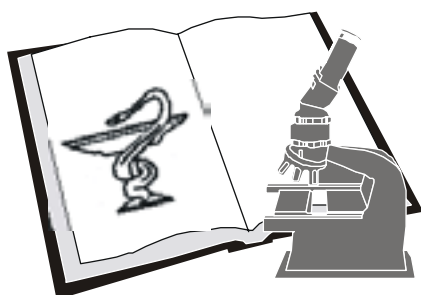


Міністерство охорони здоров'я України
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

МЕДИЧНА ОСВІТА

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

- ◆ ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
- ◆ ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ
- ◆ ПОВІДОМЛЕННЯ, РЕЦЕНЗІЇ
- ◆ З ІСТОРИЇ 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

2/2008

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, достовірність і орфографію рекламних матеріалів відповідальність несе рекламодавець.

Редакція не несе відповідальності за достовірність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікаціях. 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 № 13 від 20.05.2008 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	Бенько Н.Б.
Художник	Кушик П.С.

Підписано до друку 20.05.2008. Формат 60×84/8.
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.
Ум.др. арк. 8,84. Обл.-вид.арк. 8,33.
Наклад 600. Зам. № 101.

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

ЗМІСТ

<i>М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Феценко, Т.І. Чернищенко</i> СУЧАСНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	5
<i>О.В. Громов, П.Г. Герасимчук, М.О. Коваленко, М.В. Василюшина</i> ІНТЕНСИФІКАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ ПІД ЧАС ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ НА КЛІНІЧНИХ БАЗАХ	11
<i>С.І. Жмурський, В.Є. Дмитрах</i> МОДЕЛЮВАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ГЕМОДИНАМІКИ У БІОФІЗИЦІ	13
<i>Т.В. Святенко</i> ЗНАЧЕННЯ СТУДЕНТСЬКОГО ВОЛОНТЕРСЬКОГО РУХУ У ВИХОВАННІ ЛІКАРЯ-ГУМАНІСТА	16
<i>М.І. Швед, Н.В. Пасечко, Г.В. Лихацька, Т.В. Лихацька, І.В. Смачило</i> ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ВИКЛАДАННЯ ПРЕДМЕТА НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ	21
<i>С.І. Климинок, Л.Б. Романюк, Н.І. Ткачук, М.С. Творко, Г.Р. Малярчук, О.В. Покришко</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ МІКРОБІОЛОГІЇ У СУЧАСНИХ УМОВАХ	24
<i>Н.С. Кравченко, Л.А. Грищук, С.І. Корнага, М.М. Савула, І.Т. П'ятночка</i> МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИВЧЕННЯ ФІЗИАТРИЇ В УМОВАХ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО- МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ	28
<i>М.О. Кашуба, О.В. Лотоцька, О.М. Сопель, Д.В. Козак, Н.І. Рега</i> ОСОБЛИВОСТІ ПРАКТИЧНО-ОРІЄНТОВАНОГО ВИКЛАДАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПІЄНИ АНГЛІЙСЬКОЮ МОВОЮ У СТУДЕНТІВ-ІНОЗЕМЦІВ	30
<i>І.А. Прокоп, М.І. Бобак</i> ІГРОВЕ МОДЕЛЮВАННЯ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЗАСІБ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ФАХОВОЇ ІНОЗЕМНОЇ МОВИ	32
<i>Т.В. Святенко</i> ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ СТУДЕНТСЬКИХ ІНІЦІАТИВ – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА РЕФОРМУВАННЯ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВИЩОЇ ШКОЛИ (досвід Дніпропетровської державної медичної академії)	35
<i>Б.Г. Бугай, С.М. Андрейчин, Т.Ю. Чернець, Н.А. Бількевич, М.М. Руда, Н.Я. Верещакіна, Н.З. Ярема, Н.А. Хабарова</i> СИНДРОМ УЩІЛЬНЕННЯ ЛЕГЕНЕВОЇ ТКАНИНИ: НОВА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ В ПРОПЕДЕВТИЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ	39
МАТЕРІАЛИ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ “ДОСВІД ТА ПРОБЛЕМИ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ У ВМ(Ф)НЗ УКРАЇНИ” 15-16 травня 2008 р.	
<i>Л.Я. Ковальчук, І.Р. Мисула, І.Є. Сахарова, О.Є. Федорців</i> ВПРОВАДЖЕННЯ ОБ'ЄКТИВНОГО СТРУКТУРОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ІСПИТУ (ОСКІ) В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО	43
<i>І.С. Вітенко</i> СУЧАСНИЙ СТАН ТА ВИКОРИСТАННЯ ДЕРЖАВНОЇ МОВИ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ І ФАРМАЦЕВТІВ В УКРАЇНІ	45
<i>В.С. Бірюков, О.В. Чернецька, Т.І. Пащенко</i> ОСВІТНІ ІНДИКАТОРИ В ПЕДАГОГІЦІ ВИЩОЇ ШКОЛИ	50
<i>Є.М. Нейко, Т.М. Волосовець, А.Б. Кебало, Л.В. Глушко</i> СУЧАСНІ АКЦЕНТИ ПІСЛЯ ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ	53
<i>В.Ф. Москаленко, О.П. Яворовський, Л.І. Остаюк</i> ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	55

<i>В.М. Запорожан, В.Й. Кресюн, О.В. Чернецька</i> МОЖЛИВОСТІ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАННЯ ЗА КМСОНПНА КЛІНІЧНИХ КАФЕДРАХ	58
<i>Ю.М. Колесник, Ю.М. Нерянов</i> ПРО ЗАХОДИ ЩОДО ПОКРАЩАННЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАСАД БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ	60
<i>В.М. Казаков, О.М. Талаласко, М.Б. Первак</i> ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ У ПРОВЕДЕННІ РЕФОРМ БОЛОНСЬКОЇ СПРЯМОВАНОСТІ У ВІТЧИЗНЯНІЙ ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ШКОЛІ	63
<i>В.М. Лісовий, В.А. Капустник, В.О. Коробчанський, М.П. Воронцов</i> ПСИХОПІСНА В АСПЕКТІ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ	67
<i>В.К. Івченко, В.В. Сімрок, С.М. Смірнов</i> ДОСВІД РОБОТИ ЛУГАНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	70
<i>В.М. Ждан, В.М. Бобирьов, О.В. Шешукова, С.М. Білаш</i> КРЕДИТНО-МОДУЛЬНА СИСТЕМА У ВДНЗ УКРАЇНИ “УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ”: ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ УПРОВАДЖЕННЯ	72
<i>В.П. Марценюк</i> РОЗРОБКА І ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ ЕЛЕКТРОННОГО НАВЧАННЯ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО	74

УДК 61:378

СУЧАСНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Фещенко, Т.І. Чернищенко

Міністерство охорони здоров'я України

Вступ. Ефективна освітня і кадрова політика в галузі охорони здоров'я є важливим інструментом реформування вітчизняної медицини та реалізації Програми діяльності Кабінету Міністрів України, оскільки від рівня підготовки лікарів залежить якість надання медичної допомоги населенню країни.

Основна частина. Для якісної підготовки молодших медичних спеціалістів, бакалаврів, спеціалістів та магістрів медицини МОЗ України постійно працює над забезпеченням:

- якісного конкурсного набору студентів на перший курс;
- високого професіоналізму викладачів;
- виховання у студентів патріотизму та національної свідомості, милосердя та духовності;
- наявності відповідного кадрового, навчально-методичного та матеріально-технічного забезпечення;
- ефективної організації, інформатизації та управління навчальним процесом;
- створення мережі університетських лікарень та клінік;
- ефективного контролю за якістю навчання;
- стовідсоткового надання першого робочого місця випусникам вищих медичних навчальних закладів, які навчалися за державним замовленням.

Підготовка фахівців для галузі охорони здоров'я в Україні здійснюється у вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладах I-IV рівнів акредитації, серед них: 64 медичних коледжі, 49 медичних училищ та їх філій, 2 інститути медсестринства (Житомир, Тернопіль), 11 медичних університетів, 2 медичні академії (Дніпропетровськ, Полтава), 1 фармацевтичний університет (Харків) та 3 академії післядипломної освіти (Київ, Харків, Запоріжжя).

Шість медичних університетів та одна медична академія післядипломної освіти (Київ) мають статус національних.

Відповідно до Закону України "Про вищу освіту", з метою забезпечення впровадження основних принципів Болонської декларації, проводиться реорганізація найбільшпотужних медичних (фармацевтичних) училищ

у медичні (фармацевтичні) коледжі, яких в системі вже нараховується 64, і цей процес продовжується.

Окрім того, невелика за обсягом підготовка лікарів (щорічно до 700 осіб на бюджетній та контрактній формі навчання) ведеться на 4 медичних факультетах класичних університетів (Ужгород, Суми, Харків, Дніпропетровськ) та 3 недержавних вищих медичних навчальних закладів (Медичний інститут Української асоціації народної медицини (Київ), Інституту екології та медицини (Київ), Дніпропетровський медичний інститут Української асоціації народної медицини).

Станом на 1.01.2008 р. у вищих медичних навчальних закладах III-IV рівнів акредитації МОЗ України навчається **24 144** студентів за державним замовленням (44%), **30 734** за контрактною формою навчання (56%), 12 336 за заочною формою (фармація) та **15 264** іноземних громадян.

Затверджений Міністерством охорони здоров'я України на 2007/2008 навчальний рік план прийому до вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I-II та III-IV рівнів акредитації за державним замовленням **був виконаний в повному обсязі**.

Вищими медичними (фармацевтичними) навчальними закладами III-IV рівнів акредитації та закладами післядипломної освіти в 2007 році здійснено прийом **4412** осіб (в 2006 році – 4335).

На виконання Указу Президента України "Про державну підтримку підготовки фахівців для сільської місцевості" вищі навчальні заклади МОЗ України зарахували на перший курс **навчання за цільовим направленням** 653 особи, які проживають в сільській місцевості.

До вищих навчальних закладів, підпорядкованих МОЗ України, на місця державного замовлення на денну форму навчання в 2007 році зараховано **50,7 % осіб** від загального обсягу прийому громадян (контракт – 49,3 %).

На перший курс медичних університетів та академій зараховано **55 дітей-сиріт**, 75 осіб, що постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, 3456 абітурієнтів із сільської місцевості, **97 з числа дітей-інвалідів**.

Контингент студентів у вищих медичних навчальних закладах I-II рівнів акредитації у 2007 році становив **66 199** осіб (у 2006 р. – 67 742 особи).

Обсяг прийому студентів до вищих медичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації у 2007 р. – **24 662** осіб, в тому числі на бюджетну форму навчання – **13 741** особа або 55,7 % (у 2006 році – 53,9 %).

Випуск молодших медичних (фармацевтичних) спеціалістів у 2007 році склав **24 186** осіб. Випуск бакалаврів у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах I-IV рівнів акредитації становив 1120 осіб.

Квота цільового прийому у 2007 році до медичних (фармацевтичних) училищ і коледжів становила 1337 осіб, зараховано за вказаною квотою 1020 осіб.

До вищих медичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації за держзамовленням прийнято **1166** осіб та **1315** осіб з числа дітей-інвалідів. Всього отримують стипендію 30 085 осіб та проживають у гуртожитках 14 496 осіб.

Нині на підготовці медичних кадрів зосереджено потужний потенціал: у 18 медичних університетах та академіях працює понад 1,7 тисячі професорів та докторів наук і понад 6,5 тис. доцентів та кандидатів наук. Це одні з кращих показників серед усіх освітніх закладів нашої країни. Проте не може не звертати увагу той факт, що 22,7 % викладачів та 44 % завідувачів кафедр – пенсійного віку, а 27 % викладачів не мають наукового ступеня.

До проведення навчального процесу у медичних училищах та коледжах залучається 7441 викладач, із них – 5843 – штатних, з них понад 250 осіб мають вчені звання та наукові ступені.

У вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладах, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України, продовжується робота щодо організаційно-методичного забезпечення навчального процесу на засадах кредитно-модульної системи.

Проте недосконалість чинної нормативної бази МОН України щодо організації навчального процесу в умовах кредитно-модульної системи (наказ МОН України від 23.01.04 № 48 “Про проведення педагогічного експерименту з кредитно-модульної організації навчального процесу”, яким затверджене Тимчасове положення про організацію навчального процесу в кредитно-модульній системі підготовки фахівців) створює ряд проблем при проведенні навчального процесу, в тому числі щодо стипендіального забезпечення студентів, порядку їх відрядження та поновлення на навчання, ліквідації академічної заборгованості тощо.

У зв'язку з вищезазначеним та впровадженням кредитно-модульної системи організації навчального процесу і з метою покращання якості підготовки медичних та фармацевтичних кадрів, відповідно до наказу МОЗ України від 15.01.08 № 8-адм в рамках симпозиуму на тему “Кредитно-модульний принцип організації навчального процесу у вищих медичних закладах України III-IV рівнів акредитації: стан, проблеми, перспективи” 24.01.08 на базі Івано-Франківського державного медичного університету проведено нараду проректорів з навчальної роботи та з міжнародних зв'язків вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів.

На виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 26.07.06 № 1025 “Про заходи щодо оптимізації мережі військових навчальних підрозділів вищих навчальних закладів” внесено зміни до навчальних планів підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікацій “лікар”, “лікар-стоматолог” та “провізор” та у навчальні плани, робочі програми підготовки фахівців за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа”, “Стоматологія”, “Фармація”, у яких суттєво розширено практичну складову підготовки майбутніх лікарів та провізорів.

З метою утворення єдиного інформаційного простору для дистанційного (самостійного) навчання лікарів та курсантів вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів створено Центри дистанційної освіти Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського та Запорізького державного медичного університету.

З метою підвищення рівня додипломної та післядипломної підготовки, зовнішнього оцінювання знань студентів, задля управління якістю медичної освіти МОЗ продовжує впровадження європейської системи, незалежних від вищих навчальних закладів, ліцензійних інтегрованих іспитів “Крок-1”, “Крок-2”, “Крок-3”. Нова прогресивна система об'єктивної діагностики рівня знань медиків в Україні, яка системно працює вже 9 років, дістала високі оцінки Всесвітньої та Європейської асоціації медичної освіти.

Найкращі результати складання державного ліцензійного іспиту “Крок-2. Лікувальна справа” у 2007 році показали випускники Донецького національного медичного університету, Кримського державного медичного університету, Запорізького державного медуніверситету, Львівського національного медичного університету, Дніпропетровської державної медичної

академії, Національного медичного університету та Луганського державного медичного університету.

З метою поліпшення якості підготовки медичних працівників та на виконання Указу Президента України від 06.12.05 № 1694 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров’я населення” додатково опрацьовується проект Постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження Примірного положення про клінічну базу (університетську клініку) державного вищого навчального закладу IV рівня акредитації (закладу післядипломної освіти)”. Саме університетські лікарні повинні стати лідерами у запровадженні в медичних університетах та академіях новітніх медичних та педагогічних інновацій.

Клініки стануть закладами охорони здоров’я принципово нової формації, оснащеними сучасною апаратурою та забезпеченими висококваліфікованими кадрами. Ці лікарні будуть мати багатоканальну структуру фінансування за рахунок міжбюджетних трансфертів та спонсорської допомоги.

Вищі навчальні заклади постійно проводять роз’яснювальну роботу серед викладачів і студентів та вживають дієвих заходів щодо недопущення корупційних діянь та випадків хабарництва. Особлива увага приділяється підвищенню морально-етичних і професійних норм поведінки серед працівників навчальних закладів.

Підготовка студента – це виховання **свідомого українця**, який має знати історію і традиції свого народу, володіти сучасними інформаційними і лікувальними технологіями, декількома іноземними мовами, бути провідником і прикладом здорового способу життя для людей.

З метою поліпшення безпосереднього зв’язку з вищими медичними навчальними закладами та підняття ролі студентського самоврядування при міністрові охорони здоров’я створена **Рада представників громадського самоврядування та Рада молодих вчених**.

З метою забезпечення подальшого розвитку ступеневої медсестринської освіти Міністерством охорони здоров’я України спільно з фахівцями Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького розроблено та затверджено Міністерством освіти і науки України стандарт освіти з **магістратури зі спеціальності “Сестринська справа”**. Відповідно внесені зміни до державного переліку освітньо-кваліфікаційних рівнів і з поточного року у Житомирському інституті медсестринства та Буковинському державному медичному університеті розпочнуть готувати медичних сестер з вищою освітою рівня “магістр”.

На виконання рішення Конгресу та Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр. з метою підняття престижності професії медичної сестри та розвитку ступеневої сестринської освіти Міністерством охорони здоров’я України до типових штатів закладів охорони здоров’я введено посаду **заступника головного лікаря з медсестринства**, яку мають право обіймати медичні сестри, які мають базову вищу освіту (бакалавр) в галузі знань “Медицина”, за спеціальністю “Сестринська справа”.

Відповідно до плану основних організаційних заходів МОЗ України, проведено Всеукраїнські конкурси фахової майстерності зі спеціальностей: “Сестринська справа”, “Фармація”, “Стоматологія ортопедична”. Затверджені відповідні накази МОЗ України про нагородження учасників та переможців зазначених конкурсів.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 28 жовтня 1994 року № 744 “Про затвердження Положення про порядок призначення академічних стипендій Президента України студентам вищих навчальних закладів та аспірантам”, наказу Міністерства освіти і науки України від 15 травня 2001 року № 381 “Про стипендії Президента України” призначено зазначену стипендію 74 студентам та 6 аспірантам відповідно до затверджених квот.

Свідченням підняття престижу української медичної та фармацевтичної освіти є той факт, що у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах навчаються на усіх формах до- та післядипломної підготовки **понад 16 тисяч студентів з 96 країн світу**, в тому числі 650 громадян з розвинених країн.

Лідерами у підготовці іноземних фахівців є Луганський медичний університет, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Кримський медичний університет ім. С.І. Георгієвського, Запорізький медичний університет, Одеський державний медичний університет, Національний фармацевтичний університет, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. В усіх медичних університетах та академіях запроваджені англійська мова форма підготовки.

За минулий навчальний рік у галузі видано понад 92 підручників, 539 навчальних посібників та 39 монографій. Безумовним досягненням вищої школи є видання 1706 навчальних книг та відеофільмів на електронних носіях. Проте залишаються проблемними питання їх відповідності міжнародним стандартам, діагностики, особливо в частині МКХ-Х, та лікування найбільш поширених хвороб.

1 лютого поточного року у Міністерстві охорони здоров'я України відбулась нарада ректорів вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти за участю міністра охорони здоров'я України В.М. Князевича і міністра освіти і науки України І.О. Вакарчука, яка визначила стратегічне завдання вищої освіти щодо **поліпшення якості підготовки фахівців** та наголосила на необхідності **забезпечення якісного і демократичного прийому абітурієнтів** у 2008 році за результатами зовнішнього незалежного тестування.

З метою підготовки до проведення на **належному рівні вступної кампанії** до вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів I-IV рівнів акредитації у 2008 році Міністерством охорони здоров'я України здійснено такі заходи:

– на виконання наказу міністра охорони здоров'я України В.М. Князевича створено **оперативний штаб МОЗ України “Вступна кампанія – 2008”** на чолі із заступником міністра охорони здоров'я В.В. Лазоришинцем, яким передбачена низка системних заходів щодо забезпечення прийому абітурієнтів у 2008 році за результатами зовнішнього незалежного тестування у повній відповідності до чинного законодавства;

– спільно з МОН України видано наказ щодо затвердження **Переліку медичних протипоказань** до складання іспитів зовнішнього незалежного тестування;

– у МОЗ України відкрита **гаряча телефонна лінія** для громадян з оперативних питань та консультування щодо особливостей проведення вступної кампанії до вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів усіх рівнів акредитації за результатами зовнішнього незалежного тестування, створена відповідна тематична рубрика у газеті “Ваше здоров'я”;

– ректорам (директорам) вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів доручено у взаємодії з управліннями охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій вжити заходів щодо неухильного виконання плану **цільового прийому сільської молоді**, визначеного МОЗ України;

– спільно, за участю провідних фахівців Міністерства освіти і науки України, 28 – 29 лютого на базі Чортківського базового медичного коледжу проведена Всеукраїнська нарада директорів вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації та нарада відповідальних секретарів приймальних комісій медичних університетів та академій з питань проведення прийому у 2008 році.

В Україні мережа вищих медичних навчальних закладів, де проводиться **післядипломна підготовка лікарів та провізорів** (інтернатура, клінічна ординатура, магістратура, аспірантура, підвищення кваліфікації: спеціалізація, тематичне удосконалення, передатестаційні цикли), складається з 3 самостійних закладів (Національна, Харківська, Запорізька медичні академії післядипломної освіти), факультетів післядипломної освіти при медичних університетах, академіях та Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації при Національному фармацевтичному університеті.

Щорічно на базах зазначених закладів післядипломної освіти та факультетів післядипломної освіти медуніверситетів та академій підвищують кваліфікацію більш як 60 тисяч лікарів (провізорів) з 124 лікарських та 5 провізорських спеціальностей, проводиться підготовка близько 9 тисяч лікарів-інтернів 1-3 років навчання з 34 спеціальностей інтернатури, 715 клінічних ординаторів, 361 магістрант, понад 1000 аспірантів з відривом та без відриву від виробництва.

З метою покращення якості надання лікувально-профілактичної допомоги дитячому населенню, особливо дітям з екстремально малою масою тіла, та на виконання відповідних доручень керівництва країни до переліку первинних спеціалізацій (інтернатур) введено додаткові спеціальності: “Неонатологія”, “Дитяча анестезіологія” та “Спортивна медицина”. Також у 2007 році введені спеціальності інтернатури з фахів “Дитяча оториноларингологія” та “Дерматовенерологія”.

У 2007 році до навчання в інтернатурі вищих навчальних закладів та закладів післядипломної освіти приступило понад 400 лікарів-інтернів за спеціальністю “Загальна практика-сімейна медицина”.

В рамках введення **системи безперервного професійного розвитку** лікарів МОЗ України здійснює громадське обговорення щодо запровадження системи набору лікарями кредитів з усіх видів професійної діяльності з метою допуску до іспитів щодо присвоєння певної лікарської категорії, що стане одним з етапів стандартизованої системи оцінювання рівня професійної компетентності фахівця.

Гостро стоїть у медицині та фармації питання підняття **якості наукових досліджень**. Науководослідним інститутам та вищим навчальним закладам при виконанні наукових розробок необхідно перейти на засади доказової медицини, виходити на міжнародний ринок інновацій та орієнтуватись на систему грантової підтримки.

Кількість середнього медичного персоналу, який підвищив кваліфікацію у закладах післядипломної

освіти I-II рівня акредитації, у 2007 році склала 71 390 осіб, або 22,9% до загальної його кількості (у 2006 році – 66 531 осіб, або 21,2%).

Питання якості підготовки лікарів та провізорів нерозривно пов'язані з кадровим забезпеченням галузі. Станом на 01.01.08 в Україні зареєстровано 243 461 штатних лікарських посад. Реально ж у галузі працює **195 555** лікарів-фізичних осіб, які обіймають 226 642 лікарські посади.

Розрив між штатними лікарськими посадами і фізичними особами по Україні становить 47 906; відсоток укомплектованості лікарських посад фізичними особами складає 80,3 (у сільській місцевості вона ще нижча – 77,6%); показник забезпеченості лікарями на 10 тисяч населення по Україні – 42,3 (включаючи викладачів, науковців, стоматологів, санітарних лікарів, організаторів охорони здоров'я), коефіцієнт сумісництва дорівнює 1,2.

У закладах охорони здоров'я залишаються вакантними 16 819 лікарських посад. Серед працюючих лікарів – 20% осіб пенсійного віку.

Дефіцит лікарів у закладах охорони здоров'я сільської місцевості близько 4,8 тис. осіб, з них:

ЦРЛ – 2711 лікарів, укомплектованість – 77,2%;

РЛ – 234 лікарі, укомплектованість – 79,1%;

ДЛ – 410 лікарів, укомплектованість – 74,7%;

СЛА – 1358 лікарів, укомплектованість – 71,7%.

Залишаються проблемними питання укомплектованості лікарських та сестринських посад у фізіотричній, патологоанатомічній, рентгенологічній лабораторній, педіатричній та санітарно-епідеміологічній службах.

На цей же період в області зареєстровано 450 533 штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою, на яких працює 433 445 осіб; розрив між штатними і фізичними особами становить 17 088; показник забезпеченості молодшими спеціалістами з медичною освітою по Україні становить 93,8 (найнижчі показники забезпеченості у Миколаївській області – 80,2; Київській обл. – 81,4; Дніпропетровській області – 88,1; Закарпатській обл. – 88,4).

Відсоток укомплектованості штатних посад фізичними особами середнього медперсоналу в Україні – **96,2%** (найнижчі показники укомплектованості в містах Севастополі (81,5%), Києві (81,6%), Київській (88,7%) та Запорізькій (88,7%) областях).

Вакантними залишаються **14 198** посад молодших спеціалістів з медичною освітою. Серед працюючих молодших спеціалістів з медичною освітою – 14,4% осіб пенсійного віку.

І така ситуація спостерігається, незважаючи на те, що кожного року в медичних училищах та коледжах

випуск медсестер становить 10,5 тис. осіб, фельдшерів понад 5,7 тис. осіб, а для цільового прийому з цієї спеціальності щороку виділяється понад 1,2 тис. місць.

Кількість ФАПів по Україні 15 229, з них 450 працюють без молодших спеціалістів з медичною освітою.

В цілому за останні п'ять років кількість лікарів зменшилась на 5380, а медичних сестер на 47 270 осіб. Забезпеченість практикуючими лікарями в Україні нині становить лише 26,8 на 10 тисяч населення, що є нижче середньоєвропейського рівня 33 на 10 тисяч населення.

Чинниками **зростання кадрового дефіциту** у галузі охорони здоров'я, який вже призводить до порушення доступності медичної допомоги для населення, є:

– низька заробітна плата медиків;

– втрата у суспільстві та, особливо, серед молоді престижу професії медичного працівника;

– диспропорції в розвитку амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної, первинної і спеціалізованої медичної допомоги;

– перехід лікарів та медичних сестер у недержавні заклади охорони здоров'я;

– зростання питомої ваги лікарів та медсестер пенсійного віку, яка вже сягнула 20% від їх загальної кількості;

– еміграційний відтік медиків з України у країни ЄС та Росію і Білорусію, де заробітна плата лікарів у 3-10 разів більше.

На виконання Закону України від 22.12.95 № 493 “Про поставки продукції для державних потреб” та Постанови Кабінету Міністрів України від 29.02.96 № 266 “Про порядок формування та розміщення державних замовлень на поставку продукції для державних потреб і контролю за їх виконанням” до Мінекономіки за встановленими формами було подано показники щодо обсягів і структури державного замовлення на підготовку фахівців, науково-педагогічних кадрів, лікарів (провізорів)-інтернів та підвищення кваліфікації лікарів (провізорів) на 2007 рік та з клопотанням щодо збільшення обсягів прийому за державним замовленням на 2008 рік до **6850 осіб зв'язку із кадровим дефіцитом у галузі**.

Питання розвитку медичної і фармацевтичної освіти нерозривно пов'язані з кадровими проблемами охорони здоров'я. Щорічні обсяги випуску медичними вузами становлять до 7,2 тисячі лікарів, з яких лише 3,75 тисячі за держзамовленням лише покривають щорічну плінність лікарських кадрів (вихід на пенсію, перехід на іншу роботу, смерть, внутрішні та зовнішні міграційні процеси) і не покривають кадрового дефі-

циту лікарських кадрів. Така ситуація спостерігається при практично **стовідсотковому забезпеченні** випускників вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів першим робочим місцем.

У 2008 році з вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації, медінституту Сумського та медичних факультетів Дніпропетровського, Ужгородського, Харківського державних університетів до державних закладів охорони здоров'я направлення на роботу отримали 4069 спеціалістів (99,8% загального випуску), з них 3688 лікарів, 68 медичних психологів, 250 провізорів. За спеціальностями: “Технологія фармацевтичних препаратів” – 10, “Клінічна фармація” – 43, “Технологія парфумерно-косметичних виробів” – 5, “Лабораторна діагностика” – 5.

У тому числі з медичного факультету 3253 особи, стоматологічного – 440. У розрізі медичного факультету: за спеціальністю “Лікувальна справа” – 2287 чол., “Педіатрія” – 650, “Медико-профілактична справа” – 316.

1694 лікарі, або 46% скеровано на роботу до закладів охорони здоров'я сільської місцевості. У тому числі до ЦРЛ направлено 1107 випускників, РЛ – 62, дільничних лікарень – 112, сільських лікарських амбулаторій – 413 отримали направлення на роботу до зазначених закладів охорони здоров'я.

За кошти юридичних і фізичних осіб підготовлено 4286 спеціалістів. З них: “Лікувальна справа” – 1752 особи; “Педіатрія” – 100 осіб; “Медико-профілактична справа” – 34 особи; “Стоматологія” – 1122 особи; “Фармація” – 1248 осіб; “Клінічна фармація” – 30 осіб.

Стовідсотково працевлаштовані усі випускники медичних училищ та коледжів, які навчалися за кошти державного бюджету. До сільських закладів охорони здоров'я спрямовується більша частина медсестер та фельдшерів з щорічних 25-тисячних випусків медучилищ та коледжів.

На виконання пункту 5.3 Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 19.09.07 “Про заходи щодо подолання демографічної кризи та розвитку трудових ресурсів потенціалу України”, на виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 13.06.07 № 815 “Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року” Міністерством охорони здоров'я України розроблена спільно з АМН України та подана на розгляд зацікавлених міністерств **Концепція розвитку медичної освіти**. У ній знайшли відображення заходи щодо підняття якості медичної і фармацевтичної освіти, відновлення престижності про-

фесії медика, запровадження у навчальний процес інноваційних технологій, поліпшення умов навчання та соціального захисту викладачів, студентів і молодих спеціалістів.

Проблемні питання розвитку вищої медичної та фармацевтичної освіти:

- обмеження Міністерством економіки та Міністерством фінансів обсягів фінансування на виконання МОЗ України державного замовлення на підготовку лікарів;

- повільне створення університетських клінік у вищих медичних навчальних закладах, що обумовлено відсутністю порозуміння з боку міських та обласних державних адміністрацій та обласних і міських рад щодо передачі МОЗ України та вищим медичним навчальним закладам майнових комплексів лікарень комунальної форми власності;

- відсутність відповідного фінансування у проекті Державного бюджету на 2007 рік щодо запровадження у вищих навчальних закладах та закладах післядипломної освіти співвідношення викладач-студент 1 до 6, що передбачене чинним законодавством (нині співвідношення складає 1:8);

- вимоги МОН України щодо передачі вищих медичних навчальних закладів у його підпорядкування, що негативно вплине на якість навчального процесу та їх практичну підготовку та призведе до встановлення орендної плати лікарнями для клінічних кафедр;

- практична відсутність державного фінансування на видання підручників та навчальних посібників;

- обмежене фінансування науково-дослідних робіт у вищих медичних навчальних закладах та науково-дослідних установах МОЗ України;

- євроінтеграційне спрямування вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів потребує значних фінансових витрат на забезпечення навчального процесу на кредитно-модульних засадах, його інформатизацію, створення власних університетських клінік, оснащення їх новітньою лікувально-діагностичною апаратурою, тоді як хронічне недофінансування з держбюджету суттєво утруднює питання подальшого реформування вищої медичної і фармацевтичної освіти;

- повільні темпи запровадження засад Болонського процесу у навчальний процес внаслідок низької мотивації у професорсько-викладацького складу, який на 20% є пенсійного віку.

Шляхи вирішення питань:

- поліпшення соціального захисту викладачів і студентів (збільшення заробітної плати та стипендій);

- **збільшення державного замовлення** на підготовку лікарів до **6850** осіб для ліквідації кадрового

дефіциту у первинній ланці, педіатричній та санітарно-епідеміологічній службах, перш за все у закладах охорони здоров'я сільської місцевості;

– залучення вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів та закладів післядипломної освіти МОЗ України до реалізації державних програм “Наука в університетах”, “Студентський гуртожиток”, “Інформатизація вищих навчальних закладів”, що започатковані МОН України;

– встановлення спільного дієвого контролю МОН та МОЗ України за виконанням у недержавних вищих навчальних закладах, які готують медичних та фармацевтичних працівників, вимог Закону України “Про вищу освіту” щодо якості підготовки фахівців та поліпшення кадрового і матеріально-технічного забезпечення навчального процесу;

– завершення процесу створення нормативно-правової бази щодо забезпечення переходу на кредитно-модульний принцип організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах III-IV рівнів акредитації та закладах післядипломної освіти;

– достатнє фінансування медичної науки на виконання державного замовлення щодо наукових розробок;

– прийняття постанови КМУ щодо затвердження Положення про університетські клініки та продовження створення університетських клінік вищих навчальних закладів;

– забезпечення підвищення якості підготовки медичних працівників шляхом запровадження новітніх технологій навчання та форм організації навчального процесу з урахуванням інтеграції національної вищої освіти до європейського освітнього простору та стандартів Всесвітньої федерації медичної освіти;

– реалізація Концепції розвитку медичної освіти та її інтеграція до системи безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів;

– врахування позиції МОЗ України щодо недовільності розширення існуючої мережі вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації, які здійснюють підготовку медичних та фармацевтичних працівників, особливо у навчальних закладах недержавної форми власності, оскільки це призводить до падіння якості підготовки медичних сестер і лікарів.

