, на даний час відсутні стандартизовані програми і серйозною проблемою кадрового укомплектування геріатричних закладів є нестача дипломованих з геріатрії середніх медичних працівників. Поряд з цільовою освітою медичних сестер і фельдшерів, ця ситуація може бути частково вирішена і за рахунок менш тривалої та більш дешевої підготовки допоміжного персоналу: так званих помічників медичних сестер, робітників соціальної допомоги.

Потребує активізації геронтологічна освіта серед організаторів волонтерства у вигляді семінарів, тренінгів, університетів третього віку, програм навчання само- і взаємодопомоги.

Таким чином, наявні недоліки у системі підготовки медичних і соціальних кадрів призводять до нерационального використання наявних, і так вкрай обмежених, фінансових ресурсів та кадрових потенціалів державних та недержавних структур.

©Л.А. Стаднюк, В.В. Чайковська*, О.В. Давидович, Н.А. Хаджинова*, Н.Я. Давидович

Пріоритетними напрямками оптимізації підготовки медичних працівників, а також різних груп населення з питань геронтології і геріатрії в Україні можуть бути такі. По-перше, це розширення геріатричної післядипломної мультидисциплінарної підготовки лікаря загальної практики-сімейної медицини з урахуванням сучасних європейських вимог на засадах Болонської системи освіти.

У цьому контексті слід відзначити, що лікар загальної практики - сімейної медицини є, заз-

вичай, геріатром першого рівня і забезпечує надання кваліфікованої первинної лікувально-профілактичної допомоги прикріпленому за сімейно-територіальним принципом населенню в обсязі кваліфікаційної характеристики лікаря із спеціальності "Загальна практика - сімейна медицина" в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу та вдома.

Щорічні потреби у підготовці персоналу (дані по 21 області України), який надає допомогу людям літнього віку, достатньо високі (табл. 1).

Таблиця 1. Щорічна потреба у підвищенні геріатричної кваліфікації

№	Спеціалісти	Кількість
1	Лікарі	170
2	Середній медперсонал	332
3	Керівники волонтерських груп	336

Стосовно форми проведення підготовки з геріатрії (стаціонарної або виїзної), то з 18 керівників охорони здоров'я населення регіонів, які відповіли на це запитання, 14 віддають свою перевагу виїзним циклам.

В даний час в областях необхідно підготувати 332 лікарів-геріатрів, які забезпечать механізми тісної співпраці сімейних лікарів і інших державних і недержавних структур геріатричного профілю.

Для вирішення вищевказаних питань стандартизованої геріатричної підготовки кадрів для системи медико-соціальної допомоги людям літнього віку у 2005 році в Україні був створений Державний навчально-методичний геріатричний центр (ДНМГЦ) як підрозділ НМАПО імені П.Л. Шупика на базі Інституту геронтології АМН України.

Основним завданням ДНМГЦ є стандартизація і координація до- та післядипломної геріатричної підготовки медичних і соціальних працівників, а також волонтерів для системи медико-соціальної допомоги людям літнього віку. Таким чином, робота ДНМГЦ у поєднанні з геріатричною підготовкою лікарів на кафедрі терапії і геріатрії (опорної з геріатрії по МОЗ України) цієї ж Академії створюють сприятливі умови для розробки і впровадження єдиної системи багаторівневої геріатричної підготовки.

Діяльність Центру ліцензована. Разом з державними, релігійними і громадськими організаціями ДНМГЦ розробляє і впроваджує стандар-

тизовані мультидисциплінарні програми підготовки з геріатрії викладачів, медичних і соціальних працівників, волонтерів, воїнів альтернативної служби, а також програми фізичної і психологічної реабілітації для людей старших вікових груп (програми передпенсійної підготовки, університети третього віку, школи здоров'я тощо) і для працівників системи медико-соціальної геріатричної допомоги. ДНМГЦ проводить факультативні курси навчання з актуальних питань геронтології і геріатрії для студентів навчальних закладів різних рівнів акредитації. Розроблені навчальні плани та програми циклів тематичного удосконалення "Актуальні питання геронтології і геріатрії", "Мультидисциплінарна командна робота у системі медико-соціальної допомоги людям літнього віку", "Актуальні питання геронтопсихіатрії" та "Догляд та реабілітація в сім'ї хворих на хворобу Альцгеймера", "Підготовки волонтерів по роботі з населенням літнього віку".

Крім того, ДНМГЦ розпочав роботу щодо розробки програм для навчання персоналу з питань паліативної допомоги.

Запропоновані програми навчання включають в себе лекції, семінари, практичні заняття. Крім того, використовуються оригінальні ситуаційні навчальні та тестові комп'ютерні програми, рольові ділові ігри за клінічними випадками, супервізія.

Цикли розраховані на 2 - 4 тижні (78 - 156 годин) і забезпечують одночасну підготовку в

групах лікарів і середнього медичного персоналу, керівників геріатричних закладів, соціологів, психологів, соціальних працівників різного рівня, організаторів волонтерського руху.

Висновок. Важливим аспектом підвищення ефективності і доступності геріатричної підго-

товки є проведення навчання на базах геріатричних установ різного рівня та підпорядкованості. Так, ДНМГЦ проводить навчання у госпіталях інвалідів війни, центрах медико-соціальної реабілітації людей літнього віку тощо.

УДК 378.1. 616-053.2 (076.5)

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСВОЄННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ПРИ ВИВЧЕННІ ОПЕРАТИВНОЇ ХІРУРГІЇ ТА ТОПОГРАФІЧНОЇ АНАТОМІЇ

М.С. Гнатюк, Ю.О. Данилевич, Р.М. Гнатюк, О.Б. Слабий, М.Ф. Ковальчук, П.І. Шев'як

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

PECULIARITIES OF PRACTICAL SKILLS MASTERING DURING STUDY OF OPERATIVE SURGERY AND TOPOGRAPHICAL ANATOMY

M.S. Hnatyuk, Yu.O. Danylevych, R.M. Hnatyuk, O.B. Slaby, M.F. Kovalchuk, P.I. Shevyak

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Практичні навички відіграють важливу роль у доповненні та розкритті навчальної програми, глибшому осмисленні та розумінні завдань навчального предмета і формуванні майбутнього лікаря. Для адекватного та повноцінного засвоєння практичних навичок з оперативної хірургії та топографічної анатомії необхідно враховувати психофізіологічні особливості студентів, тобто право- і ліворукість і створювати останнім відповідні конкретні умови для адекватного виконання практичної роботи.

Practical skills are important in supplement and opening of curriculum, deeper comprehension of educational subject tasks and future doctor forming. It is necessary to take into account the psychophysiological features of students (right- and left-handed individuals) to create the proper specific conditions for adequate and valuable mastering of operative surgery and topographical anatomy practical skills.

Вступ. Глобальні трансформації, які відбуваються у нашому суспільстві, зумовлюють загальну потребу суттєвих техногенних змін в освіті. Сьогодні на перший план виступає пошук нових технологій навчання, які суттєво прискорять підготовку висококваліфікованих спеціалістів з якісно новим ступенем знань [1, 2].

Оперативна хірургія і топографічна анатомія – важливий предмет в системі вищої медичної освіти і є перехідною дисципліною від теорії до практики. Оперативна хірургія та топографічна анатомія не обмежується тільки топографо-анатомічним препаруванням та вивченням по-

шарової будови ділянок людського тіла. Велике значення при освоєнні названого предмета надається практичним навичкам, якими зобов'язаний володіти лікар загальної практики. При цьому студенти повинні засвоїти цілу низку практичних навичок, які допоможуть виконувати найбільш вживані лікарські маніпуляції. Необхідно зазначити, що опанування практичними навичками пов'язане із запитом клініки. Засвоєння основ практичних навичок розширює кругозір майбутнього лікаря, опанування ними сприятиме своєчасному і грамотному наданню невідкладної допомоги в екстремальних ситуа-

©М.С. Гнатюк, Ю.О. Данилевич, Р.М. Гнатюк, О.Б. Слабий, М.Ф. Ковальчук, П.І. Шев'як

ціях [3, 4]. Відомо також, що для досягнення максимального ефекту від вивчення будь-якої медичної дисципліни необхідно, щоб студенти не тільки отримували глибокі теоретичні знання, але й істотно вдосконалювали практичні навички [5, 6]. Адекватне засвоєння практичних навичок інтенсифікує засвоєння матеріалу, стимулює цікавість до предмета і викликає активну діяльність мислення [7]. На кожному практичному занятті з оперативної хірургії та топографічної анатомії студенти медичного та стоматологічного факультетів виконують практичну роботу: роз'єднання та з'єднання тканин, трахеотомія і трахеостомія, підокісна резекція ребра, торакотомія, лапаротомія та ін. Спостереження за роботою студентів виявили, що вони по-різному освоюють практичні навички. Одні з них, починаючи з 2-3-го практичних занять, впевнено та вміло виконують оперативні втручання, іншими практичні навички засвоюються важче.

Враховуючи написане, завданням даної роботи стало вивчення особливостей засвоєння практичних навичок з оперативної хірургії та топографічної анатомії в залежності від ведучої руки студента ("правші", "лівші").

Основна частина. Для оцінки ефективності засвоєння практичних навичок з оперативної хірургії та топографічної анатомії проводили педагогічний експеримент у 12 академічних групах, які були розділені на 2 підгрупи. У 1-шу підгрупу входили праворукі студенти, у 2-гу – студенти, в яких домінувала ліва рука ("лівші"). Для визначення право- або ліворукості ми використали Луганський сенсibilізований опитувальник для визначення ліворукості у дітей [8, 9]. Взяли участь у названому експерименті 108 студентів, серед яких за результатами опитування праворуких виявилось 90 студентів (83,3 %), а ліворуких – 18 (16,7 %). Оцінювали засвоєння практичних навичок на 6-му практичному занятті за 5-бальною системою. При цьому бралися до уваги такі практичні навички:

1. Обробка та ізоляція стерильними матеріалами операційного поля.
2. Роз'єднання м'яких тканин.
3. З'єднання м'яких тканин.
4. Тимчасова і кінцева зупинки кровотечі в операційній рані.
5. Виконання трахеотомії, трахеостомії та трахеоцентезу на експериментальній тварині.

У досліджуваних підгрупах студентів аналізували питому вагу відмінних, добрих, задовільних та незадовільних оцінок, а також результати анонімного анкетування студентів.

Аналіз отриманих даних показав, що існує різниця в засвоєнні практичних навичок з оперативної хірургії та топографічної анатомії у досліджуваних підгрупах студентів. При цьому встановлено, що середній бал за виконання перерахованих практичних навичок у праворуких студентів в середньому на 0,18 виявився вищим, порівняно з ліворукими. У 1-й підгрупі спостережень питома вага відмінних оцінок була на 5,7 % більша, порівняно з 2-ю підгрупою. Аналогічний показник добрих оцінок у попередніх студентів виявився вищим на 6,4 %, а кількість негативних оцінок у них була меншою на 4,7 %. Описане свідчить, що "правші" швидше та ефективніше засвоюють практичні навички з оперативної хірургії та топографічної анатомії.

За даними анкетування виявлено, що для кращого засвоєння практичних навичок ліворуким студентам необхідно створювати відповідні умови: конкретне розміщення біля експериментальної тварини або фізичного тіла, подача та відповідна підготовка хірургічного інструментарію для них. Дійсно, після проведеного анкетування, враховуючи побажання "лівшів" при виконанні деяких практичних навичок ("Роз'єднання та з'єднання тканин", "Тимчасова і кінцева зупинка кровотечі в операційній рані"), результати оцінювання та засвоєння їх суттєво покращилися.

Сучасна педагогіка усе частіше звертає увагу на особливості навчання та якості засвоєння навчальних предметів у праворуких та ліворуких [10]. При цьому відомо, що психологічні відмінності право- та ліворуких обумовлені різними функціями лівої та правої півкуль головного мозку. Так, ліва півкуля головного мозку, що домінує у праворуких, відповідає за використання абстрактно-знакової інформації (читання, рахунки, мова), за властивість адекватно аналізувати предмети та явища, роз'єднувати їх на окремі елементи і складати логічні ланцюжки. Права півкуля головного мозку, що домінує у ліворуких, замість вказаного аналізу більш схильна до узагальнення та синтезу, забезпечуючи цілісність сприйняття. Безумовно обидві півкулі головного мозку функціонують

в тісному взаємозв'язку, проте вказане домінування однієї з них зумовлюють тип мислення людини, визначаючи її характер, ступінь невротизації, швидкість мислення, пам'ять, властивість зосередитись та інші психофізіологічні властивості [10, 11]. Ліворукі більш вразливі, збудливі, чутливі, відповідальні, але часто невпевнені у собі, піддаються різким змінам емоцій, схильні до коливань настрою від ейфорії до песимізму та зриву [9, 11].

Отримані результати проведеного педагогічного експерименту та проаналізовані дані літератури свідчать, що для ефективного, адекватного засвоєння практичних навичок з оперативної хірургії та топографічної анатомії необхідно враховувати психофізіологічні особливості студентів, тобто право- чи ліворукість. При цьому обов'язково потрібно звертати увагу на "лівшів" і створювати для них певні конкретні умови для

виконання та повноцінного засвоєння практичних навичок, оскільки останні суттєво доповнюють та розвивають найважливіші питання навчальної програми, допомагають ширше осмислити і правильно зрозуміти завдання даного навчального предмета, що створює адекватні умови для формування майбутнього лікаря.

Висновок. Отримані результати проведеного дослідження свідчать, що для ефективного та повноцінного засвоєння практичних навичок з оперативної хірургії та топографічної анатомії необхідно враховувати психофізіологічні особливості студентів, тобто право- і ліворукість і створювати останнім відповідні конкретні умови для виконання практичної роботи. В майбутньому подальше вивчення психофізіологічних особливостей студентів та врахування їх при виконанні практичних навичок допоможе краще опанувати та засвоювати їх.

Література

1. Ахтемійчук Ю.Т., Пішак В.П., Слободян О.М. Практичні навички з оперативної хірургії. - Чернівці: Місто, 2005. - 152 с.
2. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров'я та обґрунтування перспектив розвитку вищої медичної освіти в Україні // Медична освіта. - 1999. - № 1. - С. 6.
3. Гнатюк М.С., Дзюбановський І.Я. Ефективність використання навчальних фільмів у педагогічному процесі на морфологічних кафедрах // Медична освіта. - 2000. - № 2. - С. 33-36.
4. Ковальчук Л.Я. Основні тенденції розвитку світової вищої школи. Впровадження сучасних технологій у навчальний процес Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського: досягнення і перспективи // Медична освіта. - 2000. - № 2. - С. 5.
5. Марценковская И.И., Кузнецов Ю.М., Бикшаева Я.Б. Некоторые механизмы формирования дезадап-

тивного поведения у леворуких школьников // Архив психиатрии. - 1997. - № 12-13. - С. 122-124.

6. Попович Ю.Л., Діамантопуло К.О. Техніка хірургічних операцій. - Івано-Франківськ, 2005. - 348 с.

7. Синяк К.М., Давиденко О.С., Касьяненко Т.И. Методологические аспекты преподавания эпидемиологии // Врач. дело. - 1998. - № 8. - С. 112-118.

8. Смірнова О.А. Таємниця рукості // Гуманітарні науки. - 2001. - № 2. - С. 105-109.

9. Чуприков А.П., Волков Е.А. Проблема леворукості. - Николаев: Атолл, 2004. - 88 с.

10. Чуприков А.П., Гнатюк Р.М. Підготовка ліворукої дитини до письма. - Київ: Редакція освітницьких видань, 2003. - 32 с.

11. Fliescher W., Barz I. Wortbildung der deutschen Gegenwartssprache. - Tubingen: Max Neimeyer Verlag. - 1995. - 382 s.

УДК 378

ІННОВАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ У СИСТЕМІ ОСВІТИ

С.В. Врублевська

Запорізький державний медичний університет

INNOVATION PROCESSES IN THE SYSTEM OF EDUCATION

S.V. Vrublevska

Zaporizhyan State Medical University

У статті узагальнено світовий досвід нових сучасних технологій навчання. Показано їх переваги та особливості використання в умовах вітчизняної освітньої системи. Вказується на необхідність переходу на інтерактивні методи, застосування комп'ютерних технологій як у процесі підготовки, так і контролю знань. Все це є складовою формування єдиної загальноєвропейської системи вищої освіти.

The international experience of new modern technologies of education has been summarized in the article. Their advantages and peculiarities of application in the conditions of Ukrainian educational system have been shown. It is pointed to the necessity of transition to interactive methods, application of computer technologies both in the process of training and knowledge control. The above-mentioned is the part of formation of European system of higher education.

Останні п'ять років європейське освітнє співтовариство живе під знаком Болонського процесу. Його суть – формування єдиної загальноєвропейської системи вищої освіти, названої Зонаю європейської вищої освіти, яка ґрунтується на спільності фундаментальних принципів функціонування. Завдяки цим перебудовам студенти з дипломом вищої освіти, отриманим в Україні, матимуть можливість працювати у будь-якій країні Європи.

Європейські вищі навчальні заклади, підтримуючи принципи Болонської декларації, зобов'язалися до кінця десятиліття створити єдину Зону європейської вищої освіти. Для успішного виконання цієї мети було засновано Асоціацію європейських університетів (EUA, 30.04.2001). Основні принципи роботи Асоціації:

1. Автономія з відповідальністю: кожний університет має право формувати свою стратегію, вибирати свої пріоритети в навчанні і проведенні наукових досліджень, витратити свої ресурси, профілювати свої програми і встановлювати критерії для прийому професорів і студентів. Проте для створення умов для співробітництва вони повинні мати єдину систему фінансового і адміністративного контролю, який буде здійснювати Асоціація європейських університетів.

2. Освіта як відповідальність перед суспільством. Освіту повинні отримувати ті люди, які

зможуть використати отримані знання для розвитку суспільства.

3. Розвиток вищої освіти повинен будуватися на результатах наукових досліджень, які базуються на принципах доказової науки. Створення Зони європейської вищої освіти повинно відбуватися одночасно із створенням Зони європейських наукових досліджень.

4. Організація диверсифікації – єдиної системи оцінки знань студентів у всіх європейських вищих навчальних закладах, яку забезпечує кредитно-модульна система.

Метою процесу реформування вищої освіти є корінна перебудова національної системи освіти на нових методологічних засадах, відповідно до вимог Болонської декларації, з урахуванням досягнень сучасного світового рівня та збереженні кращих науково-освітніх традицій української системи освіти.

Інтенсивне реформування освіти в Україні вимагає трансформування освітнього процесу шляхом пошуків нових більш ефективних засобів викладання матеріалу на гуманістичних засадах. Одним із виявів такого трансформування є інноваційні педагогічні технології, що передбачають якісно нові перетворення як педагогічного процесу в цілому, так і його складових, і сприяють істотному підвищенню його ефективності.

Однак, незважаючи на широке розповсюдження понять "педагогічна інновація", "інновацій-

ний процес" і багатьох близьких за значенням термінів, таких, як "новація", "новизна", "нововведення", "нове", "новаторство", єдиних, загальних визначень цих понять немає.

Зокрема, педагогічні інновації розуміють:

– **як процес.** "Педагогічні інновації – це процеси оновлення (або вдосконалення) теорії та практики освіти" (Л.І. Максименко); "Педагогічні інновації – це творчі заміни тих чи інших застарілих форм, методів, принципів, структур новими" (В. Онищенко);

– **як результат.** "Педагогічні інновації - це результат творчого пошуку оригінальних, нестандартних рішень різноманітних педагогічних проблем" (О.В. Химинець);

– **як продукт** "прямий" або "побічний" (В.Ф. Паламарчук);

– **як фактор.** "Інновації виступають провідним фактором розвитку освіти" (Е.Д. Дніпров);

– **як синонім творчості.** "...творчество и инновация вообще синонимичны" (М. Поташник, В. Загвязинський);

– **як форми організації та види технологій.** "Інновації - ... нові форми організації праці та управління, нові види технологій" (В. Золотогоров);

– **як ідеї і процеси, засоби, результати, взяті в єдності.** "Інновації не можуть бути зведені до створення засобів. Інновації - це й ідеї, і процеси, і засоби, і результати, взяті в єдності якісного вдосконалення педагогічної системи" (І. Підласий).

Однак, незважаючи на різноманітність формулювань, визначень поняття "інновація", можна виділити його певний інваріант – "нове", "новизна", "якісно нове".

На наш погляд, один з засобів вирішення проблеми послідовності реформування сучасної освіти в Україні є введення **інноваційних технологій навчання**.

Освітні нововведення (новоутворення, новації) є продуктами інноваційної діяльності, які за мету мають допомогти позитивно змінити як систему освіти взагалі, так і компоненти зокрема, але для впровадження їх треба дотримуватись соціально-педагогічних, організаційно-педагогічних і психолого-педагогічних умов.

Якщо традиційна система навчання виходила з того, що викладач повинен навчати студента (студент – об'єкт навчання), то нова педагогіка співтворчості (студент – суб'єкт) з самого початку виходить з того, що студент може

діяти свідомо і цілеспрямовано, засвоювати знання, вміння і навички самостійно. Вищий навчальний заклад повинен створити студенту всі умови, необхідні для успішної самостійної навчальної праці, а також надавати йому потрібні для цього методичні засоби (навчальну літературу, лабораторне обладнання й устаткування, електронно-обчислювальну техніку тощо).

Для того, щоб зробити навчальну інформацію швидко- і легкодоступною, кожна кафедра вищого навчального закладу повинна мати свій сайт в міжнародній мережі "Інтернет", який містить лекції, методичні розробки і навчальні посібники, збірники навчальних тестів початкового, проміжного і кінцевого рівнів.

Сьогодні діяльність викладача потребує розвитку різних форм співробітництва, як внутрішніх, так і зовнішніх. Внутрішнє співробітництво – це, насамперед, впровадження різноманітних сучасних освітніх технологій, а зовнішнє співробітництво – це пошук додаткових форм партнерських відносин (з фірмами, підприємствами різних форм власності, службами зайнятості, іншими соціальними партнерами). Таким чином, якісні зміни в освітніх процесах спрямовані на підготовку фахівців нової генерації, здатних постійно удосконалювати професійну мобільність за допомогою використання сучасних технологій навчання.

Саме інновації виступають провідним фактором розвитку освіти, а їх впровадження – предметом систематичної і цілеспрямованої діяльності.

Отже, необхідним є введення в навчальний процес таких моделей навчання, які органічно поєднуються із традиційними формами та методами, легко застосовуються на різних етапах уроку.

Розв'язання поставленої задачі – **завдання інтерактивних технологій**, що передбачають навчальний процес за умови активної взаємодії всіх студентів у ході заняття в малих групах, де відбувається розподіл ролей, чітке виконання обов'язків учасників.

Термін "інтерактивний" (з англійської *inter* – взаємний, *akt* – діяти) означає здатний до взаємних дій, діалогу. Інтерактивне навчання (за О. Пометун) – це спеціальна форма організації пізнавальної діяльності студентів, яка має на меті створення комфортних умов навчання, за яких кожний студент відчуває свою успішність, інтелектуальну спроможність. Це співнавчання, взаємонавчання, де і студент, і

викладач є рівноправними, рівнозначними суб'єктами навчання, розуміють, що вони роблять, рефлексують із приводу того, що вони знають, уміють і здійснюють.

Алгоритм роботи викладача при проведенні інтерактивного заняття:

- визначення доцільності використання інтерактивних прийомів саме на цьому занятті;
- ретельний відбір та аналіз навчального матеріалу, в тому числі й додаткового (тести, приклади, ситуації, завдання для груп тощо);
- планування заняття – етапи, хронометраж, орієнтовний поділ на групи, ролі учасників, запитання на можливі відповіді;
- вироблення критеріїв оцінювання ефективності роботи груп, заняття;
- мотивація навчальної діяльності шляхом створення проблемної ситуації, наведення цікавих фактів тощо;
- забезпечення розуміння студентами змісту їхньої діяльності та формування очікуваних результатів під час оголошення, представлення теми;
- надання студентам необхідної інформації для виконання практичних завдань за мінімально короткий час;
- забезпечення засвоєння навчального матеріалу студентами шляхом інтерактивної вправи (на вибір викладача);
- рефлексія (підбиття підсумків) у різних формах – індивідуальна робота, робота в парах, групах, дискусія [7].

Орієнтований розподіл часу між етапами інтерактивного заняття:

- 1) мотивація – 5 %;
- 2) оголошення теми – 5 %;
- 3) інформування студентів – 10 - 15 %;
- 4) інтерактивна вправа – 50 - 60 %;
- 5) рефлексія – 15 - 20 %.

Активні й інтенсивні технології навчання відзначаються інтенсивною подачею матеріалу, активною позицією і самостійністю студентів, постійним самоконтролем і самокорекцією, діалогічністю, проблемністю. Оскільки вони розвивають кращі ідеї традиційного навчання, їх називають сучасними, інноваційними.

Модульні технології навчання. Особливості модульних технологій.

Структура вивчення дисципліни передбачає три системні модулі: базовий, основний і розширений.

Зміст базового модуля складають фундаментальні знання – основні поняття і положення навчальної дисципліни, її наукові методи і система вправ, яка виробляє навички вирішення відповідних завдань.

Зміст основного модуля – вимоги державного стандарту з даної дисципліни.

Розширений модуль складають: додатковий теоретичний матеріал, до якого студент може звернутися для поглибленого вивчення тем; детально розроблені розділи курсу, матеріал яких має задовольнити професійні і творчі запити студента; вправи і завдання дослідницького характеру. Усі три модулі на рівні структурних компонентів містять вправи і завдання, за допомогою яких у студентів виробляються відповідні практичні уміння і навички, а також методи і засоби підсумкового оцінювання рівня засвоєння знань.

Технологія ситуаційного навчання (кейс-метод) [10].

Кейс-метод (метод аналізу ситуацій) на основі використання теоретичних знань дає змогу оволодіти також методологією аналізу ситуації, набути досвіду, чого інші методи не забезпечують.

У процесі роботи за кейс-технологією можна виділити етапи, завдання, методи, форми роботи. Зокрема, виділяються такі етапи роботи:

- "входження" в ситуацію і її розуміння;
- постановка "діагнозу", з'ясування можливих причин проявів "симптомів";
- визначення стратегічних питань і ключових проблем (виявлення справжньої причини);
- вироблення стратегічних альтернатив (пошук варіантів рішень);
- оцінювання і вибір альтернатив (вибір оптимального рішення);
- захист, обґрунтування рішення.