УДК 378.147

ІНТЕНСИФІКАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ ПІД ЧАС ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ НА КЛІНІЧНИХ БАЗАХ

О.В. Громов, П.Г. Герасимчук, М.О. Коваленко, М.В. Василюшина*

*Дніпропетровська державна медична академія, *міська стоматологічна поліклініка № 1, м. Дніпропетровськ*

INTENSIFICATION OF EDUCATIONAL PROCESS OF STUDENTS WHILE STUDYING OF TEST TASKS DURING PRACTICAL LESSONS ON CLINICAL BASES

O. V. Hromov, P. H. Herasymchuk, M. O. Kovalenko, M. V. Vasylyshyna*

*Dnipropetrovsk State Medical Academy, *City Stomatological Polyclinics № 1, Dnipropetrovsk*

У статті узагальнено досвід організації вивчення студентами тематичних тестів під час практичних занять на кафедрі ортопедичної стоматології.

The article generalizes the experience of organization of studying of thematical tests by the students during practical lessons at the department of orthopaedic stomatology.

© О.В. Громов, П.Г. Герасимчук, М.О. Коваленко, М.В. Василюшина*

Вступ. З кожним роком у системі навчання студентів на кафедрі ортопедичної стоматології зростає роль тестування, за допомогою котрого збільшується рівень знань студентів. Це розвиває особистість учня, його наполегливість, комунікабельність [1]. Все ширше впроваджується тестування під час проведення перевірних і випускних іспитів. Банк даних в центрі тестування при МОЗ України і на кафедрах поповнюється в середньому на 350 тестів кожний рік. База тестових завдань є відкритою для студентів. Учень має змогу самостійно в зручний для нього час опанувати знаннями з ортопедичної стоматології [2]. Лікар повинен постійно вдосконалювати свої знання протягом всього професійного життя, тому робота з тестовими завданнями – це школа для майбутнього професіонала [3]. Співробітники нашої кафедри працюють зі студентами у 6 клінічних базах, які розташовані в різних районах міста. Вивчення тестових завдань проводиться щоденно, а їх нумерація кожний рік дублюється. Спочатку ми послідовно змінювали нумерацію тестів згідно зі збільшенням кількості, але це виявились тисячні номери і з ними важко працювати студентам і викладачам. Зробити на кожній клінічній базі комп'ютерні класи не дозволяють клінічні і економічні можливості. Другою проблемою стало нагромадження великої кількості річних комплектів тестових завдань, їх довільне розташування по темах викладання. Для вирішення вказаних проблем ми зробили на кафедрі тематичну класифікацію тестових завдань з урахуванням розділів робочої програми. Спочатку всі щорічні тести, які отримували з центру тестування при МОЗ України, ми закодували, поставивши перед номером тесту останню цифру року.

Наприклад: 7.30, це означає, що тест під номером 30, взяті із банку даних 2007 року. Це дозволило студентам і викладачу знайти в банку даних тестове завдання, коли в цьому виникла потреба. Такі заходи приводять до інтенсифікації навчального процесу при вивченні ортопедичної стоматології.

Основна частина. Розподіл тестів по темах дозволяє використовувати їх на різних курсах, де ці теми вивчаються, а їх повторення покращили результати засвоєння.

Наприклад: “штучні коронки” і все, що до них відноситься, зустрічається на 2, 3 та 5 курсах. Виклада-

чам стало легше робити перевірки кодованих тестів, а однотипні тестові завдання були виключені з комплектів. Щоденне розв'язання тематичних тестових завдань вимагають від студентів досконалої теоретичної підготовки до заняття. Зростаюча щорічна кількість тестових завдань підштовхує студентів їх “зрозуміти”, замість “запам'ятати”. Деякі труднощі в цьому питанні виникають через те, що в Україні не визначилися з головним (основним, єдиним) підручником з ортопедичної стоматології, по якому готувались тестові завдання і навчалися б студенти. Також відсутній підручник з військової стоматології та стоматології надзвичайних ситуацій, який відповідав би вимогам нової програми. Основна кількість студентів, готуючись до занять, користується лише підручниками, незважаючи на те, що підготовка передбачає використання монографій, наукових статей по спеціальності і даних Інтернету.

Необхідно вказати на те, що ліцензійний екзамен із стоматології на 5 курсі “Крок–2” – це набір тестових завдань по даній дисципліні. Учень, що не склав ліцензійний іспит, не має права переходити на інший рівень навчання і отримати диплом про закінчення вищого навчального закладу. Досконала та інтенсивна робота над тестовими завданнями протягом навчання на кафедрі ортопедичної стоматології є заставою успіху в оволодінні знаннями і становленні лікаря як фахівця.

Висновки: 1. Викладачам кафедр ортопедичної стоматології вузів України слід удосконалювати організаційні підходи по оптимізації вивчення тестів “Крок–2”.

2. Набутий досвід вказує, що назріла необхідність визначення єдиного основного підручника, за яким будуть готуватися тестові завдання і навчатися студенти.

3. Можливо, центр тестування при МОЗ України запровадить єдині шифри для щорічних тестів по всій Україні і організує випуск щорічних тематичних тестових завдань.

4. Із запровадженням нової програми з ортопедичної стоматології необхідно центру тестування при МОЗ України розпочати підготовку тестових завдань з “Надзвичайних ситуацій” із урахуванням змін у військовій стоматології.

5. Необхідний підручник з військової стоматології згідно з новою програмою.

Література

1. Корильчук Н.І., Корильчук Т.Б. Інтенсифікація навчального процесу студента за допомогою активізації самостійної роботи // Медична освіта. – 2006. – № 3. – С. 109-111.
2. Авдєєнко А.П., Дементій Л.В., Поляков О.Є. Інтенсифікація навчального процесу та організація самостійної ро-

боти студентів // Проблеми освіти: Науково-метод. зб. – К.: НМКВО, 2001. – Вип. 24. – С. 108-111.

3. Милерян В.Е. Методические основы подготовки и проведения учебных занятий в медицинских вузах (методическое пособие). – К., 1997. – 64 с.

УДК 612.13:53:57.081.4

МОДЕЛЮВАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ГЕМОДИНАМІКИ У БІОФІЗИЦІ

С.І. Жмурський, В.Є. Дмитрах

*Запорізький державний медичний університет,
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

MODELLING AT HEMODYNAMICS STUDYING IN BIOPHYSICS

S.I. Zhmursky, V.Ye. Dmytrakh

*Zaporizhyan State Medical University,
Lviv National Medical University by Danylo Halytsky*

Практичні заняття з біофізики можуть принести більше користі у формуванні майбутніх фахівців, якщо студенти моделюватимуть реальні процеси, знання яких так важливо для діагностики стану здоров'я пацієнта.

Practical lectures in biophysics can bring more benefit to formation of future specialists if students will model the real processes, the knowledge of which is so important for diagnostics of the patient's health condition.

Вступ. Сучасні медичні підходи з позицій біофізики, біохімії, гістохімії дозволили виявити нові факти, закономірності функціонування червонокривців, глибше оцінити значення еритроцитів у розвитку адекватних, циркуляторних реакцій у нормі та при різних захворюваннях внутрішніх органів, встановити роль та особливості порушень еритроцитарної ланки гомеостазу при ішемічній хворобі серця, артеріальних гіпертензіях, захворюваннях органів дихання та травлення [1, 6, 7, 8]. Тут обґрунтована теоретична схема реалізації рушійної сили еритроцитів під час їх руху через капіляри, в основі якої лежать механізми, що забезпечують процес взаємовідштовхування червонокривців між собою та від стінок капіляра.

Ось чому ми у своїй статті наводимо приклад моделювання гемодинамічних процесів, які широко застосовуються у практичній діагностиці захворювань через визначення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ).

Основна частина. На практичних заняттях з біофізики у студентів, які мають бодай незначний досвід

медичної практики, визначення відносної в'язкості рідини за методом Гесса викликає певне здивування: "Навіщо вивчати метод, як різновид аналізу крові, що ніколи не признається практикуючими лікарями?" Ось чому ми пропонуємо уважніше повернутися до практичної роботи з визначення в'язкості рідини за методом Стокса, але дещо вдосконаленої нами. Ця робота дуже нагадує лабораторний аналіз крові на *швидкість осідання еритроцитів* (ШОЕ), вона не потребує складного чи дорогого обладнання, характерна наочністю та простотою у виконанні.

"Швидкість осідання еритроцитів, – зазначено у підручнику з біофізики [2], – широко застосовується у медичній практиці в якості діагностичного тесту. Для визначення ШОЕ за методом Вестергрена, кров, з добавкою антикоагулянту, вміщують у проградувану вертикальну колбу. При цьому, ШОЕ чисельно дорівнює висоті зміщення верхньої межі еритроцитів (межі червоного забарвлення) за першу годину досліду".

У нормі ШОЕ має значення 3 – 6 мм – для чоловіків, та 8 – 10 мм – у жінок. Проте у вагітних вона досягає значення 40 – 50. При патологіях запалення, пухлинах, що супроводжуються розкладом тканини, зростає тенденція еритроцитів до агрегації – що і підвищує ШОЕ. При цьому метод Стокса не зовсім адекватно описує процес осідання еритроцитів, оскільки вони не лише відрізняються від твердих кульок, але і набувають тенденції до агрегації у вигляді так званих “монетних стовпчиків”.

Саме цей аспект ми і моделюємо при дослідженні в'язкості рідини за методом Стокса. З цією метою, в якості моделі еритроцитів, ми застосовуємо пластмасові кульки від жіночих прикрас, матеріал яких незначно перевищує за густиною оливу (модель плазми), що зменшує швидкість осідання, а, значить – підвищує точність вимірювання. Спочатку ми вико-

ристовуємо для проведення досліду з визначення в'язкості рідини кульки з однакового матеріалу (*густини*), але різних розмірів (досліди 1а, 1б). Потім змінюємо матеріал кульки, проте залишаємо попередні розміри (дослід 1в). Різні кульки дають різні результати у швидкості осідання, проте однакове значення в'язкості середовища. Ці результати дозволяють зробити висновок про різницю у аналізах на в'язкість крові та ШОЕ, а також зрозуміти відмінність між ньютонівськими, таненньотонівськими рідинами [3, 4, 5]. Для більшої наочності ми із окремих кульок (при наявності у них наскрізних отворів це виконується досить легко) моделюємо так звані “монетні стовпчики” (досліди 2 – 4). Результати дослідів та обчислень можна аналізувати за розробленою інструкцією (див. додаток 1) та занести у таблицю [табл. 1].

Додаток 1

Типова інструкція до практичної роботи з дослідження в'язкості рідини за методом Стокса

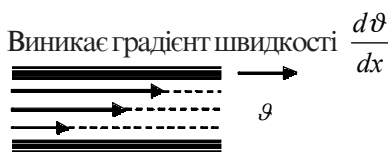
Тема. **Визначення в'язкості рідини за методом Стокса.**

Мета заняття. **Вивчення явищ, що відбуваються при русі твердих тіл у в'язкій рідині, та визначення коефіцієнта в'язкості за методом Стокса.**

Теоретичні відомості.

Всі реальні рідини та гази мають в'язкість – внутрішнє тертя. В'язкість зумовлена зчепленнями між молекулами. Закономірності течії в'язкої рідини по трубах становлять великий інтерес для фізіології і медицини, тому що допомагають зрозуміти процеси, що відбуваються в судинній системі. Вимірювання в'язкості крові має суттєве значення для з'ясування природи процесів, що відбуваються у судинній системі. Визначення в'язкості використовують, також, як один із методів ідентифікації лікарських речовин.

Сила внутрішнього тертя визначається у такий спосіб. Припустимо, що рідина знаходиться між двома горизонтально розташованими пластинками. Верхня пластинка переміщається щодо нижньої і захоплює за собою безпосередньо прилягаючий до неї шар рідини. З боку цього шару діє сила, що прискорює шар, розташований під ним. У той же час на верхній шар діє гальмуюча сила з боку нижнього шару. У результаті шари рідини, розташовані на різній відстані від пластинки, що рухається, переміщуються з неоднаковою швидкістю, яка спадає в напрямку зверху вниз:



де: $d\theta$ – різниця швидкості сусідніх шарів, а dx – відстань між ними.

Спад швидкості переміщення окремих шарів рідини обумовлені дією сили внутрішнього тертя. Величина цієї сили прямо пропорційна градієнту швидкості та площі зіткнення шарів S . Вона виражається рівнянням Ньютона:

$$F = -\eta \frac{d\theta}{dx} S$$

Коефіцієнт пропорційності η називається коефіцієнтом в'язкості (іноді його називають просто в'язкість). Він чисельно дорівнює силі внутрішнього тертя, що виникає між шарами рідини в умовах ламінарного плину, при одиничній площі зіткнення шарів і градієнті швидкості, рівному одиниці. Одиницею вимірювання коефіцієнта в'язкості є $\text{Па} \cdot \text{с}$.

Величина коефіцієнта в'язкості рідини знаходиться в зворотній залежності від її температури. Це можна пояснити у такий спосіб. Підвищення температури приводить до того, що амплітуда коливань молекул рідини збільшується, а зв'язок між ними слабшає. У результаті росте рухливість молекул рідини і зменшується її коефіцієнт в'язкості.

Метод Стокса дозволяє визначити коефіцієнт в'язкості рідини по швидкості падіння в ній невеликих тіл сферичної форми діаметром не більш 0,2 мм. Стокс установив, що при не занадто швидкому русі кулястого тіла в рідині сила опору руху F прямо пропорційна швидкості ϑ , радіусу тіла r , та визначається властивостями рідини згідно з законом:

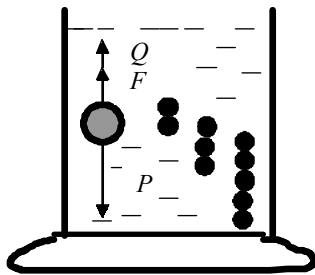
$F=6\pi r\eta v$ – закон Стокса

Визначення коефіцієнта в'язкості здійснюється шляхом виміру швидкості падіння кульки невеликого радіуса в циліндрі, наповненого рідиною. При падінні кульки на нього діють три сили:

Сила ваги – $P = \frac{4}{3}\pi r^3 \rho_m g$

Сила, що виштовхує – $Q = \frac{4}{3}\pi r^3 \rho_{ж} g$

Сила опору – $F=6\pi r\eta v$
(де ρ_m – густина кульки, $\rho_{ж}$ – густина рідини).



Оскільки сили P і Q постійні, а сила F залежить від швидкості падіння кульки, то з деякого моменту ці сили зрівноважать один одного, і кулька буде рухатися рівномірно.

Тоді $F = P - Q$, або: $6\pi r\eta v = \frac{4}{3}r^3(\rho_m - \rho_{ж})g$

З попередніх рівнянь можна визначити коефіцієнт в'язкості:

$$\eta = \frac{2}{9} g r^2 \frac{\rho_m - \rho_{ж}}{v}$$

Для випадку, коли використовують циліндри невеликого діаметра, варто ввести виправлення і тоді рівняння прийме вид:

Таблиця 1. Дослідження в'язкості рідин за методом Стокса з використанням кульок різної густини

Дослідна величина \ Кількість кульок	Висота осідання при сталій швидкості Н(м)	Час осідання t (с)	ШОЕ (м/с)	Маса кульки m (10 ⁻³ кг)	Радіус кульки r (10 ⁻³ м)	Густина матеріалу кульки ρ_m (кг/м ³)	Густина середовища осідання $\rho_{ж}$ (кг/м ³)	В'язкість середовища осідання η (Па с)
1а								
1б								
1в								
2								
3								
4								

Висновок. Таким чином, розроблена нами практична робота дозволяє на основі процесу моделю-

$$\eta = \frac{2}{9} g r^2 \frac{\rho_m - \rho_{ж}}{v(1 + 2,4 \frac{r}{R})}$$

де R – внутрішній радіус циліндра.

Виразивши швидкість v через відстань l , пройдену кулькою за час t , одержимо робочу формулу:

$$\eta = \frac{2}{9} g t r^2 \frac{\rho_m - \rho_{ж}}{l(1 + 2,4 \frac{r}{R})} \approx k t r^2$$

Прилади та матеріали: скляний циліндр, мікрометр, секундомір, штангенциркуль, лінійка, набір кульок різних розмірів та матеріалу.

Порядок виконання роботи.

1. Визначити ціну поділок вимірювальних приладів.
2. Нанести на циліндр мітки на відстанях, заданих викладачем. Верхню мітку – на 8–10 см нижче рівня рідини (де встановлюється рівномірне осідання кульок).
3. Користаючись штангенциркулем, вимірити внутрішній діаметр циліндра.
4. Визначити діаметр кожної із трьох різних за розмірами та матеріалом кульок за допомогою мікрометра.
5. Визначити час падіння кожної кульки за допомогою секундоміра, опускаючи кульки по осі циліндра (досліди 1а, 1б, 1в).
6. Повторити завдання 4–5 для агрегації із кількох кульок (досліди 2, 3, 4).
7. Дані вимірів та обчислень занести в таблицю (таблиця 1), константи знайти в довідковій літературі.
8. Зробити розрахунок обумовленої величини, абсолютної та відносної похибок.
9. Кінцевий результат представити у вигляді: $\eta = (\eta) \pm (\Delta\eta)$

вання дослідити складні гемодинамічні властивості крові.

Література

1. Еритроцит при захворюваннях внутрішніх органів / За ред. проф. М.Ю. Коломойця. – Чернівці: Букрек, 1998. – 222 с.
2. Тиманюк В.А., Животова В.Н. Биофизика: Учебник. – 2-е издание. – К.: ИД “Профессионал”, 2004. – 704 с.
3. Грабовский Р.И. Курс физики. – М.: Высш. школа, 1974. – 178 с.
4. Ливенцев Н.М. Курс физики. – М.: Высш. школа, 1978. – 336 с.
5. Ремизов А.Н. Курс физики, электроники и кибернетики. – М.: Высш. школа, 1982. – 606 с.
6. Сигал В.Л., Кореєва Л.Н. Модельные представления

об эритроците в анализе экспериментальных данных по электрофорезу. V. Гидродинамические особенности структуры гликокаликса эритроцитарной мембраны и электрофоретическая подвижность клеток // Биофизика. – 1989. – Т. 39, № 2. – С. 333.

7. Федоров З.Д., Бессмельцев С.С., Котовщикова М.А. Методы исследования агрегации, вязкости и деформируемости эритроцитов: Метод. рекомендации. Ленинград. НИИ гематологии и переливания крови. – Л., 1989. – 13 с.

8. Чижевский А.Л. Биофизические механизмы реакции осаждения эритроцитов. – Новосибирск: Наука, 1980. – 177 с.

УДК 614.253.4:371.59:37

ЗНАЧЕННЯ СТУДЕНТСЬКОГО ВОЛОНТЕРСЬКОГО РУХУ У ВИХОВАННІ ЛІКАРЯ-ГУМАНІСТА

Т.В. Святенко

Дніпропетровська державна медична академія

VALUE OF STUDENTS' VOLUNTEER MOVEMENT IN EDUCATION OF DOCTOR-HUMANIST

T.V. Svyatenko

Dnipropetrovsk State Medical Academy

Актуальність статті обумовлена реформуванням національної вищої школи на демократичних засадах, що має мету становлення спеціаліста нового типу – гуманіста, носія загальнолюдських цінностей. Це в першу чергу стосується фаху лікаря, для якого милосердя і співчуття є суттєвими професійними рисами. Багаторічний досвід Дніпропетровської медичної академії доводить, що участь у студентському волонтерському русі активно сприяє особистому засвоєнню молоддю загальнолюдських цінностей. Про це свідчить і зростання рівня емпатії у членів благодійних професійних студентських об'єднань ДДМА порівняно з іншими студентами.

The urgency of article is caused by reforming of national higher school on democratic bases. Its purpose is a formation of the expert of new type – the humanist, the carrier of universal values. It first of all concerns the profession of doctor for whom mercy and sympathy are essential professional features. Long-term experience of Dnipropetrovsk State Medical Academy shows that participation in students' movement of volunteer actively promotes personal mastering of universal values by youth. Increase of empathy level proves it at members of charitable professional student associations of Dnipropetrovsk State Medical Academy in comparison with other students.

Вступ. Майбутнє народу України залежить від того, якою мірою духовність стане основою життя його нової інтелектуальної еліти. В Законі України “Про вищу освіту” офіційно виписані гуманістичні орієнтири, пріоритетні у вихованні студента як духовної, відповідальної, сильної особи. Впродовж тривалого часу в нашій країні спостерігалось зневажання цієї проблеми. Загальнолюдські цінності поступово

відділялися від змісту суспільного життя. Практика вищої освіти переслідувала передусім професійну підготовку. Сучасність потребує повернення до цінностей, що донедавна вважалися мовби непотрібними. Зараз українському суспільству потрібен новий спеціаліст – інтелігент, який здатний свідомо будувати життя на високих духовних принципах і перетворювати своє оточення відповідно до власних гуманістич-

© Т.В. Святенко

них переконань [1]. Виховний процес у вищій школі не повинен пускати на самоплив засвоєння студентами гуманістичних поглядів, зосереджуючи увагу лише на якості фахової підготовки. Неприпустима і орієнтація молоді лише на досягнення власного блага. Випускники ВНЗ повинні бажати і вміти влаштувати гідне життя для народу у своїй державі [2].

Після приєднання до Болонського процесу Україна стала на шлях, яким йде поступ сучасної вищої школи в розвинених країнах світу. Тому педагоги вбачають свою місію у становленні людини-гуманіста, а вже потім лікаря, інженера або юриста. З набуттям незалежності і обранням Україною демократичного розвитку на гуманістичних засадах формування лікаря-гуманіста стало одним з центральних питань виховного процесу у Дніпропетровській державній медичній академії. Але гуманістичні переконання у молоді не формуються наказами. Тільки особиста причетність, особисті переживання створюють власні цінності. Для виховання гуманізму, моральної звички у молоді потрібно надавати їй якнайбільше можливостей для здійснення добра. Участь людини у конкретних добрих вчинках через емоційний вплив допомагає вихованню таких загальнолюдських цінностей, як милосердя, співчуття, доброзичливість, здатність до моральної підтримки іншої людини [3]. В медичних вузах виховання у студентів цих якостей потребує особливої уваги.

Основна частина. В 1995 році у ДДМА студенти при всебічній підтримці адміністрації у кураторів створили благодійне об'єднання: молодь усіх факультетів збирала для знедолених дітей дитячих будинків і лікарняних відділень іграшки, взуття, речі, гроші, книжки, кольорові олівці. Незабаром на основі цього об'єднання було засновано студентський центр медичної та соціальної допомоги “Надія” (на ім'я дівчини, що була його організатором і першим головою). Через два роки потому, у 1997 році студентська рада Дніпропетровського національного університету звернулася у пресі до своїх ровесників із закликом прийти на допомогу знедоленим дітям. Сьогодні в області у студентському волонтерському русі працює молодь з усіх ВНЗ регіону. Але центр “Надія” залишається найбільш впливовим студентським волонтерським об'єднанням. За дванадцять років існування в його діяльності взяли участь сотні студентів академії, і зараз “Надія” охоплює багатьох студентів молодших курсів та старшокурсників, маючи філії на усіх факультетах (“Паросток”, “Милосердя”, “Майбутнє”, “Добро дітям”). У 2001 році у ДДМА була заснована Молодіжна лікарська асоціація Дніпропетровщи-

ни (МЛАД), метою якої стало покращення рівня підготовки студентів та сприяння їх становленню як висококваліфікованих фахівців світового рівня. Однією з важливих складових програми роботи асоціації значиться благодійна волонтерська діяльність.

У волонтерському студентському русі ДДМА за багаторічну роботу склалися такі напрями:

- надання благодійної та фізичної допомоги (студенти молодших курсів),
- надання медичної допомоги (старшокурсники),
- пропагування здорового способу життя і медичних знань.

У руслі цих напрямів створюються бригади цілеспрямованої дії. Волонтери одержують вагомий потенціал методичної допомоги: з ними працюють психологи лабораторії психофізіологічних досліджень ДДМА (організована у 1992 році для науково-методичного обґрунтування навчально-виховного процесу), співробітники обласного центру здоров'я, міського та районного центрів соціальних служб для молоді, благодійної організації “Милосердя і молодь”. Волонтери беруть участь в цільових тематичних семінарах, тренінгах, що відбуваються у районі, місті, області, їх знайомлять з особливостями психології молодших дошкільників, підлітків, літніх людей, а також інвалідів, з ними проводять інструктаж працівники тих закладів, в яких вони будуть діяти. Всі волонтерські бригади мають кураторів – досвідчених викладачів академії, серед яких кандидати медичних наук, доценти і професори. Ці провідні спеціалісти своїм прикладом показують молоді взірці гуманізму і добросердя – проводять безкоштовні консультації у підшефних закладах, надають власні благодійні внески. Куратори допомагають студентам-волонтерам залучати спонсорів, внаслідок чого систематично відбувається передача для підопічних шприців, інших лікарських засобів, ліків, підгузників та різноманітних предметів гігієни. Слід сказати, що кожна бригада має активну групу, яка діє постійно, але ще багато студентів беруть участь в благодійних акціях тільки коли мають таку можливість. З урахуванням цих випадків кількість волонтерів значно збільшується. Студенти медичної академії здійснюють постійну благодійну допомогу різним закладам у Дніпропетровську, а саме дитячим будинкам № 1 та № 2, будинкам малюка № 1 та № 2, школі-інтернату для дітей з вадами слуху, будинку інвалідів, будинку людей похилого віку, обласному шпиталю ветеранів війни, реабілітаційному центру для дітей з дитячим церебральним паралічем. Відвідуючи практичні заняття на базі різних лікувальних закладів, студенти

мають умови для здійснення благодійних заходів у дитячих відділеннях лікарень, в онкологічному диспансері, у відділенні для ВІЛ-інфікованих дітей. Волонтери також взяли під свою опіку ветеранів – колишніх працівників ДДМА. Органи самоврядування сумісно з медико-соціальним центром “Надія” і МЛАД регулярно проводять у студентському середовищі акції “Простягни руку допомоги” – збір добровільних внесків, різних речей, книжок, канцтоварів, для дітей – іграшок та ін. Постійно організується відвідування підшефного закладу – волонтери привозять не тільки зібрані подарунки, але і спонсорську допомогу, беруть участь у підготовці до зими (миття та заклеювання вікон), у поточному ремонті, у догляді за дітьми, за хворими, відвідують ветеранів вдома і здійснюють необхідну допомогу. У межах другого напрямку волонтерської діяльності діють старшокурсники, які надають професійну допомогу медичному персоналу, чергуючи у вільні години і вихідні дні в медичних та соціальних закладах, проводячи медичний патронаж ветеранів за місцем проживання. При цьому спостерігається деяка профілізація медичної допомоги. Наприклад, майбутні педіатри зосереджуються на дитячих будинках, вони навіть проходять там літню практику, а стоматологи організують у підшефних закладах профілактичні огляди зубів, навчають правил гігієни ротової порожнини. Напередодні святкових дат студенти готують концерти, пишуть сценарії, купують подарунки, ласощі, щоб улаштувати справжнє свято для своїх підопічних, подарувати радість. Волонтери завжди намагаються підняти їм настрій – приносять книги з воєнними спогадами у шпиталь ветеранів, жіночі глянцеви журнали в онкологічне жіноче відділення, організують виставку дитячих малюнків в дитячому гематологічному відділенні. Перелік таких прикладів можна продовжувати.

Дуже суттєве значення має третій напрямок волонтерського руху у ДДМА, присвячений пропагуванню здорового способу життя і медичних знань. У цьому напрямку працюють і старшокурсники, і студенти молодших курсів. В умовах, коли сучасне українське суспільство ще не усвідомило пріоритет здоров'я як найвищої індивідуальної та суспільної цінності, вища школа повинна переконати молодь у бажанні бути здоровою. Допомогти в цьому може персоналізація виховного процесу – намагатися дійти до розуму і почуттів кожного. З цієї точки зору важко переоцінити такі емоційні заходи, як благодійні акції, здійснені волонтерами-медиками, які, ґрунтовно підготувавшись, виступають з лекціями, бесідами у

багатьох середніх навчальних закладах, а також ВНЗ нашого міста за тематикою здорового способу життя, боротьби з наркоманією, алкоголізмом, курінням, зі СНІДом та іншими венеричними інфекціями, використовуючи відеоматеріали і відеофільми. Дуже важливим є такий підхід до проблеми пропагування здорового способу життя, а саме як “ровесник-ровеснику”, коли волонтер у власній переконаній активності готовий допомогти своїм ровесникам. Члени професійних благодійних об'єднань ДДМА (“Надія” і МЛАД) вже близько десяти років працюють в цьому напрямку, за що отримали чимало подяк різного рівня. Медики діють при підтримці міського комітету у справах сім'ї та молоді та у співпраці з обласним центром здоров'я, вони багаторазово були організаторами і виконавцями широкомасштабних акцій за здоровий спосіб життя – “Не наближуй осінь свого життя”, “Ні – курінню!” та ін. Волонтери з ДДМА спрямовані і на поширення медичних знань серед населення. В останній час медики провели у середніх школах міста цикл занять зі старшокласниками щодо надання першої медичної допомоги населенню в надзвичайних ситуаціях. Вагомою стала акція проведення студентами академії низки навчальних семінарів для батьків, що мають дітей, хворих на дитячий церебральний параліч. Не менш значущим було створення членами МЛАД молодіжної соціально-медичної служби при міській раді Дніпропетровська. Активна робота проводиться волонтерами із ДДМА щодо профілактики розповсюдження туберкульозу.

Розуміння іншої людини, здатність емоційно відгукнутися на її проблеми визначається як емпатія. Психологи Заходу надають велике значення емпатії в медицині, педагогіці, психології, адвокатській діяльності та інших професіях типу “людина-людина”. Представники цих спеціальностей намагаються з допомогою тренінгів підвищити у себе здатність до емпатії. В Європі вже давно існують національні об'єднання по емпатії. В Україні сам термін “емпатія” до недавнього часу не мав широкого розповсюдження [4]. Рівень емпатії є однією із значущих якостей, що створює людину і характеризує розвиток гуманістичних цінностей особистості, її моральну та духовну сутність. Спираючись на світовий досвід, який стверджує, що наявність емпатії у лікаря покращує моральний клімат у взаємовідносинах його з пацієнтами і підвищує якість медичної допомоги, у ДДМА проводяться дослідження з метою діагностики рівня емпатії у першокурсників. Працюючи у взаємодії з радою кураторів, лабораторія психофізіологічних досліджень ДДМА проводить тес-

тування вчорашніх абітурієнтів і допомагає знаходити можливості розвитку емпатії в процесі особистого росту і самореалізації студента. В таблиці 1 показані результати дослідження рівня емпатії у першо-

курсників за методикою А. Мехрабієна, Н. Епштейна співробітниками лабораторії (Г.С. Канюкою, І.Ф. Старушкевич, 2006) протягом десяти навчальних років [5, 6].

Таблиця 1. Показники емпатії у першокурсників ДДМА

№ п/п	Навчальні роки	Кількість опитаних	Кількість осіб, що мають означений рівень емпатії (% від загальної кількості опитаних)		
			високий	середній	низький
1	1996-1997	484	23,3	47,7	28,9
2	1997-1998	489	27,0	46,6	26,6
3	1998-1999	462	24,0	45,7	30,3
4	1999-2000	660	26,0	41,0	33,0
5	2000-2001	222	27,0	44,0	28,0
6	2001-2002	286	27,0	47,0	26,0
7	2002-2003	266	27,0	44,0	29,0
8	2003-2004	267	27,0	48,0	25,0
9	2005-2006	386	28,0	48,0	24,0
10	2006-2007	336	23,0	49,0	28,0
Всього	10	3854	26,0	46,1	27,8

Дані таблиці 1 свідчать, що показники рівня емпатії у першокурсників, які обрали спеціальність лікаря, залишаються достатньо стабільними протягом значного терміну (десяти навчальних років): високий рівень емпатії мали від 23,0 до 28,0% опитаних, середній – від 41,0 до 49,0%, низький рівень спостерігався у 24,0 – 33,0% першокурсників. Ці показники доводять, що у стіни медичного вузу приходять абітурієнти, які в більшості мають високий і середній рівень емпатії, отже морально спрямовані на лікарський фах.

З метою дослідження впливу на рівень емпатії активної волонтерської діяльності восени 2007 року адміністрацією ДДМА сумісно з студентською радою

і психофізіологічної лабораторією було проведене анонімне опитування 164 студентів за допомогою опитувальника для діагностики здатності до емпатії А. Мехрабієна, Н. Епштейна. Опитані склали чотири групи: перша група – активні члени студентських благодійних професійних об'єднань ДДМА (44 особи) і три групи, що навчаються в академії, але постійно не займаються благодійною діяльністю – студенти молодших курсів (48 осіб), старшокурсники (39 осіб) та інтерни (33 особи). В таблиці 2 наведені результати опитування, а саме кількість осіб з тим чи іншим рівнем емпатії в абсолютних числах і відсотках відносно загальної кількості групи.

Таблиця 2. Рівень емпатії в різних групах опитаних, які навчаються в ДДМА

Групи	Загальна кількість опитаних	Кількість осіб, які мають означений рівень емпатії					
		високий		середній		низький	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Волонтери	44	13	29,5	26	59,0	5	11,3
Студенти молодших курсів	48	10	20,8	22	45,8	13	27,0
Старшокурсники	39	7	17,9	19	48,7	13	33,3
Інтерни	33	7	21,2	16	48,4	10	30,0

Дані таблиці 2 показують, що рівень емпатії в групі волонтерів був значно вищий, ніж в інших трьох групах – високий рівень у 29,0%, а середній у 59,0% опитаних. Що стосується показників емпатії в групі студентів молодших курсів, то вони збігаються з даними таблиці 1. Але у старшокурсників рівень емпатії дещо знижується. Таке явище можна пояснювати переходом від вивчення теоретичних наук до клінічних дисциплін і спілкування з хворими, коли реалії професії виявляються не завжди тотожними уяві про

неї. В якійсь мірі це підтверджує факт, що в інтернів рівень емпатії вже має тенденцію до підвищення.