До кожного з цих етапів ставляться відповідні завдання:

- уважно прочитати кейс, ознайомитися з ситуацією;
- виявити проблему, узагальнити і проаналізувати інформацію;
- розвинути гіпотези, уточнити проблеми їхньої ієрархії;
- сформулювати альтернативні рішення;
- оцінити альтернативи, скласти перелік переваг і недоліків кожної з них, визначити альтернативне рішення, якому надається перевага;

- довести продуктивність рішення, обґрунтувати переваги.

Методи роботи:

- опрацювати текст, робити помітки на полях, підкреслювати;

- робити зовнішній аналіз (аналіз тенденцій, аналіз "вузьких місць") і внутрішній аналіз (коєфіцієнтний аналіз, аналіз банкрутства, організаційний аналіз);

- мозковий штурм;

- вивчення і аналіз досвіду, дослідження, творчість, стратегічне планування;

- аналіз дерева рішень, SWOT - аналіз;

- розрахунок результатів реалізації альтернативи і пропозиції щодо контролю за нею; підготовка звіту і презентація результатів аналізу.

На першому етапі навчальної роботи за кейс-технологією використовуються індивідуальні форми роботи; з другого по п'ятий – групові; на шостому етапі – як індивідуальні, так і групові форми роботи. Співвідношення цих форм роботи становить пропорцію 30:50:20.

Для запровадження цього методу потрібна:

– підготовка викладачів;

– розробка зразків "кейсів";

– створення ситуації зацікавленості в кейс-методі студентів.

Технологія повного засвоєння.

На основі підходів американських психологів Дж. Керолла і Б. Блума, досліджень російського ученого В.П. Безпалька була розроблена технологія повного засвоєння. Її вихідним моментом є положення, що всі студенти здатні й повинні засвоїти необхідний навчальний матеріал. Для цього мають бути встановлені критерії засвоєння чи стандарти освіти. Технологія повного засвоєння має такі етапи:

- точне визначення критеріїв засвоєння теми, що фактично є переліком конкретних результатів навчання (мети навчання і визначених рівнів засвоєння, передбачених програмою);

- підготовка перевірочних робіт – тестів;

- поділ навчального матеріалу на окремі фрагменти (навчальні модулі), які є цілісними розділами навчального матеріалу;

- визначення результатів, яких слід досягти в ході навчання, складання поточних перевірочних робіт, що дають змогу переконатися в досягненні мети вивчення кожної навчальної одиниці; основним призначенням поточних тестів є виявлення необхідності корекції навчання;

- вибір методів вивчення матеріалу, складання навчальних завдань;

- вироблення альтернативного додаткового матеріалу та матеріалу для проведення корекції з кожного тестового питання.

Імітаційні технології навчання – технології, що моделюють у навчальному процесі взаємини і умови реального життя.

За допомогою імітаційних технологій навчання можлива компенсація таких недоліків традиційного навчання:

- пасивний характер засвоєння знань більшістю студентів;

- переважно вербальний характер традиційного навчання, яке ефективно лише для тих студентів, у яких розвинуто абстрактне мислення;

- масовість. Викладач працює з усіма студентами (з масою) і з кожним [2, 10].

Ігрові технології навчання.

Навчальні ігри є синтезом релаксопедичних підходів (зняття бар'єрів, психологічної скучності) та імітаційних проблемних ситуацій, зокрема конфліктних, у яких учасники виконують відведені їм соціальні ролі відповідно до поставленої мети. Широко практикуються пізнавальні імітаційні ігри та ігри пошукового характеру, результатом яких повинні бути реальні проекти перетворень, дослідження і висновки зі спірних проблем.

Застосовуються декілька видів ігор:

- організаційно-діяльнісні;

- рольові;

- ділові;

- пізнавально-дидактичні [4].

Організаційно-діяльнісна гра (загальноприйнята абревіатура – ОДГ) передбачає організацію колективної діяльності на основі моделювання змісту навчання у вигляді системи проблемних ситуацій і взаємодії всіх суб'єктів навчання в процесі аналізу даних ситуацій. Завдання керівника гри – зробити групу одиницею навчального процесу, але за умови збереження особистої позиції кожного.

Рольові ігри характеризуються наявністю завдання чи проблеми і розподілом ролей між учасниками для їх вирішення.

Ділові ігри є моделюванням реальних механізмів і процесів. Це форма відтворення предметного і соціального змісту будь-якої реальної діяльності (соціальної, політичної, технічної тощо). Необхідні знання засвоюються учасни-

ками гри в реальному для них процесі інформаційного забезпечення ігрових дій, у формуванні цілісного образу тієї чи іншої реальної ситуації.

Пізнавально-дидактичні ігри створюють ситуації, коли студент залучається у незвичний ігровий контекст.

Найпростішими видами пізнавально-дидактичної гри є:

- копіювання наукових, культурних, соціальних явищ (конкурс знавців, конференція, "Поле чудес" тощо);

- аналіз ділових документів [7].

Дискусія як технологія навчання.

Яке визначення дискусії є прийнятим?

- обговорення-суперечка, зіткнення різних точок зору, позицій, підходів;

- полеміка, цілеспрямоване, емоційне, пристрасне відстоювання своєї вже сформованої і незмінної позиції;

- навчальна праця групи людей, які виконують ролі ведучих та учасників;

- процес спілкування, взаємодія учасників, спрямована на досягнення навчальних цілей, що має відповідну організацію місця й часу роботи;

- жвавий навчальний діалог, коли учасники обмінюються думками один з одним, а не тільки з ведучим-викладачем;

цілеспрямований і упорядкований обмін ідеями, судженнями, думками у групі заради пошуку істини, коли кожний із присутніх по-своєму бере участь в організації цього обміну ідеями.

Проведення навчальних дискусій:

- з викладачем у ролі ведучого ("еволюційна" дискусія);

- зі студентом у ролі ведучого;

- без ведучого (самостійно організована).

Форми дискусій:

- круглий стіл;

- засідання експертної групи;

- форум;

- симпозіум;

- дебати.

Самостійність студентів підвищується з поділом студентської групи на мікрогрупи (по 5-6 осіб) і в результаті організації своєрідного міжгрупового діалогу.

Алгоритм роботи студентської групи за такого способу організації дискусії є таким:

- формулювання проблеми;

- розбивка учасників на мікрогрупи;

- розподіл ролей у мікрогрупах;

- роз'яснення викладачем мети дискусії та правил участі студентів у дискусії;

- обговорення проблеми у мікрогрупах;

- подання результатів обговорення всій студентській групі;

- продовження обговорення і підведення підсумків.

Вимоги до підведення підсумків:

- стислість;

- змістовність;

- відображення всього спектра аргументованих думок [4].

У кінці дискусії загальний підсумок є не лише завершенням роздумів над даними проблемами, а й орієнтиром на подальші роздуми, можливим відправним моментом для переходу до вивчення наступної теми.

Банки аудіовізуального супроводження навчального процесу: переліки таблиць, рентгенплівок, аудіозаписів, відеофільмів, предметів догляду та спостереження, патолого-анатомічних препаратів; шафи з медикаментами, що використовуються для лікування різних нозологічних форм; електронні носії інформації з накопиченим матеріалом, що дозволяє швидко й ефективно використовувати найновіше у процесі навчання.

"Кейс-стаді" – розбір ситуацій, що виникають у професійній діяльності. Клінічні ситуації з їх повним розбором використовують викладачі під час захисту "Історії хвороби пацієнта педіатричного профілю". Вони допомагають оцінити отримані знання, удосконалити систему контролю знань, навичок і вмінь майбутнього медичного працівника.

"Відеотренінг" – відпрацювання мистецтва ділового спілкування в складних ситуаціях, шляхом демонстрації відеозаписів з методикою проведення бесіди педіатра з пацієнтом і подальшим відпрацюванням студентами навичок комунікації у конкретній ситуації один на одному з корекцією дій викладачем [2, 4, 7].

Навчальні тести.

На практичному занятті розгляд теми частіше за все починається з 5-10-хвилинного фронтального експрес-контролю. З цією метою використовуються блоки тестових питань [1].

Комп'ютерні методи контролю знань.

Широке впровадження в спеціальну освіту нових комп'ютерних технологій є загальноцивіліза-

ційною і загальнокультурною вимогою навчального процесу, сприяє його активізації, підвищує якість викладання дисциплін і об'єктивність контролю знань студентів, дає змогу посилити мотивацію навчання. Вміння працювати з комп'ютером – це вимога сьогодення не тільки до пересічного студента, а й до абсолютно всіх викладачів. Комп'ютерні класи повинні стати невід'ємною частиною навчання не тільки на заняттях з інформатики, а й на практичних заняттях базових кабінетів всіх спеціальних дисциплін.

Сучасні інноваційні процеси досить складні й вимагають проведення аналізу закономірностей їхнього розвитку, пошуку критеріїв ефективності, визначення параметрів валідності і надійності інноваційних процедур тощо.

Література

1. Болюбаш Я.Я. Організація навчального процесу у вищих закладах освіти: Методичний посібник. - Київ: ВВП "Компас", 1997. - 65 с.
2. Кобзар О.Б. Дидактична роль нових інформаційних технологій у навчальному процесі вищої медичної школи // Нові технології навчання: Науково-методичний збірник. - Київ, 2002. - Вип. 32. - С. 86-96.
3. Кульчицький К.І. та співавт. Перспективи активізації навчання шляхом впровадження нових інформаційних технологій // Роль вузів у рішенні проблем безперервної освіти і виховання особистості. Третя міжвузівська науково-методична конференція. - Харків, 1994. - С. 34.
4. Мазниченко М. Когнитивные схемы в профессиональной подготовке // Высшее образование России. - 2005. - № 9. - С. 150-154.
5. Минцер О.П. Проблемы информатизации медицинского образования // Клиническая информатика и телемедицина. - 2005. - № 1. - С. 79-83.
6. Носаченко І.М. Інноваційні освітні технології // Проблеми освіти. - 2005. - С. 7-9.
7. Покутня Н.О. Сучасні технології навчання // Організація навчально-виховного процесу. - 2004. - С. 149-179.
8. Болонський процес у фактах і документах (Сорбонна-Болонья-Саламанка-Прага-Берлін) / М.Ф. Степко, Я.Я. Болюбаш, В.Д. Шинкарук і співавт. - Київ-Тернопіль: Збруч, 2003. - 60 с.
9. Шушляпин О.И. Учитель и ученик в медицине // Врач. - 1996. - № 11. - С. 35-36.
10. Шушляпин О.І. Безперервність освіти, виховання і наставництво випускника медичного ВНЗ в контексті його компетентності // Нові технології навчання. - 2005. - С. 19-27.
11. Orfield G. Policy and Equity: a Third of a Century of Educational Reforms in the United States // Prospects. - 1999. - V. 29, № 4 - P. 579-594.
12. Louis K.S. A Light Feeling of Chaos: Educational Reform and Policy in the United States // Daedalus. - 1998. - V. 127.3. - P. 13-39.

Самостійно навчальним або науковим закладам працювати в цьому ключі досить складно. Тому вважаємо, що на державному рівні повинна бути створена гнучка система організації й керування інноваційними процесами в системі освіти зі своєю добре розвинутою інфраструктурою, що здійснювала б фінансову, інформаційну, консалтингову, маркетингову підтримку інноваційних проектів.

В останні роки, коли висока місткість і дешевизна цифрових носіїв надали можливість зберігання великих масивів інформації, за аналогією з медичною галуззю, система освіти теж повинна вирішувати проблему збору, зберігання й обробки множини даних.

УДК 617 (07)

ВИКЛАДАННЯ ПИТАНЬ СУДИННОЇ ХІРУРГІЇ НА ЄДИНІЙ ХІРУРГІЧНІЙ КАФЕДРІ

С.В. Сандер

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

TEACHING OF VASCULAR SURGERY SUBJECT AT UNITED SURGICAL CHAIR

S.V. Sander

Vinnitsia National Medical University by M.I. Pyrohov

Перехід з традиційної системи організації навчального процесу (три кафедри) до системи, що передбачає створення єдиної хірургічної кафедри, ставить задачу якісного викладання різноманітних розділів хірургії. Можливим шляхом вирішення цієї задачі може бути спеціалізація викладачів з окремих хірургічних спеціальностей, зокрема з ангіохірургії. Такі викладачі мають бути кураторами дорученого напрямку, забезпечувати ефективне ознайомлення студентів з діагностичними і лікувальними прийомами за своїм фахом.

Transition from traditional system of organization of education process (three chairs) to the system which foresees the creation of the united surgical chair we have got the new task: high quality of teaching in different branches of surgery. Teachers' specialization in different surgical specialties, for example, vascular surgery, may be the way for resolving of this task. These teachers have to be curators of their sections. They must provide effective gaining skills by students in diagnostic and therapeutic modalities in their specialties.

Вступ. Плин часу, зміни у суспільстві, науково-технічний прогрес, впровадження його досягнень у практику охорони здоров'я вимагають перегляду організації навчального процесу.

Традиційно навчання хірургії у вітчизняних медичних вузах проводили послідовно на кафедрах загальної, факультетської та госпітальної хірургії. На думку прихильників цієї системи [1, 2], послідовність навчання на трьох кафедрах дозволяє оптимально вести підготовку майбутнього лікаря з хірургії, а спроби її перегляду обов'язково спричинять збитки формуванню майбутнього лікаря (особливо лікаря загальної практики). Вважають [1, 2], що об'єднання хірургічних кафедр і викладання студентам всієї програми хірургічного навчання лише на одній хірургічній кафедрі і тим більше у одного і того ж викладача зробить навчальний процес одноманітним, з численними повторюваннями, спричинить втрату принципу спеціалізації кафедрального навчального процесу. Разом із зменшенням кількості навчальних годин на вивчення хірургії в загальній програмі вузівського навчання це спричинить прогалини у навичках випускників.