Треба сказати, що поняття “емпатія” як емоційна чутливість є більш вузьким, ніж “милосердя”, що полягає не тільки в співчутті людини, але і в готовності надати їй послугу. Останнім часом все частіше вживається термін “дійова емпатія” як вища форма емпатії, яка виявляється в наданні допомоги і підтримки тим, хто цього потребує. Проте опитник А. Мехрабієна, Н. Епштейна, а також подібні до них,

якими зараз найчастіше користуються, не спрямовані на виявлення рівня саме дійової емпатії. Зараз багато уваги приділяється кар'єрі, успіху, професіоналізму, показником цього є велика кількість психологічних тестів і методик, присвячених означеній тематиці. Загальнолюдські цінності гуманізму, в тому числі і емпатія, ніби відійшли на другий план, внаслідок чого методики і тести для їх діагностики не оновлюються і відстають від життя, яке стрімко змінюється. Особливо ці зміни стосуються молоді. Опитники А. Мехрабієна, Н. Епштейна носять частково споглядальний, сентиментальний характер, а молодь стала інша – більш прагматична, налаштована на активні дії. Тому цілком ймовірно припустити, що при використанні для опитування студентів тестів діагностики саме дійової емпатії результати були б отримані значно вищі. Це стане метою наших подальших досліджень.

Висновки: 1. Участь студентів у благодійному волонтерському русі активно сприяє особистому сприйняттю ними загальнолюдських цінностей і формуванню емпатії та гуманістичних переконань. Це має особливе значення у вихованні майбутніх медиків, для яких гуманізм та емпатія – основа професійної діяльності.

2. При порівнянні показників емпатії у трьох груп обстежених, що навчаються в ДДМА, але не займа-

ються активно благодійною діяльністю (групи студентів молодших курсів, старшокурсників та інтернів), з аналогічними показниками у групі постійних членів студентських благодійних професійних об'єднань виявлено, що в групі волонтерів вони значно вище, ніж у трьох попередніх групах.

3. Окрім підвищення рівня емпатії та формування особистих гуманістичних переконань студентські професійні благодійні об'єднання відіграють значущу роль в соціалізації майбутніх лікарів: робота в обставинах, наближених до реалій обраного фаху, допомагає вихованню самостійності, творчого мислення у професійній сфері, відповідальності за суспільні питання.

4. Проведені протягом десяти навчальних років (з 1996 по 2007 рік) дослідження рівня емпатії у першокурсників, щойно прийнятих до Дніпропетровської державної медичної академії, показують: високий рівень емпатії мають від 23,05 до 28,0 % обстежених, середній – від 41,0 до 49,0 %, низький – від 24,0 до 33,0 %. Це свідчить, що більшість молоді, яка обрала спеціальність лікаря, морально спрямована на обраний фах. Завдання викладацького колективу – знаходити можливості і шляхи розвитку емпатії в процесі особистого росту і самореалізації студента. Одним з таких шляхів є участь у студентському волонтерському русі.

Література

1. Приходько В.В. Педагогічна антропология і направленість реформи вищої освіти в Україні // Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. – 2007. – Вип. 44, Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – С. 77-82.

2. Приходько В.В., Вікторов В.Г. Намість, чем гордиться, но стоит ли? // Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. – 2007. – Вип. 44, Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – С. 20-23.

3. Інструктивно-методичний лист "Діяльність вищих на-

вчальних закладів щодо профілактики асоціальної поведінки серед студентської молоді" МОН України від 30.07.2001 №14/18.2-1180.

4. Андрейчин М.А. Историчні віхи боротьби з інфекційними хворобами // Інфекційні хвороби. – 2005. – № 4. – С. 91-96.

5. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика (Методики и тесты). – Самара, 2001. – 487 с.

6. Практическая психология для менеджеров / Под ред. М.К. Тутушкиной. – М.: Филинь, 1996. – С. 101-103.

УДК 616.1/4:378

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ВИКЛАДАННЯ ПРЕДМЕТА НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

М.І. Швед, Н.В. Пасечко, Г.В. Лихацька, Т.В. Лихацька, І.В. Смачило

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

WAYS OF OPTIMIZATION OF SUBJECT TEACHING AT THE DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE

M.I. Shved, N.V. Pasyechko, H.V. Lykhatska, T.V. Lykhatska, I.V. Smachylo

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Узагальнено досвід викладання внутрішніх хвороб на кафедрі внутрішньої медицини. Звернено увагу на впровадження нових технологій – використання комп'ютерної техніки, розробку структурно-логічних схем, тестових завдань. Основну увагу студентів спрямовано на підготовку до складання інтегрованого іспиту “Крок-2” – внутрішні хвороби.

The experience of organization of internal diseases teaching at the department of internal medicine has been summarized. The attention is paid to the application of new technologies – use of computer technique, development of structural-logical schemes, test tasks. A considerable attention of students is directed onto preparation to passing the integrated exam “Step-2” – internal diseases.

Вступ. Внутрішня медицина – одна з головних базових дисциплін у навчальному плані підготовки лікаря-терапевта. Для викладання цієї дисципліни в ТДМУ в 2005 році була створена кафедра внутрішньої медицини [8].

Нововведення значною мірою було зумовлено впровадженням Болонської системи, яка передбачає наявність великих навчально-наукових підрозділів, створення потужної матеріальної бази та залучення кваліфікованого викладацького складу до розв'язання наукових і навчально-методичних проблем [1, 2].

Створення нової кафедри передбачало забезпечення наступності і послідовності у викладанні основних терапевтичних циклів (кардіологія, ендокринологія, гастроентерологія, ревматологія, нефрологія, гематологія, пульмонологія) студентам IV, V, VI курсів.

Основна частина. Кафедра внутрішньої медицини об'єднала кафедри: факультетської терапії з ендокринологією, шпитальної терапії № 1 з професійними хворобами, шпитальної терапії № 2 з клінічною імунологією та алергологією. Клінічною базою укрупненої кафедри стала обласна клінічна лікарня та міська клінічна лікарня швидкої допомоги. На кафедрі внутрішньої медицини створені умови, необхідні студентам для успішної навчальної праці. Кафедра має 16 тематично обладнаних навчальних кімнат, бібліотеку, комп'ютерний клас з віртуальними навчальни-

ми програмами та навчальними лазерними компакт-дисками з під'єднанням комп'ютерів до мережі “Інтернет”; відділ програмного забезпечення та мультимедійної техніки, міні-друкарню, методичний кабінет, лекційну аудиторію [8]. Все вищезгадане дає змогу кожному студенту збирати інформацію, аналізувати отримані дані і приймати відповідні рішення.

З метою підвищення рівня викладання дисципліни навчальний план поділено на тематичні цикли. Один викладач протягом навчального року викладає лише один цикл (патологія серцево-судинної, ендокринної систем, органів дихання, нирок, системи крові та опорно-рухового апарату) [7]. За такої організації навчального процесу основним принципом стає набуття викладачем вузької спеціалізації та досягнення високого професіоналізму за напрямком отриманої спеціалізації. Крім того, студенти кожної групи протягом терміну навчання на кафедрі, відведеного на опанування дисципліни, знайомляться з усіма викладачами кафедри і переймають від них усе найкраще. Особа викладача є прикладом для наслідування, студенти повинні вбачати в ньому не лише висококваліфікованого фахівця, але й всебічно розвинену людину. Сьогодні на кафедрі працюють 5 докторів медичних наук, 5 доцентів, 16 асистентів. Очолює колектив заслужений діяч науки і техніки України, д-р мед. наук, проф. М.І. Швед.

На кафедрі внутрішньої медицини проводяться заняття зі студентами IV, V, VI курсів. Відповідно до розподілу аудиторних годин на кожному з курсів проводиться і відпрацювання та засвоєння практичних навичок. З 2006 року впроваджено методику “єдиного дня”, що дало змогу реорганізувати роботу на практичній частині, внаслідок чого студенти можуть самостійно під контролем викладача обстежувати хворих. Особливу увагу студентів акцентують на практичній частині, яка проходить на базі клінічних відділень, які куруються професорами та доцентами кафедри.

За час практичного заняття студент має можливість самостійно працювати з хворими: детально зібрати анамнез, провести фізикальне обстеження, диференційний діагноз і виставити клінічний та призначити лікування. Весь цей алгоритм роботи студента відображено в листку обліку роботи студента (рис. 1), розробленого у вигляді протоколу обстеження пацієнта, який включає в себе основні елементи з історії хвороби: прізвище, ім'я, вік, відділення, скарги, анамнез, дані об'єктивного обстеження, попередній

діагноз, виділення основного синдрому і перелік патологій для диференційної діагностики, план обстеження, інтерпретація лабораторних та інструментальних обстежень курованого хворого, клінічний діагноз, план лікування пацієнта і рекомендації при виписці. Все це проводиться біля ліжка хворого, що є надзвичайно важливим, адже молодий лікар вчиться клінічно мислити і працювати в умовах, наближених до реальних лікарських буднів.

Оскільки впровадження даної схеми знаходиться в умовах експерименту, впродовж навчального року декілька раз модернізувалась система оцінювання знань студентів на практичному занятті. На кафедрі враховуються побажання викладачів, студентів та рекомендації адміністрації ВНЗ. Всі види діяльності під час практичного заняття (написання вхідного рівня знань, огляд хворого з подальшим написанням карти обстеження хворого, активність на семінарському обговоренні теми та письмовий тестовий контроль) оцінюються за 12-бальною системою та виставляється кінцева оцінка. Це є стимулом для студентів до активної діяльності під час практичного заняття.

Листок обліку роботи студента на кафедрі внутрішньої медицини

Прізвище, ім'я студента _____, курс _____, група _____, дата _____.
I. Вхідний рівень знань: _____

II. Протокол обстеження пацієнта

2. Прізвище, ім'я _____ (вік) _____ (відділення) _____

2.1. Скарги: _____

2.2. Анамнез: _____

2.3. Дані об'єктивного обстеження (вказати патологічні зміни) _____

2.4. Попередній діагноз: _____

2.5. Виділення основного (провідного) синдрому і перелік патологій для диференційної діагностики: _____

2.6. План обстеження: _____

2.7. Діагностична навичка для засвоєння студентом _____

2.8. Інтерпретація лабораторних та інструментальних обстежень курованого хворого _____

2.9. Діагноз клінічний (згідно з класифікаціями). Основне захворювання: _____

Ускладнення: _____

Супутні захворювання: _____

2.10. План лікування даного пацієнта: дієта, режим, медикаментозне (з випискою рецептів):

1. Режим _____

2. Дієта _____

3. _____

4. Фізіотерапевтичне лікування: _____

2.11. Рекомендації при виписці (амбулаторне лікування, “Д” спостереження, санаторно-курортне лікування, вторинна профілактика) підкреслити і розписати_____

III. Вихідний рівень знань (ситуаційна задача, тестовий контроль):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

IV. Семінар _____

Заключна оцінка: _____ Викладач: _____

Рис. 1. Листок обліку роботи студента на кафедрі внутрішньої медицини.

Завдяки методиці “єдиного дня” у студентів з’являється можливість за час перебування на кафедрі виконати великий об’єм практичної роботи (оглянути якомога більше хворих з різноманітними нозологіями), ґрунтовніше опанувати практичні навички, за ступенем засвоєння яких викладач може зарахувати відповідну навичку у матрикулі. Попередньо перелік практичних навичок, які виносяться в матрикулі, обговорюються на засіданні кафедри. При такій системі організації навчального процесу у викладача є можливість обговорити зі студентами найважливіші питання теми, неодноразово проаналізувати та оцінити рівень засвоєння студентами практичних навичок, що удосконалює їх оволодіння.

На кафедрі ведуться журнали попереднього запису, де студенти можуть записатися на відпрацювання пропущеного матеріалу та на здачу матрикулів у позааудиторний час. Більшість матрикулів студенти підписують на практичній частині заняття, згідно з циклом за темою, яку вони проходять. Графік чергування викладачів на кафедрі розміщений на WEB-сайті кафедри. Під час чергування викладачів студенти можуть отримати консультації з приводу методик обстеження хворого, ознайомитись з тією чи іншою методикою на прозірках та за допомогою перегляду відеофільмів.

Студенти, які мають наукові ідеї, можуть їх розвивати в студентському науковому гуртку кафедри під керівництвом досвідчених науковців у різних галузях медицини. Студенти, які успішно поєднують навчання з роботою в наукових гуртках, після закінчення університету отримують рекомендації до подальшої наукової роботи.

Традиційним для кафедри є проведення студентських олімпіад, які дозволяють виявляти найбільш обдарованих студентів.

На кафедрі велика увага приділяється аудиторній та самостійній роботі студентів в позааудиторний час. Основними видами самостійної роботи є консультації, написання історій хвороби, аналіз результатів клініко-інструментальних досліджень, обґрунтування вибору методів діагностики та лікування захворювань, тестовий контроль, навчально-дослідна робота. Щоденно з 15³⁰ до 21³⁰ по кафедрі чергує викладач, під керівництвом якого проводяться групові, індивідуальні і тематичні консультації. Студентам надається банк тестових завдань з терапії, що дозволяє їм ґрунтовно підготуватись до тестових іспитів.

Важливою частиною самостійної роботи є позааудиторна робота студентів, яка проводиться у вигляді індивідуальних завдань: рефератів, доповідей, тестів для самоконтролю тощо [3, 6]. Невід’ємною частиною самостійної роботи студентів є практична робота у відділеннях, яка вимагає від студентів самостійно приймати і реалізувати рішення.

Новим у навчальному процесі є викладання дисциплін іноземними мовами. Це сприяє ширшому використанню під час підготовки до занять іноземної літератури, стимулює освоєння студентами інформаційних комп’ютерних систем, оволодіння англійською, що пришвидшить входження ТДМУ в Болонський процес [4, 5].

Висновки: 1. Вперше в Україні створено кафедру внутрішньої медицини, що відповідає основним засадам Болонської системи організації навчального процесу. Узагальнено досвід організації викладання внутрішніх хвороб за методикою “єдиного навчального дня”.

2. Введення в навчальний процес нових інформаційно-комп’ютерних технологій навчання та безпосереднє відпрацювання практичних навичок “біля ліжка” хворого суттєво підвищило зацікавленість (мотивацію) студентів до навчання та їх успішність.

Література

1. Болонський процес у фактах і документах / Упорядники М.Ф. Степко, Я.Я. Боллобаш та ін. – Київ-Тернопіль: Вид-во ТДМУ, 2003. – 52 с.
2. Довженко О.В. Сорбонская и Болонская декларации: информация к размышлению... // Вестник высшей школы: Alma mater. – 2000. – № 6.
3. Лобода О.В. Развитие творческих способностей студентов у позанавчальної роботи // Психолого-педагогічні проблеми підготовки кадрів у системі ступеневої освіти: Мат. наук.-практ. конф. – К., 1999. – С. 177-182.
4. Ковальчук Л.Я., Мисула І.Р., Пашко К.О. Запровадження положень Болонського процесу у Тернопільському медичному університеті // Медична освіта. – 2004. – № 3-4. – С. 4-6.
5. Ковальчук Л.Я., Мисула І.Р., Пашко К.О. Шляхи підвищення ефективності навчання в університеті // Медична освіта. – 2006. – № 2. – С. 18-28.
6. Трегубова Г.Ф. Формування навичок роботи з науковим текстом // Психолого-педагогічні проблеми підготовки кадрів у системі ступеневої освіти: Мат. наук.-практ. конф. – К., 1999. – С. 324-329.
7. Швед М.І. У ногу з часом // Медична академія. – 2007. – 31 травня. – С. 5.
8. Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського: історія і сучасність / За ред. В.В. Файфури, Я.Я. Боднара, А.Х. Завальнюка. – Тернопіль: ТДМУ, 2007. – 320 с.

УДК 579:378.147

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ МІКРОБІОЛОГІЇ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

**С.І. Климнюк, Л.Б. Романюк, Н.І. Ткачук, М.С. Творко,
Г.Р. Малярчук, О.В. Покришко**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

PECULIARITIES OF MICROBIOLOGY TEACHING IN MODERN CONDITIONS

**S.I. Klymnyuk, L.B. Romanyuk, N.I. Tkachuk, M.S. Tvorko,
H.R. Malyarchuk, O.V. Pokryshko**

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті висвітлені особливості викладання мікробіології на різних факультетах медичного університету: медичному, стоматологічному, фармацевтичному та для студентів ННІ медсестринства.

The article deals with peculiarities of microbiology teaching at different faculties of medical university: medical, stomatological, pharmaceutical and for student of nursing school.

Вступ. На сучасному етапі розвитку медичної освіти та інтеграції України у Європейську зону вищої освіти, за умов впровадження засад кредитно-модульної системи, викладання теоретичних дисциплін набуває особливої ваги, оскільки саме вони формують науково-природничий світогляд майбутнього лікаря. Проте у сучасних умовах є певні особливості викладання фундаментальних теоретичних предметів, які зумовлені зростанням інформаційного навантаження та необхідністю за відносно короткий час

дати змогу студенту ефективно засвоїти великий обсяг навчального матеріалу. Удосконалення системи викладання, різнобічний підхід до педагогічного процесу, впровадження комп'ютерних технологій дають змогу раціонально організувати навчання та забезпечувати його ефективність [1–3].

Мікробіологія в системі медичної освіти належить до фундаментальних навчальних дисциплін. Вона викладається на всіх факультетах медичного університету: медичному, фармацевтичному, стоматологі-

чному та для студентів ННІ медсестринства. Мікробіологія, вірусологія та імунологія дають студентам базові знання про особливості морфології і фізіології бактерій, вірусів, найпростіших, особливості патогенності та вірулентності мікроорганізмів, основи функціонування імунної системи на клітинному та субклітинному рівнях. Широке використання міжпредметних зв'язків дає змогу студентам зрозуміти важливість даної дисципліни як основи для вивчення терапії, хірургії, педіатрії, фізіотерапії, інфекційних хвороб та ряду інших клінічних дисциплін, оскільки інформація про етіологію та патогенез як інфекційних, так і багатьох соматичних хвороб закладена саме в курсі мікробіології, вірусології та імунології [4].

Незважаючи на застосування методики “єдиного дня” для студентів усіх факультетів, яка децю уніфікує викладання предмета, навчання на кожному з них має певні відмінні аспекти, котрі обумовлені вимогами освітньо-професійної програми та освітньо-кваліфікаційними характеристиками різних спеціальностей. Колектив кафедри ініціативно підходить до організації педагогічного процесу та викладання предмета для студентів окремих фахів.

Основна частина. На медичному факультеті викладання проводиться за кредитно-модульною системою трьома мовами: українською, російською та англійською. Дисципліна включає три модулі: “Морфологія і фізіологія мікроорганізмів. Інфекція. Імунитет”, “Загальна і спеціальна вірусологія”, “Спеціальна, клінічна та екологічна мікробіологія”. Розподіл навчальних годин проводиться пропорційно на лекції, практичні заняття та самостійну позааудиторну роботу студентів. Для лекцій відводяться окремі дні і тематичні плани, складені таким чином, щоб теми лекцій передували практичним заняттям. На Web-сторінці кафедри представлені мультимедійні презентації лекцій та матеріали для підготовки до них, що повинно дати змогу студентам краще опрацювати матеріал, а викладачам систематично оновлювати інформацію. Проведення занять згідно з методикою “єдиного дня”, коли студенти перебувають на кафедрі цілий робочий день з 9⁰⁰ до 15⁰⁰, дозволяє опрацювати дві або три теми. Теми об'єднані між собою у логічні блоки, що полегшує їх засвоєння. Аналіз впровадження методики “єдиного дня” показав деяке зниження підготовки студентів до практичної частини заняття, для ліквідації цього та заохочення студентів на медичному факультеті запроваджена оцінка первинної підготовки до практичного заняття, котра проводиться шляхом експрес-тестування на початку заняття, і результати її включаються в загальну оцінку за робочий день.

Відповідно до розподілу аудиторних годин проводиться і відпрацювання та засвоєння практичних навичок. Реорганізація практичної частини заняття дає змогу студентам самостійно під контролем викладача проводити бактеріологічні дослідження, ставити реакції на оцінювати їх результати, складати схеми дослідження патологічного матеріалу, взятого від хворого тощо. На заняттях кожен студент індивідуально має змогу здійснити посів досліджуваного матеріалу на живильне середовище, оцінити особливості росту на демонстраційних чашках або в пробірках, вибрати вакцинні та сироваткові препарати для профілактики та лікування інфекційних хвороб, виготовити, зафарбувати та мікроскопувати мазки з патологічного матеріалу та ідентифікувати мікроорганізми за морфологічними, біохімічними, антигенними та тинкторіальними ознаками. Результати практичної роботи студенти оформляють у протоколах з власними ґрунтовними висновками. Такий порядок роботи дає змогу об'єктивно оцінити вміння окремого студента, та, з нашої точки зору, заохотити його до роботи.

Семінарська частина заняття має за мету розвивати у майбутніх лікарів логічне мислення, вміння будувати причинно-наслідкові зв'язки, використовувати знання з окремої теми для практичного застосування у повсякденній практиці. Для прикладу: опрацьовуючи тему “Клінічна мікробіологія”, кожен студент індивідуально отримує патологічний матеріал, взятий від хворого, і проводить його дослідження, починаючи від складання схеми дослідження і закінчуючи ідентифікацією збудника та відповідними рекомендаціями з лікування певної патології в межах отриманих знань з мікробіології та суміжних предметів. Оцінка знань проводиться за допомогою тест-контролю, що включає не лише тестові питання, але й конструктивні завдання. Загальна оцінка за робочий день включає пропорційно виконання практичної роботи, результати експрес-опитування, активність на семінарській частині та успішність написання тест-контролю.

Теми, що виносяться на самостійне опрацювання, студенти мають змогу опанувати, прослухавши лекції, позааудиторні години, використавши час після занять і одержавши консультативну допомогу викладачів під час їх чергувань на кафедрі і підготувавши реферативні доповіді, за власним бажанням, і доповівши їх на практичних заняттях. Активні студенти залучаються до наукової роботи на кафедрі, проводять практичні дослідження, готують тези на студентські конференції. Зокрема, в науковому гуртку займається

12 студентів медичного факультету, не лише 2 курсу, які зараз вивчають мікробіологію, але і старших курсів, що пройшли вже даний предмет. Проте слід все ж таки зазначити, що за останні роки інтерес студентів до наукового пошуку знижується.

На стоматологічному факультеті більша увага надається вивченню особливостей біотопу ротової порожнини та властивостям мікроорганізмів, що локалізуються у щелепно-лицевій ділянці, імунологічним процесам у порожнині рота. Практичні заняття побудовані таким чином, щоб акцентувати увагу майбутніх стоматологів на патології цього спектра. Для прикладу: при вивченні морфології ДНК-містких вірусів більша увага відводиться герпетичній інфекції, місцем локалізації якої є ротова порожнина; при вивченні тем з екології мікроорганізмів студенти на практичних заняттях виготовляють препарати-мазки із власного зубного нальоту, фарбують їх і вивчають структурні особливості мікроорганізмів ротової порожнини.

Оскільки практичні заняття на стоматологічному факультеті 6-годинні, а методика “єдиного дня” вимагає перебування на кафедрі впродовж 7-ми навчальних годин, в графік роботи внесені години для самопідготовки. Впродовж цієї години студенти мають змогу користуватись послугами кафедральної бібліотеки, використовувати інформацію з Інтранету університету, де викладачами кафедри сформована база даних, яка включає розширені методичні рекомендації трьома мовами, матеріали для підготовки до практичних і лекційних занять, мультимедійні презентації лекцій.

Для поглиблення мотивації студентів на стоматологічному факультеті було запропоновано провести конференцію. І цей експеримент себе виправдав, оскільки майже всі студенти виявили бажання підготувати реферативні доповіді з актуальних питань мікробіології у стоматологічній практиці. Результати проведення конференції перевершили сподівання: студенти підготували цікаві повідомлення, ілюстрували їх мультимедійними презентаціями, використовували матеріал із вітчизняних та іноземних друкованих видань та інформацію з мережі Інтернет, що стосується етіопатогенезу захворювань ротової порожнини та зубів та власне морфології мікрофлори порожнини рота. Це свідчить про зацікавленість предметом та вміння працювати самостійно, використовувати отримані теоретичні знання у практичній діяльності стоматолога.

Для фармацевтичного факультету навчання на кафедрі здійснюється для трьох спеціальностей: “Фармація”, “Клінічна фармація” та “Технологія парфумерно-косметичних засобів”, при чому для студентів

з фаху “Фармація” викладання проводиться двома мовами: російською та українською. Спеціальність “Клінічна фармація” на кафедрі опановує два предмети: “Мікробіологія” та “Основи імунології”. Всі спеціальності та предмети в повному обсязі забезпечені методичними матеріалами та укомплектовані лекційними курсами.

Для чого фармацевту знання з мікробіології, здається на перший погляд! Та студенти, прийшовши до нас на кафедру, переконуються у тому, що цей предмет має вагоме практичне значення. Наприклад, при викладанні теми “Антибіотики та хіміотерапевтичні препарати” звертається особлива увага на антимікробний спектр кожного препарату, вивчаються методи визначення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків та шляхи подолання антибіотикорезистентності. На лекціях і практичних заняттях наголошується на інформації, що стосується санітарних норм вмісту мікроорганізмів у лікарських препаратах та у певних приміщеннях аптеки, на методах визначення мікробної контамінації різних фармакологічних форм. Практичні заняття на фармацевтичному факультеті проходять з залученням кожного студента до індивідуальної роботи. Для прикладу, при вивченні теми “Екологія мікроорганізмів” кожен з майбутніх фармацевтів отримує певну лікарську форму для визначення ступеня її мікробної контамінації. Колективом кафедри переглянуто перелік практичних навичок, що включені до матрикулів II та III лінії, відкореговано їх відповідно до вимог освітньо-кваліфікаційної характеристики. Викладачі створюють умови для здачі практичних навичок на практичних заняттях, тим самим не завантажуючи студентам вільний час.

Про ефективність організації навчального процесу для студентів фармацевтичного факультету свідчить висока успішність за результатами здачі зимової сесії та бажання студентів-фармацевтів займатись у науковому гуртку з мікробіології, результати здачі тестів “Крок”. Однак викладацький колектив не зупиняється на досягнутому, намагаючись удосконалювати схеми проведення практичних занять, відшліфовуючи матеріали для підготовки до занять та оновлюючи і доповнюючи лекційну інформацію найновішими даними.

Студенти ННІ медсестринства на кафедрі проходять курс мікробіології майбутні фахівці з таких спеціальностей: “Сестринська справа” – молодший спеціаліст, “Сестринська справа” – бакалавр, “Лабораторна діагностика” – молодший спеціаліст та бакалавр. Згідно з вимогами типової робочої програми для студентів спеціальності “Сестринська справа”

ва” відводиться певна кількість годин як на практичні заняття, так і на лекційний курс. Окрім цього, у студентів є ряд тем, що виносяться для самостійного позааудиторного засвоєння. Викладачами кафедри розроблені методичні рекомендації для студентів і викладачів, створено мультимедійні презентації лекцій для кожної спеціальності згідно з календарно-тематичним планом, оскільки навчання на кафедрі організовано у дві зміни (денна і вечірня форма). Навчання медичних сестер проводиться на двох рівнях: молодший спеціаліст і бакалавр.

Підготовку медичних сестер проводять на засадах кредитно-модульної системи, що дає змогу систематизувати та впорядкувати знання студентів з певних розділів мікробіології. Розроблена робоча програма включає 3 модулі: “Загальна мікробіологія”, “Імунологія”, “Спеціальна мікробіологія”. Теми для практичних занять завдяки методиці “єдиного дня” об’єднані таким чином, що студенти мають змогу ознайомитись з новим матеріалом, відпрацювати практичні навички, і за умови достатнього їх засвоєння, здати їх, зафіксувавши у матрикул. Така організація дозволяє студентам краще засвоювати матеріал, інтегрувати теоретичні знання в практичну роботу. Для медичних сестер важливим в підготовці є взаємозв’язок теоретичних і практичних дисциплін, що успішно впроваджується у нас на кафедрі. Студентам 1 курсу зі спеціальності “Сестринська справа” надзвичайно цікаво слухати лекції з теоретичної дисципліни, коли теми прив’язуються до практичної медицини. Зокрема при викладі матеріалу лекції на тему “Екологія мікроорганізмів. Вплив факторів зовнішнього середовища на мікроорганізми” викладач проводить паралелі між роллю бактерій у функціонуванні здорового організму людини та при певних соматичних патологіях. Виклад теми, що стосується аспектів стерилізації та дезінфекції, тісно пов’язаний з аналогічною темою з предмета “Сестринська справа”, тому лекція проходить у формі діалогу студентів з викладачем, що відразу підвищує їх інтерес до теми.

Об’єднання лекцій з різних предметів в один день, з одного боку, є позитивним моментом, оскільки звільняє студентів від підготовки до конкретного предмета, а з іншого – що було б краще, власне з точки зору мікробіології, щоб лекція була прочитана в той же день, коли проходить практичне заняття, і що також важливо, – на базі кафедри. Це дало б змогу викладачу побудувати так план лекцій, щоб їх теми передували практичним заняттям. Такий графік роботи сприятиме кращому засвоєнню студентами теоретичного матеріалу, а викладачу, при потребі, продемонструвати не-

обхідні слайди чи роботу певних приладів на практичному занятті. Для прикладу: при оформленні протоколу практичної роботи з теми “Морфологія і класифікація мікроорганізмів. Прості методи фарбування. Метод Грамма” студенти повинні замалювати в протокол різноманітні мікроорганізми за формою, а відповідний матеріал містить і лекція на цю тему. Така побудова занять стає можливою завдяки методиці “єдиного дня” і дає можливість синтезувати теоретичні знання і практичні навички.

Позитивним моментом при проведенні практичних занять є також наявність годин самопідготовки перед тест-контролем, завдяки чому студент може повторити та закріпити інформацію, отриману на парі, і звернути більше уваги на питання, в яких він недостатньо компетентний.

Навчання медсестер-бакалаврів, що мають базу середню медичну освіту, зводиться до акцентування їх уваги на певних темах, які мають вирішальне значення для практичної фахової діяльності. Наприклад, з теми “Віруси гепатитів. ВІЛ” викладач намагається звернути увагу на профілактичні заходи, котрих повинна дотримуватись медична сестра при роботі з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД, гепатит В або С, на накази МОЗ України, що регламентують поведінку медперсоналу у випадках аварій з кров’ю тощо.

Викладачі кафедри доклали чимало зусиль для створення баз даних для тестового іспиту з мікробіології, підготовки тестів для ліцензійного іспиту “Крок-1”. На завершальній частині заняття акцентується увага на тестах з певної теми, подібні до яких будуть використовуватись під час комплексного тестового іспиту або ліцензійного іспиту “Крок-1”. Важливе значення в підготовці студентів, оскільки методика “єдиного дня” передбачає достатньо великий обсяг матеріалу, відводиться методичним рекомендаціям до практичних занять та презентаціям лекцій на Web-сторінці кафедри. Це дає змогу студенту в будь-який час, скориставшись Web-сайтом, почерпнути необхідну інформацію.

Висновок. Таким чином, викладання предмета на кафедрі медичної біології, мікробіології, вірусології та імунології створює ряд позитивних моментів індивідуально для кожної спеціальності і рівня опанування, котрі дають змогу студентам ефективніше засвоїти предмет, проводити паралелі від теорії до практики, про що свідчить зростання середнього бала успішності за останні 2 роки. Проведення практично-орієнтованого навчання згідно з вимогами стандартів вищої освіти МОЗ України забезпечує якісне засвоєння практичних навичок майбутніми фахівцями.

Література

1. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров'я та обґрунтування перспектив розвитку вищої медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 6-14.
2. Мисула І.Р., Федорців О.Є. Про впровадження у навчальний процес ліній практичних навичок (матрикулів) // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 30-32.
3. Корсак К. Європейський простір вищої освіти і

Україна у ХХІ столітті // Вища школа. – 2005. – № 1. – С. 47-56.

4. Досвід застосування практично-орієнтованого навчання студентів медичного факультету на кафедрі медичної біології мікробіології, вірусології та імунології в умовах кредитно-модульної системи / С.І. Климнюк, М.С. Творко та ін. // Медична освіта. – 2007. – № 3. – С. 52-54.

УДК 371.35.7:616.24

МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИВЧЕННЯ ФТИЗИАТРІЇ В УМОВАХ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Н.С. Кравченко, Л.А. Гришук, С.І. Корнага, М.М. Савула, І.Т. П'ятночка

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

METHODICAL PROVIDING OF PHTHISIOLOGY STUDY IN THE CONDITIONS OF CREDIT-MODULE SYSTEM INTRODUCTION

N. S. Kravchenko, L.A. Hryshchuk, S.I. Kornaha, M.M. Savula, I.T. Pyatnochka

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

В роботі висвітлюються основні положення нової навчальної програми з фтизіатрії, створеної на засадах кредитно-модульної системи, аналізується готовність курсу фтизіатрії до переходу на нову форму навчання.

The article covers the fundamentals of the new syllabus on phthisiology, created on the basis of the credit-module system and analyzes the readiness of phthisiology course for transition to the new training system.