Прихильники традиційної, класичної форми організації навчального процесу вважають, що

на єдиній хірургічній кафедрі буде знижено якісний рівень викладання хірургії, навіть на кафедрах із багатопрофільною клінічною базою і досвідченими викладачами-хірургами [2].

В зазначених публікаціях звертають увагу на те, що майже не ведеться навчання по таких розділах, як ангіологія і ангіохірургія. Внаслідок цього кількість діагностичних помилок на догоспітальному етапі при гострих хірургічних захворюваннях і травмах судин досягає 50 %, ускладнених аневризмах – 80 %, а при ангіодисплазіях наближується до 100 % [1].

З останнім твердженням потрібно в основному погодитись. Проте при цьому потрібно зауважити, що це відбувається за збереження трикафедральної системи. На цих кафедрах переважну більшість викладачів становлять хірурги загального профілю, які переважно спеціалізуються на питаннях хірургічної гастроентерології і приділяють меншу увагу іншим розділам хірургії.

І в теперішній час зберігає свою актуальність основна мета вузівської медичної освіти – підвищення рівня підготовки студентів до самостійної лікарської діяльності. Але в сучасних умовах до неї приєдналась нова – підготовка

лікарів загальної практики, які мають певний обсяг теоретичних знань і практичних навичок з хірургії.

Основна частина. Метою даної роботи є аналіз власного досвіду викладання питань судинної хірургії на єдиній хірургічній кафедрі факультету.

Кафедру хірургії медичного факультету № 2 було створено у серпні 2001 року одночасно зі створенням самого факультету. На кафедрі послідовно викладають три основні хірургічні дисципліни: загальну, факультетську і госпітальну хірургію, а також забезпечують проведення для студентів VI курсу двотижневого циклу з невідкладної хірургії.

Вже на початку одночасного викладання всіх хірургічних дисциплін стала помітною розпорошеність багатьох взаємопов'язаних питань по окремих курсах. В повній мірі це відноситься до викладання такого специфічного розділу, як ангіологія і ангіохірургія.

Виходячи з цього, гостро постала проблема внутрішньодисциплінарної інтеграції і послідовності викладання хірургії, уникнення дублювання практичних занять і лекційного курсу, отримання студентами різнобічних знань, ознайомлення із різнобічним контингентом хворих, з різноманітними науковими поглядами і технічними прийомами.

Одним зі способів вирішення цих проблем, на нашу думку, може стати спеціалізація одного викладача по судинній хірургії.

Наявність фахівця із судинної хірургії у складі єдиної кафедри сприяє впровадженню спеціальних діагностичних і лікувальних технологій. Такий фахівець здійснює спеціалізований консультативний прийом у поліклініці та ведення профільних хворих у стаціонарі.

В плані організації навчального процесу такий викладач, під керівництвом завідуючого кафедрою та завуча кафедри, має бути координатором дорученого йому напрямку. Основними напрямками його діяльності слід вважати внутрішньодисциплінарне інтегрування викладання питань ангіології і судинної хірургії по вертикалі, тобто послідовності навчання студентів впродовж 4-річного періоду навчання на єдиній хірургічній кафедрі факультету та міждисциплінарна інтеграція по горизонталі.

При проведенні діагностичних та лікувальних втручань (в т.ч. хірургічних операцій) викладач,

який спеціалізується з питань ангіохірургії, запрошує всіх наявних у клініці студентів. При найменшій можливості ці заходи планують на момент присутності у клініці студентів, особливо якщо це збігається з темою поточного заняття. Він фахово знайомить студентів із принципами, основними елементами та окремими деталями проведеного втручання. Аналогічний підхід застосовують при наявності у клініці тематичних хворих з малопоширеними захворюваннями.

Ми поділяємо думку про велике значення у покращенні результатів навчання самостійної роботи студентів під контролем викладача, особливо в поліклініці, на частку якої відводять не менше 25 % навчальних годин, відведених для викладання хірургії. З найбільшою ефективністю і якістю це можна зробити саме при викладанні питань ангіології і ангіохірургії, тому що судинна патологія є дуже поширеною і такі пацієнти постійно складають значну частку хворих на амбулаторному прийомі у поліклініці та в стаціонарі. Ефективною формою самостійної роботи може стати сортування і вивчення кафедрального архіву даних додаткових методів обстеження.

Окремо слід зупинитись на певних труднощах студентів (особливо II - III курсів) при використанні теоретичних знань для вирішення практичних завдань, навіть їх деяку відірваність. Можливим шляхом вирішення цієї проблеми може стати показовий методичний розбір клінічної ситуації з постійним посиленням на дані фундаментальних наук. Подібний розбір, безумовно, краще зможе провести викладач, який отримав спеціалізовану підготовку.

З огляду на недостатню кількість навчальних годин, які відводять на вивчення питань ангіології і ангіохірургії, студенти певну частину нозологічних форм, методів діагностики і лікування мають засвоювати самостійно. В цьому їм можуть сприяти методичні вказівки для самостійної позааудиторної роботи. В них зазначають актуальність даної теми, дають конспективне викладення змісту теми (з акцентом на діагностику і обрання лікувальної тактики). Для контролю знань до методичних вказівок включають тестові завдання. В якості варіанта для розповсюдження таких вказівок слід розглядати електронні носії. Вони компактні, зручні, доступні для більшості студентів. Їх досить легко періодично (наприклад 1 раз на рік) оновлюва-

ти шляхом включення нового матеріалу, усунення виявлених помилок і недоліків.

В умовах переходу до нової системи організації навчального процесу з метою мотивації, зацікавленості студентів в опануванні хірургії, підвищення якості викладання потрібно поставити питання про широке впровадження факультативних вибіркового циклів-курсів з актуальних розділів хірургії, в тому числі з питань ангіології і ангіохірургії.

Очікуване скорочення тривалості навчального тижня робить це організаційно і технічно можливим.

Матеріали вибіркового курсів, як і методичні вказівки для аудиторної та позааудиторної роботи, варто подавати на електронних носіях. Як було зазначено вище, це зручно і доступно для більшості студентів. Їх легко періодично оновлювати і корегувати.

Висновок. Даний досвід має бути корисним, зокрема з огляду на очікуваний перехід до навчання за болонською системою. Це може бути шляхом збереження спеціалізації навчального процесу на єдиній кафедрі хірургії, створення якої передбачає нова система, успішного набуття студентами знань та навичок з хірургії, уникнення дублювання занять і лекційного курсу, ознайомлення з широким і різноманітним контингентом хворих.

Перспективи подальшого розвитку у даному напрямку. Спеціалізація викладачів єдиної кафедри полегшить впровадження кредитно-модульної системи в цілому, зокрема через полегшення у формуванні окремих блоків-модулів предмета викладання і забезпечення їх фахового викладання.

Література

1. Карякин А.М. Традиции и новации в обучении хирургии в медицинском ВУЗе // Вестник хирургии. - 1999. - Т.158, № 4. - С. 89 - 90.

2. Цель старая, задачи новые. О преподавании хирургии студентам медицинских ВУЗов / Н.А. Яицкий, Ю.Д. Игнатова, Н.Н. Петрищев и др. // Вестник хирургии. - 1999. - Т.158, № 4. - С. 91 - 94.

УДК 611/.612 (477+497.11)

ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРАМ ВИКЛАДАННЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ I-II РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ В УКРАЇНІ Й РЕСПУБЛІЦІ СЕРБІЇ

Ю.Ф. Педанов, А.І. Гоженко, Р.Ф. Макулькін

Одеське обласне базове медичне училище, Одеський державний медичний університет

CHARACTERISTICS OF TEACHING SYLLABUS IN MORPHOFUNCTIONAL DISCIPLINES AT HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS OF I-II ACCREDITATION LEVELS IN UKRAINE AND THE REPUBLIC OF SERBIA

Yu.F. Pedanov, A.I. Hozhenko, R.F. Makulkin

Odessa Regional Basic Medical College, Odessa State Medical University

У статті розглядаються особливості програм викладання дисциплін "Анатомія і фізіологія" і "Патологія" в Україні й Республіці Сербії.

Features of teaching syllabus in Anatomy and Physiology as well Pathology in Ukraine and the Republic of Serbia are reviewed in the article.

©Ю.Ф. Педанов, А.І. Гоженко, Р.Ф. Макулькін

Вступ. Важливою вимогою сьогодення є удосконалення вищої школи, що стає актуальним, враховуючи сучасну тенденцію європейської спільноти до об'єднання освітніх зусиль з метою підвищення якості підготовки спеціалістів.

Структурні зміни в медичній освіті пов'язані з підписанням Болонської декларації про утворення узгодженого єдиного європейського простору вищої освіти [1, 2, 3].

Це потребує необхідності здійснення низки заходів, в тому числі й розробку навчальних програм, введення нових навчальних планів, для чого необхідне дослідження досвіду закордонних країн зі збереженням позитивних вітчизняних розробок [4, 5, 6].

Основна частина. Нами досліджені навчальні програми в Службовому віснику Республіки Сербії – Освітньому віснику № 2 від 1 березня 1993 року, де (с. 47-50) поданий навчальний план дисципліни "Анатомія і фізіологія" для всіх спеціальностей, за винятком фармацевтів, зубних техніків та спеціалістів санітарно-профілактичної роботи (с. 50-52), і "Патологія" (с. 54-57). Навчальний план наведений у № 6 на с. 36-37, затверджений міністром проф. Гашо Кнежевич (№ 022-05-207/02-08 від 30 серпня 2002 року).

Згідно з навчальним планом, в першому розділі дисципліни "Анатомія і фізіологія" вивчається майбутніми медсестрами виключно теоретично в розділі Б – Спеціальні предмети на 1 курсі – 4 години на тиждень, 140 годин на рік [7].

Зміст програми (в дужках кількість годин для фармацевтів, зубних техніків, спеціалістів санітарно-профілактичної роботи).

Вступ – 3 години (2).

Предмет "Анатомія і фізіологія". Методи вивчення. Анатомічна номенклатура.

Функціональна організація організму людини – 2 години (1).

Будова і значення функціональних систем організму.

Морфофункціональна характеристика клітин і тканин – 4 години (3).

Клітина як структурна одиниця організму. Будова клітини і хімічний склад.

Морфофункціональні характеристики різних видів тканин.

Опорно-рухова система – 18 годин (15).

Скелет людини. З'єднання кісток.

М'язова система.

Фізіологія м'язів. Стомлення.

Рідкі середовища організму – 4 години (3).

Позаклітинна і внутрішньоклітинна вода.

Капілярна динаміка (рух води, інших речовин крові і метаболітів). Вода, кількість в організмі.

Внутрішнє середовище організму – 2 години (2).

Гомеостаз. Гомеостатичні механізми функціональних систем.

Фізіологія крові – 9 годин (5).

Склад крові. Фізико-хімічні особливості. Плазма крові (склад і кількість речовин). Клітини крові (еритроцити, лейкоцити, тромбоцити). ШЗЕ. Згортання крові. Групи крові. Аглютинація. Гемоліз.

Серцево-судинна система – 16 годин (11).

Морфологічна характеристика. Серце – особливості будови і функції. ЕКГ. Тони серця. Регуляція діяльності серця.

Артеріальна система – аорта, її гілки.

Венозна система – верхня, нижня порожниста та ворітна вени.

Лімфатична система.

Системна циркуляція. Закони гемодинаміки. Артеріальний кров'яний тиск, фактори, які його обумовлюють. Пульс.

Дихальна система – 10 годин (7).

Дихальні шляхи. Ацинус, легені, плевра. Механізми дихання. Легеневі об'єми. Газообмін та транспорт газів. Регуляція дихання.

Травна система – 11 годин (9).

Органи та залози травного тракту. Секреторні процеси. Перетравлення їжі. Всмоктування поживних речовин, води, солей. Регуляція функцій травної системи.

Обмін речовин і енергії – 4 години (3).

Метаболізм поживних речовин, води, мінеральних солей. Енергетичні потреби і енергетичні витрати організму.

Температура тіла та її регуляція – 2 години (2).

Сечова система – 10 годин (8).

Органи сечової системи. Нефрон – структурно-функціональна одиниця сечової системи. Утворення і склад сечі. Підтримання нирками констант. Будова нирки. Сечовід. Сечовий міхур, його іннервація. Сечовиділення.

Система статевих органів – 5 годин (4).

Морфологічна характеристика статевих органів жінки. Морфологічна характеристика статевих органів чоловіка.

Будова і функція молочної залози – 2 години (1).

Система ендокринних залоз – 8 годин (7).

Морфофункціональна характеристика окремих залоз. Фізіологічна дія і регуляція виділення гормонів.

Нервова система – 21 година (15).

Нервова система – центральна і периферична. Сіра і біла речовина центральної нервової системи, ретикулярна формація. Спинний і головний мозок. Мозкові оболонки, порожнини, спинномозкова рідина. Судини мозку. Спинномозкові і черепномозкові нерви.

Вегетативна нервова система – симпатичний та парасимпатичний відділи. Функціональна характеристика периферичних нервів. Проведення нервового імпульсу по нерву і з нерва на м'яз.

Рефлекторна діяльність. Вища нервова діяльність. Фізіологічні механізми формування рухових навичок.

Системи органів чуття – 9 годин (7).

Загальні особливості рецепторів, рецепція болю, вісцерорецепція. Рецепція тактильна, тепла, положення і руху, нюху, смаку, слуху, зору.

Другий розділ навчальної програми подає спеціальність "Патологія", яка вивчається також теоретично на 2 курсі – 2 години на тиждень, 70 годин на рік.

Загальна патологія.

Вступ – 2 години.

Значення патології. Предмет і методи. Патологічний процес. Номенклатура.

Етіологія і патогенез. – 4 години.

Зовнішні і внутрішні етіологічні фактори, їх взаємовідносини. Патогенез хвороби. Роль індивідуальних особливостей організму у виникненні і розвитку хвороби.

Смерть – 1 година.

Види і ознаки смерті, зміни, які відбуваються при цьому.

Пошкодження – 8 годин.

Дистрофія. Некроз. Атрофія.

Порушення кровообігу і лімфообігу – 8 годин.

Повнокрів'я. Недокрів'я. Кровотеча. тромбоз. Емболія. Інфаркт. Набряк.

Гіпертрофія, гіперплазія, регенерація, трансплантація – 4 години.

Гіпертрофія і гіперплазія. Регенерація тканин і органів. Загоєння ран. Трансплантація (види, відторгнення).

Запалення – 6 годин.

Етіологія. Патогенез. Ознаки. Термінологія і класифікація. Морфологічні форми.

Пухлини – 5 годин.

Будова пухлини, особливості пухлинної клітини. Ріст пухлини. Доброякісні і злоякісні пухлини. Етіологія. Класифікація.

Патологія органів і систем.

Патологія серцево-судинної патології – 5 годин.

Ендокардит. Вади серця. Міокардит. Перикардит. Патологія судин. Атеросклероз. Інфаркт міокарда.

Патологія дихальної системи – 5 годин.

Патологія дихальних шляхів. Пневмонії. Порушення циркуляції крові (інфаркт) і вмісту кисню (емфізема) легень. Плеврит. Рак легень.

Патологія травної системи – 6 годин.

Патологія органів травного тракту. Виразкова хвороба. Патологія печінки, жовчного міхура, жовчних шляхів, підшлункової залози. Пухлини. Перитоніт.

Патологія нирок – 3 години.

Гломерулонефрит. Піелонефрит. Нефроз. Туберкульоз нирки. Пухлини. Хвороби сечових шляхів (порушення сечовиділення, запалення, пухлини).

Патологія жіночих статевих органів – 3 години.

Запалення яєчників, маткових труб, матки. Кісти та пухлини яєчників. Ерозія шийки матки. Гіперплазія ендометрія. Ендометріоз. Пухлини матки. Позаматкова вагітність. Патологія молочної залози.

Патологія чоловічих статевих органів – 1 година.

Запалення і пухлини чоловічих статевих органів.

Патологія центральної нервової системи – 3 години.

Циркуляторні порушення (крові і ліквору). Менінгіт. Енцефаліт. Пухлини центральної нервової системи.

Патологія кісткової системи – 1 година.

Запалення і пухлини кісток.

Патологія шкіри і кровоутворюючої системи – 2 години.

Пухлини шкіри. Пухлини кровоутворюючої системи. Синдром набутого імунodefіциту.

Патологія ендокринної системи – 3 години.

Гіпофіза. Надниркових залоз. Щитоподібної залози.

Незважаючи на визнання значної ролі вісцерорецепторів, вищевикладене свідчить про традиційне викладання навчального матеріалу і методів контролю його засвоєння – фронтального, групового, індивідуального, тестового.

Розроблені нами програми суттєво відрізняються тим, що проводяться не тільки теоретичні, але й найголовніше практичні заняття, де на мікро- і макропрепаратах (вологих і сухих), муляжах, моделях, планшетах і атласах вивчається топографія, особливості будови органів, систем, організму в цілому.

Ефективним є морфофункціональний підхід до вивчення дисциплін, основою якого є тезис – "структура визначає функцію".

Суттєва особливість – принципи нейрогуморальної регуляції функцій не тільки в цілому організмі, але й окремих органів і систем. Так, у зв'язку з цим, була суттєво змінена конструкція програми "Анатомія і фізіологія людини", де після гістології і опорно-рухового апарату вивчається нервова, ендокринна системи,

після чого – кров і інші рідинні середовища організму.

Органи чуття вивчаються в кінці курсу, після систем внутрішніх органів і серцево-судинної системи, тому що вісцеральний аналізатор більш складний і більш важливий порівняно з аналізаторами в традиційному розумінні.

Висновок. Порівняльний аналіз програм морфофункціональних дисциплін при навчанні медичних сестер в Україні і Республіці Сербії свідчить про більшу ефективність вітчизняних, тому що більший об'єм і глибина викладання, вивчення функцій відбувається в динаміці, забезпечуються міжпредметні зв'язки ("Біологія"; "Медична генетика"; "Гігієна"; "Фармакологія"; "Клінічні дисципліни"), послідовно розглядаються загальні і окремі питання з метою вивчення нейрогуморальної регуляції функцій організму, а супровід практичними заняттями теоретичних забезпечує належну підготовку студентів для вивчення проблем патології, клінічних дисциплін і сприяє формуванню майбутніх спеціалістів.

Література

1. Кадрова політика у галузі охорони здоров'я та рух вищої медичної освіти України до Європейського освітнього простору / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Фещенко та ін. // Інтеграція Української медичної освіти в Європейський та Американський медичний простір: Матеріали навчально-наукової конференції. - Тернопіль: ТДМУ, 2006. - С. 3-9.

2. Волосовець О.П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі // Досвід впровадження основних засад Болонського процесу в системі вищої медичної (фармацевтичної) освіти: Матеріали науково-методичної конференції. - Тернопіль, 2005. - С. 8-16.

3. 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 Євро-

пейський освітній простір? - Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. - 190 с.

4. Педанов Ю.Ф. Практикум по анатомии и физиологии человека: Учебное пособие. - Одесса: Принт Мастер, 1999. - 52 с.

5. Педанов Ю.Ф. Практикум по патологии / Под ред. Р.Ф. Макулькина, А.И. Даниленко. - Одесса: Астропринт, 2001. - 32 с.

6. Педанов Ю.Ф., Гоженко А.І., Макулькін Р.Ф. Алгоритми засвоєння знань і здобуття практичних навичок у системі морфо - функціональних наук у ВУЗ'ах I-II рівнів акредитації // Медична освіта. - 2003. - №1. - С. 18-21.

7. Служебни гласник РС-Просветни гласник Белград 30 августа 2002 године. - С. 47-57.

УДК 616-089:378.09:371.214

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА ВИПУСКНИХ КАФЕДРАХ ХІРУРГІЇ МЕДИЧНИХ ВУЗІВ

М.О. Потапенков, С.Г. Гривенко

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

WAYS OF OPTIMIZATION OF EDUCATION PROCESS AT GRADUATE SURGERY DEPARTMENTS OF HIGHER MEDICAL ESTABLISHMENTS

M.O. Potapenkov, S.H. Hryvenko

Crimean State Medical University by S.I. Heorhievsky

У статті розглядаються шляхи оптимізації викладання хірургії на випускних кафедрах. Вони полягають у підвищенні професійної майстерності викладацького складу, покращенні науково-технічного забезпечення занять, активному залученні студентів до науково-дослідної роботи. Вказано на необхідність створення нових хірургічних спеціалізованих кафедр та циклів і перерозподіл навчальних годин на користь хірургічних кафедр.

The current optimum method of teaching surgery at the graduate chairs is under review in the article. The intent is to improve the professional skills of teaching staff, the scientific and technical content of the study, and the level of students' engagement into research work. It is pointed onto the necessity of creating new departments specializing in surgery, study cycles and redistribution of training lessons at surgery departments.

Вступ. На сьогодні стає цілком очевидним той факт, що система традиційної організації процесу навчання у вищих медичних закладах України має цілий ряд суттєвих недоліків і потребує значного реформування. Хоча впродовж останніх десятиріч суттєво змінилась технологія навчального процесу і все ширше впроваджуються нові технічні засоби навчання та інформаційні комп'ютерні технології, проте якість підготовки лікарів не відповідає вимогам Болонської декларації. Реформування вищої медичної освіти в Україні на засадах Болонської декларації має на меті привести рівень підготовки лікарів у відповідність до європейських критеріїв. Якість освіти, особливо медичної, вирізняється ступенем відповідності теоретичних знань і вмінь їх практичному використанню в професійній діяльності [1]. З цих позицій пошук нових підходів в оптимізації навчального процесу безперечно є актуальним.

Основна частина. Оптимізація навчального процесу пов'язана, з одного боку, з пошуками методів, засобів та прийомів підвищення науковості занять, що проводяться, підвищенням професійної підготовки викладачів, а з другого боку – підвищенням якості знань студентів, які

вони отримали в процесі навчання на 2-4 курсах.

Викладання хірургії на 5-6 курсах медичних вузів повинно проводитись на рівні світових досягнень в галузі природничих та медичних наук. З цього положення логічно випливає таке: якщо викладач не має високої професійної підготовки, то він не зможе дати глибоких знань студентам. Професійна підготовка викладача заснована, з одного боку, на постійному самовдосконаленні, а з другого – на активній участі в наукових конференціях, з'їздах, симпозіумах. Викладач хірургії на випускних кафедрах повинен бути компетентним в багатьох галузях знань, розуміти соціальну значимість людини та її захворювань, знати основні закономірності формування та функціонування соціальних, морально-етнічних, естетичних та психологічних взаємовідносин людей [3, 4]. Студенти 6 курсу в достатній мірі ознайомлені з основними методами дослідження хворого, з механізмом розвитку основних симптомів захворювання, таким чином підготовлені до більш поглибленого засвоєння хірургічного циклу.

В східноєвропейській системі викладання в медичних вузах в останні десятиріччя перева-

©М.О. Потапенков, С.Г. Гривенко

жав інформаційно-ілюстративний метод навчання. Процес засвоєння за даною методикою зводився до розуміння та запам'ятовування студентом поданої інформації, відтворення та накопичення знань [4]. Самі студенти при цьому не беруть участі в активному засвоєнні знань та вмінь. При спробі практичного втілення отриманої інформації, яка відображається в безпосередньому обстеженні хворого, призначенні раціонального методу лікування, студенти відчують значні труднощі. Якщо на виконання поставленої мети на перше місце поставити міркувальну та самостійну діяльність студента, то практичне заняття повинно бути перебудовано, та основний акцент перенесено на вирішення проблемних ситуацій. Це так званий проблемний метод навчання, але проблемний метод навчання вимагає високого вихідного рівня знань студентів, в протилежному випадку наслідки цього методу можуть бути значно гірше інформаційно-ілюстративного методу навчання [2, 3]. Найбільш ефективним, таким, який не потребує значних витрат навчального часу занять, є тестовий контроль як вихідного рівня знань, так і знань, отриманих в процесі заняття. При цьому тестовий контроль в ряді випадків може бути більш спрощеним, направленим на повторення матеріалу минулих років навчання, а в інших – більш ускладненим, направленим на вирішення достатньо складних клінічних задач, розроблених з урахуванням клінічних даних хворих, які знаходяться на лікуванні чи знаходились в даній клініці. В той же час, з урахуванням застосування на заняттях комп'ютерних технологій, елементи інформаційно-ілюстративного методу навчання можуть бути достатньо ефективними, особливо з урахуванням всезростаючої кількості науково-технічної інформації. Таким чином, викладачу слід раціонально поєднувати різні форми навчання.

Клінічні та практичні навички, які вимагає сучасна форма проведення державних іспитів, можуть бути в достатньо повній мірі відпрацьовані лише при індивідуальній роботі студента, як на практичних заняттях, так і на етапі проходження численних практик. Проте вихідний контроль практичних навичок на заняттях з 6 курсом показує недостатній рівень знань та вмінь студентів із цього розділу, що потребує повторення матеріалу. В той же час, випускаючі кафедри в більшості випадків не мають до-

статньої кількості муляжів для повторення ряду практичних навичок. Практичні навички повинні засвоюватись студентами починаючи з другого року навчання в основному шляхом виробничої практики, однак на випускних хірургічних кафедрах повинно бути передбачено навчальний час для засвоєння нових та відпрацювання вже засвоєних практичних навичок. Зростання в останні роки юридичної відповідальності медичного персоналу за ускладнення медичних маніпуляцій значно обмежує можливість засвоєння студентами ряду практичних навичок, в зв'язку з цим зростає значення навчальних відеофільмів, муляжів та безпосередня демонстрація хірургічних маніпуляцій викладачами кафедр. Суттєвою підтримкою в засвоєнні практичних навичок студентами є створення університетських клінік, де повинно бути передбачено високий технологічний рівень лікувального процесу. Вони повинні мати умови для засвоєння практичних навичок на завершальному етапі навчання у вузі, оскільки ці клініки передбачають поліклінічний прийом, терапевтичний та хірургічний стаціонар, палату інтенсивної терапії.

Європейська система освіти в медичних вузах значно обмежує контакти студента та хворого. Система навчання на клінічних кафедрах, яка склалась в Україні, включає в себе обов'язкове проведення частини навчального часу в клінічних відділеннях, діагностичних кабінетах, операційних, що без сумніву дозволяє студентам адаптуватись до практичної роботи, самостійно оцінити свої теоретичні знання та їх значення в повсякденній діяльності лікаря. В зв'язку з цим відмова від проведення частини заняття безпосередньо біля ліжка хворого є безперспективною.