Вступ. Підвищення якості підготовки майбутніх медиків – важлива мета навчання на засадах кредитно-модульної системи. Наприкінці ХХ століття у багатьох країнах світу було відзначено зростання кількості хворих на туберкульоз. За даними ВООЗ, щорічно на планеті захворює на туберкульоз 9 млн осіб і помирає від нього близько 3 млн. Мікобактерії туберкульозу вбивають більше людей, ніж будь-який інший збудник інфекції. На жаль, не обминула ця недуга Україну. І вже у 1995 році в Україні була зареєстрована епідемія туберкульозу. За останні 11 років захворюваність в Україні на туберкульоз зросла у 1,8 раза і досягла у 2006 р. 83,2 на 100 тис. населення, а смертність – у 1,4 раза і становить відповідно 22,1 на 100 тис. населення. На сучасному етапі, за даними ВООЗ, Україна віднесена до групи країн з високим рівнем захворюваності на туберкульоз і посідає 2-ге рейтингове місце в Європі (після Росії) за тягарем

туберкульозу. Щогодини реєструється 4 нових випадки захворювання на туберкульоз та 1 випадок смерті від цієї хвороби. Ситуація з туберкульозу в країні не обмежується лише медичною проблемою. На зростання рівня захворюваності та смертності від цієї хвороби впливають численні соціально-економічні та медичні фактори: зниження рівня життя населення та наявності значної кількості осіб, які перебувають в місцях позбавлення волі, недостатнє фінансування протитуберкульозних закладів, дефіцит кваліфікованих медичних кадрів та волонтерів, зростання хіміорезистентного туберкульозу в структурі контингенту хворих.

Поширенню епідемічної ситуації з туберкульозу значно сприяє епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні. Понад 30% ВІЛ-інфікованих хворіє на туберкульоз і близько 40% з них помирає від нього. Наявність ВІЛ-інфекції є потужним чинником, який сприяє розвитку

© Н.С. Кравченко, Л.А. Гришук, С.І. Корнага, М.М. Савула, І.Т. П'ятночка

активної форми туберкульозу в носіїв латентної інфекції та підвищує ймовірність розвитку рецидивуючого туберкульозу. Важливим стало підписання Президентом України Закону “Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках”, прийнятий 8 лютого 2007 року.

Процес створення дієвої системи протидії та лікування туберкульозу буде будуватись на диспансерному принципі надання протитуберкульозної допомоги населенню України та запровадженні безпосередньо контрольованої короткочасної терапії (ДОТС – стратегія), адаптованої до існуючої традиційної системи протидії та особливостей епідемії туберкульозу в Україні. Таким чином епідеміологічна ситуація з туберкульозу в Україні залишається серйозною, для подолання цієї проблеми велику роль відіграє якісна підготовка кадрів, зокрема удосконалення навчання студентів з фтизіатрії [1–3].

Основна частина. Перехід на кредитно-модульну систему навчання на фтизіатрії передбачено у 2008-2009 навчальному році. Згідно з новою програмою вивчення фтизіатрії здійснюється в VII-VIII семестрах 4-го року навчання. Успішне вивчення фтизіатрії як навчальної дисципліни ґрунтується на знаннях студентами анатомії, фізіології, мікробіології, імунології, патофізіології, рентгенології, фармакології, пропедевтики внутрішньої медицини та ін. Програма дисципліни “Фтизіатрія” складається з одного модуля, що містить 6 змістових модулів: 1. Загальні питання фтизіатрії 2. Методика обстеження хворого на туберкульоз. 3. Лікування та профілактика туберкульозу. 4. Первинні форми туберкульозу та їх ускладнення. 5. Вторинні форми туберкульозу (легеневого і позалегенового). Ускладнення вторинних форм туберкульозу. 6. Туберкульоз легень у поєднанні з іншими захворюваннями і станами. Організація медичної допомоги хворим на туберкульоз.

Видами навчальної діяльності студентів згідно з навчальним планом є:

а) лекції (10 годин), б) практичні заняття (40 годин), в) самостійна робота студентів (40 годин), в організації якої значна роль відводиться консультаціям викладачів. Тематичні плани лекцій, практичних занять, самостійної роботи студентів забезпечують реалізацію в навчальному процесі всіх тем, які входять до складу змістових модулів. Поточна навчальна діяльність студентів контролюється на практичних заняттях відповідно до конкретних цілей, підсум-

ковий модульний контроль здійснюється після завершення вивчення модуля.

Нова навчальна програма передбачає вивчення фтизіатрії лише на IV курсі без значного збільшення кількості навчальних годин (90 замість 81 години в попередній програмі). Не заплановано, як це було дотепер, поглибленого вивчення питань виявлення, профілактики і диференціальної діагностики туберкульозу на VI курсі. Ці знання важливі для майбутніх фахівців широкого профілю, особливо терапевтів, сімейних лікарів. У Законі України, прийнятому Верховною Радою, “Про затвердження Програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках” першим завданням названо удосконалення системи до- та післядипломної підготовки кадрів з питань фтизіатрії, що виключає скорочення навчальних програм.

На курсі фтизіатрії нашого університету упродовж двох навчальних років заняття проводились за методикою “єдиного дня”, що значно полегшує для викладачів перехід на кредитно-модульну систему. Практичні заняття за методикою їх організації є роботою біля ліжка хворого. Клінічна база Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру дає можливість кожному студенту проводити курацію хворого по темі, бути присутніми і брати участь в проведенні діагностичних і лікувальних маніпуляцій.

Для ефективної організації роботи студентів важливе відповідне методичне забезпечення підручниками, методичними вказівками, відеофільмами. Працівниками нашого підрозділу видано 3 підручники і 2 посібники для студентів вищих медичних закладів III-IV рівня акредитації, електронний підручник, а також підручник і навчальний посібник англійською мовою. Матеріали цих видань доповнюють один одного, в них ураховані всі найновіші положення фтизіатрії з питань діагностики, профілактики і лікування. Лекції для студентів читаються українською, англійською і російською мовами із застосуванням мультимедійних технологій. Для практичних занять видано 30 навчальних таблиць українською і англійською мовами, створено банк тестових завдань множинного вибору, які постійно оновлюються і доповнюються.

Висновок. На сучасному етапі дисципліна “Фтизіатрія” достатньо забезпечена методичним матеріалом для успішного переходу на кредитно-модульну систему навчання. Для належного сучасного рівня організації навчання згідно з засадами Болонського процесу планується оснащення кафедри фтизіатрії комп'ютерним класом із доступом до Інтранету та Інтернету.

Література

1. Волосовець О.П. Питання якості освіти в контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі // Досвід впровадження основних засад Болонського процесу в систему вищої медичної (фармацевтичної) освіти: Матеріали науково-методичної конференції (Тернопіль, 14-15 квітня 2005 р.). – Тернопіль, 2005. – С. 8-16.

2. Фтизіатрія. Програма навчальної дисципліни для студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівня акредитації. – Київ, 2007. – 17 с.

3. Феценко Ю.Ф., Мельник В.М., Ільницький І.Г. Основи клінічної фтизіатрії: Керівництво для лікарів (в 2-х томах). – К.-Л.: Атлас. 2007. – 1168 с.

УДК 61:378.147

**ОСОБЛИВОСТІ ПРАКТИЧНО-ОРІЄНТОВАНОГО ВИКЛАДАННЯ
ЗАГАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ АНГЛІЙСЬКОЮ МОВОЮ У СТУДЕНТІВ-
ІНОЗЕМЦІВ**

М.О. Кашуба, О.В. Лотоцька, О.М. Сопель, Д.В. Козак, Н.І. Рега

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

**FEATURES OF PRACTICALLY ORIENTED TEACHING OF GENERAL
HYGIENE IN ENGLISH FOR FOREIGN STUDENTS**

M.O. Kashuba, O.V. Lototska, O.M. Sopel, D.V. Kozak, N.I. Reha

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Однією з проблем підвищення якості підготовки висококваліфікованих лікарів в умовах реформування вищої школи є розробка та впровадження нових форм навчання і вдосконалення всієї системи медичної освіти. Практично-орієнтовна система (Z-модель) викладання у вищих медичних навчальних закладах передбачає недопустиме проведення межі між теорією і практикою та впроваджує одночасне вивчення теоретичних і практичних дисциплін, в тому числі і для студентів-іноземців.

One of the problems of improving the quality of training highly skilled doctors in the conditions of reformation of higher school is the development and introduction of new forms of studies and perfection of all system of medical education. The practically oriented system (Z-model) of teaching in higher medical schools foresees the impermissible conducting of border between theory and practice and inculcates the simultaneous study of theoretical and practical disciplines including those for students-foreigners.

Вступ. Навчання іноземців у вищих навчальних закладах України англійською мовою, особливо з таких предметів, які за кордоном або не викладаються, або викладання проводиться за іншими програмами і в іншому обсязі, ставить перед викладачами досить серйозні завдання. Однією з таких дисциплін є загальна гігієна, яка знаходиться на стику теоретичних і практичних дисциплін. Вона покликана озброїти студента знаннями, необхідними в клініці [1].

Основна частина. Хоча ідеї профілактики сягають в давнину і основні засади цієї науки людство використовувало впродовж багатьох століть, все ж профілактична медицина весь час була складовою частиною

лікувальної медицини. І лише в кінці XIX століття викладання гігієни як окремої дисципліни було результатом численних ідей знаменитих вчених і практичних лікарів. Так, наприклад, ідея створення кафедри гігієни належала М.І. Пирогову, який ще в 1841 році включив її в число десяти основних кафедр медичного факультету Київського університету [2, 3].

З перших практичних занять для студентів-іноземців важливо зрозуміти, що гігієнічні знання повинні бути для лікаря-лікувальника повсякденним порадином на шляху діяльності, спрямованої на зміцнення здоров'я народу. Майбутній лікар повинен вміти не лише призначити лікування хворому, а й назвати можливу при-

чину виникнення тієї чи іншої патології та надати рекомендації щодо її попередження. Тому на практичних заняттях студенти під керівництвом викладачів постійно працюють в напрямку засвоєння не лише теоретичних знань, а й практичних умінь, які надалі зможуть використати на клінічних дисциплінах.

Практично-орієнтована система викладання передбачає одночасне вивчення теоретичних і практичних дисциплін. Колектив кафедри загальної гігієни та екології Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського має певні надбання і досвід щодо методики навчання англомовних студентів-іноземців медичного факультету в плані не лише вміння оцінювати результати лабораторних досліджень, а й в наданні практичних пропозицій та гігієнічних рекомендацій з метою попередження та профілактики тих чи інших захворювань.

Багато уваги приділяється вмінню студентів самостійно виконувати певні лабораторні дослідження. Так, наприклад, студенти не лише теоретично, а й практично можуть провести оцінку мікрокліматичних умов у навчальній кімнаті або лікарняній палаті, органолептичний аналіз води, знезараження та дехлорування води, оцінити якість харчових продуктів з метою попередження харчових отруєнь та інше. Всі ці практичні вміння студенти вчилися виконувати й раніше, але з введенням матрикулів практичних навиків відповідальність студента по їх засвоєнню зростає, адже тепер складання практичної навички, окрім практичного виконання, передбачає також і ґрунтовне знання та розуміння її теоретичного аспекту.

Досить вагомим внеском у широке впровадження практично-орієнтовної системи викладання загальної гігієни у студентів-медиків, а особливо у студентів-іноземців має належне матеріально-технічне забезпечення навчального процесу на кафедрі. Адже студенти повинні принаймні побачити як працює або самим навчитися працювати на обладнанні, яке зас-

тосовують з метою обстеження чинників довкілля та умов перебування людини. Для цих досліджень, на жаль, викладачі вимушені використовувати прилади й апарати минулих років. І тому придбання для кафедри сучасних дозиметрів-радіометрів для оцінки радіаційної безпеки навколишнього середовища дало можливість поглибити практичні навички в галузі радіаційної гігієни, що є досить актуальним в Україні, де наслідки аварії на ЧАЕС торкнулися мільйонів людей.

З метою кращої підготовки майбутніх фахівців до роботи в клініці на багатьох практичних заняттях разом з проведенням лабораторних досліджень для англомовних студентів-іноземців використовують таку сучасну форму ведення практичних занять, як розв'язання ситуаційних задач. Ситуаційні задачі, складені відповідно до програми з загальної гігієни і тісно пов'язані з матеріалами методичних рекомендацій, містять питання, які моделюють клінічні ситуації. Це, наприклад, є задачі по розслідуванню випадків харчових отруєнь або професійних захворювань тощо, де за поданими клінічними ознаками, даними лабораторних досліджень та анамнезом захворювань студент повинен не лише встановити попередній діагноз, але й вказати можливу причину виникнення захворювань та заходи профілактики. У цих умовах викладач ставить перед студентом задачу на самостійне знаходження рішень не тільки як лікаря-лікувальника, а й як фахівця лікувально-профілактичного напрямку.

Висновок. Оскільки профілактична медицина повинна посісти чільне місце в багатогранній діяльності лікаря лікувального профілю, практичні заняття з загальної гігієни мають на меті сприяти широкому використанню студентами всіх знань гігієнічної науки для правильного планування і втілення в життя належних профілактичних заходів, спрямованих на оздоровлення населення не тільки в Україні, а й в інших країнах.

Література

1. Методичні рекомендації для викладачів щодо організації навчального процесу в ТДМУ. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2007. – С. 12-18.
2. Даценко І.І., Габович Р.Д. Профілактична медицина. –

К.: Здоров'я, 2004. – 792 с.

3. Загальна гігієна з основами екології: Підручник / В.А. Кондратюк, В.М. Сергета, Б.Р. Бойчук та ін.; За ред. В.А. Кондратюка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 592 с.

УДК 61:378.147

ІГРОВЕ МОДЕЛЮВАННЯ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЗАСІБ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ФАХОВОЇ ІНОЗЕМНОЇ МОВИ

I.A. Прокоп, М.І. Бобак

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

GAME MODELLING AS AN IMPORTANT MEANS IN TEACHING PROFESSIONAL FOREIGN LANGUAGE FOR MEDICAL STUDENTS

I.A. Prokop, M.I. Bobak

Ternopil State Medical University by I. Y. Horbachevsky

У статті викладено роль ігрового моделювання у підвищенні навчально-виховної ефективності занять з іноземної мови. Акцентовано, що практичні заняття, які проводяться за “методом участі”, сприяють активізації та результативності навчання студентів-медиків, реалізують природне прагнення до спілкування, взаємодопомоги, співпраці.

The article considers the role of game modelling in improving teaching and educational effectiveness of foreign language classes. The authors emphasize that practical lessons, delivered by means of interactive technique, encourage the effectiveness of medical students' learning, satisfy their needs in communication, mutual assistance and cooperation.

Вступ. Інтеграція в Європейське співтовариство, реалізація положень Болонської декларації зумовлюють удосконалення організації навчального процесу, підвищення якості освіти, модернізацію технологій навчання.

Як відомо, в різних педагогічних системах до цього часу застосовувались застарілі методи і форми навчання. Безперечно, вони перевірені часом, але вже недостатні для розв'язання питань активізації й індивідуалізації процесу навчання.

Разом з тим з'являється все більше нових методів вивчення мов та їх викладання у навчальних закладах як іноземних [4]. Цей постійний розвиток, зміни, які разом із собою приносять багато нових понять, вимагають активного перегляду процесу викладання іноземних мов і у вищій школі.

Основна частина. Підхід до студента, який знаходиться у центрі процесу навчання, базований на повазі до його думки, на спонуканні до активності, на заохоченні до творчості, що дає змогу зробити його співавтором практичного заняття (“навчання за методом участі” [1]), – ось що має докорінно змінити методичні стереотипи викладачів. У цьому процесі студент і викладач стають рівноправними суб'єктами навчання, а навчальний процес відбувається за умови постійної активної взаємодії всіх його учасників. У груповій роботі виникає елемент змагання і взаємної відповідальності студентів за роботу в аудиторії, за свої знання з предмета, тому і педагог починає з більшою повагою ставитися до студентів [2].

Однією з найбільш загальних проблем “навчання за методом участі” є проблема зв'язку: зв'язку не тільки викладача з групою, а кожного студента один з одним. Тільки таким чином розкривається справжнє поняття терміна “група” і викладач не розділяє колектив студентів на тих, кого можна навчити, і на тих, кого “не можна навчити”, а хоче всім, кожному дати якнайкращі знання. Ось чому для організації групи в першу чергу необхідно бути митцем: виступати в ролі порадики і наставника при вирішенні складних питань, проблем; бути творцем доброзичливої розкутої атмосфери; комунікативним партнером студента тощо.

Діаграма [3] вказує на причини, які можуть призвести до втрати зв'язку та дружніх стосунків викладача та студентів у групі:

Серед оригінальних методів “навчання за методом участі” виділяють і часто використовують на практиці ігрове моделювання (імітація певної діяльності). Застосування ділових, організаційних, пізнавальних (імітаційних), навчальних ігор є, на наш погляд, особливо ефективним при запровадженні навчання в режимі “єдиного дня”, коли студенту доводиться перебувати впродовж семи годин на одній кафедрі, в одному навчальному класі, віч-на-віч з одним і тим самим викладачем і однією дисципліною.

Не звертається до студентів на “Ви”
та по імені

Неправильно розміщує студентів в аудиторії;
місце викладача немає сенсу

Не відводить однаковий час на
опитування

ВИКЛАДАЧ

Не використовує дошку завжди,
коли це потрібно

Не бере до уваги частоту опитування

Не дивиться на студентів при звертанні

Ігрове моделювання значно урізноманітнює заняття, сприяє створенню доброзичливої розкутої атмосфери, позбавляє його буденності і рутини, монотонності і однобічності, розкриває нові грані творчості як студента, так і педагога, дає змогу спільно подолати труднощі при опануванні предмета і реалізувати свою професійну діяльність іноземною мовою. Крім того, у процесі дидактичної гри студенти оволодівають певними соціальними ролями, готуються до участі у конкретних життєвих ситуаціях, набувають практично цінних умінь і навичок.

Варто зосередити увагу і зупинитися детальніше на прикладах фонетичних, лексичних та граматичних ігор.

1. **Фонетичні ігри** – спрямовані на корекцію вимови, удосконалення навичок і вмінь вимови при читанні вголос і в усному висловлюванні. Такі ігри є корисними не лише впродовж фонетичного корективно-повторювального етапу навчання, але й усього курсу вивчення дисципліни, і мають на меті ознайомити студентів із звуковим та графічним образом лексичних одиниць.

Закріпленню фонетики сприяють:

а) *гра-загадка*. Студент вимовляє слова, в яких зустрічається один і той самий звук, а інші повинні відгадати його і написати транскрипцію на дошці: edema, renal, sick-leave, increase, sleeplessness ([i:]) або lime, febrile, like, fibrous, night-time ([ai]);

б) *гра-змагання*. Викладач пише на дошці транскрипцію різних звуків. Завдання студентів скласти якомога більше слів і вимовити їх, беручи до уваги правильний наголос і вимову особливих звуків. Наприклад, з трифтонгом [jud] студенти підбирають такі слова: sure, pure, secure, lure та ін.;

в) *гра-імітація*. Студенти намагаються повторити скоромовки: “Don’t trouble trouble until trouble troubles you”, “She sells seashells by the seashore of the Seychelles” та ін. Переможець той, хто найшвидше і без жодних помилок відтворить їх.

2. **Лексичні ігри** – спрямовані на відпрацювання нових термінологічних одиниць, засвоєння механізмів

словотворення, явищ синонімії, антонімії і омонімії, фразеологізмів, властивих для усного мовлення в ситуаціях ділового спілкування. Завдання, які пропонуються виконати студентам під час практичної частини заняття:

а) “*Кольорові картки*”. Студенти створюють малі групи з 3-4 осіб. Кожна група отримує по 2 набори кольорових карток. На картках синього кольору – словосполучення українською мовою, на картках червоного – їх еквівалент іноземною мовою. Завдання студентів якнайшвидше зіставити ці картки. Команда, яка першою виконала завдання – переможець;

б) “*Бій на рингу*”. Студенти працюють в парах під наглядом судді. Кожен з пари готує в письмовій формі перелік 10 термінів іноземною мовою і 10 словотворчих елементів латинського (грецького) походження. Студент А зачитує по черзі записані ним слова студенту Б. Студент Б впродовж 3-5 секунд повинен дати пояснення терміна іноземною мовою або назвати словотворчі елементи. Вага правильної відповіді – 1 бал. Студенти в парі обмінюються ролями і гра починається знову. Суддя визначає переможця за кількістю отриманих балів;

в) “*Снігова лавина*”. Студент називає будь-яке слово іноземною мовою з лексичного мінімуму теми, інший студент повторює попередній термін і додає свій. Переможцем є той, хто зможе повторити всі терміни, названі колегами в групі. Наприклад:

blood → blood cells → white blood cells → white blood cells – leukocytes → white blood cells – leukocytes and red blood cells → white blood cells – leukocytes and red blood cells – erythrocytes і т. д.;

г) “*Лото*”. Кожен студент отримує картку лото із вписаними іноземною мовою медичними термінами до теми. Викладач (В) дає тлумачення того чи іншого терміна, а студент (С) має негайно знайти еквівалент і сказати його.

В: “state of being weak” → **С:** “weakness”;

В: “feeling of sickness or disgust” → **С:** “nausea”;

В: “a condition in which bowel movements are infrequent or incomplete” → **С:** “constipation”;

д) “Пінг-понг”. Студенти працюють в парах дуже швидко. Студент А називає словотворчий елемент латинського (грецького) походження, студент Б подає відповідний еквівалент іноземною мовою, його перекладає рідною мовою і наводить приклад медичного терміна, в основі якого лежить цей словотворчий елемент. Ролі змінюються по чергово.

Студент А: angi(o)- → Студент Б: vessel, судина, angiospasm;

Студент Б: cephal- → Студент А: head, голова, cephalgia;

Студент А: myel(o)- → Студент Б: marrow, мозок, myeloblast;

Студент Б: ophthalm(o)- → Студент А: eye, око, ophthalmology;

е) “Знайди слово”. Ця гра дає змогу не лише засвоїти значення того чи іншого медичного терміна, але й навчитися писати його. Наприклад, викладач пропонує знайти 25 термінів до теми “Будова людини”, які розташовані горизонтально або вертикально в таблиці, назвати їх і перекласти рідною мовою (рис. 1).

h	o	d	t	h	u	m	b	q	w	m
f	i	n	g	e	r	o	g	k	a	f
u	b	e	s	d	k	u	c	t	i	v
e	e	y	e	l	a	s	h	e	s	y
l	a	p	h	i	p	t	i	k	t	p
b	r	o	w	c	d	a	n	e	c	k
o	d	h	a	i	r	c	h	e	e	k
w	h	f	o	r	e	h	e	a	d	n
o	c	o	n	o	s	e	d	r	d	e
s	v	o	k	e	t	s	u		c	e
r	i	t	e	e	t	h	a	n	d	t

Рис. 1. Графічне зображення ребуса “Знайди слово”.

До лексичних ігор належать також загадки, кросворди, головоломки. Наведемо графічний приклад головоломки, яку можна використати для закріплення тем “У лікарні”, “Медичний огляд”, “На прийомі у лікаря”, “Заповнення історії хвороби пацієнта”, “У поліклініці”. Студентам пропонують заповнити горизонтальні клітинки, враховуючи подані нижче підказки, і знайти ключове слово по вертикалі (рис. 2).

Література

1. Пятакова Г. Особливості групової форми роботи на практичних заняттях у вищій школі // Вісник Львівського університету. Серія педагогічна. – 2002. – Вип. 16, ч.2. – С. 39-43.

1	n	u	m	b	n	e	s	s																				
2	w	e	a	k	n	e	s	s																				
			3	n	a	u	s	e	a																			
4	c	h	i	l	l																							
				5	f	e	v	e	r																			
					6	h	e	a	d	a	c	h	e															
7	w	e	a	k	n	e	s	s																				
					8	r	e	s	t	l	e	s	s	n	e	s	s											
								9	f	a	t	i	g	u	e													
									10	i	r	r	i	t	a	b	i	l	i	t	y							
														11	i	t	c	h	i	n	g							
															12	a	n	o	r	e	x	i	a					
																13	c	o	n	s	t	i	p	a	t	i	o	n
14	d	i	z	i	n	e	s	s																				

Рис. 2. Приклад розв’язаної студентом головоломки.

1. Without ability to move.
2. State of being weak.
3. Feeling of sickness or disgust.
4. Unpleasant feeling of coldness.
5. High temperature.
6. Pain in the head.
7. State of being weak.
8. Unable to rest.
9. Condition of being very tired.
10. Reaction to irritating stimulus.
11. An uncomfortable sensation of irritation of the skin.
12. Diminished appetite or aversion to food.
13. A condition in which bowel movements are infrequent or incomplete.
14. Faintness, giddiness or unsteadiness.

Найбільші можливості для розвитку пізнавальної активності студентів надають ділові (професійні) ігри, пов’язані з майбутньою професією медика. Наприклад, в процесі роботи над навчальними темами “У лікарня”, “В лікарні”, “У поліклініці” пропонуємо проводити рольові ігри за такою схемою: черговий реєстратор – пацієнт; медсестра поліклінічного відділення – амбулаторний хворий; дільничний лікар – пацієнт. На таких заняттях викладач опосередковано керує роботою кожного студента; він має створити в групах атмосферу доброзичливості, легкості спілкування, розкутості.

Висновок. Рольова гра – один із резервів підвищення творчої активності студентів під час вивчення іноземних мов – значно сприяє формуванню комунікативних, вербальних, дискусійних вмінь, які необхідні майбутнім медикам для професійного спілкування з колегами-іноземцями.

2. Прокоп І.А. Особливості інтерактивного навчання студентів-медиків на практичних заняттях з іноземної мови // Медична освіта. – 2004. – № 3-4. – С. 39-41.

3. Долинська Т. Група студентів як одне єдине ціле // Науковий вісник Чернівецького університету. Серія: педагогіка та психологія. – 2001. – Вип. 128. – С.79-83.

4. Грабовська С.Л. Інтерактивне навчання у вузі: проблеми і перспективи // Вісник Львівського університету. Серія педагогічна. – 2001. – Вип. 15, ч.2. – С. 171-176.

УДК 614.253.4:371.59:37.015.3

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ СТУДЕНТСЬКИХ ІНІЦІАТИВ – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА РЕФОРМУВАННЯ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВИЩОЇ ШКОЛИ (ДОСВІД ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ДЕРЖАВНОЇ МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ)

Т.В. Святенко

Дніпропетровська державна медична академія

MAINTENANCE OF REALIZATION OF STUDENT INITIATIVES – THE IMPORTANT COMPONENT OF REFORMING OF UKRAINIAN HIGHER SCHOOL (EXPERIENCE OF DNIPROPETROVSK STATE MEDICAL ACADEMY)

T.V. Svyatenko

Dnipropetrovsk State Medical Academy

Актуальність статті обумовлена необхідністю реформування і демократизації вітчизняної вищої школи. На основі досвіду Дніпропетровської державної медичної академії показана ефективність впровадження у навчально-виховний процес демократичної педагогіки партнерства як підґрунтя формування відповідальної, ініціативної, самостійної людини, здатної приймати непрості рішення в будь-яких умовах, що має особливе значення у медичній практиці.

The urgency of clause is caused by necessity of reforming and democratization of Ukrainian higher school. On the basis of experience of Dnipropetrovsk State Medical Academy it is shown the efficiency of introduction of democratic pedagogics of partnership into teaching and educational process as basis for formation of the responsible, initiative, independent young person, capable to make uneasy decisions in any conditions which is of special value for medical practice.

Вступ. З перших кроків незалежності Україна розраховувала на молодь як на перспективнішу частину суспільства і прагнула створити всі умови для її самореалізації [1]. В першу чергу це стосується вітчизняної вищої школи – одного із найбільш значущих соціальних інститутів, який формує інтелектуальну еліту, створює кадри національної інтелігенції, що забезпечує подальші процеси розбудови держави. Демократизація українського суспільства не можлива без демократизації вищої школи. Тільки впровадження в навчально-виховний процес демократичних партнерських стосунків викладачів і студентів, тільки утвердження гуманістичних поглядів на студента як на вільну духовну особистість може стати надійним підґрунтям формування відповідальної, ініціативної, самостійної людини, здатної приймати

непрості рішення в будь-яких умовах. Останнє має особливе значення для майбутніх лікарів, бо ціною цього рішення постає здоров'я людини та її життя.

Основна частина. Достатньо швидкий відхід від командно-адміністративних методів виховання у Дніпропетровській державній медичній академії (ДДМА) зумовлений давніми гуманітарними традиціями академії, яка ще за радянських часів була визнаним центром культури і духовності у вихованні молоді. Кардинальне переосмислення педагогічних установ розпочалося в ДДМА у перші роки незалежності [2]. Остаточно демократична педагогіка партнерства ствердилася в медичній академії в останні роки, цьому чимало сприяло приєднання України до Болонської декларації [3]. Але і зараз однією із складностей здійснення реального партнерства студентів в освіт-

© Т.В. Святенко

ньому процесі є наслідки багаторічного панування авторитарної педагогіки, яка визнавала головними позитивними рисами особистості студента скромність та слухняність, що частіше розумілося як безініціативність. Право висувати ініціативи належало викладачеві. Тому вже з початку дев'яностих років в академії особлива увага почала надаватися вихованню у молоді ініціативності, творчого підходу до усіх сфер життя та забезпеченню реалізації значущих студентських ініціатив. Вимоги реформування вітчизняної вищої школи призвели до якісних змін у виховному процесі, насамперед, у кураторів. Куратори ДДМА відійшли від того принципу, що все, що говорить викладач у бесідах, або за часів неформального спілкування, автоматично повинно засвоюватися студентом.

Сьогодні куратори академії враховують особливості кожного студента – що йому потрібно, який його попередній досвід, інтелектуальні здібності, життєвий задум. В цьому раді кураторів допомагають психологічна лабораторія ДДМА, соціологічна служба академії, деканати – всі вони надають необхідну базову інформацію, щоб куратор міг у подальшому спостерігати і спрямовувати формування особистості студента. Але тільки відверта повага наставника до свого учня, щира зацікавленість в ньому, вираховування його інтересів та сподівань спроможні викликати довіру молодій людині, бажання поділитися з вчителем власними намірами і планами. Наставник отримує можливість впливу на подорослення душі, саморозвиток і самовизначення студента, щоб цей процес не проходив стихійно. Наставник стає доброзичливим досвідченим радником, що допомагає молодій людині осмислити своє місце у житті, а не ментором, який користується авторитарним або деструктивним видами педагогічної комунікації [4].

Сьогодні в ДДМА добір викладачів на посаду куратора здійснюється тільки за добровільним бажанням. Застосовуються засоби морального і матеріального заохочення кураторів. Перевага у доборі надається викладачам з демократичними педагогічними поглядами, гуманітарною освіченістю і розумінням вікової психології молоді. Бажано, щоб рисами характеру куратора були тактовність, толерантність, емпатія, спроможність помічати усі позитивні вчинки учня, не забуваючи похвалити та підтримати його. І тоді народжуються молодіжні ініціативи. Десять років назад рада кураторів академії підтримала молодіжну ініціативу щодо створення у ДДМА студентського центру медичної та соціальної допомоги. Центр одержав назву “Надія” – на ім'я студентки, яка була його ініціатором і першим головою. Зараз центр має філії на усіх фа-

культетах і охоплює багатьох студентів. У перші роки незалежності, коли відбувалося становлення національної свідомості молоді, студенти академії почали збирати на Дніпропетровщині, а також в інших регіонах, звідкіль вони родом, предмети стародавнього побуту [5]. За подальші роки ентузіазмом молоді в ДДМА було створено перший і досі єдиний в області студентський етнографічний музей “Берегиня”. При музеї існує студентське об'єднання “Берегиня”, члени якого опановують духовну спадщину України, збирають народні пісні, колядки, звичаї, виконують їх на нетрадиційних заняттях, святах, виступах художньої самодіяльності. У 2001 році при підтримці адміністрації академії було реалізовано ще одну студентську ініціативу – заснована Молодіжна лікарська асоціація Дніпропетровщини (МЛАД), головна мета якої – допомагати студентській молоді та молодим лікарям в становленні їх як висококваліфікованих фахівців світового рівня. Перелік прикладів забезпечення реалізації значущих молодіжних ініціатив можна продовжувати.

Ствердження демократичної педагогіки партнерства сприяло скорішому подоросленню студентів [6]. Позбавлена зайвого піктування, підтримана повагою і зацікавленістю своїх вчителів, можливістю та необхідністю діяти самостійно, молодь стала іншою – більш професійно спрямованою і духовно зрілою. На якісно новий етап піднялося студентське самоврядування. Сьогодні молодь реально співпрацює з адміністративно-викладацькою вертикаллю, насамперед, в організації навчання, а також в усіх інших сферах студентського життя. Питання, пов'язані з навчальним процесом, входять до порядку денного більшості засідань студентської ради. Органи студентського самоврядування за власною ініціативою самостійно проводять соціологічні дослідження з аналізом причин, що впливають на якість навчання, виступають на вченій раді ДДМА із значущими пропозиціями. В академії створена студентами і четвертий рік систематично виходить самодіяльна газета “Nota Bene!”, яка брала участь у Всеукраїнському конкурсі студентських видань і була представлена на виставці. Зараз “Nota Bene!” знаходиться на стадії офіційної реєстрації. Студентські професійні та благодійні об'єднання академії в останні роки здійснили цілу низку соціально значущих заходів (в тому числі брали участь у створенні соціальної молодіжної служби міста), за що неодноразово отримували подяки від органів влади і керівництва дитячих будинків, інтернатів, лікарень та інших медичних та соціальних закладів. Заснований студентами “Клуб молоді сім'ї ДДМА” – перший у вузах області перемагає у численних конкурсах і залишаєть-

ся кращим. Чотири роки тому за ініціативою студентів було створено комітет у справах гуртожитків ДДМА, який значно поліпшив роботу: на міських конкурсах кращих гуртожитків медична академія завжди в числі переможців, а на міському конкурсі молодіжних ініціатив студентів-мешканців гуртожитків серед дванадцяти представлених проектів чотири із ДДМА. Два з вказаних проектів посіли перше і друге місце. Студенти академії посіли перше місце і на Всеукраїнському конкурсі молодих підприємців. Самоврядування значно посилює у молоді потяг до самоствердження, що має вирішальне значення для формування національної свідомості та усвідомлення своєї ідентичності з Україною [6].

Проведені останнім часом кафедрою гуманітарних наук, а також іншими кафедрами, соціологічні опитування, дискусії, диспути, конференції та “круглі столи” переконливо доводять, що переважна більшість студентства академії стверджує свою ідентичність з українською державою та її національною культурою. Молодь небайдужа до долі України, до політичних процесів, які тривають, їх турбує і міжнародний рейтинг нашої держави. Численні студентські ініціативи спрямовані на збереження національної спадщини. Наприклад, студентський етнографічний музей “Берегиня” в котрий раз передав в дар історичному музею ім. Яворницького знайдені унікальні експонати народного побуту XIII століття. Звітний концерт ДДМА на обласному фестивалі “Студентська весна – 2006” був побудований студентами як цілісна музично-літературна вистава, присвячена традиціям, звичаям, культурі і духовності українського народу. Значне зростання національної свідомості студентів, перехід на новий рівень студентського самоврядування посилює і громадянську та соціальну активність молоді. Студенти ДДМА – ініціатори відповідальних суспільних акцій у масштабі не тільки вузу, а і району, міста, області, України. Вони активні учасники студентських форумів різного рівня. Наприклад, на Міжнародному молодіжному форумі, присвяченому переглянутій Європейській хартії, студенти ДДМА створили

проект реставрації культурних цінностей Дніпропетровська, який було опубліковано у міжнародному журналі “Незалежна молодь” і представлено меру міста. Студентська рада академії разом з студентською радою КНМУ стала ініціатором створення студентської ради при МОЗ України.

Медики були головними ініціаторами та організаторами обласної молодіжної газети (студент ДДМА одержав посаду головного редактора), засновниками міського журналу “Студент”. У міській та обласній молодіжних рада, обласній студентській раді медична академія вважається найбільш представницьким вузом при порівняно з іншими вузами невеликій кількості студентів. Серед членів цих організацій депутати-медики вважаються найбільш дієвими та впливовими. У новоствореній молодіжній облдержадміністрації з десяти посад, що має цей консультативно-дорадчий орган, три посіли студенти ДДМА, включаючи і посаду заступника голови.

Відомо, що навчальний процес у будь-якому профільному вузі спрямований перш за все на отримання спеціальних знань і не може повною мірою забезпечити досягнення молоддю людиною належного рівня культури та гуманітарної освіченості. Це завдання вирішує виховання. Тому адміністрація і викладачі академії велику увагу приділяють реалізації студентських ініціатив у площині культури та художньої творчості, розвитку усіх здібностей та схильностей кожного. Зараз в ДДМА за ініціативою молоді та при дієвій підтримці викладачів створено і активно працюють більше сорока студентських об’єднань “за інтересами”, всі вони мають кураторів. Цей процес триває – тільки за останні три роки засновано чотири нових: англійський театр, лінгвістичний клуб міжнародного спілкування, фітнес-клуб і комп’ютерний клуб. У студентському клубі ДДМА до роботи з творчою молоддю залучаються талановиті та висококваліфіковані митці-професіонали, в тому числі і заслужені діячі культури України. У таблиці 1 наведені деякі дані з гуманітарно-виховної роботи за останні три навчальних роки.

Таблиця 1. Дані з гуманітарно-виховної роботи

Дані	Навчальні роки		
	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Кількість клубів “за інтересами”	39	40	42
Кількість студентів-членів клубів “за інтересами”	710	730	782
Кількість студентів, що отримали нагороди на конкурсах художньої творчості:	68	46	48
• обласних	23	20	23
• українських	15	8	9
• міжнародних			

Підсумовуючи наведені дані, можна стверджувати: важливим надбанням колективу ДДМА за останні роки є те, що виховна робота стала частиною службової діяльності не тільки викладацького складу, але усіх робітників академії – студентське самоврядування співпрацює з усіма підрозділами вузу. Значущим є також створення у колективі академії позитивного гуманістично-орієнтованого клімату: навчально-виховний процес повернутий обличчям до особистості студента. В цьому переконують і робота деканатів, і ставлення адміністрації, і взаємовідносини переважної більшості викладачів з їх учнями.

Висновки: 1. Досвід Дніпропетровської державної медичної академії переконливо доводить, що впровадження в навчально-виховний процес демократичної педагогіки партнерства ефективно сприяє формуванню відповідальної, ініціативної, самостійної особистості майбутнього лікаря.

2. Педагогіка партнерства ставить високі вимоги до особистості куратора, який повинен бути викладачем з демократичними поглядами, гуманітарною освіченістю та розумінням вікової психології молоді і мати такі риси характеру, як тактовність, толерантність, емпатії.

3. Досвід Дніпропетровської державної медичної академії показує, що одним з плідних шляхів розвитку педагогіки партнерства є підтримка і забезпечен-

ня реалізації значущих молодіжних ініціатив в усіх сферах студентського життя. Цей шлях виводить на якісно новий етап студентське самоврядування, сприяє збільшенню професійної спрямованості та духовної зрілості молоді.

4. Позбавлена зайвого піклування, натхненна повагою і підтримкою своїх вчителів молодь стає іншою – вчиться мислити широко, соціально, брати відповідальність на себе і, як наслідок, значно зростає національна свідомість, громадянська і соціальна активність: студенти ДДМА висувують численні ініціативи щодо збереження національної спадщини, стають ініціаторами та організаторам відповідальних суспільних акцій у масштабі не тільки академії, а і району, міста, області, України.

5. Успіх студентського самоврядування, як і всіх інших видів діяльності студентства, безпосередньо залежить від ефективності адміністративно-викладацької вертикалі. Центральною постаттю виховного процесу залишається куратор, але не як ментор, а доброзичливий спостерігач, досвідчений радник, який допомагає молодій людині розкрити всі свої здібності і здійснити свій життєвий задум. Бажано, щоб кураторів мали не тільки навчальні групи і гуртожитки, але і всі студентські об'єднання “за інтересами”, як це має місце у Дніпропетровській державній медичній академії.

Література

1. Декларація “Про загальні засади державної молодіжної політики в Україні” // Відомості Верховної ради (ВВР). – 1993. – № 16. – С. 166.

2. Кременчуцкий Г.Н., Божко Г.В., Луковская В.Л. Обучение врача – воспитание личности // Збірник наукових тез конференції “Гуманізація і гуманітаризація – пріоритетний напрям державної політики України в галузі вищої освіти”. – Видавництво Дніпропетровського університету, 1992. – С. 52-57.

3. Вища медична освіта і Болонський процес: Навчально-методичні та інформаційно-довідкові матеріали наради семінару для наук.-пед. працівників, аспірантів, магістрів. –

Част. 1 / МОЗ України, НМУ імені О.О. Богомольця. – К., 2005. – 70 с.

4. Волкова Н.П. К вопросу о сущности педагогической коммуникации // Вісник Дніпропетровського університету. Педагогіка і психологія. – 2001. – Випуск 7. – С. 131-137.

5. Дзяк Г.В., Перцева Т.О., Святенко Т.В. Педагогічні аспекти гуманітарного виховання у вищому навчальному закладі за роки незалежності // Медична освіта – 2004. – № 2. – С. 17-24.

6. Виховна робота у вузі як засіб формування лікаря та громадянина / Г.В. Дзяк, Т.О. Перцева, Л.Ю. Науменко, Т.В. Святенко // Медичні перспективи. – 2007. – Т. 12. № 2. – С. 29-36.

УДК 616.24-004

СИНДРОМ УЩІЛЬНЕННЯ ЛЕГЕНЕВОЇ ТКАНИНИ: НОВА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ В ПРОПЕДЕВТИЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Б.Г. Бугай, С.М. Андрейчин, Т.Ю. Чернець, Н.А. Бількевич, М.М. Руда,
Н.Я. Верещагіна, Н.З. Ярема, Н.А. Хабарова

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

LUNG TISSUE INOLURATION SYNDROME: NEW INTERPRETATION IN INTERNAL DISEASES PROPEDEUTICS

B.H. Buhay, S.M. Andreychyn, T.Yu. Chernets, N.A. Bilkevych, M.M. Ruda,
N. Ya. Vereshchahina, N.Z. Yarema, N.A. Khabarova

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У цій роботі представлено різні варіанти синдрому ущільнення легеневої тканини з метою кращого засвоєння студентами загальних характеристик його розвитку. Деталізовано прояви бронхолегеневої патології з наявністю запального інфільтрату в плані обстеження даних пацієнтів.

In this work is presented differentiative systematisation of various lung tissue inoluration with the aim of better learning of general peculiarities of its development by the students. Bronchopulmonary pathology manifestations with the presence of inflammatory infiltrate in the context of investigation of such patients is detailed.

Вступ. Захворювання органів дихання належать до найпоширеніших майже в усіх країнах світу, в тому числі й в Україні, де їх питома вага серед усіх вперше зареєстрованих захворювань дорівнює 26,5% [1]. Таким чином, в медико-соціальному контексті захворювання органів дихання є надзвичайно важливою проблемою. Із цього постає також завдання підготовки висококваліфікованих лікарів, які добре обізнані з сучасними методами діагностики, лікування та профілактики цих поширених недуг.

Все це потребує модернізації навчального процесу, що передбачає орієнтацію навчальних планів і програм на безперервність і певну послідовність здобуття знань та умінь, пам'ятаючи про важливість фундаментальної підготовки з професійної пульмонології незалежно від майбутньої спеціальності лікаря [2].

На кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини, згідно з навчальними програмами, синдром ущільнення легеневої тканини розглядається на прикладі пневмонії і раку, що надто спрощує вимоги до студентів вищого навчального закладу IV рівня акредитації. Тому, за нашим глибоким переконанням, яке базується на багаторічному досвіді педагогічної роботи та практиці клініцистів, синдром ущільнення легеневої тканини повинен розглядатися, принаймні

класифікаційно, в контексті походження і симптоматики всіх захворювань, що зумовили його появу.

Основна частина. Незважаючи на значні досягнення в сучасній діагностиці захворювань органів дихання, клінічні методи обстеження таких хворих не тільки не втратили свого значення, а й набули новітніх ознак пріоритетності в системі координат “лікар-хворий-лікування”. Та й фахова підготовка лікарів все ще стоїть і буде стояти на фундаменті тих знань з діагностики, що закладаються на кафедрі пропедевтики внутрішніх хвороб. Проте, як показує практика, не тільки студенти II-III курсів вищих навчальних медичних закладів, але й лікарі не завжди можуть чітко визначити походження і наслідки для хворого синдрому ущільнення легеневої тканини, що є, можливо, одним з найчастіших проявів пульмонологічної патології, поза всяким сумнівом, відбивається не тільки на точності діагнозу, а й на результатах лікування. Це зумовлено розмаїттям етіологічних, патогенетичних і клінічних складових його маніфестації, неоднозначною і не зовсім коректною інтерпретацією його в усіх головних підручниках та посібниках з пропедевтики внутрішніх хвороб [3–12]. Тому **метою нашої роботи** була розробка і впровадження в практику [13] такої класифікації синдрому ущільнення легеневої тканини, що відпові-

© Б.Г. Бугай, С.М. Андрейчин, Т.Ю. Чернець та ін.

дала б високому рівню сучасних навчальних стандартів і вимог практичної медицини.

Синдром ущільнення легеневої тканини (СУЛТ) – симптомокомплекс, детермінований наслідками ущільнення легеневої тканини в силу дії різних груп етіопатогенетичних механізмів, внаслідок яких співвідношення “повітря / щільні елементи” в легеневій тканині змінюється на користь знаменника в бік від нормальних показників.

Конкретні етіологічні чинники (як легеневі, так і позалегеневі) зумовлюють також обширність, локалізацію патологічного процесу і клінічні рефлексії СУЛТ.

Ми виділяємо три кардинальних групи патогенетичних процесів, що зумовлюють розвиток СУЛТ, а саме: інфільтрації легеневої тканини, проліферації та її спадіння (депневматизація або ателектаз).

Інфільтрація легеневої тканини належить, як показує клінічний досвід, до найпоширеніших чинників розвитку СУЛТ. Вона може бути незапальною та запальною. Незапальна інфільтрація легеневої тканини виникає за умови застою крові в малому колі кровообігу внаслідок лівошлуночкової чи лівопередсердної неспроможності на тлі інфаркту міокарда, артеріальної гіпертензії, серцевих вад мітрального та аортального клапанів і т. п. Процес може розвиватися гостро, підгостро або поступово і тривало (хронічно). Спочатку розвивається інтерстиціальний а потім – альвеолярний набряк легень, що поширюється знизу вгору, якщо пацієнт перебуває у вертикальному положенні (наприклад, ортопное), або ззаду наперед, коли він лежить.

Серед інших симптомів патологічних станів, що змоделивали таку ситуацію, є: спочатку сухий кашель, що переходить у вологий з виділенням пінистого рожевого харкотиння, задишка з переходом в задуху, відчуття власного, здебільшого, прискороного серцебиття. Голосове тремтіння в нижніх відділах легень ослаблене. Перкуторний звук вкорочується і поступово стає тупим. Дихання ослаблене везикулярне, спочатку вислуховується крепітація, а потім вологі незвучні дрібноміхурцеві хрипи з поступовим збільшенням їх калібру за умови прогресування недуги. Рентгенологічно можна виявити застійне затемнення нижніх відділів легень. Можлива поява рідини в плевральних порожнинах (гідроторакс), яку також можна побачити рентгенологічно і на УЗД.

Неспецифічна запальна інфільтрація легеневої тканини асоціюється з пневмоніями, що можуть бути як вогнищевими, так і частковими, рідше – тотальними. Оскільки симптоматика, в тому числі і синдромна, цих патологічних станів добре викладена в на-

вчальній літературі, ми не будемо зосереджувати свою увагу на цьому питанні.

Хоч туберкульоз є предметом вивчення фізіатрів, а чума, бруцельоз, ехінокоз і т. п. входять у сферу інтересів інфекціоністів, тим не менше, дані захворювання викликаються специфічними збудниками і супроводяться СУЛТ, про що необхідно пам'ятати в контексті довершеності класифікації даного синдрому.

В останні роки стрімко зростає частота СУЛТ, зумовленого процесами проліферації, яка може бути заміною на ґрунті деструктивних захворювань бронхолегеневої системи (туберкульоз, бронхоектатична хвороба, хронічний бронхіт, пневмококіоз та ін.). В останні десять років все частіше розвиток легеневого фіброзу інтерпретують як одну з позапечінкових форм хронічного інфікування вірусами гепатитів В і С. Поза цим клінічні прояви пневмофіброзу чітко відображені в багатьох підручниках та навчальних посібниках з нашої дисципліни.

Але найбільшу проблематичність в медичному і соціальному аспектах складає СУЛТ на ґрунті неопроліферації, яка у величезній більшості буває злоякісною. Клініка раку легень (центральна і периферійна форми) відповідно до програмних засад викладена у рекомендованій навчальній літературі з пропедевтики внутрішніх хвороб.

Спадіння легеневої тканини (депневматизація або ателектаз) належить до третьої групи провідних причин розвитку СУЛТ. Зокрема, компресійний ателектаз може бути зумовлений гідротораксом, як правило, є двобічним, а симптоматика ураження серцево-судинної системи є провідною. В усьому іншому клініка гідротораксу є такою ж, як і ексудативного плевриту. Крім клінічних даних, вагоме діагностичне значення мають УЗД плевральних порожнин, рентгенологічне дослідження органів грудної клітки, плевральна пункція з наступним дослідженням отриманої рідини.

За умов наявності спонтанного пневмотораксу (розрив емфізематозних булл, туберкульозна деструкція легеневої поверхні та вісцерального листка плеври, розрив ехінококової кісти та ін.) повітря у вільній плевральній порожнині викликає колапс легені з певною перевагою у верхніх відділах. При цьому хворий спочатку скаржить на “кинджальний” біль переважно в одній з бокових ділянок грудної клітки, після чого, в міру нагромадження повітря, з'являється відчуття стискання і розпирання, поступово наростає задишка і може бути сухий кашель. В анамнезі хворі вказують на фізичні зусилля, що передували цьому хворобливому епізоду, а також на можливі хвороби органів дихання (емфізема, туберкульоз,

спадковий дефіцит альфа-1-інгібітора протеїназ, ехінококоз та ін.). При огляді грудна клітка на ураженій стороні відстає в акті дихання, міжреберні проміжки і надключична западина контуруються гірше. Голосове тремтіння з боку ураження ослаблене. Оскільки між ущільненою (за рахунок депневматизації) легеневою тканиною і стінкою грудної клітки є шар повітря, то перкуторний звук (це єдиний випадок) буде завжди тимпанічний. Ослаблені везикулярне дихання і бронхофонія. Клінічну картину вагомо доповнюють УЗД та рентгенологічні дослідження.

Обтураційний ателектаз здебільшого зумовлений ендобронхіальним ростом ракової пухлини, а його обширність залежить від калібру враженого бронха. При збереженій аерації в зоні даного бронха ателектаз називають неповним і повним, коли надходження повітря нижче місця пухлини припиняється. Частіше такий ателектаз є одностороннім. Клініка обтураційного ателектазу відповідає центральній формі раку легень, в контексті якого СУЛТ є провідним.

Дистензійний ателектаз зустрічається рідше, має в більшості випадків транзиторний характер, може нагадувати клініку вогнищевої пневмонії. Тому, очевидно, він і рідше діагностується.

Отже, в кінцевому результаті запропонована нами класифікація СУЛТ має такий вигляд.

Класифікація синдрому ущільнення легеневої тканини (за походженням)

1. Інфільтрація легеневої тканини

- 1.1. Незапальна інфільтрація (набряк)
- 1.2. Запальна інфільтрація
 - 1.2.1. Запальна інфільтрація неспецифічна (бронхопневмонія, крупозна пневмонія)
 - 1.2.2. Запальна інфільтрація специфічна (туберкульоз, чума, бруцельоз і т. п.)
- 2. Проліферація
 - 2.1. Замісна (заступна) проліферація (пневмофіброз)
 - 2.2. Неопроліферація (пухлини)
 - 2.2.1. Злоякісні пухлини
 - 2.2.2. Доброякісні пухлини
- 3. Спадіння легеневої тканини (ателектаз)
 - 3.1. Компресійний ателектаз (при гідротораксі і пневмотораксі)
 - 3.2. Обтураційний ателектаз (пухлини та сторонні тіла бронхів)
 - 3.3. Дистензійний ателектаз (при передозуванні наркотичних речовин, отруєннях і дисплазіях бронхолегеневої системи, спадковому дефіциті продукції сурфактанта).

Висновок. Класифікаційна систематизація синдрому ущільнення легеневої тканини дозволить студентам не тільки орієнтуватися в розмаїтті етіопатогенетичних чинників його походження, а й диференційовано оцінювати клінічну симптоматику під час навчання на клінічних кафедрах та в майбутній практичній роботі.

Література

1. Фещенко Ю.І. Проблеми туберкульозу та неспецифічних хвороб органів дихання // П з'їзд фтизіатрів і пульмонологів України: Матеріали наукових праць з'їзду. – К., 1998. – С. 95-97.
2. Костюк І.Ф., Капустник В.А. Актуальні проблеми викладання професійної пульмонології в медичному вузі // П з'їзд фтизіатрів і пульмонологів України: Матеріали наукових праць з'їзду. – К., 1998. – С. 44.
3. Жмуров В.А., Малишевский М.В. Пропедевтика внутрішніх болезней. – М.: Медицинская книга, 2001. – 288 с.
4. Шкляр Б.С. Диагностика внутренних болезней. – К.: Вища школа, 1972. – 516 с.
5. Шелагуров А.А. Пропедевтика внутренних болезней. – М.: Медицина, 1975. – 480 с.
6. Карапата А.П. Диагностический справочник терапевта. – К.: Здоров'я, 1975. – 224 с.
7. Пропедевтика внутренних болезней / Под ред. В.Х. Василенко, А.Л. Гребенева. – М.: Медицина, 1983. – 640 с.
8. Руководство к практическим занятиям по пропедевтике внутренних болезней / О.Г. Довгялло, Л.С. Сипарова, Н.М. Федоренко и др. – Минск: Вышэйшая школа, 1986. – 190 с.
9. Шамов И.А. Пропедевтика внутренних болезней. – М.: Изд-во УДН, 1986. – 279 с.
10. Василюк В.М. Семіотика і діагностика внутрішніх хвороб (фізичні методи обстеження). – Тернопіль, 1997. – 236 с.
11. Шедов В.В., Шапочник И.И. Курс пропедевтики внутренних болезней в схемах и таблицах. – Челябинск, 1995. – 382 с.
12. Пропедевтика внутрішніх хвороб / За ред. Ю.І. Децика. – К.: Здоров'я, 1998. – 504 с.
13. Пропедевтика внутрішніх хвороб з доглядом за терапевтичними хворими / За ред. А.В. Єпішина. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 768 с.

МАТЕРІАЛИ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

**“ДОСВІД ТА ПРОБЛЕМИ ВПРОВАДЖЕННЯ
КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ
У ВМ(Ф)НЗ УКРАЇНИ”**

*15-16 травня 2008 р.
м. Тернопіль*

УДК 61:371.27(477.84)

ВПРОВАДЖЕННЯ ОБ’ЄКТИВНОГО СТРУКТУРОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ІСПИТУ (ОСКІ) В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

Л.Я. Ковальчук, І.Р. Мисула, І.Є. Сахарова, О.Є. Федорців

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

INTRODUCTION OF THE OBJECTIVE STRUCTURAL CLINICAL EXAMINATION (OSCE) AT TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY BY I.YA. HORBACHEVSKY

L.Ya. Kovalchuk, I.R. Mysula, I.Ye. Sakharova, O.Ye. Fedortsiv

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У статті представлений сучасний вид оцінювання знань – об’єктивний структурований клінічний іспит як одна із методик для покращання засвоєння практичних навичок студентами медичних закладів.

In this article is given information about modern type of knowledge evaluation – objective structured clinical examination as one of the best methods for practical skills control in medical students.

Вступ. На сучасному етапі розвитку медичної освіти в Україні, який передбачає максимальну інтеграцію у європейський та світовий освітній простір, особливо важливим є раціональне використання досвіду та методик викладання зарубіжних вищих навчальних закладів. Одним із таких цікавих та, безперечно, корисних методів навчання студентів є об’єктивний структурований клінічний іспит (ОСКІ), який з цього року впроваджується у ТДМУ [1, 2].

Найбільший досвід використання ОСКІ є у США та в Канаді. Так, у США проведення ОСКІ у всіх медичних школах та університетах контролює Американська Національна Комісія (American National Board – ANB), яка складається з авторитетних практикуючих лікарів-волонтерів. ANB визначає вимоги до ОСКІ і проводить тренінги-підготовки студентів до складення іспиту у різних навчальних закладах Сполучених Штатів. Ще з 90-х років у Канаді, США, Австралії та деяких інших країнах ОСКІ складають не тільки студенти впродовж навчання, але й практичні лікарі з метою отримання чи підтвердження ліцензії. У Європі немає такого стандартизованого підходу, і відмінність між проведенням та вимогами до ОСКІ у різних країнах буває досить значною. Найбільший досвід у використанні ОСКІ серед євро-

пейських країн – у Великобританії та Нідерландах, за останні декілька років багато уваги ОСКІ приділяють у Німеччині та Австрії.

Основна частина. Об’єктивний структурований клінічний іспит (Objective Structured Clinical Examination (OSCE)) – сучасний тип оцінювання знань, який використовується у медицині. При цьому студенту медичного закладу чи лікарю, який підвищує свою кваліфікацію, пропонують ті чи інші клінічні ситуації, спостерігають за його діями, аналізують їх та максимально об’єктивно оцінюють його знання, вміння самостійно обстежити хворого, встановити діагноз, провести лікарську маніпуляцію, надати кваліфіковану допомогу тощо.

У Тернопільському державному медичному університеті планується проведення ОСКІ на медичному факультеті наприкінці третього та четвертого років навчання та наприкінці кожного семестру впродовж п’ятого року навчання – після зарахування необхідних практичних навичок, зазначених у матрикулі відповідної лінії, та перед проведенням семестрового тестового контролю або іспиту. При цьому остаточна оцінка з клінічного модуля буде виставлена таким чином: 40 % – середній бал за поточну успішність, 20 % – оцінка, отримана під час ОСКІ, 40 % – оцінка, отри-

мана під час семестрового тестового контролю. Аналогічний порядок оцінювання з клінічних дисциплін буде застосований для студентів, що навчаються за традиційною системою, а саме: 20% – оцінка, отримана під час ОСКІ, 40% – середній бал за поточну успішність, 40% – оцінка, отримана під час іспиту.

ОСКІ у ТДМУ буде базуватись на матрикулах практичних навичок, у які були включені основні вимоги до практичних вмінь з різних дисциплін. Для ОСКІ будуть використані практичні навички з третім, четвертим та п'ятим рівнями виконання, що містяться у матрикулах відповідних ліній, що сприятиме більш ефективному засвоєнню їх студентами. На основі цих навичок були створені конкретизовані лаконічні завдання для ОСКІ. При цьому завдання були розподілені на чотири основних групи: 1) збір скарг і анамнестичних даних у пацієнта, 2) фізикальне обстеження пацієнта, 3) інтерпретація результатів лабораторно-інструментальних методів обстежень, 4) діагностичні та лікувальні маніпуляції на фантомах.

На іспиті студент повинен продемонструвати знання 12 практичних навичок з різних дисциплін, тобто виконати 12 різних завдань. На виконання кожного завдання відводиться певний час, якщо студент не вкладається у ліміт часу – він повинен перейти до наступного завдання. Під час проведення іспиту студент повинен уважно прочитати завдання і зробити відповідні дії, що відповідають стандартному алгоритму виконання навички. Екзаменатор не спілкується

з студентом, він тільки оцінює адекватність дій і виставляє оцінку у спеціально відведеній для цього графі екзаменаційного білета. Екзаменаційний білет студент отримує на початку іспиту та на кожній станції ОСКІ дає його викладачеві для виставлення оцінки після того, як викладач оголосить результат виконання студентом даного завдання. Цей механізм значно знижує фактор суб'єктивності ОСКІ, оскільки викладач не знає заздалегідь, яку оцінку студент отримав за попередні завдання. Якщо студент виконав завдання у повному об'ємі згідно з алгоритмом – він отримує 1 бал, у разі помилкового виконання хоча б одного з етапів завдання оцінюють у 0 балів. Таким чином, максимальна можлива кількість балів, яку може отримати студент при складенні ОСКІ, дорівнює 12. Під час складення ОСКІ елемент дискусії студента з викладачем повністю виключається, усі роз'яснення та коментарі можуть бути отримані тільки після іспиту. Після виконання завдання на останній станції студент здає свій екзаменаційний білет для остаточної комп'ютерної обробки. На наступний день після складення ОСКІ студент отримує інформацію про свій результат у персональну поштово-ву скриньку інтранету.

Висновок. Об'єктивний структурований клінічний іспит (ОСКІ) є важливою складовою частиною підготовки студентів медичних закладів, оскільки сприяє більш ефективному засвоєнню ними практичних навичок.

Література

1. Kovalchuk L.Ya., Oleshchuk O.M., Sakharova I.Ye., Lisnychuk N.Ye. Ukraine: implementation of the new educational techniques // 11th Grazer Conference “Be prepared - teaching students what they need to know”. - Wien, MUW, 2007. - P. 32-33.

2. Fisher M. OSCE – how to do it seriously despite scarce resources // 11th Grazer Conference “Be prepared - teaching students what they need to know”. - Wien, MUW, 2007. - P. 8-9.

УДК 378.147:800.72:378.661(477)

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ВИКОРИСТАННЯ ДЕРЖАВНОЇ МОВИ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ І ФАРМАЦЕВТІВ В УКРАЇНІ

І.С. Вітенко

Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України

Вступ. Проблема виникнення та розвиток державної мови в Україні, особливо в східних та південних регіонах, є надзвичайно актуальною, про що свідчать реалії сьогодення та стан реалізації чинного законодавства, зокрема Конституції України (р. 1, ст. 10), Указу Президента України (№ 1013/2005 від 4.07.2005 р.) “Про невідкладні заходи щодо забезпечення функціонування та розвитку освіти в Україні”, Постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження Державної програми розвитку і функціонування української мови на 2004-2010 роки” (№ 1546 від 2.10.2003 р.), наказу Міністерства освіти і науки України (№ 759 від 14.11.2003 р.) “Про затвердження заходів МОН України щодо реалізації положень і завдань Державної програми розвитку і функціонування української мови на 2004-2010 роки” та ін. [1, 2].

Таку кількість регламентуючих документів в мовному питанні не має жодна країна світу, а мова у них функціонує та постійно збагачується, наприклад у Чехії, Польщі, Словенії, Грузії, Росії, Франції, Німеччині, Англії та інших цивілізованих країнах.

Основна частина. За рішенням керівництва МОЗ України Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України був підготовлений та надісланий лист-запит (№ 23-01-9/205 від 1.11.07) до вищих медичних і фармацевтичного навчальних закладів IV рівня акредитації, в якому були відображені основні вимоги Постанови Кабінету Міністрів України № 1546 від 2.10.2003 р. Зокрема:

- наявність умов повноцінного функціонування державної мови у навчальних закладах;
- організаційне та навчально-методичне забезпечення навчально-виховного процесу щодо тенденцій розширення сфери функціонування української мови та культури спілкування у навчальних закладах;
- сучасний стан підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації педагогічних кадрів для викладання українською мовою профільних та базових дисциплін;
- проведення заходів щодо виховання у студентів розуміння важливості розвитку і використання державної мови, традицій держави, її культури, формування патріотизму у громадян України.

Узагальнені дані, які представлені письмово до МОЗ України, мали б заспокоїти керівництво Міністерства. Так надані ВМ(Ф)НЗ дані свідчать, що всі вітчизняні студенти навчаються українською мовою у таких навчальних закладах, як: Буковинський державний медичний університет; Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова; Івано-Франківський державний медичний університет; Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького; Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця (м. Київ); Національний фармацевтичний університет (м. Харків); Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського; Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава) (табл. 1).

Таблиця 1. Кількість студентів, які навчаються українською мовою у ВМ(Ф)НЗ:

№ з/п	Контингент студентів	Кількість студентів	% студентів, які фактично навчаються лише українською мовою
1	2	3	4
Буковинський державний медичний університет			
1	<i>Вітчизняні студенти, всього з них фактично навчаються:</i> – українською мовою – російською мовою	3215 3215 –	100

Продовження табл. 1

1	2	3	4
2	Іноземні студенти, з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою – англійською мовою	273 13 27 (10 %) 233 (85 %)	5
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова			
1	Вітчизняні студенти, всього з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою	5340 5340 –	100
2	Іноземні студенти, з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою – англійською мовою	1011 1 849 (83,9 %) 161 (15,9 %)	0,1
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького			
1	Вітчизняні студенти, всього з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою	3549 2484 1065	70 30
2	Іноземні студенти, з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою – англійською мовою	1345 – 1127 (83,8 %) 219 (16,2 %)	
Дніпропетровська державна медична академія			
1	Вітчизняні студенти, всього з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою	2885	88,5
2	Іноземні студенти, з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою – англійською мовою	397 – 331 (83,4 %) 49 (16,6 %)	
Запорізький державний медичний університет			
1	Вітчизняні студенти, всього з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою	2993 2003 990 (33,1 %)	66,9
2	Іноземні студенти, з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою – англійською мовою	957 246 261 (27,3 %) 450 (47 %)	25,7

Продовження табл. 1

1	2	3	4
Івано-Франківський державний медичний університет			
1	Вітчизняні студенти, всього з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою	5408 5408 –	100
2	Іноземні студенти, з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою – англійською мовою	609 474 65 (10,7 %) 70 (11,5 %)	77,8
Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського			
1	Вітчизняні студенти, всього з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою	2718 45 2673 (98,3 %)	1,7
2	Іноземні студенти, з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою та англійською мовою	1448 – 1448	
Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького			
1	Вітчизняні студенти, всього з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою	4470 4470 –	100
2	Іноземні студенти, з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою – англійською мовою	616 246 89 (14 %) 281 (46 %)	40
Луганський державний медичний університет			
1	Вітчизняні студенти, всього з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою	2266 1525 741 (32,7 %)	67,3
2	Іноземні студенти, з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою – англійською мовою	1365 – 147 (10,8 %) 1218 (89,2 %)	
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця			
1	Вітчизняні студенти, всього з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою	усі	100
2	Іноземні студенти, з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою – англійською мовою	1076 5 975 (90,6 %) 96 (8,9 %)	0,46

Продовження табл. 1

1	2	3	4
Одеський державний медичний університет			
1	<i>Вітчизняні студенти, всього</i> з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою	2289 2076 213 (9,3 %)	90,7
2	<i>Іноземні студенти,</i> з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою – англійською мовою	834 – 560 (67,1 %) 274 (32,9 %)	
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського			
1	<i>Вітчизняні студенти, всього</i> з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою	2317 –	100
2	<i>Іноземні студенти,</i> з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою – англійською мовою	502 22 92 (18,3 %) 388 (77,3 %)	4,4
Українська медична стоматологічна академія			
1	<i>Вітчизняні студенти, всього</i> з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою	2740 2740 –	100
2	<i>Іноземні студенти,</i> з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою – англійською мовою	701 8 567 (80,88 %) 125 (%)	1,15
Харківський національний медичний університет			
1	<i>Вітчизняні студенти, всього</i> з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою	5101 3504 119 (2,3 %)	68,7
2	<i>Іноземні студенти,</i> з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою – англійською мовою	1478 – 1072 (72,5 %) 406 (27,5 %)	
Національний фармацевтичний університет			
1	<i>Вітчизняні студенти, всього</i> з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою	9307 9307 –	100
2	<i>Іноземні студенти,</i> з них фактично навчаються: – українською мовою – російською мовою – англійською мовою	745 6 (0,8 %) 653 (87,7 %) 86 (11,5 %)	0,8

В Одеському державному медичному університеті 90,7% студентів навчаються українською мовою.