Перехід на викладання хірургії в одного викладача, за даними російських авторів, призвело до значного зниження якості навчального процесу та знань студентів [2]. Існуюча в Україні система навчання, яка заснована на принципі поетапного викладання хірургії, дозволяє детально ознайомити студентів із специфікою навчального, лікувального та наукового процесу всіх хірургічних кафедр, ширше засвоїти методи діагностики та лікування різноманітних хірургічних захворювань. Об'єднання хірургічних кафедр, яке відбулось в Україні за останні роки відповідно до Болонської системи, повин-

но сприяти покращенню викладання завдяки із значним підсиленням матеріально-технічної бази кафедр.

З другої половини ХХ сторіччя у всіх економічно розвинутих країнах, в тому числі і в Україні, змінився характер патології. Якщо раніш основна питома вага в загальній структурі захворюваності населення займали дитячі, інфекційні та паразитарні захворювання, то в даний час переважають серцево-судинні захворювання, злоякісні новоутвори, вроджені аномалії розвитку та поєднана травма. Відмічається стрімкий ріст кількості та якості виконання хірургічних операцій при цих патологіях, що у свою чергу пов'язано з впровадженням у клінічну практику сучасних ендоскопічних та малоінвазивних технологій, що супроводжується мінімальним хірургічним травматизмом, хорошими найближчими та віддаленими функціональними результатами лікування, коротким стаціонарним лікуванням [2]. Наслідки хірургічних методів лікування значно переважають терапевтичні та стають основними в лікуванні хворих з серцево-судинною патологією. Хірургічні методи лікування в останні роки значно змінили і терапевтичні аспекти лікувальної діяльності, питання соціальної реабілітації. При цьому структура годин на випускних кафедрах хірургії залишається незмінною, в зв'язку з чим студенти та лікарі-початківці недостатньо володіють відповідними знаннями та навичками в лікуванні цієї патології. За програмою МОЗ України 2003 року, загальна кількість навчальних годин у медичних вищих навчальних закладах ІV рівня акредитації складає 9810 годин, з них з хірургічних дисциплін 1380, що складає 13,8 %. В зв'язку з цим виникла необхідність перерозподілу навчальних годин на користь хірургічних кафедр, а також створення нових хірургічних кафедр, таких як торакоабдомінальна хірургія та ряду вузькоспеціалізованих циклів: серцево-судинної, ендоскопічної, пластичної, малоінвазивної хірургії тощо.

На жаль, у більшості студентів на випускних кафедрах втрачено зацікавленість до вивчення хірургії, оскільки в більшості випадків майбутня спеціальність буде пов'язана з терапевтичною діяльністю. При цьому слід акцентувати викладання хірургії в тісному зв'язку з іншими суміжними спеціальностями, методами сучасного обстеження.

В кожній медичній дисципліні специфіка пізнавальних засобів виявляється, по-перше, виділенням, відповідно, ведучого фактора, безпосередньо пов'язаного з особливостями захворювання та предметного його вивчення в тісному зв'язку з організмом як єдиним цілим. Основним методом викладання хірургічних дисциплін залишається діалектичний метод. Саме це слово вперше застосував Сократ, зазначивши ним мистецтво вести дискусію, діалог, який направлений на взаємозацікавлене обмірковування проблеми з метою досягнення істини шляхом протиборства думок. Будучи тісно пов'язаною з протиріччями пізнання, вона націлена, з одного боку, на усунення формально-логічних протиріч, а з другого – на розкриття, збереження та демонстрацію протиріч складних реально суперечливих систем. Стосовно до викладання хірургії цей принцип повинен ширше застосуватись у колективному обговоренні студентами та викладачем курованого хворого за типом медичного консилиуму, в зіставленні та аналізі різноманітних методів діагностики та лікування захворювання, особливо у хворих з ускладненим перебігом захворювання, різноманітними ятрогенними ускладненнями. При такій формі навчання значно буде розширюватись медичний кругозір студента, розвиватись так необхідна в лікувальній практиці дедукція та інтуїція, самостійне мислення. Необхідна більш широка участь студентів в обходах, клінічних розборах хворих, науково-практичних конференціях лікарів базових відділень.

Необхідно також вказати на те, що такий розділ викладання, як написання історії хвороби на старших курсах, значно застарів та набув формального характеру. Необхідне написання не історії хвороби конкретного одного хворого, а робота студента зразу з декількома хворими по якій-небудь хірургічній нозології із зіставленням хворих за статтю, віком, соціальним станом, динамікою захворювання, ускладненнями захворювання та хірургічних операцій, проведення порівняльної оцінки ефективності різних методів лікування, аналіз клінічних, лабораторних та інструментальних методів діагностики та лікування як конкретного хворого, так і по нозології в цілому. Таким чином, історія хвороби буде наближатись до дипломної роботи студента технічного вузу, з подальшим обговоренням історії хвороби із залученням доцентів та професорів

кафедри, при цьому без сумніву кількість відведених навчальних годин повинна бути більшою.

Завдяки цьому, студент оволодіває навичками планування наукової роботи, реферування, методами експериментальних досліджень, прийомами обробки результатів, правилами зіставлення звітів.

Таким чином, основними напрямками оптимізації навчального процесу на випускних хірургічних кафедрах медичних вузів є: тісний зв'язок із світовою та вітчизняною наукою, наукова та методична майстерність професорсько-викладацького складу, високий рівень науково-техні-

чного забезпечення занять, активне залучення студентів до науково-дослідної роботи, створення нових кафедр та хірургічних циклів.

Висновок. Покращення якості викладання хірургії у медичних ВНЗ може бути досягнуто шляхом більш широкого застосування в навчальному процесі комп'ютерних технологій, збільшення кількості навчальних годин на 5-6 курсах, створенням нових навчальних циклів при існуючих кафедрах по проблемах серцево-судинної патології та підвищенням методичної майстерності викладання професорсько-викладацьким складом.

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. Ашерова И.К., Мизерницький Ю.Л. Современные технологии в педиатрии и детской хирургии. - М., 2002. - С. 268.

3. Ракоед А. Грамотность – залог успешного лечения // Здоров'я України. - 2003. - № 21. - С. 31.

4. Сабадаш Э. Одесская область: курс на подготовку семейных врачей // Здоров'я України. - 2003. - С. 35.

УДК 611:378.302.2

ПІСЛЯДИПЛОМНЕ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ГЕРІАТРІВ ЗГІДНО З ВИМОГАМИ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ

В.Ю. Приходько, О.В. Давидович, М.І. Ширяєва, Н.Я. Давидович
НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України

GERIATRIC POSTGRADUATE TRAINING IN ACCORDANCE WITH REQUIREMENTS OF BOLOGNA PROCESS

V.Yu. Prykhodko, O.V. Davydovych, M.I. Shyriayeva, N.Ya. Davydovych
National Medical Academy of Post-Graduate Education by P.L. Shupyk

Згідно з вимогами Болонського процесу і переходу на кредитну систему була перероблена програма тематичного удосконалення для лікарів-геріатрів. Особливістю даного циклу є те, що значна частина навчального матеріалу опановується тими, хто навчається, самостійно. Співвідношення кількості годин аудиторних занять та індивідуальної роботи навчального курсу становить 60 % до 40 %.

In accordance with Bologna process and credit system the geriatric programme of postgraduate training was revised. The big part of programme is overcome by students independently. The relation of auditory and independent study time is 60 % to 40 %.

Вступ. Згідно з вимогами Болонського процесу все більше часу при професійній підготовці

та перепідготовці виділяється на самостійну роботу слухачів [1, 2]. Тому з часом у системі

©В.Ю. Приходько, О.В. Давидович, М.І. Ширяєва, Н.Я. Давидович

післядипломної підготовки зменшиться кількість передатестаційних циклів, побудованих на жорсткому контролі і адміністративному управлінні навчальним процесом, і відповідно збільшиться кількість більш "демократичних" циклів тематичного удосконалення і стажування [3]. Проходження кожного з цих циклів надасть слухачу певну кількість кредитів, саме яка і буде враховуватись при прийнятті рішення щодо його відповідності службовій посаді.

Основна частина. На кафедрі терапії і геріатрії перероблено програму найбільш популярного серед лікарів циклу ТУ "Фармакотерапія захворювань внутрішніх органів в похилому і старечому віці" з урахуванням нових вимог і збільшенням часу на творчий процес самостійної підготовки.

НАВЧАЛЬНА ПРОГРАМА
циклу тематичного вдосконалення
"Фармакотерапія захворювань внутрішніх
органів в похилому і старечому віці"
тривалість 1 місяць
ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Програму циклу розроблено для поглиблення знань і умінь лікарів-геріатрів, терапевтів лікарень, поліклінічних відділень, госпіталів у галузі геріатрії та геріатричної фармакотерапії. Програма побудована за принципом створення окремих блоків з основних розділів геріатрії: основи соціальної гігієни та організація геріатричної служби, вікові зміни органів і систем,

профілактична геріатрія, загальні принципи лікування літніх людей, окрема нозологічна патологія в пізньому онтогенезі та підходи до фармакологічної корекції. В кінці циклу проводиться іспит, який дозволяє виявити рівень теоретичної підготовки лікарів. Слухачі, які успішно склали іспит, отримують посвідчення про проходження циклу.

Особливістю даного циклу тематичного вдосконалення є те, що значна частина навчального матеріалу згідно з болонськими принципами навчання опановується тими, хто навчається, самостійно. Співвідношення кількості годин аудиторних занять та індивідуальної (самостійної) роботи навчального курсу становить 60 % до 40 %.

Мета циклу: викласти основні принципи фармакотерапії захворювань внутрішніх органів в похилому і старечому віці. Ознайомити слухачів із сучасними напрямками в лікуванні основної внутрішньої патології. Прищепити слухачам необхідні навички роботи з геріатричними групами пацієнтів, навички правильного і доцільного використання сучасних препаратів з урахуванням вікових особливостей фармакокінетики і фармакодинаміки лікувальних засобів.

Контингент: для лікарів-геріатрів, терапевтів, кардіологів, невропатологів, наукових співробітників, викладачів системи медичної освіти, які працюють з геріатричними пацієнтами або викладають особливості ведення та лікування літніх людей з різноманітною внутрішньою патологією.

Загальна тривалість навчання на циклі: 1 міс. – 156 год, 52 кредити ECTS

СТРУКТУРОВАННИЙ ПЛАН циклу тематичного удосконалення "Фармакотерапія захворювань внутрішніх органів в похилому і старечому віці"

№ модуля	Назва модулів	К-сть навчальних годин				Вид контролю
		всього	лек.	практ.	СРС	
	Всього	156	20	68	68	
1	2	3	4	5	6	7
Модуль 1	Основи соціальної гігієни та організація геріатричної служби, профілактична геріатрія	20=0,66 кр.	4	8	8	Поточний (знань, навичок, вмінь). Підсумковий (знань, навичок, вмінь)
	Змістових модулів 3					
Модуль 2	Вікові зміни органів, основних функціональних систем та їх регуляції	28=0,92 кр.	4	12	12	

1	2	3	4	5	6	7
	Змістових модулів 6					
Модуль 3	Загальні принципи лікування в геріатрії	18=0,59 кр.	2	8	8	
	Змістових модулів 2					
Модуль 4	Нозологічна патологія у літніх хворих	40=1,32 кр.	4	18	18	
	Змістових модулів 6					
Модуль 5	Фармакологічна корекція при основних захворюваннях внутрішніх органів в похилому і старечому віці	44=1,45 кр.	6	18	20	
	Змістових модулів 6					
	В тому числі підсумковий контроль знань 1-5 модулів	6=0,20 кр.		4	2	

Перелік теоретичних знань, практичних навичок та професійних вмінь для слухачів циклу тематичного вдосконалення "Фармакотерапія захворювань внутрішніх органів в похилому і старечому віці"

№ модуля	Назва модулів	Знання, навички та вміння
Модуль 1	Основи соціальної гігієни та організація геріатричної служби, профілактична геріатрія	<ul style="list-style-type: none"> – Організація геріатричної допомоги – Структура геріатричних закладів – Теорії старіння – Профілактика передчасного старіння
Модуль 2	Вікові зміни органів, основних функціональних систем та їх регуляції	<ul style="list-style-type: none"> – Вікові зміни ендокринної системи – Зміни чутливості рецепторів в різних органах в старшому віці – Вікові зміни серцево-судинної системи, аналіз даних функціональних досліджень – Вікові зміни дихальної системи, аналіз даних функціональних досліджень – Зміни з віком травного тракту – Вікові зміни сечовивідної системи – Вікові зміни показників гемокоагуляції, аналіз лабораторних даних
Модуль 3	Загальні принципи лікування в геріатрії	<ul style="list-style-type: none"> – Вікові зміни фармакодинаміки та фармакокінетики основних ліків, що призначаються літнім хворим – Принципи призначення геропротекторів – Оцінка побічних дій лікарських речовин у старих людей
Модуль 4	Нозологічна патологія у літніх хворих	<ul style="list-style-type: none"> – Діагностика основних нозологічних одиниць внутрішньої патології у літніх хворих – Аналіз ЕКГ, ЕхоКГ, навантажувальних проб – Аналіз лабораторних даних в осіб старшого віку – Аналіз даних УЗД, ФГДС, рентгенографії
Модуль 5	Фармакологічна корекція при основних захворюваннях внутрішніх органів в похилому і старечому віці	<ul style="list-style-type: none"> – Принципи призначення ліків хворим старших вікових груп залежно від наявної супутньої патології – Корекція доз лікарських препаратів залежно від вихідного фону (віку, стану нирок, печінки, рівня артеріального тиску, церебрального кровопостачання та ін.)

Кожен з 5 модулів має свою структуру залікового кредиту, яка передбачає не тільки прослуховування лекційного матеріалу, участь у семінарах і практичних заняттях, а і індивідуальну роботу. Остання передбачає огляди літератури з використанням бібліотечного фонду НМАПО і Республіканської медичної бібліотеки, Інтернет-ресурсу, а також проведення досліджень з певних тем, запропонованих викладачем.

Список літературних джерел додається і поновлюється кожен рік. Рекомендовані джерела лікарі-слухачі використовують для підготовки оглядів, проведення індивідуальних досліджень, а також для самостійної роботи протягом всього часу між відвідуванням циклів удосконалення, конференцій, семінарів.

Висновок. Запропонована нами програма дає можливість наблизити післядипломне навчання лікарів-геріатрів до вимог Болонського процесу.

Література

1. Волосовець О.В. Європейський рівень підготовки кадрів // Ваше здоров'я. - 2006. - № 7. - С. 8.
2. Вища освіта України і Болонський процес. - Київ-Тернопіль, 2004. - 286 с.

3. Про впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу: Наказ МОН України № 774 від 30.12.05.

УДК 613.1: 378.180.6: 378

ОСНОВНІ ПСИХОГІГІЄНИЧНІ ЧИННИКИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

О.М. Крєкотєнь

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

THE MAIN PSYCHOHYGIENIC FACTORS WHICH INFLUENCE THE HEALTH OF STUDENTS

O.M. Krekoten

Vinnitsia National Medical University by M.I. Pyrohov

Найважливіші психогігієнічні чинники, які призводять до погіршення стану здоров'я студентів вищої школи, пов'язані перш за все з організацією навчального процесу, але значну роль також відіграють алкоголізація, паління, низька фізична активність, гіподинамія та ін.

The most important psychohygienic factors, which cause worsening in of higher school students' health, are connected, first at all, with educational process organization but alcoholism, smoking, low physical activities, hypodynamy etc. also play an important role.

Вступ. У доповіді Генерального директора ВООЗ про стан охорони здоров'я у світі (2002) відмічається: "Охорона здоров'я людей розпочинається з оцінки факторів ризику для здоров'я, інформування про них і розробки способів їх уникнення, характеристики впливу факторів ризику на людей. Головним елементом профілактики повинно стати вивчення факторів ризику для здоров'я" [1].

Визначальний вплив соціально-економічних факторів на показники здоров'я у нашій країні особливо відчувається в останнє десятиліття. На сьогодні здоров'я нації і охорона здоров'я перебувають під дією соціальних, політичних та економічних змін, які суттєво позначаються на стані громадського здоров'я.

Ряд аналітиків вважає, що реальним та ефективним засобом стабілізації показників здоро-

©О.М. Крєкотєнь

в'я нації є переорієнтація медичної науки і практики на первинну профілактику хронічних неінфекційних захворювань та формування у населення поведінки, адекватної здоровому способу життя [2, 3].

Основна частина. Поведінка підлітків та молоді в сучасному суспільстві стає однією з найбільш значимих проблем в плані тих негативних соціально-психологічних наслідків, які така поведінка може викликати. Особливо гострою вважається проблема наркотизації молоді, вживання та зловживання наркотичними засобами, алкоголем і тютюном, що здатне призводити не тільки до кримінальних дій підлітків, але і до самознищувальної поведінки, психосоматичних порушень, порушення адаптації в сім'ї, навчальному закладі, суспільстві.

Шкідливі звички займають одне із перших місць серед багатьох факторів, які підривають здоров'я людини. Хронічна інтоксикація компонентами тютюнового диму сприяє розвитку більш ніж 40 хвороб, торкається психоемоційної сфери, викликає сексуальні розлади, спричинює пряму токсичну дію не тільки на поверхневий шар бронхоальвеолярного секрету та епітеліальні клітини легенів, але і патогенетично впливає на більшість органів та систем. За результатами дослідження Е.А. Кваші, розвиток пептичної виразки шлунка в 23 % випадках пов'язаний із палінням [4].

На жаль, 22 % школярів м. Києва палять, серед студентів – від 20 до 40 % (хлопців) та близько 14 % (дівчат) студентів першого курсу, від 60 до 90 % – старших курсів. Найбільш високий показник курців відмічається у чоловіків від 20 до 29 років, серед жінок – 15 - 20 років [5, 6, 7].

Серед усіх курців частина випускників пов'язала причину паління з частими психоемоційними стресами в сім'ї (59,6 %) і в навчальних закладах (80,7 %). Найбільша питома вага опитаних (95,3 %), які вказали на психоемоційні стреси в навчальному закладі, були у студентів вищої школи [8].

Проблема психоемоційного стресу особливо актуальна для вищої школи, оскільки навчання у вузах поєднане з постійним розумово-емоційним навантаженням, яке збільшується в період екзаменаційної сесії [9]. Підтвердженням патогенетичної ролі психічних порушень у розвитку рецидивів захворювань органів травлення, зокрема виразкової хвороби, є результати досліджень А.М. Вейна. Було виявлено, що під час на-

стання сезонних загострень психофізіологічні порушення зростали і були підґрунтям для загострення захворювання. Це відноситься і до багатьох інших органічних захворювань шлунково-кишкового тракту, оскільки вони тісно пов'язані з психічною сферою, емоційними проявами [10].

Важливим фактором ризику здоров'я є алкоголь, який зумовлює залежність і розвиток хвороб [11]. За даними Г.С. Козупиці, 34,3 % опитаних регулярно вживають спиртні напої [3], а епізодично більше 70 % підлітків, алкоголізація молоді складає 65,3 - 74,7 % [12]. Алкоголь шкідливо впливає на всі внутрішні органи. Під його впливом виникає гострий гастрит, нерідко гастрит переходить у виразку шлунка або дванадцятипалої кишки. Він же є основною причиною захворювання підшлункової залози (гострий панкреатит).

Суттєвим компонентом здорового способу життя студентів є організація рухової активності. Найефективніший шлях до високої працездатності, творчої активності, фізичного удосконалення і довголіття є висока фізична активність в режимі кожного дня. Згідно з сучасними уявленнями в основі розвитку багатьох хронічних неінфекційних захворювань лежить низька фізична активність [11]. Результати досліджень свідчать, що займаються фізичними вправами, роблять зарядку тільки 20,5 % опитаних, відвідують спортивні секції – 6,8 %, намагаються дотримуватися режиму дня – 17,8 %, стежать за своїм харчуванням – 14,5 %, регулярно консультуються з лікарем 8,3 % і, нарешті, під час відпустки виїжджають у будинки відпочинку і санаторії – 5,9 %. Відповідно до результатів досліджень, причина наявності шкідливих звичок у студентів – стреси, викликані перевантаженістю навчальних програм, невпорядкованістю побуту і дозвілля, відсутністю нормальних механізмів релаксації, у край необхідних при такій інтенсивній роботі, якою є засвоєння сучасних навчальних програм. Використовувані студентами механізми релаксації, форми дозвілля вкрай недостатні для компенсації витрат нервової психічної енергії, необхідної для успішної роботи. При цьому медична активність студентів знаходиться на низькому рівні [13].

Відповіді студентів на питання про те, які ж фактори негативно впливають на їх здоров'я: 56 % респондентів відмітили, що основною причиною погіршення їх здоров'я є дуже напруже-

ний режим дня; 52,6 % – нерегулярне харчування; 41,4 % – недостатньо вільного часу; 40,6 % – невдалий розклад; 30,0 % – часті переїзди до місця заняття; 27,3 % – велике навчальне навантаження, 16,0 % – напруження екзаменаційної сесії [14].

Висновок. Таким чином, як видно з опитування, найважливішими причинами погіршення стану здоров'я студентів є фактори, які пов'язані перш за все з організацією навчального процесу, яка викликає фізичне і моральне перенапруження юнаків та дівчат, що не може не сприяти зниженню опірності молодого організму до різних захворювань.

У зв'язку з цим для оцінки рівня здоров'я і розробки заходів профілактики надзвичайно важ-

ливе значення має виявлення факторів ризику з відомою несприятливою для організму спрямованістю, де поряд з спадковістю значну роль відіграють алкоголізація, паління, надлишкова маса тіла, забруднення навколишнього середовища, гіподинамія та інші. У студентів до них добавляються неправильний режим харчування, великі навантаження, невдало складений розклад занять, тривалі стреси в сесійний період. В результаті того, що здоров'я студентів є необхідною умовою навчальної діяльності у вузі, а значить і високої професійної придатності, дослідження здоров'я студентського контингенту в сучасних умовах погіршення рівня життя набувають особливої актуальності [15].

Література

1. Онищенко Г.Г. Актуальные проблемы методологии оценки риска и ее роль в совершенствовании системы социально-гигиенического мониторинга // Гигиена и санитария. - 2005. - № 2. - С. 3-6.
2. Ахмерова С.Г. Здоровый образ жизни и его формирование в процессе обучения // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2001. - № 2. - С. 37-40.
3. Козупица Г.С. Проблемы здорового образа жизни в профессиональной подготовке врача // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2002. - № 2. - С. 39-41.
4. Кваша Е.А. Медико-социальная значимость табакокурения (аналитический обзор) // Охрана здоровья Украины. - 2004. - № 3(14). - С. 24-29.
5. Федотова Н.А., Квашнина С.И., Бойченко Л.П. Медико-социальная характеристика студенческой молодежи в республике Коми // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2004. - № 3. - С. 13-18.
6. Максимов Т.М. Состояние здоровья и ценностные ориентации современной молодежи // Здравоохранение Рос. Федерации. - 2002. - № 2. - С. 40-43.
7. Логінов О.М. Деякі аспекти формування здорового способу життя серед студентів ВНЗ // Буковинський медичний вісник. - 2003. - № 4. - С. 15-16.
8. Шабров А.В., Поляков И.В., Твердохлебов А.С., Котова Г.Н. Гигиеническое поведение студентов и среднего медицинского персонала // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2002. - № 6. - С. 11-15.
9. Буняк Н.А. Особенности адаптации студентов в вузі // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2002. - № 3. - С. 25-27.
10. Губергриц Н.Б., Титиевский С.В., Дрид Наим. Коррекция психосоматических нарушений при хроническом панкреатите // Сучасна гастроентерологія. - 2003. - № 3(13). - С. 87-92.
11. Москаленко В.Ф. Здоровий спосіб життя: теорія та практика // Охрана здоровья Украины. - 2002. - № 2(5). - С. 4-6.
12. Маркова А.И., Ляхович А.В., Медведь Л.М. Образ жизни и здоровье студентов // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2004. - № 1. - С. 31-35.
13. Назимов И.Г., Нугаева Г.Ш. Заболеваемость и образ жизни студентов средних медицинских учебных заведений // Казан. мед. журн. - 2001. - № 6. - С. 468-471.
14. Бурак Е.Н., Стариков В.И., Теняно М.Ю. Социологические исследования состояния здоровья студентов-медиков // Здравоохранение Белоруссии. - 1990. - № 2. - С. 19-22.
15. Слабкий Г.О., Теряева О.Г. Виховання здорової людини як засіб первинної профілактики // Медичні перспективи. - 2001. - Т.6, №1. - С. 118-120.

УДК 614.23:617.5:378(07)

ЗАХОДИ ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЦИКЛІВ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ-ХІРУРГІВ

Д.Ю. Рязанов, С.А. Сицинский, С.А. Поталов

Запорізька медична академія післядипломної освіти

MEASURES FOR INCREASING THE EFFICIENCY IN ORGANIZATION OF SERIES OF THEMATIC ADVANCED TRAINING OF SURGEONS

D.Yu. Ryazanov, S.A. Sytsynsky, S.A. Potalov

Zaporizhyan Medical Academy of Post-Graduate Education

У статті розглянута можливість удосконалення системи викладання на циклах тематичного удосконалення лікарів-хірургів. Очно-заочне навчання з використанням дистанційної форми для теоретичної підготовки, контролю знань і майстер-класу для одержання нових практичних навичок на основі високої мотивації лікарів-хірургів дозволить якісно поліпшити результати викладання.

The paper reviews the possibility of improvement of the teaching system in series of thematic advanced training of surgeons. Internal education and education by correspondence using the remote form for theoretical training, knowledge monitoring and masterclass for obtaining new practical skills based on high motivation of surgeons will allow to improve the results of education in the qualitative sense.

Вступ. Основною ідеєю концепції безперервного професійного розвитку лікарів є збереження на високому професійному рівні, а також постійне удосконалення їх знань та вмінь відповідно до вимог часу [1, 2].

Впровадження безперервного професійного розвитку неможливе без розуміння того, що революційні перебудови системи освіти завдали традиційним формам навчання великих структурних змін [3]. Особливого значення все більше набувають принципи комп'ютерної інформаційної децентралізації освіти [4].

Одним з напрямків післядипломної підготовки фахівців є проведення циклів тематичного удосконалення для поглибленого набуття спеціальних знань і практичних навичок, які орієнтовані не на комплекс нозологій, а на проблемний та ситуаційний підхід [5].