По східному регіону відсоток вітчизняних студентів, які навчаються державною мовою, складає відповідно у:

1. Запорізькому державному медичному університеті – 66,9 %;
2. Дніпропетровській державній медичній академії – 88,5 %;
3. Донецькому національному медичному університеті ім. М. Горького – 70 %;
4. Луганському державному медичному університеті – 67,3 %;
5. Харківському національному медичному університеті – 68,7 %.

У Кримському державному медичному університеті ім. С.І. Георгієвського лише 1,7% від загальної кількості вітчизняних студентів навчаються державною мовою.

Така інформація все ж викликала сумнів. Стало зрозуміло, що подані навчальними закладами показники щодо навчання студентів державною мовою явно не відповідають реаліям. У зв'язку з чим було прийнято рішення перевірити на місцях представлені до Міністерства показники.

Реалізація чинного законодавства України з питань впровадження української мови в навчальний процес була з'ясована у:

- Дніпропетровській державній медичній академії;
- Донецькому національному медичному університеті ім. М. Горького;
- Запорізькому державному медичному університеті;
- Запорізькій медичній академії післядипломної освіти;
- Кримському державному медичному університеті ім. С.І. Георгієвського;
- Луганському державному медичному університеті;
- Національному фармацевтичному університеті;
- Харківському національному медичному університеті;
- Харківській медичній академії післядипломної освіти.

Результати опитування студентів та спілкування з співробітниками кафедр, деканами засвідчили, що дані, подані до МОЗ України, далекі від фактичного стану справи. Так, у жодному із названих вище навчальних закладів навчання з 1 по 6 курс державною мовою не здійснювалось. У найкращому варіанті проводилися заняття з окремих курсів суспільних

дисциплін українською мовою. Лише декілька представників окремих кафедр читали лекції та проводили практичні заняття офіційною мовою держави, в якій вони проживають. У Кримському державному медичному університеті всупереч вимогам Конституції Автономної Республіки Крим існує лише одна мова – російська, інші мови, крім іноземних, в університеті не використовуються. Тобто відмінно поставлене питання про захист “родного русского языка”. Між тим багато студентів, як українських, так і іноземних, не заперечують щодо їх навчання державною мовою.

Таким чином, МОЗ України, враховуючи, що проблема державної мови та її вирішення не знайшли практично місця в діяльності вищих медичних і фармацевтичного навчальних закладів IV рівня акредитації східних та південних регіонів України, при оцінці діяльності навчальних закладів особливу увагу буде звертати на стан реального впровадження української мови в навчальний процес, патріотичне виховання молоді. Ситуація, яка склалася в навчальних закладах МОЗ України, є типовою для всіх навчальних закладів вказаних регіонів. Можливо, у медичних навчальних закладах МОЗ України він дещо кращий, оскільки уже є молоді пагінци – ліцей Дніпропетровської державної медичної академії, Донецького національного медичного університету – де дітки, які будуть майбутніми лікарями, добре володіють українською мовою.

Слід зазначити, що на виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 08.09.1997 р. № 998 Міністерством охорони здоров'я України ще у 1997 році був розроблений графік переведення вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів на викладання предметів студентам українською мовою, який передбачав повний перехід ВМ(Ф)НЗ на державну мову до кінця 2000 р. Реально, як це викладено вище, навчання студентів у ВМ(Ф)НЗ виглядає інакше.

Висновок. Ураховуючи викладене, з метою удосконалення впровадження української мови необхідно:

- ставити вимоги перед представниками фірм, які займаються набором іноземних студентів, стосовно обов'язкового навчання в Україні державною мовою;
- керівникам навчальних закладів і всіх підрозділів (проректори, декани, завідувачі кафедр) особисто спілкуватись в межах навчального закладу лише державною мовою;
- для студентів, які не вивчали українську мову, запровадити факультативне вивчення української мови;

– розробити систему заохочень для студентів, які здобувають призові місця на олімпіадах і конкурсах з української мови, а також для обдарованої молоді, яка бере участь у творчо-пошуковій, науково-дослідницькій, історико-краєзнавчій та іншій роботі з української мови;

– збільшити закупівлю україномовної навчальної літератури.

Звичайно, вирішення проблеми державної мови – це питання, яке потребує зусиль не лише пов’язаних з підготовкою медичних кадрів у ВМ(Ф)НЗ та фінансової державної підтримки. Слід створити таку атмосферу в суспільстві, такий соціум, який би стимулював громадян України до оволодіння мовою держави, в якій вони заробляють кошти і керують державними установами.

Література

1. Закон України від 23.05.1991 р. № 1060-ХІІ “Про освіту” // Збірка законодавчих та нормативних актів про медичну освіту. – К. – Сімферопіль, 2002. – С. 24-48.

2. Закон України від 17.01.2002 р. № 2984-ІІІ “Про вищу освіту” // Збірка законодавчих та нормативних актів про медичну освіту. – К. – Сімферопіль, 2002. – С. 67-108.

УДК 378:371.136:303.71:57

ОСВІТНІ ІНДИКАТОРИ В ПЕДАГОГІЦІ ВИЩОЇ ШКОЛИ

В.С. Бірюков, О.В. Чернецька, Т.І. Пашенко

Одеський державний медичний університет

EDUCATIONAL INDICATORS IN PEDAGOGICS OF HIGHER SCHOOL

V.S. Biryukov, O.V. Chernetska, T.I. Pashenko

Odessa State Medical University

Роботу присвячено аналізу напрямків у розробці індикаторів якості освітнього процесу в Одеському державному медичному університеті (ОДМУ). Методологічною основою дослідження є вимоги системного і процесного підходів, що містяться в міжнародних стандартах якості серії ISO 9000:2000. Система управління якістю освітніх технологій в ОДМУ розглядається як комплекс взаємопов’язаних процесів, що регулюються за допомогою індикаторів якості. Наведене описання “петлі якості” освітнього процесу і перелік індикаторів для моніторингу і управління цими процесами.

This work is devoted to the analysis of directions in development of indicators of quality in educational process at Odessa State Medical University (OSMU). Methodological basis of this research is requirements of the system and process approaches of series ISO 9000:2000 expounded in the international standards of quality. The control quality system of educational technologies at OSMU is considered as a complex of associate processes, managed by the indicators of quality. Description of “Loop of quality” of educational process and list of indicators for monitoring and control of these processes is adduced.

Вступ. У зарубіжній літературі ствердилася думка щодо корисності концепції управління якістю освітніх технологій через створення так званих “індикаторів якості” освітньо-педагогічних технологій [1].

Такий підхід є наслідком процесного підходу з причин того, що сучасні освітні системи стали потужною індустрією підготовки необхідних спеціалістів, які спроможні засвоїти бурхливий потік нових знань.

Освітні системи часто є багаторівневими, розгалуженими, і управління ними вимагає перегляду колишніх методологій освіти.

Основна частина. Задля успішного планування і моніторингу системи освіти в цілому необхідно володіти об’єктивними даними. Це визнається як політичними діячами, відповідальними за формування освітньої політики, так і у більш широкому масштабі –

всіма представниками освітянської спільноти. До того ж такі дані дозволяють зробити предметнішими громадські дискусії з питань освіти й нададуть їм новий якісний аспект, а також сприятимуть формуванню культури оцінки результатів освітньої діяльності.

У відповідь на зростаючі потреби виникли численні публікації, що містять різноманітні індикатори. За ініціативою ЮНЕСКО виникли перші роботи щодо міжнародних порівнянь, в тому числі освітньої діяльності.

Підставою для вибору індикаторів є освітянська політика або освітянський план. Сутність роботи полягає в тому, щоб розробити індикатори, найбільш наближені до обраних напрямків розвитку, цілей і завдань освітянської політики. Прозорі і вимірювані цілі і завдання мають бути описаними як для освітньої системи в цілому, так і для окремих її складових, наприклад для професійної освіти і навчання. Це може бути зроблене принципово різними засобами: у вигляді законодавчо прийнятого плану або програми дій, системи заходів, ряду постанов тощо.

Наведемо основні характеристики індикаторів. Індикатор повинен:

- відповідати поставленій задачі;
- узагальнювати / резюмувати інформацію, не викривляючи її;
- бути структурно і організаційно пов'язаним з іншими індикаторами, що дозволяє проведення загального аналізу стану системи;
- бути точним і порівняльним;
- бути достовірним і надійним.

За допомогою індикатора можливо:

- оцінити “відстань” до визначеної мети;
- виявити проблемні або критичні ділянки;
- відповісти на запитання, що постають перед політиками в ході політичного курсу, що проводиться;
- порівнювати поточні показники з еталонними значеннями або з аналогічними показниками за попередні періоди.

Система індикаторів має функціонувати як “контрольний щиток”, полегшуючи виявлення наявних проблем і дозволяючи оцінити їх масштаб і можливі наслідки. Детальна діагностика і пошук можливих рішень будуть зроблені вже в ході додаткового аналізу і глибинних досліджень. Основний висновок з вищевикладеного: індикатори відіграють одну з основних ролей у моніторингу і оцінці ефективності функціонування освітньої системи.

В даній роботі представлено варіант адаптації однієї з вимог міжнародних стандартів якості (International Standard Organization) серії ISO 9000:2000 до моделі

управління якістю педагогічного процесу. [2] Ці стандарти являють собою групу міжнародних стандартів щодо управління якістю і забезпечення якості, що розроблені незалежною організацією ISO (The International Organization for Standardization). З 1.10.2001 року вимоги міжнародних стандартів якості серії ISO 9000 визнані Держстандартом України (наказ № 317 від 27 червня 2001 року) і є обов'язковими для організацій, які прагнуть впровадити міжнародну систему управління якістю продукції або послуг.

Основу вищезазначених стандартів складає задокументований системно-процесний підхід до будь-якої сфери виробництва продукції або послуг. На підставі вимог діючих стандартів галузь освіти необхідно розглядати не тільки як специфічну відкриту систему з її внутрішніми законами розвитку, але, що важливіше, як керований неперервний технологічний процес, тобто як “індустрію освіти”, для якої характерні усі ознаки індустріальних технологій:

1. Вхідні потоки (вивчення ринку, селекція абітурієнтів на підставі оцінки висхідних (базових) знань, матеріально-технічне обладнання навчальних закладів, людські ресурси, фінансові потоки тощо).

2. Власне освітній процес (технології навчання і виховання необхідних знань, вмінь, морально-вольових якостей та інших вимог практики).

3. Вихідні потоки (атестація випускників, їх розподіл, моніторинг ринку праці, оцінка задоволеності замовників освітніх послуг тощо).

Необхідною складовою даної концепції є уявлення про *єдину, замкнену систему управлінських дій*, що забезпечують гарантований рівень очікуваної якості. Подібна система має назву “петлі якості” (далі – ПЯ), яку стандарт визначає таким чином: “ПЯ – концептуальна модель взаємозалежних видів діяльності, що впливають на якість на різних стадіях: від визначення потреб до оцінки їх задоволення”.

В педагогічній практиці, що розглядається як здатний до регуляції неперервний навчально-виховний процес, ми визначаємо такі складові (ланки) ПЯ (рис. 1). Виходячи з наведеного рисунка ПЯ стандартів ISO 9000:2000, можна запропонувати такі індикатори якості:

1. *Індикатор якості маркетингу* (вивчення нових потреб суспільства, ринків праці, якості продукції ринку освітніх послуг, моделей і необхідної чисельності спеціалістів колишньої і нової формацій, вивчення “очікувань клієнтів”).

2. *Проектний індикатор якості* (розробка освітнього стандарту і кваліфікаційних вимог до кожної

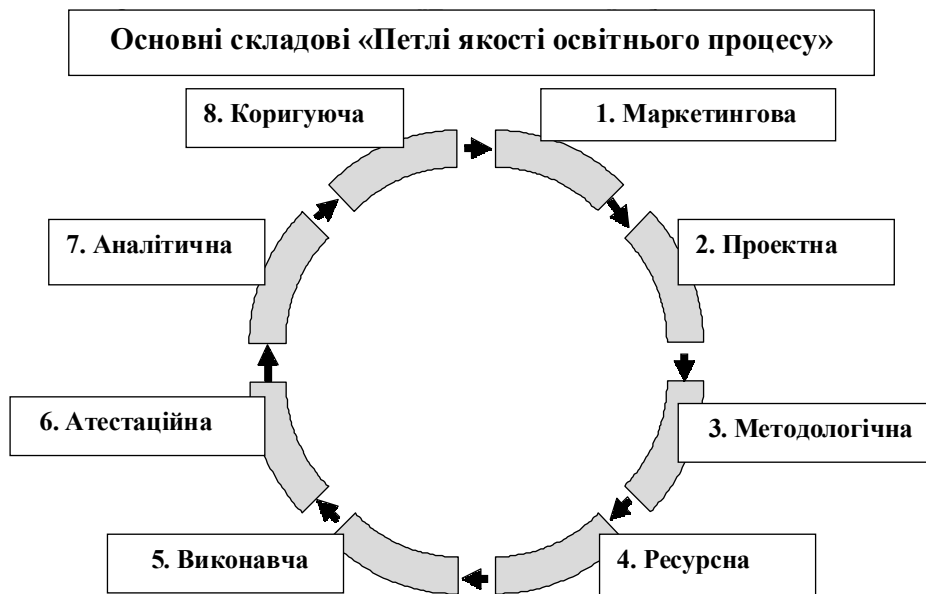


Рис. 1. Процесний підхід на підставі вимог стандартів серії ISO 9000: послідовність складових “петлі якості” освітнього процесу.

конкретно очікуваної моделі випускника або спеціаліста, обґрунтування програм і обсягів навчання).

3. *Індикатор якості методології* (розробка і впровадження педагогічних освітніх методик і технологій).

4. *Ресурсний індикатор якості* (забезпечення освітнього процесу матеріальними, фінансовими і людськими ресурсами).

5. *Виконавчий індикатор якості* (власне процес навчання).

6. *Атестаційний індикатор якості* (випробувальний або кваліфікаційний контроль випускників).

7. *Аналітичний індикатор якості* (моніторинг потреби у випускниках за їх розподілом та працевлаштуванням, аналіз досягнутих результатів).

8. *Коригуючий індикатор якості* (корегуючи дії за результатами аналізу).

Реалізація впровадження подібної моделі ПЯ у практику пов’язана з рядом об’єктивних труднощів, ускладнюючих виконання вимог міжнародних стандартів якості в повному обсязі. В свою чергу, зміст цих труднощів безпосередньо пов’язаний з типом сектора освітніх послуг.

Висновок. Таким чином, використання вимог міжнародних стандартів якості серії ISO 9000:2000 є своєчасним методологічним інструментом створення конкурентноспроможної системи освітніх технологій на ринку освітніх послуг.

Література

1. Рачевский Е.Л. Создание региональных компонентов общероссийской системы оценки качества образования. Разработка и реализация городской программы “Качество образования”. – Центр образования № 548 “Царицыно”,

2008. www.mhs548.ru

2. Системи управління якістю. Вимоги/Держстандарт України. – Київ, 2001. – 16 с.

УДК 614.23+37.012

СУЧАСНІ АКЦЕНТИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ

Є.М. Нейко, Т.М. Волосовець, А.Б. Кебкало, Л.В. Глушко

*Івано-Франківський державний медичний університет,
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика*

MODERN EMPHASIS OF POST-GRADUATE EDUCATION OF DOCTORS

Y.M. Neyko, T.M. Volosovets, A.B. Kebkalo, L.V. Hlushko

*Ivano-Frankivsk State Medical University
National Medical Academy of Post-Graduate Education by P.L. Shupyk*

У статті наведені міркування авторів щодо напрямів зосередження зусиль при здійсненні післядипломної освіти лікарів на сучасному етапі.

The article adduces the authors' considerations concerning the directions of concentration of efforts at conducting the process of post-graduate education of doctors at the modern stage.

Вступ. З часу утворення незалежної Української держави проходить напружена робота з налагодження та оптимізації роботи різних її інституцій. В будь-якій галузі суспільної діяльності визначальним є створення та підтримання належного кадрового складу, готового виконувати свої професійні функції на висоті вимог часу.

У свій час, 1978 року авторитетний міжнародний форум організаторів охорони здоров'я в Алма-Аті дав високу оцінку тогочасній системі охорони здоров'я на теренах Радянського Союзу. Практично незалежна держава Україна стала спадкоємицею цієї системи, в тому числі і системи додипломної та післядипломної підготовки лікарів.

Основна частина. З 1991 року в Україні на фоні повної відкритості границь, демократизації різних сторін суспільного життя проходить активне впровадження ринкових засад економіки, становлення пріоритету прав особи тощо.

Парадоксально, але при такому широкому розкритті можливостей в системі охорони здоров'я України почали прослідковуватися окремі ознаки деградації, зумовлені, в першу чергу, недостатністю фінансування галузі та неадекватною кадровою політикою. Це зумовило такі явища, як ріст незадоволення населення якістю медичної допомоги, зниження престижу медичної професії, наростання диспропорції кадрового складу медичних закладів міст і сільської місцевості тощо. Слід відмітити, що до 2000 року в Україні ве-

лася мова тільки про пересичення медичної галузі кадрами, особливо порівняно із станом в більшості розвинутих країн світу. Така псевдоінформаційна підготовка не в останню чергу послужила істотному скороченню бюджетних витрат на прийом до медичних вищих навчальних закладів. Починаючи з перших років цього десятиліття, інформування з питань кадрового забезпечення медичної галузі змінилося на протилежне – наявність дефіциту медичних кадрів в Україні. Спочатку повідомлялося про дефіцит 9 тисяч лікарів. З роками дефіцит наростав, сягаючи 13 тисяч, далі – 15 тисяч і вже зараз мова йде про недостачу в галузі 20 тисяч лікарів, з них 10 тисяч вакантних місць в медичних закладах сільської місцевості. Напевне цій інформації слід вірити. Реальний моніторинг стану забезпечення кадрами медичної галузі має стати фундаментальною умовою коректної організації її реформування.

Питання реформування основних засад діяльності медичної галузі вимагають насамперед усунення суттєвих перекосів в її структурі, зокрема немотивованого перенаповнення дуже затратними структурними підрозділами спеціалізованої медичної допомоги. Перехід на переважне здійснення первинної лікарської допомоги спеціалістами загальної практики, як це прийнято в інших країнах, при належному задоволенні потреб населення значно здешевило би витрати на медичне забезпечення.

Такий перехід здійснюється в Україні, починаючи із середини 90-х років минулого століття, набираючи різної інтенсивності в окремих регіонах. Зараз медична галузь держави вступає в завершальний етап цієї роботи. Зрозуміло, що повноцінне здійснення реформи вимагає значної протяжності в часі. Оглядаючись назад, при загальній позитивній оцінці результатів реформи не можна не відмітити і ряд суттєвих недоліків.

Насамперед треба назвати досить формальне ставлення до цієї справи до цього часу. Питання формального переведення амбулаторних установ в розряд закладів сімейної медицини-загальної практики не є предметом розгляду цієї статті. В той же час, не може не хвилювати питання формального, спрощеного підходу до підготовки лікарів загальної практики. Такий хибний підхід полягає, насамперед, у практичному вишколі майбутніх лікарів загальної практики в умовах клінічних стаціонарів, часто спеціалізованих. В цих умовах ряд діагностичних та лікувальних підходів, характерних для загальної практики, використовується рідко. Таким чином, інтерн засвоює неадекватні практичні навички. Івано-Франківський державний медичний університет одним із перших в Україні отримав у 2002 році дозвіл і затвердження МОЗ України як клінічних баз ряду амбулаторних медичних закладів, переважно амбулаторій загальної практики, в тому числі і в сільській місцевості. В цих умовах лікарі-інтерни отримують відповідні практичні навички майбутньої роботи.

Ще однією проблемою тут є відсутність повноцінного складу викладачів спеціальності “Загальна практика-сімейна медицина”, що вносить певні дидактичні порушення. Інтегрована спеціальність “Загальна практика” включає в себе елементи 24 лікарських спеціальностей, і на даний час викладання, як правило, проводиться окремо представниками цих спеціальностей. Викладачі загальної медичної практики з можливостями інтегрованого викладання спеціальності на відповідних кафедрах вищих навчальних закладів України лише почали появлятися.

На даний час у Верховній Раді України очікує на розгляд обширний пакет змін до Закону України “Про вищу освіту”, підготовлений Міністерством освіти і науки України. Серед інших в цьому пакеті є пропозиція ввести двоступеневу підготовку на додипломному етапі. Загальним кінцевим ступенем додипломної підготовки має стати ступінь магістра. Таким чином, підготовка магістра медицини буде переведена з післядипломного на додипломний етап. В такому разі мав би бути ліквідований нежиттєздатний гібрид “магістрант-інтерн”.

Нам імпонує запропонована кілька років тому НМАПО ім. П.Л. Шупика універсальна концепція підготовки лікарів, яка є відповідною до реформування системи медичної допомоги, що проходить цими роками. Одним із складових цієї реформи є перехід первинної медико-санітарної ланки на функціонування за засадами загальної практики. Концепція, запропонована НМАПО ім. П.Л. Шупика, полягає в повному переході до додипломної підготовки лікарів загальної практики з початковим адаптаційним річним етапом післядипломної підготовки з практичних питань загальної практики. Лише після цього можливі різні за термінами післядипломні курси вторинної спеціалізації, як це проходить в більшості цивілізованих країн. Така система підготовки дозволила би повноцінно виконати і підтримувати потреби первинної медико-санітарної ланки в лікарях загальної практики.

Особливо актуальною в сьогоденні умовах є проблема організації третього етапу (періоду) післядипломної освіти – безперервної післядипломної освіти лікарів. Частина 1 статті 10 Закону України “Про вищу освіту” [2] передбачає такі форми післядипломної освіти в цьому періоді, як перепідготовка, спеціалізація, розширення профілю та стажування. Поряд з цим, спочатку фахівці Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького запропонували принцип і шкалу значущості безперервної післядипломної освіти лікарів, що передбачають використання і врахування значно більшого числа форм і підходів. В подальшому цей принцип і шкала були вдосконалені фахівцями НМАПО ім. П.Л. Шупика і представлені до широкого обговорення медичної громадськості. Таким чином, частина 1 статті 10 Закону України “Про вищу освіту” потребує узагальненого доповнення щодо можливості використання інших форм безперервної професійної освіти. Певні обмеження для повноцінного використання післядипломної освіти з метою освоєння новацій і передового досвіду містить частина 2 статті 10 Закону України “Про вищу освіту”, оскільки не передбачає при певних умовах підвищення кваліфікації в передових установах, у лідерів-фахівців.

Висновки: 1. В здійсненні післядипломної освіти лікарів в даних умовах слід ширше використовувати як клінічні бази амбулаторні медичні заклади загальної практики.

2. Існує настійна необхідність розробки організаційних форм і активування підготовки викладацького складу з інтегрованого навчання фахівців спеціальності “Загальна практика-сімейна медицина”.

3. Слід ще раз оцінити можливість впровадження концепції обов'язкової додипломної підготовки лікарів (магістрів) загальної практики з наступним одно- чи дворічним адаптаційним періодом інтернатури.

При умові впровадження безперервної професійної освіти лікарів за системою, що пройшла обговорення, слід внести відповідні зміни до статті 10 Закону України “Про вищу освіту”.

Література

1. Директива ЄС з визнання професійних кваліфікацій (2005/36 ЄС від 07 вересня 2005 року).

2. Про вищу освіту: Закон України № 2984-III ВР від 17.01.2002 року із змінами.

УДК 378.147+61(477)

ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ І ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

В.Ф. Москаленко, О.П. Яворовський, Л.І. Остапюк

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ACHIEVEMENTS, PROBLEMATIC ISSUES AND WAYS OF CREDIT-MODULE SYSTEM OF TRAINING PROCESS ORGANIZATION IMPROVEMENT

V.F. Moskalenko, O.P. Yavorovsky, L.I. Ostapyuk

National Medical University by O.O. Bohomolets

У статті проаналізовано як позитивні зрушення якісних показників організації навчання студентів за кредитно-модульною системою (оновлення змісту і структури навчальних програм, орієнтація навчального процесу на студента, на його самостійну роботу, освоєння викладачами нових технологій навчання), так і проблемні питання, які можуть бути вирішені такими шляхами: розробка Концепції системи забезпечення якості вищої освіти, що узгоджується з європейськими стандартами; створення нових кваліфікаційних вимог до науково-педагогічних працівників; включення в державні рейтингові критерії оцінки діяльності ВНЗ якісних показників успішності студентів.

In the article were analysed both positive changes of qualitative indices of students' training by credit-module system organization (renovation of training programs content and structure, orientation of training process to a student, to his/her individual work, mastering of lecturers' new training technologies) and problematic issues, which can be solved in the following ways: development of Conception of the system providing quality of higher education, co-ordinated with European standards; working out of the new qualification demands for professionals of science and pedagogics; inclusion of qualitative indices of students' progress in the State rating criteria of assessment of higher educational establishment activity.

Вступ. У виступі міністра освіти і науки України на підсумковій колегії МОН України (21 березня 2008 р.) підкреслена незворотність процесу вітчизняної освітньої євроінтеграції, а також необхідність інтенсифікації дій щодо реалізації міжнародних зобов'язань України в цьому питанні.

Виконання цих зобов'язань буде перевірятись під час попереднього моніторингу у 2009 році. Приєднання до Болонського процесу, як підкреслює міністр, “... це не просто механічне переведення трудомісткості навчальних дисциплін у кредити ECTS, а насамперед, переосмислення структури навчального процесу, оновлення

змісту навчання, створення необхідних умов для повноцінної самостійної роботи”.

Три роки, що минули з початку навчання студентів медичних факультетів ВМНЗ України за кредитно-модульною системою, – достатній термін для аналізу досягнень, виділення проблемних питань, пошук конкретних шляхів їх вирішення упродовж 2 років, що залишились до підведення підсумків результативності інтеграції вищої школи України (в т. ч. медичної) у Європейський освітній простір.

Мета роботи: проаналізувати здобутки і проблеми, які ми маємо від упровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу (КМСОНП), визначити завдання подальшої роботи в напрямі модернізації вищої медичної освіти на останні 2 роки.

Основна частина. Процес адаптації до засад Болонського процесу, упровадження нової європейської технології та методології навчання упродовж трьох останніх років не був легким як для адміністрації вищих медичних закладів, так і для всіх учасників навчально-виховного процесу – викладачів і студентів.

До позитивних зрушень у цьому процесі слід віднести: розробку і запровадження експериментального навчального плану для медичних факультетів (2005 р., 2007 р., проект ECTS); перегляд змісту медичної освіти і створення нового покоління типових навчальних програм з принципово новою методикою структурування навчального матеріалу на модулі та оцінювання навчальної діяльності студентів у кредитах (всього фахівцями ВМНЗ України створено 77 нових навчальних програм, з них 49 – науково-педагогічними працівниками НМУ).

До позитивних надбань упровадження КМСОНП слід віднести: зниження тижневого навантаження студентів (з 36 до 24-28 год); збільшення часу, відведеного на самостійну роботу (з 35 до 50 %); зменшення кількості студентів в академічній групі (з 15 до 12-10); повне 100% опитування студентів на кожному практичному занятті; зниження середнього річного навчального навантаження викладачів (з 819 до 798 год); зростання якості успішності (з 47 до 58,9 %); зменшення кількості студентів, які навчаються тільки на “3” (з 10,3 до 2,6 %); скорочення пропусків навчальних занять (з 17,2 до 10,3 ст/год.). На жаль, в останній рік на третьому курсі пропуски зросли, оскільки оцінка “2” не має бального еквівалента і студенту легше отримати “3” під час відпрацювання, ніж під час заняття. Кредитно-модульна система навчання все більше приваблює іноземних громадян, про що свідчить динамічне зростання їх кількості на 1 курсі (у 2005/2006 н. р. – 231 студент з 27 країн, у 2007/2008 н. р. – 314 студентів з 36 країн).

Спостерігається тенденція до збільшення кількості студентів, які проходять стажування у зарубіжних медичних університетах: 2005/2006 – 17 у 10 країнах; 2006/2007 – 25 у 18 країнах; 2007/2008 – 30 у 16 країнах.

Зростає також кількість іноземних студентів, які проходять стажування в НМУ: 2005/2006 – 20 з 12 країн; 2006/2007 – 19 з 8 країн; 2007/2008 – 26 з 13 країн.

Позитивним надбанням є зростання у студентів вимогливості до професійних якостей кожного викладача, до створення належних умов для самостійної роботи, забезпечення підручниками, посібниками на кафедрах. Таким чином, студент вчиться відчувати себе рівноправним учасником і партнером в організації навчально-виховного процесу в університеті.

Проаналізуємо основні проблемні питання, пов’язані з упровадженням КМСОНП. Перш за все, розглянемо їх у площині взаємовідносин студент-викладач. З середньої школи, ліцею, гімназії студент потрапляє до ВНЗ, де на кожному практичному (семінарському) занятті щоденно діє жорстка система оцінювання, до якої він не готовий – відсутнє вміння (нерідко – й сила волі) працювати самостійно. У студентів відсутня достатня мотивація щодо ефективної роботи в умовах упровадження КМСОНП, що, на нашу думку, пов’язано з такими факторами, як: довготривале додипломне та післядипломне навчання (до 9 років) для отримання права на самостійну лікарську практику; відносно низький посадовий оклад лікаря в Україні (в середньому 900 грн на міс.), що різко знижує престиж спеціальності лікаря в нашому суспільстві.

Слід також враховувати соціально-психологічний портрет сучасного студента-медика, який вималювався за результатами соціологічного дослідження, проведеного кафедрами загальної і медичної психології та педагогіки і кафедрою соціології НМУ: сучасні студенти більш психологічно закриті, менше довіряють як колегам, так і викладачам; столичним студентам та студентам з великих міст притаманна більша амбіційність і агресивність; почуття доброти більшою мірою – студентам з сільської місцевості. Психологічні портрети іноземних студентів значно відрізняються залежно від країни, з якої вони прибули, але в цілому відмічають зменшення поваги, благоговіння перед викладачем. Все зазначене вище конче необхідно враховувати під час організації навчального процесу.

До академічних негативів, на нашу думку, слід віднести недостатнє змістове, методичне, організаційне і матеріальне забезпечення самостійної роботи студентів; значну кількість студентів, які мають

академічну заборгованість за результатами підсумкового модульного контролю, що пов'язано значною мірою з об'ємом навчального матеріалу під час ПМК, який повністю дублює поточний контроль, неадекватність методів контролю, невідповідність обсягів завдань навчальним цілям. Саме ці методичні і організаційні недоробки кафедр, з нашої точки зору, дискредитують модульний контроль як прогресивну складову успішного вивчення навчальних дисциплін.

До проблемних питань слід віднести недостатню психологічну, методичну і педагогічну готовність викладача до упровадження до КМСОНП. Принципово нова система навчання вимагала від викладачів освоєння нових методик, технологій навчання, документації, на 30-40% збільшила методичне і організаційне навантаження на викладача, проте педагогічне навантаження суттєво не зменшується, а наявне поступове збільшення заробітної плати не заохочує викладача до творчої роботи.

Чинна система атестації викладачів (вибори та перевибори на вчених радах), укладання угод є, значною мірою, формальною і не стимулює викладача до самовдосконалення; студенти не оцінюють анкетуванням якість педагогічної і виховної діяльності викладача; викладач академічної групи не має чітких критеріїв відповідальності за якість проведення навчальних занять і отриманих студентами знань та вмінь.

Критерії оцінки діяльності ВНЗ для визначення їх рейтингів МОН та МОЗ України не включають як важливі показники оцінку якості освітньої діяльності ВНЗ, якісні показники успішності студентів, в т. ч. – результати незалежного тестування.

Доцільно зазначити, що на сьогодні навчальна програма МОН і МОЗ України “Вища медична освіта і Болонський процес”, відповідно до якої проводиться підготовка і перепідготовка науково-педагогічних працівників ВМНЗ України на ФПК НМУ, вже застаріла; вона не допомагає вирішувати тих проблемних питань, які виникли у ВМНЗ України упродовж 4-х років упровадження КМСОНП (2004/2005 н. р. – підготовчий, три останні навчальні роки – реалізація системи). Вкрай необхідною є розробка нової програми інноваційної моделі навчання на ФПК, яка має

враховувати попередній досвід роботи і навчити науково-педагогічних працівників України механізмів і методик запровадження в систему вищої освіти розвивальних технологій професійної освіти – як когнітивно-орієнтованих, так і діяльнісно-орієнтованих.

Висновок. Трирічний досвід роботи медичних факультетів за європейською трансферно-кредитною системою значною мірою дозволив модернізувати вищу медичну освіту, але не призвів до очікуваного суттєвого підвищення її якісних показників.

Ми бачимо такі основні завдання, які дозволять успішно закінчити експеримент з упровадження в Україні європейської кредитно-трансферної системи у 2010 році:

1. У зв'язку з тим, що у 2010 році якість вищої освіти у ВМНЗ України, її відповідність європейським стандартам, буде перевірятись міжнародними експертами, доцільно уже сьогодні розробити Концепцію системи забезпечення якості медичної вищої освіти, що узгоджується зі стандартами та нормами Європейської мережі забезпечення якості (ЄМЗЯ-ENQA), а також чіткі акредитаційні показники для міжнародного визнання.

2. Доцільно включити в державні критерії оцінки діяльності ВНЗ для визначення їх рейтингу МОН і МОЗ України такі важливі показники діяльності ВНЗ, як:

– оцінювання змісту та технології навчання, що застосовуються під час навчальних занять та виробничої практики;

– оцінювання отриманих студентом знань;

– вимоги до організації та контролю за здійсненням навчального процесу;

– відсутня чітка структура процедури самообстеження вищого навчального закладу як підґрунтя системи забезпечення якості.