Разом з тим існуючі організаційні недоліки проведення циклів удосконалення добре відомі як викладачам (нерациональне використання робочого часу у зв'язку з необхідністю постійної курації лікарів-слухачів та, як наслідок, нестача часу для виконання інших професійних обов'язків, наприклад, для занять науковою, навчально-методичною діяльністю та ін.), так і курсантам (тривале перебування на клінічній базі з відривом від основного місця роботи, необхідність додаткових фінансових витрат на

оплату відрядних на проїзд, проживання, харчування, певний побутовий і психологічний дискомфорт, пов'язаний з перебуванням у гуртожитку та ін.).

З іншого боку, важливою перевагою успішного функціонування циклів тематичного удосконалення є високий рівень мотивації лікарів, оскільки самостійний вибір останніми того або іншого циклу обумовлений суцільно практичною професійною потребою удосконалення особистої майстерності, набуття нових знань і навичок.

Зазначена перевага створює реальну можливість для перегляду традиційної форми проведення тематичних циклів удосконалення, у тому числі для лікарів-хірургів, з метою оптимізації взаємин у системі "викладач-учень", що приведе до інтенсифікації навчального процесу, більш раціонального використання робочого часу викладачами і слухачами, підвищення ефективності засвоєння теоретичного матеріалу, поліпшення практичної підготовки лікарів-слухачів.

Основна частина. Активно впроваджувана в практичну педагогіку технологічна парадигма розвитку професіоналізму означає здатність викладача точно ставити освітні завдання і логічно, послідовно, найбільш оптимальним шляхом вирішувати їх. Тому, сьогодні перед викла-

©Д.Ю. Рязанов, С.А. Сицинский, С.А. Поталов

дачем постає конкретне практичне завдання знайти адекватні форми і способи подання свого досвіду.

Для досягнення зазначеної мети пропонується проведення тематичних циклів у формі "очно-заочного" навчання. Це дозволить використати можливості дистанційного навчання на етапі передачі і контролю знань лікарів-слухачів (заочна частина циклу) і переваги коротких інтенсивних тренінгів [6] на етапі практичного освоєння нових операцій і технологій (очна частина циклу).

Основою для проведення заочної частини циклу є використання дистанційної форми навчання на основі застосування технології Інтернет. Насамперед, це стосується всього спектра теоретичної підготовки, включаючи базовий контроль знань, читання лекцій, забезпечення навчально-методичною літературою, розбір клінічних випадків, розв'язання ситуаційних завдань, заключний контроль знань, анкети зворотного зв'язку. Це дозволить слухачам з різним рівнем вихідної теоретичної підготовки освоювати навчальний матеріал в однаковому обсязі, але в індивідуальні терміни, використовуючи для цього зручний час, у тому числі особистий. У перспективі доступність інтернет-ресурсів дозволить демонструвати операції в режимі "online".

Пропонована форма навчання дозволяє використати основні переваги дистанційної форми освіти [7]:

1) гнучкість (слухачі, що одержують дистанційну освіту, в основному не відвідують регулярних занять, а навчаються в зручний для себе час та в зручному місці);

2) паралельність (навчання здійснюється одночасно з професійною діяльністю або з навчанням за іншим напрямком, тобто без відриву від виробництва або іншого виду діяльності);

3) економічність (ефективне використання навчальних площ та технічних засобів, концентроване і уніфіковане представлення інформації, використання і розвиток комп'ютерного моделювання повинні призвести до зниження витрат на підготовку фахівців);

4) технологічність (використання в навчальному процесі нових досягнень інформаційних технологій, які сприяють входженню людини у світовий інформаційний простір).

На наш погляд, якість дистанційної освіти не поступається якості очної форми навчання, ос-

кільки для підготовки дидактичних засобів повинен залучатися найкращий професорсько-викладацький склад і використовуватися найсучасніші навчально-методичні матеріали. Передбачається введення спеціалізованого контролю якості дистанційної освіти на відповідність її освітнім стандартам.

Очна частина циклу проводиться на клінічній базі кафедри. Форма її проведення повинна бути суцільно практичною та проводитися за типом "майстер-класу". Лікарі-слухачі беруть активну участь у якості асистентів або операторів, а також у доопераційному і післяопераційному веденні хворих. Учасники "майстер-класу" можуть заздалегідь познайомитися з письмовими теоретико-методичними розробками занять, або різноманітними методичними ілюстраціями у вигляді схем, таблиць, моделей. Нарешті, заключним етапом практичної підготовки є забезпечення лікарів-слухачів наочною відеопродукцією (відеодиски з виконаними операціями), що у повному обсязі відбиває необхідні кінцеві практичні навички хірургів.

Отже, ініціатива, бажання і прагнення викладача представити свій досвід у цій організаційно-педагогічній формі надасть можливість одержати так необхідний усякому професіоналові матеріал для творчих міркувань, для подальшого послідовного вибудовування свого поступального руху до висот майстерності, активного сходження по шляху безперервного професійного росту і самовдосконалення.

На наш погляд, подібна форма організації навчального процесу відповідає сучасним вимогам розширення самостійної теоретичної підготовки лікарів-слухачів, інтенсифікує процес їхньої практичної підготовки, дозволяє оптимізувати та змістити індивідуальні тимчасові рамки засвоєння необхідного обсягу теоретичної інформації, а також раціонально використовувати основний робочий час викладача, приділивши основну увагу лекційному матеріалу, контролюючим функціям, передачі конкретних практичних навичок та прийомів.

Висновки: 1. Підвищення ефективності навчання лікарів-хірургів на циклах тематичного удосконалення можливе при очно-заочній організації їх проведення завдяки застосуванню дистанційних форм з використанням комп'ютерних технологій і проведенням майстер-класу.

2. Очікуваний результат запропонованої моделі навчання на тематичному циклі удоскона-

лення – підвищення творчого та інтелектуального потенціалу людини, що одержує дистанційну освіту, за рахунок самоорганізації, прагнення до знань, використання сучасних інфор-

маційних та телекомунікаційних технологій, вміння самостійно приймати відповідальні рішення, отримання достатньо міцних практичних навичок.

Література

1. Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів та якість підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Фещенко та ін. // Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів: Тези доп. наук.-метод. конф. - К., 2007. - С. 3-9.

2. Медична освіта у світі та в Україні / Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерій, О.П. Волосовець та ін. - Київ: Книга плюс, 2005. - 383 с.

3. Медицинское образование в Украине. - Х.: ИПП "Контраст", 2005. - 464 с.

4. Вороненко Ю.В., Мінцер О.П., М'ясников В.Г. Болонський процес і проблеми когнітивізму в ме-

дичній освіті // Медична освіта. - 2006. - № 2. - С. 32-35.

5. Матюха Л.Ф., Олійник М.В. Чи потрібні нові форми післядипломного навчання лікарів? // Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів: Тези доп. наук.-метод. конф. - К., 2007. - С. 221-223.

6. Бакли Р., Кейпл Дж. Теория и практика тренинга. - С.Пб.: Питер, 2002. - 352 с.

7. Средства дистанционного обучения. Методика, технология, инструментарий / С.В. Агапонов, З.О. Джаляшвили, Д.Л. Кречман и др. / Под ред. З.О. Джаляшвили. - С.Пб.: БХВ-Петербург, 2003. - 336 с.

РЕЦЕНЗІЯ

*на підручник "Фтизіатрія" за ред. В.І. Петренка для студентів ВМНЗ IV рівня акредитації
(Вінниця: Нова книга, 2006. - 504 с.)*

Підручник "Фтизіатрія", підготовлений колективом авторів (В.І. Петренко, В.Ф. Москаленко, Ю.І. Фещенко, М.М. Савула, С.С. Солдатченко), рекомендований МОЗ України для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації. Книга охоплює розділи: "Загальні питання фтизіатрії", "Туберкульоз органів дихання", "Туберкульоз позалегенової локалізації", "Лікування хворих на туберкульоз", "Організація боротьби з туберкульозом". В останньому розділі наведені тестові завдання до всіх розділів, в додатку – Закон України "Про боротьбу з захворюванням на туберкульоз". Це підручник нового типу, в якому матеріали кожного розділу подані з використанням сучасних досягнень фтизіатричної науки і практики. Всі формулювання чіткі, виділення основних положень полегшує засвоєння матеріалу.

Детально описані клінічні форми туберкульозу різних локалізацій, сучасні методи діагностики, диференціальна діагностика, лікування і профілактика туберкульозу. Дана оцінка епідеміологічної ситуації в Україні і світі.

Матеріали, представлені в книзі, дозволяють не лише отримати базові знання студентській молоді, але й можуть слугувати джерелом сучасної інформації з фтизіатрії як для лікарів фтизіатрів, так і для лікарів загальної практики. Це особливо важливо в наш час, коли в здійсненні протитуберкульозних заходів, зокрема у виявленні туберкульозу, повинні брати участь лікарі всіх спеціальностей і рівнів. Обов'язки медичних працівників різного профілю у здійсненні протитуберкульозних заходів чітко викладені в книзі. Підручник "Фтизіатрія" за ред.

В.І. Петренка є першим, в якому висвітлені основи DOTS-стратегії, до якої приєдналася Україна. DOTS - стратегія надає переваги виявленню туберкульозу шляхом мікроскопічного пошуку мікобактерій в харкотинні хворих у лабораторіях всіх медичних закладів. Тому, поряд із складними методами діагностики, детально описаний метод мікроскопії мазків харкотиння і оцінки його результатів. Ще одним важливим компонентом стратегії DOTS є контрольоване антимікобактеріальне лікування, яке на другому етапі проводять амбулаторно. З підручника можна отримати вичерпну інформацію про протитуберкульозні препарати їх терапевтичну активність, побічні ефекти, стандартизовані схеми лікування різних категорій хворих. Висвітлені ускладнення туберкульозу, зокрема ті, при яких необхідна невідкладна допомога.

Підручник ілюстрований рентгено- і томограмами, таблицями, схемами.

До кожного розділу складені завдання для тестового контролю, які можуть бути використані для контролю знань студентів, інтернів, а також лікарями при підготовці до атестації.

Унікальним доповненням до підручника є компакт-диск із програмним забезпеченням для тестування рівня знань, який дозволяє уникнути суб'єктивного фактора при оцінюванні знань.

Таким чином, книга "Фтизіатрія" за ред. В.І. Петренка є підручником нового типу, корисним як для студентів, так і практичних лікарів, з якого читач отримує вичерпну інформацію з питань виявлення, діагностики, лікування і профілактики туберкульозу.

Головний спеціаліст з фтизіатрії управління охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації, заступник головного лікаря з лікувальної справи Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру

Г.О. Ботюк

ПРИ ПІДГОТОВЦІ СТАТЕЙ ДО ЖУРНАЛУ “МЕДИЧНА ОСВІТА” ПРОСИМО ДОТРИМУВАТИСЯ ТАКИХ ВИМОГ

1. Стаття повинна мати відношення установи з рекомендацією до друку та підписом керівника установи й експертний висновок про можливість відкритої публікації, які завірені печаткою. Під текстом статті обов'язкові підписи всіх авторів. Окремо необхідно вказати науковий ступінь і вчене звання кожного автора, а також прізвище, ім'я, по батькові, адресу, телефон і факс автора, з яким можна вести листування і переговори.

2. Статтю треба друкувати на одному боці аркуша формату А4 (210-297 мм), 1800-2000 друкованих знаків на сторінці, українською мовою. Надсилати необхідно 2 примірники статті.

3. Обсяг статті, включаючи таблиці, рисунки, список літератури, резюме, не повинен перевищувати 8 сторінок.

4. Матеріал необхідно готувати на комп'ютері за стандартом IBM. Електронний варіант статті надсилати на дискеті 3,5". Текст треба набирати у програмі WORD 6,0 або будь-якої вищої версії, рисунки готувати у форматах JPG, TIF, CDR. Для формул бажано використовувати вбудований у WORD редактор формул.

5. Статті треба писати за такою схемою: УДК, назва роботи (великими літерами), ініціали і прізвища авторів, повна назва установи, назва статті англійською мовою (великими літерами), ініціали і прізвища авторів англійською мовою, повна назва установи англійською мовою, резюме українською мовою, резюме англійською мовою, вступ, основна частина, висновки, література (слова “вступ”, “основна частина”, “висновки” виділяти напівжирним шрифтом).

Відповідно до Постанови Президії ВАК України від 15.01.2003 р. за № 7-05/1 всі статті, подані до друку, якщо вони належать до рубрик “Вдосконалення вищої медичної освіти” та “Досвід з організації навчальної роботи”, повинні містити (у межах вказаних нижче частин) такі необхідні елементи (за їх відсутності стаття не буде прийматись до друку):

У вступі – постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор; виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття.

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

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

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

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

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

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

Приклади бібліографічних посилань

– посилання на книги:

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

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

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

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

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

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

Перекладні видання:

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

– посилання на статті:

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

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

– посилання на доповіді, тези доповідей:

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

– посилання на патенти, авторські свідоцтва:

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

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

– посилання на дисертації і автореферати дисертацій:

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

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

– посилання на укази, накази, постанови, закони:

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

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

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

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

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

11. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, не реєструються. У першу чергу друкуються статті передплатників журналу, а також матеріали, що замовлені редакцією.

12. Автор несе повну відповідальність за достовірність даних, наведених в статті і в списку літератури.

13. Статті треба відсилати за адресою:

Редакція журналу “Медицина освіта”

Тернопільський державний медичний університет

ім. І.Я. Горбачевського

Майдан Волі, 1

46001, Тернопіль

Україна.

Бажаємо успіху!