3. Необхідне створення нових кваліфікаційних вимог до науково-педагогічних працівників, формування портфоліо викладача, залучення студентів до оцінки його діяльності поруч зі зменшенням навчального річного навантаження, що дозволить сформулювати фахівця, який спроможний до саморозвитку і самовизначення, відкритий до соціального замовлення освіти.

УДК 378.661:616:378.146

МОЖЛИВОСТІ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАННЯ ЗА КМСОНП НА КЛІНІЧНИХ КАФЕДРАХ

В.М. Запорожан, В.Й. Кресюн, О.В. Чернецька

Одеський державний медичний університет

POSSIBILITIES OF IMPROVEMENT OF METHODOLOGICAL PROVISION IN CREDIT-MODULE SYSTEM AT CLINICAL DEPARTMENTS

V.M. Zaporozhan, V.Y. Kresyun, O.V. Chernetska

Odessa State Medical University

Стаття присвячена використанню інтерактивних технологій і сучасних методичних підходів при кредитно-модульній системі навчання на клінічних кафедрах.

The article denotes to the usage of interactive technologies and modern methodical approaches in credit-module system of education at clinical departments.

Вступ. Запровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу (КМСОНП) передбачає використання новітніх технологій навчання, в тому числі і на клінічних кафедрах університету.

Досвід, набутий науково-педагогічними співробітниками нашого ВНЗ, свідчить про необхідність підвищення якості навчання студентів та, що особливо важливо, забезпечення безперервності освіти викладачів протягом життя. Для реалізації цієї мети необхідно створити, відповідно до нового навчального плану, нове покоління методичного забезпечення, яке сприятиме самовдосконаленню як студентів, так і викладачів.

Основна частина. Традиційно на всіх кафедрах університету існує методичне забезпечення у вигляді текстів лекцій, методичних рекомендацій для студентів, методичних розробок для викладачів та банк тестових завдань формату “Крок”.

Відповідно до нової форми організації навчання зусилля колективів кафедр зосереджені на розробці і використанні нових методологічних підходів та узгоджуваності дій як по горизонталі (зв'язок між дисциплінами, що вивчаються), так і по вертикалі (зв'язок між окремими рівнями та дисциплінами усередині цих етапів) з усіма профільними кафедрами університету.

Значно поліпшує засвоєння необхідної інформації та спонукає до зацікавленості щодо вивчення дисциплін запровадження сучасних технічних засобів. ХХІ століття – це століття значних наукових відкриттів і тому в методичному забезпеченні необхідно більше уваги

приділяти науковим досягненням, особливо для точної діагностики і адекватного лікування захворювань.

Сьогодні значно покращує спілкування викладачів та студентів використання мережі Internet, де є можливість знайти відповідь на будь-яке запитання. Але, без сумніву, безпосередній контакт з пацієнтом запам'ятовується на все життя, таким чином, треба використовувати методичні підходи, які б допомагали поліпшенню цього контакту або, наскільки це можливо, достовірно його замінювали. А саме для цього й використовують новітні інформаційні технології та технічні засоби.

Забезпеченню належної якісної медичної підготовки сприяє наявність і функціонування університетських клінік, де створені необхідні умови для проведення наукових досліджень із використанням нових технологій та розробки сучасних форм організації медичної допомоги та навчання. В нашій університетській клініці створена єдина комп'ютерна інформаційна система для швидкої обробки інформації щодо стану здоров'я і результатів обстеження пацієнтів. Планується результати одержаної інформації подавати до навчальних аудиторій для формування компетентності студентів як майбутніх лікарів. Принциповим є необхідність активізації навчання студентів, створення у них позитивних мотивацій щодо одержання знань, опанування навичок й формування відповідальності майбутнього спеціаліста-медика за свої дії. Практична орієнтованість кінцевих цілей клінічних дисциплін потребує зміни методики викладання, оскільки має за-

© В.М. Запорожан, В.Й. Кресюн, О.В. Чернецька

безпечувати можливість студента брати участь в наданні допомоги хворим від моменту їх госпіталізації, обстеження, встановлення діагнозу, лікування до виписки із стаціонару.

Такий підхід забезпечує професійну компетентність, мобільність та конкурентоспроможність спеціаліста, його відповідність сучасним та перспективним вимогам ринку праці та суспільства. Досягнути такої мети можливо, якщо проводити заняття у вигляді обстеження хворого безпосередньо біля його ліжка малими групами студентів. Результати обстеження пацієнта необхідно обговорювати у навчальних групах під керівництвом викладача з оцінкою обсягу обстеження, встановлення діагнозу, лікувальної тактики. Для постійного контролю за підготовкою до занять та отриманими знаннями студентам необхідно вести щоденник чи писати протоколи, бо при переході на КМСОНП необхідно щоденно оцінювати знання студентів з усіх тем робочої програми і бажано робити це уніфіковано та документально. На клінічних кафедрах нашого університету започатковано ведення протоколів, особливо для контролю за якістю самостійної роботи студентів. У протоколах необхідно відобразити клінічний діагноз, найбільш значні діагностичні критерії основної хвороби, синдромів, алгоритм обстеження, перелік хвороб, за якими треба провести диференційований діагноз, принципи лікування, прогноз, профілактику, наводяться використані джерела інформації тощо. На усіх клінічних кафедрах нашого університету в навчальному процесі активно використовується розбір ситуаційних задач за темами практичних занять, ділові, рольові ігри, проблемні ситуації.

У сучасному світі в освітньому процесі все більшого поширення набуває концепт EDUTAINMENT, складене зі злиття англійських слів education (освіта) і entertainment (розвага), що в загальному плані означає широке включення розважального компонента в навчальний процес. Так, наприклад, для активізації пізнавальної діяльності студентів співробітники кафедри акушерства і гінекології № 1 підготували збірку медичних кросвордів “Акушерство і гінекологія у запитаннях та відповідях”.

Для повноцінного забезпечення та оптимізації самостійної роботи, значимість якої у підготовці спеціалістів за КМСОНП суттєво підвищується, необхідне використання віртуальних засобів навчання, відеофільмів, кабельного та цифрового телебачення для демонстрації навчальних фільмів з висвітленням ключових моментів теми, які студент може переглянути при самостійному вивченні матеріалу.

Перехід на КМСОНП передбачає ротацію модулів з головних розділів клінічних дисциплін і стало зрозумілим, що це можливо якісно здійснювати тільки у сучасних багатопрофільних лікувальних закладах та університетських клініках. В ОДМУ проведення професійного тренінгу на базах університетських клінік доступно студентам, для цього придбані фантоми, тренажери, манекени, медичний інструментарій, відповідна апаратура тощо. Тренінгу засвоєння практичних навичок на основі забезпечення доказової медицини та світових стандартів надання медичної допомоги сприяють майстер-класи, інтерактивні семінари-тренінги, групові дискусії, мозкові атаки, забезпечення кафедр імітаційними технологіями-симуляторами (simulation technologies).

Відповідно до міжнародного досвіду, державна атестація випускників усіх факультетів минулого року була проведена у формі комплексних практично-орієнтованих іспитів. Випускні іспити студентів медичних факультетів відбулися на базі університетської клініки в добре обладнаних приміщеннях, що значно покращило можливість взаємодії співробітників різних кафедр, залучених до випускних іспитів, та підвищило якість демонстрації знань, вмінь і практичних навичок, опанованих студентами під час усього терміну навчання. Співробітниками випускаючих кафедр усіх факультетів університету створені посібники для підготовки до державної атестації з усіх спеціальностей, які широко використовувалися студентами-випускниками для підготовки.

Сьогодні колективи клінічних кафедр університету зайняті підготовкою комплектів методичного забезпечення дисциплін на основі доказової медицини з використанням протоколів надання медичної допомоги.

Проведено реорганізацію кафедр зі зміною їх назв, відповідно до назв дисциплін, що на них викладаються, у нових навчальних планах, а саме кафедри хірургії №№ 1, 2, 3 та внутрішньої медицини №№ 1, 2, 3, 4.

Крім цього, заплановано значно покращити умови роботи студентів та викладачів в бібліотеці. Так, в цьому році буде завершено будівництво нового корпусу бібліотеки площею 1280 м² з потужним книгозховищем, ліфтами, читальним залом на 20 робочих місць. Вже функціонує автоматизована бібліотечна програма “Ірбіс” з електронним каталогом.

Висновок. Наступними навчальними завданнями повинні стати:

– удосконалення навчального процесу шляхом оптимізації КМСОНП на клінічних кафедрах та розширення практичної підготовки фахівців;

– на клінічних кафедрах при впровадженні КМСОНП необхідно створити можливості та запровадити циклову систему навчання, закріпити викладачів за певними циклами або розділами дисциплін, створити тематичні навчальні кімнати, наповнити їх сучасним обладнанням, повніше забезпечувати заняття тематичними хворими, ефективніше використовувати матеріально-технічну базу кафедр, особливо в клініках;

– забезпечення підвищення якості підготовки фахівців з вищою освітою, запровадження новітніх технологій навчання та форм організації навчального процесу з урахуванням традицій вітчизняної вищої медичної школи та процесу інтеграції національної освіти до Європейського освітнього простору.

Таким чином, перехід до КМСОНП потребує великої роботи з підготовки та подальшого її впровадження в освітній простір України.

Література

1. Болонський процес. Перспективи впровадження в Україні // Здоров'я України. – 2005. – № 1-2.

2. Ковальчук Л.Я., Мисула І.Р., Пашко К.О. Медична освіта в Україні та Болонський процес: реальність і шляхи

переходу до Європейського освітнього простору // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 21-23.

3. Підаєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – 190 с.

УДК 378.147:61].001.76

ПРО ЗАХОДИ ЩОДО ПОКРАЩАННЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАСАД БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ

Ю.М. Колесник, Ю.М. Нерянов

Запорізький державний медичний університет

ABOUT MEASURES FOR IMPROVEMENT OF SPECIALISTS' TRAINING IN THE CONDITIONS OF BOLOGNA PROCESS

Yu.M. Kolesnyk, Yu.M. Neryanov

Zaporizhyan State Medical University

Розглянуті шляхи подальшого підвищення якості підготовки фахівців в умовах впровадження положень Болонської декларації у процес підготовки лікарів у вищих медичних закладах. Мова йде про необхідність покращення підготовки резерву викладацького складу, подальше вдосконалення системи підготовки фахівців та оцінювання рівня їх підготовки, впровадження новітніх технологій та вдосконалення самостійної роботи студентів.

The ways of further improvement of specialists' training quality in the conditions of Bologna Declaration regulations introduction into the process of doctors' training in the higher medical educational institutions are considered. It is necessary to improve training of teaching staff reserve, to improve the system of specialists' training and estimation of their training level, to introduce new technologies and to perfect self-instruction of students.

Вступ. Реалізація положень Болонського процесу у вищій медичній школі неможлива без якісних змін цілої низки напрямів її роботи. Виникає необхідність якісної підготовки нового покоління викладацького складу з новим мисленням та новими підходами до

організації навчального процесу, які ґрунтуються на досвіді кращих традицій української вищої школи у поєднанні з використанням новітніх технологій і досвіду країн Європи. Подальшого удосконалення потребує забезпечення студентів навчально-методични-

ми матеріалами та інформаційними технологіями, що, в першу чергу, відчувається на етапі самостійної позааудиторної роботи. Існує необхідність подальшого покращення системи оцінювання знань студентів, у тому числі з використанням ліцензійних навчально-контролюючих програм, уніфікованих на рівні країни й наближених до міжнародних стандартів.

Основна частина. Зрозуміло, що основною складовою успіху організації та здійснення навчального процесу є його кадрове забезпечення, тому з метою підвищення рівня освітнього процесу необхідне запровадження системи нових підходів до формування науково-педагогічних кадрів, резерву на посади та використання матеріального заохочення кращих викладачів. Ректорат цим питанням приділяє велику увагу. Протягом 2003-07 років з різних спеціальностей підготовлено 20 докторів і 102 кандидати наук, за ці роки склад викладачів університету поповнився 32-ма докторами наук та професорами. Сьогодні в університеті працює 82 доктори наук і 323 кандидати наук. План підготовки науково-педагогічних кадрів університету складає 35 здобувачів наукового ступеня доктора наук і 83 – кандидата наук. Питання кадрового резерву кафедр неодноразово обговорювалось на засіданнях вчених рад факультетів, а в січні 2008 р., після аналізу стану кадрового забезпечення на розширеному засіданні вченої ради університету, затверджено перспективний план підготовки кадрового резерву. Особлива увага націлена на комплектування штатів кафедр гуманітарної та природничо-наукової підготовки. При цьому зроблено акцент на підготовку талановитої молоді, починаючи з молодших курсів, протягом усього періоду навчання.

Досвід роботи університету в умовах кредитно-модульної системи організації навчального процесу свідчить про необхідність тотального впровадження вивчення студентами та викладачами іноземних мов, які відкривають нові можливості в стосунках з європейськими партнерами: використання навчальної та наукової літератури, стажування, обмін базами практики, спільне виконання наукових проєктів та проведення конференцій, обмін студентами та викладачами. З цією метою в університеті п'ятий рік діють курси вивчення іноземних мов для студентів та викладачів (окремо), на яких працюють сертифіковані викладачі медичного та Національного класичного університету. Формування груп слухачів здійснюється на основі комп'ютерного тестування, при цьому для визначення початкового рівня використовуються матеріали, розроблені Кембріджським університетом. За результатами тестування слухачі розподіляються в

групи різних рівнів: початковий, середній, високий. Програма курсів побудована на основі навчальної програми *Cutting Edge*, видавництва *Longman* і розрахована на 5 років. Термін навчання залежить від початкового рівня знань мови, тобто від 1 до 5 років. Після закінчення вивчення програми курсів слухачам пропонується заключне комп'ютерне тестування. За наслідками тестування слухачі проходять співбесіду з комісією, до складу якої входять викладачі кафедри та представники професорсько-викладацького складу Запорізького національного гуманітарного університету. Викладачі, які пройшли співбесіду, отримують Сертифікат на право викладання дисциплін в ЗДМУ іноземною мовою. Вивчається питання можливості проведення міжнародної сертифікації рівня володіння англійською мовою слухачів курсів при Британській Раді (м. Київ) за допомогою системи IELTS. Завідувач кафедри іноземних мов університету проф. В.І. Скибіна і професор кафедри Ю.А. Зацний є співавторами ряду навчальних та контролюючих програм для різних рівнів мовної підготовки, створених спільно з канадськими філологами, з якими кафедра співпрацює протягом п'яти років.

Зважаючи на необхідність володіння іноземними мовами, ректорат в останні роки при прийомі на роботу викладачів в обов'язковому порядку враховує і рівень їхньої мовної підготовки. Всі магістри та аспіранти обов'язково вивчають іноземну мову (переважно англійську) до рівня отримання сертифіката, який надає право здійснювати викладання дисципліни іноземною мовою. Така політика ректорату на сучасному етапі повністю себе виправдовує ще й тому, що в університеті широко впроваджено викладання дисциплін іноземною мовою й обсяги його будуть збільшуватися.

На нашу думку, з метою об'єктивізації знань студентів і формування у них цілісного уявлення про навчальні дисципліни, доцільно зберегти окремі комплексні іспити. Ми впровадили комплексний іспит на 2-му курсі з нормальної анатомії та гістології, цитології і ембріології, а в кінці 4-го семестру плануємо комплексний іспит з нормальної фізіології та біохімії. На 3-му курсі наприкінці 5-го семестру проведено іспит з мікробіології. В подальшому плануємо проводити комплексний іспит з професійно-орієнтованих дисциплін, які виносяться на державні іспити. Потреба в заключному контролі знань студентів пояснюється їх недостатньою мотивацією до навчання та бажанням більш чіткого визначення рівня комплексної оцінки їх знань. Проведення тестових іспитів здійснює університетський центр тестування шляхом автоматизованого комп'ютерного відбору тестових завдань

із наявної бази за допомогою спеціальної програми. Варіанти формуються центром напередодні іспиту. В подальшому при накопиченні певного досвіду ми більш ретельно проаналізуємо доцільність цих іспитів, враховуючи значну кількість модульних контролів. Разом з тим, університетом при розробці робочих навчальних програм з дисциплін вжиті заходи щодо зменшення кількості проміжних модульних контролів. Після обговорення форм щоденного визначення рівня підготовки студентів з дисциплін на засіданні Центральної методичної ради та вченій раді факультету тестування студентів для визначення знань під час проведення занять здійснюється лише один раз, як правило, в кінці занять.

Вже неодноразово ставилось питання стосовно стандартизації визначення рівня підготовки студентів. Навчальні заклади самотужки вживають певних заходів, але, мабуть, у таких випадках не зовсім можна говорити про стандартизацію навчального процесу на рівні країни. З цією метою було б доцільно опорним кафедрам за допомогою кафедр за їх вибором створити колективи для розробки стандартизованих тестів, відповідно до програм дисциплін та ліцензійних навчально-контролюючих програм, уніфікованих для всієї країни. Кафедральні колективи Запорізького медичного університету з задоволенням візьмуть участь в роботі цих авторських колективів.

Ефективна організація самостійної роботи студентів завжди була значною складовою якісної підготовки фахівців. В умовах впровадження КМСОНП роль самостійної роботи значно підвищилась. На нашу думку, самостійна позааудиторна робота повинна в сучасних умовах стати ключовою в підготовці студентів. Актуальним є питання удосконалення форм і змісту самостійної роботи та розробки засобів контролю її ефективності. На жаль, й про це вже неодноразово йшла мова на наших нарадах, ще існує проблема повноцінного забезпечення самостійної роботи студентів. Це обумовлено, якоюсь мірою, недостатнім розвитком централізованого виробництва в країні фантомів, тренажерів, інших віртуальних засобів навчання, відеофільмів практичного спрямування та навчально-контролюючих програм.

Важливе місце в організації навчального процесу займає надання студентам можливостей отримувати науково-практичну інформацію через постійно зростаючий бібліотечний фонд, новітні періодичні видання, комп'ютерні інформаційні мережі Інтернет, впровадження навчально-контролюючих програм. На сьогодні в основному читальному залі університету та читальних залах гуртожитків і кафедр 415 робочих місць, але

потреби в такій кількості робочих місць для роботи з паперовими носіями вже немає, тому університет розпочав переоснащення читальних залів в напрямі створення необхідної кількості робочих комп'ютерних місць. Бібліотека університету на договірних умовах з Національною науковою медичною бібліотекою та бібліотекою ім. Вернадського бере участь у створенні електронного каталога медичної літератури України, що дозволяє їй отримувати максимальну інформацію. Електронний каталог бібліотеки нараховує більше 1,5 млн носіїв інформації. Наявність доступу студентів до цих носіїв значною мірою забезпечить підвищення рівня підготовки фахівців. А доступ до каталога бібліотеки, завдяки єдиному інформаційному простору ЗДМУ, забезпечується як із кафедральних комп'ютерів, так і з комп'ютерів, які належать студентам, що мешкають у гуртожитках.

Концепція єдиного інформаційного простору в університеті реалізована на основі технологій корпоративної мережі, яка інтегрує апаратні ресурси локальної комп'ютерної мережі з ресурсами клінічних баз і баз практики. Навчальні корпуси та студентські гуртожитки зв'язані між собою високошвидкісними оптоволоконними каналами зв'язку. Керування комп'ютерною мережею, правами доступу і інформаційними ресурсами користувачів здійснюється на основі сервера активного каталога, в якому відображена структура всіх підрозділів університету. Інформаційні ж ресурси розміщені на сервері електронної бібліотеки та сервері електронного каталога, що працює на основі програмного забезпечення “ІРБІС”, сервері навчальних і контролюючих курсів RАTOS, файл-сервері архіву відеоматеріалів.

В межах укладеного договору про співробітництво з Вроцлавською медичною академією два роки поспіль університет здійснював обмін студентами в період проходження практики. Наш невеликий досвід свідчить, що практика за кордоном дозволяє отримати багато профільну інформацію, здійснити обмін досвідом, сприяє підвищенню рівня підготовки фахівців та відкриває нові перспективи співпраці. Вона також є стимулюючим фактором для вивчення іноземних мов, що, в свою чергу, відкриває перед нашими студентами та випускниками нові перспективи.

Висновок. Ретельний підбір та підготовка викладацьких кадрів, володіючих іноземними мовами, впровадження в навчальний процес та самостійну позааудиторну роботу студентів новітніх технологій, стандартизація рівня підготовки студентів та співпраця з закордонними вищими навчальними закладами – реальні шляхи реалізації положень Болонської декларації у вищих навчальних закладах України.

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. // Медична освіта. – 2006. – № 2. – С. 6-14.
2. Волосовець О.П. Забезпечення якості вищої медичної освіти – нагальна вимога часу // Матеріали наради проректорів з навч. роботи ВМ(Ф)НЗ ІV рівня акредитації МОЗ

України. – К.: НМУ ім. О.О. Богомольця, 2007. – С. 9-15.

3. Державна програма інформатизації охорони здоров'я України на 2006-2010 роки.

4. Коломієць М.Ю., Пішак В.П., Геруш І.В. Нові кроки медичної освіти України на шляху інтеграції в Європейський простір // Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції. – Тернопіль: ТДМУ, 2007. – С. 96-100.

УДК 378.61:378.147(477)

ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ У ПРОВЕДЕННІ РЕФОРМ БОЛОНСЬКОЇ СПРЯМОВАНОСТІ У ВІТЧИЗНЯНІЙ ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ШКОЛІ

В.М. Казаков, О.М. Талалаєнко, М.Б. Первак

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ACHIEVEMENTS, PROBLEMS AND PROSPECTS OF BOLOGNA REFORMS IN UKRAINIAN HIGHER MEDICAL EDUCATION

V.M. Kazakov, O.M. Talalayenko, M.B. Pervak

Donetsk National Medical University by M. Horky

У статті висвітлені досягнення і перспективи вітчизняної вищої медичної школи в здійсненні реформ Болонської спрямованості. Сформульовані основні проблеми, що перешкоджають подальшому успішному реформуванню, і запропоновані шляхи вирішення цих проблем.

The article deals with the achievements and prospects of Ukrainian higher medical education in realization of Bologna reforms. The main problems impedimental to further successful reformation are formulated, and the ways of solving of these problems are given.

Вступ. 19 червня 1999 року на нараді міністрів освіти 29 європейських країн в Болоньї була підписана декларація, з якої розпочався сучасний етап реформування європейської освіти – так званий Болонський процес [1]. Основною метою реформ в цьому документі названо підвищення міжнародної конкурентоспроможності європейської системи вищої освіти, тому що “життєздатність і ефективність будь-якої цивілізації визначаються тим, що означає їх культура для інших країн, і нам необхідно підняти привабливість європейської освіти до рівня, гідного наших культурних і наукових традицій”.

Щоб в найкоротші терміни (до 2010 р.) досягти цієї мети, в декларації сформульовані такі завдання: 1) розуміння і порівнянність ступенів; 2) дворівнева система освіти, при якій доступ до другого рівня мож-

ливий лише при успішному завершенні першого рівня, що триває не менше 3 років; 3) встановлення системи кредитів як одного із засобів забезпечення мобільності студентів; 4) створення умов для мобільності студентів, викладачів і наукових співробітників; 5) сприяння європейській кооперації в забезпеченні якості освіти, розробці порівнянних критеріїв і методологій і у визначенні необхідних “європейських розмірів” у вищій освіті, особливо в міжінституційній співпраці, розробці навчальних планів і програм, схем мобільності і інтегрованих програм навчання, підготовки і наукових досліджень. В кінці документа міністри освіти, що підписали Болонську декларацію, підкреслюють необхідність поважати культурні і мовні відмінності, особливості національних систем освіти, а також автономію університетів при реалі-

зації вищенаведених завдань і формуванні європейського простору вищої освіти.

Основна частина. Формально вітчизняна вища медична школа почала свою підготовку до майбутніх реформ за декілька місяців до приєднання України до Болонського процесу в травні 2005 р. у Бергені. Фактично діяльність щодо підвищення якості підготовки лікарів українськими ВНЗ проводилася ще з середини 90-х років ХХ століття, коли був створений перший державний стандарт вищої медичної освіти – освітньо-професійна програма. Вона була розроблена в Донецькому національному медичному університеті ім. М. Горького (ДонНМУ) і виходила з реалізованої у ВНЗ унікальної системи управління якістю підготовки фахівців [9 – 12]. У той же період співробітники галузевої науково-методичної лабораторії з питань додипломної підготовки лікарів ДонНМУ спільно з Центром тестування МОЗ України розробили методологію і технологію підсумкової атестації випускників медичних ВНЗ. На рубежі тисячоліть робочою групою МОЗ України на базі галузевої науково-методичної лабораторії ДонНМУ були створені проекти чинних державних стандартів медичної освіти для всіх спеціальностей освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” [7].

Особливе значення цієї діяльності полягає в тому, що і чинні державні стандарти, і система підсумкової атестації випускників медичних ВНЗ України базуються на так званому компетентностному підході в навчанні [8, 13, 14]. Цей підхід вимагає орієнтації всього освітнього процесу на кінцеву мету (результати освіти) – оволодіння фахівцями необхідними професійними вміннями. На думку європейських експертів, його реалізація є одним з основних механізмів підвищення якості вищої професійної освіти на сучасному етапі [2, 3, 4, 6]. У вищій медичній школі України вже є дві важливі умови для реалізації компетентностного підходу – відповідні йому державні стандарти медичної освіти і система підсумкової атестації випускників медичних вузів. Перші визначають вимоги до майбутніх лікарів, другі – критерії і процедуру перевірки їх рівня підготовки. Але для багатьох ВНЗ, як і раніше, залишається відкритим питання, як забезпечити оволодіння студентами професійними вміннями, сформульованими в чинних державних стандартах. Ми неодноразово пропонували поширити систему управління якістю підготовки фахівців, яка забезпечила нашому університету лідерство за якістю підготовки лікарів в Україні, на всю вітчизняну вищу медичну школу, але поки, на жаль, у нас запозичені лише окремі елементи.

В той же час впровадження компетентностного підходу необхідне не тільки для підвищення якості освіти, але і для розуміння і порівнянності ступенів. Так, в Берлінському комюніке міститься заклик до держав, що підписали Болонську декларацію, “виробити структуру порівнянних і сумісних кваліфікацій для своїх систем вищої освіти, що дозволило б описати кваліфікації через навантаження, рівні, результати навчання, компетенції і профіль” [4]. Основна ідея проекту “TUNING”, в якому беруть участь університети всіх країн Євросоюзу, полягає в тому, що ступені (рівні, кваліфікації) в міжнародному плані можуть бути порівнянні і сумісні, якщо порівняне те, що здатні виконати володарі цих ступенів, і якщо порівнянні відповідні академічні і професійні профілі [5]. У цьому проекті пріоритетним напрямом спільних зусиль названо формулювання універсальних (загальних) і спеціальних (професійних) компетенцій випускників першого і другого рівня – бакалаврів і магістрів. Як відзначають європейські аналітики, цей проект має визначити єдиний загальноєвропейський підхід у розумінні того, що має вміти випускник з тим або іншим ступенем після закінчення навчання, а впровадження результатів цього проекту спричинить кардинальний перегляд методів навчання і контролю його якості.

Як ми вже відзначали, система навчання в ДонНМУ реалізує оволодіння майбутніми лікарями комплексом професійних компетенцій. Проте ми поділяємо думку європейських експертів, що цього недостатньо для формування сучасного фахівця. У зв’язку з тим, що на вже проведених етапах проекту “TUNING” підготовка лікарів не стала предметом вивчення, в 2007 р. співробітники галузевої науково-методичної лабораторії ДонНМУ за європейською методикою провели дослідження з визначення і оцінки універсальних компетенцій, важливих для лікаря. Вивчення всіх аспектів проведеного анкетування і результатів аналізу і зіставлень дозволило нам зробити висновок, що для випускника медичного ВНЗ всі 30 універсальних компетенцій, запропонованих європейськими експертами з освіти, є необхідними, проте значущість і рівні формування їх різні. Найбільш важливими, на думку респондентів і нашу думку, є *здатність застосовувати знання на практиці, ретельна підготовка з основ професії, здатність вчитися, здатність до аналізу і синтезу, прийняття рішень, здатність висувати нові ідеї*. Цим компетенціям має бути приділена значна увага при навчанні в медичному ВНЗ, і формування їх має бути забезпечено не стільки змістом навчального процесу, скільки його організацією. Більшість інших універсальних компетенцій також не-

обхідні майбутньому лікарю, але становлення їх має відбутися ще на довузівському етапі. Сформованість таких здатностей, як письмова і усна комунікація рідною мовою, навички міжособистісних стосунків, прихильність етичним цінностям, навички управління інформацією тощо, має бути умовою професійного відбору при вступі до медичних ВНЗ, разом з базовими знаннями з різних галузей.

Переконані, що результати цієї роботи мають лягти в основу проектів нового покоління державних стандартів медичної освіти, необхідність яких обумовлена не лише передбачуваною зміною освітньо-кваліфікаційного рівня наших випускників (“магістр” замість “спеціаліст”), але і необхідністю врахувати сучасні європейські освітні тенденції.

Ми сподіваємося, що введення рівня “магістр” на додипломному етапі медичної освіти не спричинить її перехід на “дворівневості”. Виділення рівня “бакалавр” в підготовці лікарів було б помилкою, оскільки в системі охорони здоров’я немає “ніші” для випускників медичних ВНЗ з не повною, а базовою вищою медичною освітою. Очевидно, недаремно в більшості європейських країн підготовка лікаря на додипломному етапі включає лише один рівень, а триває практично стільки ж (іноді навіть довше), як два рівні підготовки в інших освітніх галузях. Саме тому на Національній нараді із стратегії розвитку вищої професійної освіти в охороні здоров’я України за участю експертів ВООЗ і Всесвітньої федерації медичної освіти (Київ, грудень 2005 р.) президент і старший радник цієї федерації підтримали пропозицію МОЗ відкласти введення рівня “бакалавр” в підготовку лікарів.

Суттєвим досягненням вітчизняної вищої медичної школи на шляху реформ є впровадження кредитно-модульної організації навчального процесу (КМОНП), покликаної полегшити мобільність студентів і випускників українських медичних ВНЗ в європейському освітньому просторі. Робочою групою МОЗ України і галузевою науково-методичною лабораторією ДонНМУ було проведено значну роботу з рецензування нових навчальних програм дисциплін, розробки системи оцінювання навчальної діяльності студентів і створення методичного забезпечення навчального процесу при КМОНП. Проте успішність цього експерименту залежить ще від двох важливих умов – розуміння необхідності і суті КМОНП не лише керівництвом МОЗ і ВНЗ, але і всіма викладачами і студентами, а також значної фінансової підтримки з боку держави.

В ДонНМУ ще в лютому 2005 р. за рішенням ректорату на базі галузевої лабораторії, навчального

відділу і навчально-методичного кабінету було відкрито постійно діючу школу-семинар. Її метою є висвітлення різних аспектів КМОНП і підготовка професорсько-викладацького складу до роботи в нових умовах. Завдяки цьому ще до початку експерименту і задовго до отримання проектів типових програм в нашому університеті було визначено модулі і змістові модулі для всіх дисциплін, передбачених експериментальним планом для вивчення студентами 1 курсу, створено робочі програми вивчення дисциплін, тематичні плани лекцій, практичних занять, підготовлено навчальні завдання, засоби контролю і методичні матеріали. У подальшому аналогічну роботу було проведено з викладачами кафедр, що викладають на 2-3 курсах, в поточному навчальному році – з викладачами кафедр 4-5 курсів. Для підготовки студентів до КМОНП на всіх медичних факультетах були прочитані відповідні лекції, підготовлені і роздані інформаційні довідники і індивідуальні плани.

Таким чином, в ДонНМУ були проведені і проводяться всі необхідні, на наш погляд, заходи, щоб забезпечити готовність професорсько-викладацького складу і студентів до експерименту. Проте “перебудова” навчального процесу і необхідність ведення додаткових облікових документів значно збільшила навантаження викладачів. В той же час коефіцієнт викладач/студент через відсутність належного фінансування залишається тим самим. Це ускладнює роботу викладача, і, отже, ніяк не сприяє рішенню одного з основних завдань Болонського процесу – підвищенню якості і конкурентоспроможності освіти.

Останнім часом намітилася явна тенденція до укрупнення модулів і довільного ділення дисципліни на “семестрові” або навіть “річні” модулі, щоб зменшити кількість підсумкових модульних контролів і відповідно – різних облікових документів. Проте при цьому порушується один з основних принципів нової системи організації навчального процесу – виділення модулів як логічно завершених частин дисципліни, успішне завершення яких забезпечує оволодіння студентами певним обсягом знань і професійних умінь. При цьому тривалість вивчення модуля не має значення. Саме тому на початку експерименту в такій дисципліні, як гістологія, наприклад, було виділено не два (по кількості семестрів), а три модулі з абсолютно різною тривалістю, але логічно завершені: “Цитологія і ембріологія” (7 занять), “Загальна гістологія” (15 занять) і “Спеціальна гістологія” (40 занять). Нинішні спроби укрупнювати модулі призведуть до того, що “модульна складова” КМОНП стане умовною і в подальшому може ускладнити мобільність

студентів українських медичних ВНЗ. Наші європейські колеги навряд чи зрозуміють, чому такий важливий і великий за обсягом предмет, як внутрішня медицина, був розділений майже на рівні частини – по роках вивчення і за яким принципом був сформований модуль, що включає ендокринологію, гастроентерологію, пульмонологію та гематологію.

Щодо “кредитної складової” КМОНП, то, на думку європейських експертів, кількість кредитів для вивчення тієї або іншої дисципліни має визначатися не довільно, а залежно від “трудомісткості” (або ж “часової місткості”) професійних вмінь, якими має оволодіти студент після успішного завершення даного предмета. В експериментальному навчальному плані спочатку обсяг годин був механічно переведений в кредити, а кредити, що “вивільнилися” потім (наприклад, після скорочення військової підготовки в медичних ВНЗ), не завжди розподіляються обґрунтовано. Так, на вивчення іноземної мови в останньому варіанті навчального плану відведено 14 кредитів, інформатики і біостатистики – 5 кредитів, а на вивчення нормальної фізіології – лише 10. Зрозуміло, що володіння іноземною мовою, навички управління інформацією і уміння працювати з комп’ютером надзвичайно важливі для мобільності наших студентів в європейському освітньому просторі, але ж формування цих компетенцій має відбуватися ще на довузівському етапі, а в медичному ВНЗ студент має освоїти лише їх медичні аспекти. В той же час нормальна фізіологія є однією з базисних дисциплін, необхідною для розуміння інших медико-біологічних і клінічних предметів. Навряд чи буде позитивно оцінена у європейській медичній школі підготовка прибулого для продовження навчання українського студента, що блискуче володіє іноземною мовою і комп’ютерними технологіями, але не має належного обсягу знань і умінь з медико-біологічних і клінічних дисциплін. Вважаємо, що при створенні нового покоління державних стандартів вищої медичної освіти і відповідного навчального плану слід переглянути перелік, обсяг і рівень вивчення обов’язкових дисциплін і елективних курсів.

І, нарешті, про європейську кооперацію і міжінституційну співпрацю, без яких болонські реформи втрачають сенс. Щоб активізувати цей процес, українські медичні ВНЗ потребують не тільки схвалення МОЗ і МОН України, але і фінансової підтримки цієї діяльності з боку держави. В умовах нинішнього фінансування складно на відповідному рівні організувати обмін

викладачами і студентами, щоб забезпечити не тільки вивчення досвіду, але і реальну мобільність. Комітет з освіти однієї з найбільших європейських медичних асоціацій звернувся до одного з професорів нашого університету – члена цього комітету – з пропозицією брати участь в проекті з навчання резидентів. Виділяючи грант на навчання резиденту, асоціація ніяк не покриває витрат університету – приймаючої сторони, тому що сама участь в такому проекті для європейських ВНЗ вважається престижною і перспективною. Дуже шкода, що вітчизняній вищій медичній школі коштів на ці цілі поки що не вистачає.

Висновок. Підсумовуючи, ми вважаємо за потрібне відзначити, що українська система вищої медичної освіти має суттєві досягнення у проведенні реформ болонської спрямованості, але для успішності подальшого реформування необхідні: 1) реалізація державної програми підтримки освіти, що передбачає цільове фінансування реформ і посилення матеріально-технічної бази університетів як центрів реформування; 2) розробка МОН України пакета нормативно-правових документів, що регламентують всі аспекти навчального процесу і педагогічної діяльності у ВНЗ при КМОНП; 3) створення МОЗ України нового покоління державних стандартів медичної освіти і нових навчальних планів, відповідних сучасним європейським освітнім тенденціям і змісту європейської медичної освіти; 4) розробка МОЗ України Положення про навчальний процес у медичних ВНЗ при КМОНП; 5) реалізація у всіх медичних ВНЗ країни системи управління якістю підготовки лікарів, орієнтованої на професійні уміння як результати освіти.

Створення на загальнодержавному і регіональному рівнях цілісної системи управління освітою у жодному випадку не повинне зруйнувати існуючу систему підготовки лікарів. Спираючись на сформульовані у Болонській декларації принципи, при проведенні реформ не можна ігнорувати культурні і мовні відмінності, особливості національних систем освіти, а також автономію університетів. Ми повинні увійти до європейського освітнього простору, зберігаючи наші досягнення і напрацювання, адаптуючи до наших реалій краще із зарубіжного досвіду у сфері вищої професійної освіти взагалі і підготовки лікарів зокрема. Тільки за цих умов можуть бути досягнуті гнучкість, демократизм і мобільність, які забезпечать відповідність вітчизняної вищої медичної школи запитам особистості, суспільства і світовим досягненням системи вищої медичної освіти.

Література

1. Байденко В.И. Болонский процесс: структурная реформа высшего образования Европы. – Изд. 3-е. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, Российский Новый Университет, 2003. – 128 с.
2. Байденко В.И., Дж. ван Зантворт. Модернизация профессионального образования: современный этап. Европейский фонд образования. – М., 2003. – 186 с.
3. Болонский процесс: бергенский этап. – Москва, 2005. – 173 с.
4. Болонский процесс: середина пути. – Москва, 2005. – 378 с.
5. Болонский процесс: поиск общности европейских систем высшего образования (проект TUNING)/Под научн. ред. В.И. Байденко. – Москва, 2006. – 210 с.
6. Болонский процесс: на пути к Лондону. – Москва, 2007. – 263 с.
7. Государственные стандарты высшего образования и аттестация качества подготовки выпускников (на примере высшего медицинского образования)/Под ред. В.Н. Казакова. – М. – Донецк, 2004. – 150 с.
8. Доклад международной комиссии по образованию, представленный для ЮНЕСКО “Образование: сокровище сокровище”. – М.: Изд-во ЮНЕСКО, 1997. – 295 с.
9. Высшее медицинское образование / В.Н. Казаков, А.Н. Талалаенко, М.С. Каменецкий, М.Г. Гарина. – Донецк: Здоровье, 1992. – 224 с.
10. Система непрерывной медицинской освіти / В.М. Казаков, О.М. Талалаенко, М.Г. Гарина, М.С. Каменецкий. – Донецк: Здоров'я, 1994. – 174 с.
11. Методологія і реалізація системи управління якістю медичної освіти / В.М. Казаков, О.М. Талалаенко, М.Г. Гарина та ін. – Донецьк, 2001. – 213 с.
12. Управление качеством подготовки специалистов: программно-целевой подход. / В.Н. Казаков, Н.А. Селезнёва, А.Н. Талалаенко и др. – Москва-Донецк, 2003. – 215 с.
13. Зимняя И.А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования // Высшее образование сегодня. – 2003. – № 5. – С. 34-42.
14. Равен Дж. Компетентность в современном обществе: выявление, развитие, реализация. – М., 2002. – 237 с.

УДК 614.254:61386

ПСИХОГІЄНА В АСПЕКТІ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ

В.М. Лісовий, В.А. Капустник, В.О. Коробчанський, М.П. Воронцов

Харківський національний медичний університет

PSYCHOHYGIENE IN ASPECT OF CONTINUAL PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF DOCTORS

V.M. Lisovy, V.A. Kapustnyk, V.O. Korobchansky, M.P. Vorontsov

Kharkiv National Medical University

У статті аналізується актуальне значення сучасної психогієни, її місце у системі додипломної підготовки і безперервного професійного розвитку лікарів різного фаху.

Actual value of modern psychohygiene, it's place in the system of predegree education and continual professional development of doctors of different specialties is analyzed in the article.

Вступ. Психогієна, як фундаментальна наука, розглядає загальні питання збереження і зміцнення психічного здоров'я, формулює основні практичні принципи оздоровлення психіки. Відповідно до цього психогієнічні заходи повинні розроблятися та цілеспрямовано впроваджуватися у практику охорони здоров'я.

Основна частина. Відповідно до сучасних уявлень, психогієна – органічна складова профілактичної медицини, суть якої визначається її головною метою – на основі своєчасної ранньої психодіагностики та корекції донозологічних станів попередити виникнення психічних розладів і захворювань [1, 3, 6, 8]. Не-

обхідність цілеспрямованої професійної підготовки лікарів, у першу чергу лікарів загальної практики/сімейних лікарів з питань психофізіології, психогієни та психопрофілактики, пов'язана зі специфікою лікарської діяльності. Як відомо, в етіопатогенезі широкого кола так званих психосоматичних захворювань (гіпертонічна хвороба, ІХС, бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунка тощо) важливе значення мають психічні фактори [2]. Хворі на соматичні захворювання часто мають високі показники супутньої психоемоційної дисфункції, серед яких можуть зустрічатися: симптоми невротизації, високий рівень невротичних змін та психоемоційна дисфункція; емоційний стрес, особистісна тривожність; депресія [1, 4]. Розвиток сімейної лікарської практики також постійно торкається широкого кола проблем психогієни. Різні питання сім'ї є основною складовою сімейної медицини, психогієни, психопрофілактики та психотерапії, як важливі компоненти лікувально-профілактичної роботи сімейного лікаря. Кваліфіковані уміння лікарів, зокрема лікарів загальної практики/сімейної медицини, вчасно надати необхідну допомогу пацієнтам в аспекті психології та психогієни суттєво збільшують можливості збереження здоров'я людини.

За даними спостережень, переважна більшість пацієнтів, що відвідують поліклініку чи знаходяться у соматичному стаціонарі, потребує психологічної допомоги [5]. Виходячи з цього, ВООЗ обґрунтовано вказує на необхідність обов'язкового надання лікарем психологічної допомоги пацієнтам, оскільки хронічні хвороби, різні функціональні порушення з фізичними проявами, психосоматичні скарги та розумові розлади можуть більш ефективно лікуватись, якщо медична допомога буде обов'язково поєднуватись із психологічним обслуговуванням пацієнтів [7, 12].

Особлива актуальність проблем психогієни та психопрофілактики пов'язана з тим, що психічне здоров'я населення України суттєво погіршилось, свідченням чого є масова зміна поведінкових реакцій, емоційні зриви, хронічний стрес. Зростає кількість межових, нервово-психічних розладів, невротичних і невротоподібних станів, зокрема при соматичних захворюваннях [9].

З огляду на це все більшої актуальності набуває питання психологічної готовності лікарів до роботи з різним контингентом дитячого і дорослого населення, з пацієнтами зі зміненим психоемоційним станом внаслідок хвороби. Кожен лікар має бути всебічно підготовлений з питань практичної психогієни та

психопрофілактики і надавати такий вид медичної допомоги на індивідуальному і сімейному рівні. Виходячи з потреб медичної практики, формування і систематичне поглиблення знань практикуючого лікаря з проблем психогієни та психопрофілактики має здійснюватись на етапах додипломної і усіх видів післядипломної підготовки лікарів. Принципово значення набуває при цьому проблема безперервного професійного розвитку лікаря стосовно цих актуальних питань лікарської діяльності.

У теперішній час безперервна освіта є пріоритетним напрямком розвитку освітньої галузі України в процесі інтеграції у світовий та Європейський простір [10]. Вона є однією з важливих складових Національного плану дій в інтересах охорони здоров'я і підвищення якості медичної допомоги населенню [11]. Одним з життєво важливих напрямків безперервного професійного розвитку лікарів, що постійно вимагається лікарською діяльністю, є психогієна як вид міждисциплінарного удосконалення медиків різного фаху. З цих позицій конче необхідним є запровадження спеціального циклу тематичного удосконалення лікарів по програмі “Психогієна: гігієнічна донозологічна діагностика та первинна профілактика психічних розладів”, запропонованого кафедрою гігієни та екології Харківського національного медичного університету¹.

Метою запропонованого циклу тематичного удосконалення є оволодіння лікарями загальної практики/сімейними лікарями, терапевтами, невропатологами, психіатрами, педіатрами, лікарями-гігієністами з гігієни дітей та підлітків і гігієни праці, медичними психологами принципами організації психогієнічних досліджень донозологічних станів і сучасними методами первинної профілактики порушень психічного здоров'я [8]. З урахуванням практичних аспектів психогієни у діяльності лікарів різного фаху програма циклу включає чотири базової модулі: Модуль 1. Загальні принципи організації психогієнічних досліджень донозологічних станів. Модуль 2. Діагностичне дослідження психофізіологічних функцій. Модуль 3. Критеріальні ознаки особистості у діагностиці граничних психічних станів. Модуль 4. Психопрофілактика психічних розладів. Таким чином, навчання на запропонованому тематичному циклі дозволяє забезпечити удосконалення професійної підготовки медичних працівників з професійно затребуваних питань психогієни, донозологічної психодіагностики і первинної профілактики предпатологічних станів серед населення. Удосконалення лікарів з психогієни в системі безперервного професійного

¹ Цикл затверджений вченою радою Харківського державного медичного університету і узгоджений з ЦМК вищої медичної освіти МОЗ (директор І.С. Вітенко) та Департаментом вищої освіти МОН України (директор Л.Я. Боллобаш) від 15.03.2006.

розвитку цілком відповідає практичним потребам діяльності лікарів різних спеціальностей і зберігає свою актуальність протягом усього періоду фахової діяльності медичних працівників.

Висновок. Враховуючи той факт, що знання практичних питань психогієни, донозологічної психодіагностики та первинної психопрофілактики торкається усіх лікарських спеціальностей, доцільно обов’язкове включення цього розділу у програми додипломної, післядип-

ломної освіти, а також ситему безперервного професійного розвитку лікарів, що сприятиме суттєвому підвищенню їхньої професійної компетенції та ефективності медичної допомоги, що надається пацієнтам різного профілю. Також, виходячи з суто практичних потреб лікарської діяльності, необхідним слід вважати включення проблемних питань психогієни, донозологічної психодіагностики та первинної психопрофілактики у єдині нормативи надання медичної допомоги населенню.

Література

1. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и соматических заболеваний / Н.Ф. Бачериков, М.П. Воронцов, П.Г. Петрюк, А.Я. Цыганенко. – Харьков: Основа, 1995. – 276 с.
2. Бухаров Я.М., Головкин И.С. Психотерапевтическая помощь в практике семейного врача // Вестник семейной медицины. – 2007. – № 1. – С. 18-23.
3. Вітенко І.С. Загальна та медична психологія. – К.: Здоров’я, 1994. – 296 с.
4. Вітенко І.С., Чабан О.С., Буслі О.О. Сімейна медицина: Психогієнічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих: Навчальний посібник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 186 с.
5. Вітенко І.С., Колієць М.Ю., Дишук І.П. Методологія та зміст підготовки лікаря-психолога в Україні // Медична освіта. – 2001. – № 4. – С. 14-18.
6. Воробейчик Я.Н., Поклітар Е.А. Основы психогигиены. – К.: Здоровье, 1989. – 184 с.
7. Здоровье-21: Политика достижения здоровья для всех в Европейском регионе. ВОЗ-21 задача на 21-е столетие / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 1998. – 231 с.
8. Коробчанский В.А. Психогигиена: как мы ее представляем в 2007 году // Врачебная практика. – 2007. – № 1(55). – С. 108-115.
9. Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” на 2002-2011 роки. – Київ, 2002. – 88 с.
10. М’ясніков В.Г. Безперервний професійний розвиток – наступний крок реформування медичної освіти в Україні // Науково-методична конференція з міжнародною участю “Проблема безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів”: Збірник праць. – К., 2007. – С. 34-36.
11. Медицинское образование в мире и в Украине / Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерий, Л.П. Волосовец и др. – Х.: ИПП “Контраст”, 2005. – 464 с.
12. Эйдемилляр Э.Г., Юстицкий В.В Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1990. – 192 с.

УДК 61:378.1-477

ДОСВІД РОБОТИ ЛУГАНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ В УМОВАХ КРЕДИТНО - МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

В.К. Івченко, В.В. Сімрок, С.М. Смірнов

Луганський державний медичний університет

EXPERIENCE OF LUHANSK STATE MEDICAL UNIVERSITY IN CONDITIONS OF CREDIT-MODULE SYSTEM OF ORGANIZATION OF EDUCATIONAL PROCESS

V.K. Ivchenko, V.V. Simrok, S.M. Smirnov

Luhansk State Medical University

У статті наведено досвід роботи ЛугДМУ в умовах кредитно-модульної системи навчання, а саме вирішення такої поточної проблеми, як універсалізація механізму конвертації балів поточної успішності студента в багатобальну шкалу оцінювання.

The article contains information about possible way of solution of such important problem as universal mechanism of reciprocal conversion of different estimation types (conversion of daily mark to multi-point mark).

Вступ. Болонський процес – це процес розпізнавання однієї освітньої системи іншою на Європейському просторі. Якщо майбутнє України пов'язане з Європою, то не можна надалі стверджувати, що Болонський процес має для нас лише просвітне та пізнавальне значення. Висока якість навчання – це досягнення попередньої епохи, попередньої системи влади, попереднього покоління.

Надання якісної медичної допомоги населенню залежить і від сучасної підготовки лікарів. В Україні здійснюються системні заходи щодо переходу вищої медичної школи на Європейські стандарти. Задля цього затверджена масштабна програма запровадження у медичній освіті засад Болонської декларації, кінцевою метою якої є підвищення якості підготовки медиків та європейський диплом доктора медицини кожному випускнику 2010 року. Для цього був запроваджений сучасний навчальний план підготовки лікарів, який відповідає вимогам провідних європейських університетів, й за яким вже три роки навчаються студенти [1]. За цей час і студенти й викладачі набули значного досвіду роботи в умовах кредитно-модульної системи.

Основна частина. Мета впровадження кредитно-модульної системи (КМС) – підвищення якості підготовки фахівців, забезпечення на цій основі мож-

ливості визнання навчальних досягнень студентів незалежно від місця навчання, а також конкурентоспроможності випускників університету.

Однією з проблем кредитно-модульної системи є універсалізація механізму переведу (конвертації) балів поточної успішності студента в багатобальну шкалу оцінювання. Рекомендована провідними навчальними закладами система конвертації потребує переведу оцінок в бали кожного із занять. Однак такий підхід має деякі недоліки. По-перше, виникає не однозначність результатів переведу на різних дисциплінах та на різних залікових модулях. По-друге, мінімальний бал, який студент повинен набрати для допуску до складання підсумкового модульного контролю, у різних випадках може бути різним. По-третє, документування цієї системи конвертації є відносно складним. Для усунення цих недоліків у Луганському державному медичному університеті ця проблема вирішується так.

Конвертація оцінки за традиційною 4-бальною шкалою у багатобальну (максимум 120 балів) конвертовану сумарну оцінку поточної успішності за модуль проводиться лише після поточного заняття, яке передує підсумковому модульному контролю. Конвертація проводиться за таким алгоритмом:

© В.К. Івченко, В.В. Сімрок, С.М. Смірнов

а) підраховується середня оцінка студента за традиційною 4-бальною шкалою, отримана протягом поточних занять, що належать до даного модуля (з точністю до сотих бала);

б) для одержання конвертованої багатобальної сумарної оцінки поточної успішності за модуль середня оцінка, отримана за традиційною 4-бальною

ною шкалою, помножується на коефіцієнт 24. Винятком є випадок, коли середня за традиційною 4-бальною шкалою оцінка становить 2 бали. В цьому разі студент отримує 0 балів за багатобальною шкалою.

Для спрощення процедури конвертації впроваджена схема, яка проілюстрована у таблиці 1.

Таблиця 1. Відповідність середнього бала поточної успішності за традиційною 4-бальною шкалою сумарній оцінці поточної успішності за модуль за КМС

Середній бал поточної успішності за традиційною 4-бальною шкалою	Сумарна оцінка поточної успішності за модуль за кредитно-модульною системою
2,00	0
2,05	49
2,10	50
2,15	52
2,20	53
2,25	54
2,30	55
2,35	56
2,40	58
2,45	59
2,50	60.....
2,90	70
2,95	71
3,00	72
3,05	73.....
3,90	94
3,95	95
4,00	96
4,05	97.....
4,40	106
4,45	107
4,50	108.....
4,95	119
5,00	120

Наведена система конвертації впроваджена для всіх кафедр університету і є універсальною. Внаслідок цього мінімальна конвертована сума балів поточної успішності, яку повинен набрати студент, для всіх модулів всіх дисциплін всіх кафедр ЛугДМУ є єдиною і складає 72 бали.

Досягнута універсалізація робить систему оцінювання знань більш зрозумілою для студентів, а та-

кож спрощує порядок ведення заліково-облікової документації та її подальший аналіз.

Висновок. Таким чином, поставлені перед вищими навчальними закладами задачі щодо впровадження КМС співробітники ЛугДМУ виконують успішно. Але процес цей динамічний, потребує постійного аналізу та вдосконалення.

Література

1. Основні засади розвитку вищої освіти України в контексті Болонського процесу (документи і матеріали 2003-

2004 рр.) / За ред. В.Г. Кременя. – Тернопіль: Вид-во ТДПУ імені В. Гнатюка, 2005. – 188 с.

УДК 378.147 (07)

КРЕДИТНО-MOДУЛЬНА СИСТЕМА У ВДНЗ УКРАЇНИ “УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ”: ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ УПРОВАДЖЕННЯ

В.М. Ждан, В.М. Бобирьов, О.В. Шешукова, С.М. Білаш

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

CREDIT-MODULE SYSTEM IN HIGHER STATE EDUCATIONAL ESTABLISHMENT “UKRAINIAN MEDICAL STOMATOLOGICAL ACADEMY”: EXPERIENCE AND PERSPECTIVES OF INTRODUCTION

V.M. Zhdan, V.M. Bobryov, O.V. Sheshukova, S.M. Bilash

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

У роботі наведений досвід упровадження кредитно-модульної системи у ВДНЗ України “Українська медична стоматологічна академія”. Автори вважають, що в сучасних умовах кредитно-модульна система навчання є ефективною і має всі підстави для подальшого розвитку і удосконалення.

The article adduces the experience of introduction of credit-module system in the Higher State Educational Establishment “Ukrainian Medical Stomatological Academy”. The authors consider that nowadays the credit-module system is effective and it has all reasons for further development.

Вступ. Питання реформування системи освіти Європейського простору виникло через зниження темпів науково-технічного розвитку європейських держав порівняно зі світовим лідером – Сполученими Штатами Америки [1]. Основні положення цієї реформи були викладені у Великій університетській хартії, яка була підписана 18 вересня 1988 року ректорами 430 університетів Європи у м. Болонья (Італія), а сама реформа отримала назву “Болонський процес”. Метою Болонського процесу є створення єдиного європейського освітнього і наукового простору для забезпечення вільного руху товарів, послуг, капіталу і людей, вільного вибору роботи і навчання до 2010 року [2].

Зважаючи на сучасні вимоги до характеристик фахівця, освітня система, яка побудована на засадах Болонської хартії, є найбільш обґрунтованою і доцільною системою освіти в сучасних умовах, оскільки спрямована на підготовку спеціаліста-практика.

Кредитно-модульна система навчання (КМСН) є прикладною стороною Болонського процесу і вимагає від студента постійного самовдосконалення, а від викладача – узгодженої роботи, міждисциплінарної послідовності надання знань, уніфікації критеріїв оцінювання.

Метою даної роботи стало визначення ефективності КМСН у медичному вузі. Для цього був проаналізований трирічний досвід функціонування цієї освітньої

системи на медичному факультеті вищого державного навчального закладу України “Українська медична стоматологічна академія”.

Основна частина. У вищому державному навчальному закладі України “Українська медична стоматологічна академія” КМСН впроваджена на 1-3 курсах медичного факультету і передбачає організації освіти на основі навчальних планів та програм 2005 і 2007 року, що є уніфікованими для всіх медичних вузів України і наближені до аналогічних за змістом європейських програм. Відмінною рисою цих програм є значне збільшення частини самостійної роботи студентів і відповідне зменшення аудиторних навчальних годин. Окрім цього, додатково на кожній кафедрі організуються консультативні заняття та виділяються години для відпрацювання пропусків занять і перескладання незадовільних поточних оцінок. Така система створює умови для індивідуалізації навчання студентів: студенти з позитивними оцінками можуть підвищити рівень своїх знань за рахунок позаурочних консультацій, а студентам з поточними незадовільними оцінками надає можливість опанувати незасвоєну тему додатково.

Крім цього, за рахунок виділення додаткових штатних посад введено посади кураторів КМСН з числа викладачів. Куратор КМСН постійно відстежує стан по-

точної успішності студента і хід ліквідації ним академічної заборгованості, що надає можливість профілювати невиконання студентами навчального плану.

Може скласти враження, що така організація навчального процесу знімає відповідальність зі студента щодо власного навчання і перекладає її на викладачів і керівництво вузу. Насправді ж, кількість і термін повторних перескладань незадовільних оцінок чітко обмежені Положенням про впровадження КМСН в академії. КМСН не знімає, більш того, підвищує рівень відповідальності студента за результати власного навчання, оскільки кінцевим його результатом є рейтингова оцінка з дисципліни.

Перед викладачем же не ставиться завдання позитивно оцінити студента за будь-яку ціну. Важливо зрозуміти, що в умовах КМСН переносяться акценти викладацької роботи з оцінювання рівня знань студента на надання йому максимальної відкритої і доступної інформації з предмета. В цій системі викладач і студент стають партнерами: завдання першого з них створити умови для набуття професійних знань і вмій, а другого – опанувати їх для подальшого прикладного застосування в професійній діяльності.

Таблиця 1. Кореляційний зв'язок між оцінюванням поточної успішності студентів і результатами підсумкового контролю знань

Система навчання	Дисципліни	Кореляційний зв'язок (r)
Традиційна	Факультетська терапія	0,59
	Психіатрія	0,58
	Фармакологія	0,5
КМСН	Анатомія людини	0,9
	Медична фізика	0,7
	Медична біологія	0,7

Слід зазначити, що при роботі за КМСН виник ряд проблем, які стосувались переважно технічного забезпечення обліку успішності і опанування практичних навичок на клінічних кафедрах. Перша проблема вирішується за рахунок покращення матеріально-технічної бази кафедр і деканату, друга – за рахунок введення циклового розкладу і введення 6-годинних занять замість двогодинних.

Основною ж проблемою, пов'язаною із самою КМСН, є те, що не всі викладачі адаптувались до змін акцентів викладання від контролю знань до створення умов для їх максимального надання студентіві на правах партнерських відносин. Ця проблема

Ефективність КМСН порівняно із традиційною освітньою системою підтверджується результатами аналізу відвідування і успішності студентів. Так, при порівнянні кількості невиправданих пропусків занять за період з 1 вересня по 1 жовтня 2007 року у студентів 1-3 курсу медичного факультету, які займаються за КМСН, їх число було значно меншим (612 годин), ніж у студентів 4-6 курсів, які займаються за традиційною системою (824 години). Ці дані підтверджують той факт, що КМСН стимулює студента до постійного відвідування занять для формування рейтингової оцінки.

Оцінювання студентів при КМСН більш об'єктивне, ніж при традиційній системі. Це підтверджується даними кореляційного аналізу між оцінюванням поточної успішності студентів і результатами підсумкового контролю знань за 2006-2007 навчальний рік (табл. 1). При рівні показника кореляції $r < 0,3$ зв'язок вважається тисним [3]. Як демонструють дані таблиці 1, всі предмети мали такий зв'язок поточної успішності і підсумкового контролю, але серед дисциплін, які викладаються за КМСН, цей зв'язок є значно більшим.

вирішується завдяки проведенню семінарів і тренінгів для викладацького складу.

Висновок. Таким чином, досвід застосування КМСН на медичному факультеті вищого державного навчального закладу України “Українська медична стоматологічна академія” дозволяє стверджувати, що ця система є методично обґрунтованою, ефективною і має всі підстави для подальшого розвитку і удосконалення. Перспективи розвитку КМСН полягають в зміні психолого-педагогічних відносин в системі “викладач-студент”, розвитку матеріально-технічної бази та удосконаленні умов організації навчального процесу.

Література

1. Підаєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. – Одеса: Одеський державний медичний університет, 2004. – 190 с.

2. Болонський процес у фактах і документах / Упор. М.Ф. Степко, Я.Я. Болюбаш, В.Д. Шинкарук та ін. – К.;

Тернопіль: Вид-во ТДПУ ім. В. Гнатюка, 2003. – 52 с.

3. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – К.: Морион, 2000. – 320 с.

УДК 61:378.147

РОЗРОБКА І ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ ЕЛЕКТРОННОГО НАВЧАННЯ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

В.П. Марценюк

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF ELECTRONIC EDUCATIONAL SYSTEM AT TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY BY I.YA. HORBACHEVSKY

V.P. Martsenyuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

У роботі представлено результати впровадження системи електронного навчання в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського.

The results of implementation of electronic educational system at Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky are presented in the work.

Вступ. Впровадження в навчальний процес інформаційних та комунікаційних технологій є вимогою сьогодення. Це диктує потребу створення єдиного освітнього інформаційного простору вищих медичних навчальних закладів [1–4]. Задача надійного зберігання та доступного представлення великих обсягів навчально-методичної інформації вже давно є однією з найактуальніших проблем в роботі ВМ(Ф)НЗ України. У структурі навчального процесу кожного медичного університету існує ряд вузлів, де стікаються потоки навчальної інформації, які слід зберігати та обробляти. Так, задачі зберігання та оперативного представлення складноструктурованої інформації виникають, наприклад:

– при веденні навчально-методичної документації, яка зберігається на кафедрах та у методичному кабінеті;

– в університетській бібліотеці, що містить інформацію як на паперових, так і на електронних носіях;

– при розробці розкладів занять навчальним відділом.

Основна частина. На сьогодні усі ВМ(Ф)НЗ України представлені власними Web-сторінками. Як правило, Web-сторінки медичних університетів України виконують лише рекламно-інформувальну функцію. І, на жаль, все ще недооцінюються можливості, які надають Інтернет та університетська комп'ютерна мережа при вирішенні питань організації навчального процесу.

Тернопільський державний медичний університет отримав представлення в Інтернет одним з перших (починаючи з 1997 року). Починаючи з 2001 року почалася реалізація університетського проекту щодо представлення в Інтернет навчально-методичних матеріалів.

Web-портал університету орієнтується на розробку мережевої навчальної системи, головними завданнями якої є:

- оперативне і повне представлення навчально-методичної документації кафедр;
- використання Інтернет-зв'язку “викладач–студент” в навчальному процесі;
- представлення в локальній мережі університету джерел навчальної мультимедійної інформації, що використовуються при підготовці спеціаліста, а саме: електронна бібліотека підручників, навчальних посібників та монографій (понад 400 найменувань); навчальні таблиці (до 3000 найменувань); повнотекстові електронні версії 11 журналів, які виходять у видавництві “Укрмедкнига”;
- створення єдиного інформаційного простору вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів на основі Інтернет-технологій з можливістю спільного користування ресурсами навчально-методичного характеру в його межах.

Робота з формування інформаційної навчальної системи університету проводиться відповідно до “Етапів формування системи електронного навчання ТДМУ”, затверджених ректором і схвалених вченою радою. Такі етапи включають:

- розміщення викладачами на персональних Web-сторінках наборів слайдів до кожної лекції (5219 презентацій);
- розміщення викладачами матеріалів для підготовки до лекцій для студентів (5443 матеріалів). Тут розміщується інформація (текстовий матеріал з літературних джерел (за винятком основного підручника), необхідні графічні зображення, фото та відеофільми), прочитавши та переглянувши які студент буде підготовлений до сприйняття лекції;
- кафедри розміщують матеріали для підготовки до практичних занять (6037 матеріалів): текстовий матеріал, малюнки, посилання на відеофільми. Тут викладачами розміщується найцінніша інформація до проведення заняття;
- розсилання центром тестування (кафедрами) оцінок після семестрових іспитів по Web-сторінках студентів;

Література

1. Ковальчук Л.Я., Марценюк В.П. Комп'ютерні технології в медичній освіті // Медична інформатика та інженерія. – 2008. – №1. – С. 14-16.
2. Методичні рекомендації для викладачів щодо організації навчального процесу в ТДМУ. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2006. – 86 с.
3. Web-сторінка медичного університету. Підходи до роз-

– розсилання деканатами інформації про недопуск до іспитів у зв'язку з невиконанням навчальної програми, а також інформації про відсоток виконання ліній практичних навичок по Web-сторінках студентів;

– проведення кафедрами засобами Web-порталу електронного тестування студентів. Попередньо викладачі розсилають оголошення про дату і час такого тестування на Web-сторінки студентів. Після проходження тестування результати розсилаються на Web-сторінки студентів та викладача групи;

– надання можливості деканатам робити аналіз успішності студентів через Web-портал. Інтегрування інформаційної системи електронного навчання з програмою “Контингент”.

В університеті тривалий час ведеться робота зі створення власної електронної бібліотеки. Вона розпочалася у 1997 році із створення першого в Україні мультимедійного компакт-диска на медичну тематику “Лапароскопічна хірургія жовчних шляхів”. На сьогодні в університеті таких дисків 53. Інформаційна модель бібліотеки електронних ресурсів університету включає такі компоненти: електронні підручники, навчальні посібники, монографії, навчальні таблиці, навчальні відеофільми, мультимедійні навчальні компакт-диски (©Укрмедкнига).

Висновок. Вхідження у світовий медичний освітній простір вимагає впровадження в навчальний процес сучасних комп'ютерних технологій. Така робота в медичних університетах повинна проводитися планово, відповідно до попередньо розроблених та ухвалених інформаційних моделей, одна з яких представлена в даній роботі. Технічна реалізація таких складних програмних комплексів, якими є системи електронного навчання у вищих медичних навчальних закладах, веде до створення принципово нових інтерфейсів, що забезпечують організовану роботу усього викладацького складу та студентів. Доступ до інформаційних ресурсів медичного університету повинен здійснюватися шляхом трансформування статичних Web-сайтів у більш динамічні інтерфейси Web-порталів (див. наприклад, www.tdmu.edu.te.ua).

робки внутрішньоуніверситетської мережевої навчальної системи / За ред. В.П. Марценюка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2006. – 43 с.

4. Марценюк В.П. Телемедицина в Україні: сучасність та перспективи розвитку // В зб.: Інформаційна підтримка охорони здоров'я, біомедичних досліджень та освіти. – Львів: Ліга-Прес, 2002. – С. 15-18.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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. Клішчін. // Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні: Тези доп. наук.-метод. конфер. – Київ-Полтава, 1998. – С. 115-116.

– *посилання на патенти, авторські свідоцтва:*

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

2. Пат. 4601552 США, МКИ G 03 B 27/74. Microfilming system with zone controlled adaptive lighting / Wise David S. (США). – Оpubл. 22.06.86. – 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, нересеруються. 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 освіти”
Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського
Майдан Волі, 1
46001, Тернопіль
Україна.

Бажаємо успіху!