

Міністерство охорони здоров'я України

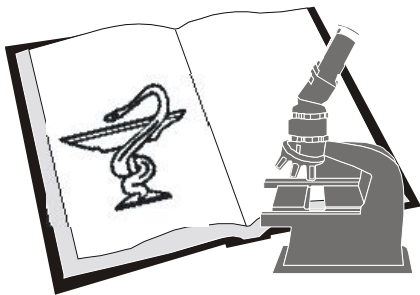
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

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

МЕДИЧНА ОСВІТА

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

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



Ministry of Public Health of Ukraine

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

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

MEDICAL EDUCATION

SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL

1/2009

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)
Казаків 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)

Ì ÁÄÈ×Í À Î ÑÂ²ÒÀ

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 № 9 від 24.02.2009 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.
Дизайн обкладинки	Кушик П.С.

Підписано до друку 25.02.2009. Формат 60×84/8.
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.
Ум. др. арк. 7,21. Обл.-вид.арк. 6,69.
Наклад 600. Зам. № 47.

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

ЗМІСТ

<i>Ю.В. Вороненко, О.П. Мінцер, В.В. Краснов</i> ПРИНЦИПАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОРМАТИВІВ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ	5
<i>І.Р. Мисула, А.Г. Шульгай, Г.Я. Загречук, М.М. Корда, С.Н. Вадзюк, О.М. Шульгай</i> ДОСВІД ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПРАКТИЧНО-ОРІЄНТОВАНОГО НАВЧАННЯ ДЛЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ	14
<i>Н.М. Ващенко</i> ІНФОРМАТИЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ – НАЙВАЖЛИВІШИЙ СТРАТЕГІЧНИЙ КРОК ДЛЯ СУЧАСНОЇ УКРАЇНИ	17
<i>І.Ф. Хурані, А.П. Ковальчук, О.Я. Какарькін</i> АСПЕКТИ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ В СУЧАСНІЙ ОНКОЛОГІЧНІЙ КЛІНІЦІ	19
<i>О.Л. Ковальчук, М.С. Гнатюк, П.І. Шев'як, О.Б. Слабий, М.Ф. Ковальчук, Ю.О. Данилевич, В.Д. Гаргула</i> ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ХІРУРГІВ НА КУРСАХ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ	24
<i>І.О. Гіленко, Д.Г. Дем'янюк, В.І. Ляховський, О.А. Крижановський, М.І. Горлачов, П.П. Сакевич, М.О. Дудченко, О.А. Шкурупій, Т.Г. Діхтенко</i> ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З ІНОЗЕМНИМИ СТУДЕНТАМИ ПРИ ВИВЧЕННІ ГОСПІТАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ	27
<i>Л.В. Соколова, І.М. Кліц, В.Ф. Тюріна, І.М. Марків, Ю.М. Цяпа, З.П. Мандзій</i> ОРГАНІЗАЦІЯ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ З ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ І ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ НА КАФЕДРІ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ	31
<i>А.Є. Поляков, Л.І. Ковальчук, О.М. Муравська, Т.М. Прокопова</i> КОНЦЕПЦІЯ ВИКЛАДАННЯ ПОЛОЖЕНЬ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ З ПОЗИЦІЇ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ	34
<i>М.Р. Гжегоцький, Ю.С. Петришин, С.М. Ковальчук, О.Г. Мисаковець, О.І. Терлецька, Л.В. Паніна, О.І. Чупашико</i> ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ФІЗІОЛОГІЇ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ НА МЕДИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ	36
<i>Б.Я. Ремінецький, І.Є. Герасимюк, Я.І. Федонюк, А.М. Пришляк, В.В. Бурий</i> ВИКЛАДАННЯ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ ЗА УМОВ РЕФОРМУВАННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ З ВРАХУВАННЯМ СВІТОВОГО ДОСВІДУ	38
<i>І.В. Ємельяненко, Н.М. Воронич-Семченко</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ТА ЗАСОБИ ОЦІНКИ ЗНАТЬ, УМІНЬ І НАВИКІВ СТУДЕНТІВ З КУРСУ НОРМАЛЬНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ	40
<i>Л.Л. Воронцова, О.С. Семенцов</i> ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТЕХНІКИ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТА КОНТРОЛЮ ЗНАТЬ КУРСАНТІВ КАФЕДР КЛІНІЧНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗМАПО	43
<i>Г.Б. Паласюк, І.М. Кліц, М.І. Бобак, І.А. Прокоп, Н.І. Данилишина, Г.І. Кліц</i> ФОРМУВАННЯ СОЦІОКУЛЬТУРНОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ	44
<i>Г.О. Попадинець</i> ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НАВЧАННЯ В ПРОЦЕС ВИКЛАДАННЯ ГУМАНІТАРНИХ ДИСЦИПЛІН	47
<i>В.В. Шульгіна, Б.І. Шумко, Л.Я. Федонюк</i> ДОСВІД ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ “ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ” ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ СТУДЕНТАМ МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ	52

В.Д. Шейко, В.І. Ляховський, Д.Г. Дем'янюк, О.А. Крижановський, П.П. Сакевич
**УСВІДОМЛЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ІДЕЇ – ЗАСІБ СТИМУЛОВАННЯ МОТИВІВ НАВЧАННЯ
СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВУЗУ 54**

М.С. Панченко, Л.П. Ольховська, Т.Г. Парафейник
**ВПЛИВ ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДІВ УПРАВЛІННЯ НА ПЕДАГОГІЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ ВИКЛАДАЧІВ У
ХАРКІВСЬКОМУ БАЗОВОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ № 1 57**

РЕЦЕНЗІЯ 61

УДК 614.23/25:371.27

ПРИНЦИПАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОРМАТИВІВ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

Ю.В. Вороненко, О.П. Мінцер, В.В. Краснов

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України

MATTER OF PRINCIPLE OF DEVELOPMENT OF DISTANCE EDUCATION'S REGULATIONS IN POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION

Yu.V. Voronenko, O.P. Mintser, V.V. Krasnov

National Medical Academy of Postgraduate Education by P.L. Shupyk of MPH of Ukraine

Розглядаються та обґрунтовуються основні принципи розробки моделі післядипломної медичної освіти, заснованої на очно-заочних принципах з використанням дистанційних технологій. Пропонується поступовий перехід на регламентовану самостійну роботу, яка повинна підтримуватися сертифікованими навчально-методичними матеріалами для дистанційного навчання. Представлені норми часу для планування і обліку навчальної та методичної роботи.

Main principles of model elaboration of postgraduate medical education based on internally-correspondence principles with usage of distance technologies are considered and proved. Step-by-step transition to self-instruction which should be supported by the certificated educational and methodical materials for distance training is regulated.

Вступ. Зі вступом України в Болонський процес значно змінилися вимоги до організації навчального процесу: збільшився об'єм самостійної роботи (до 60 % всього навчального часу); з'явилися вимоги до організації навчального матеріалу за модульними технологіями; одержали потужний розвиток нові інформаційні технології, зокрема, дистанційна освіта, що дало викладачам можливість на більш якісному рівні представляти зміст навчальних предметів; у зв'язку зі створенням єдиного Європейського освітнього простору зросли вимоги до якості медичної освіти, що висуває підвищені вимоги до системи організації безперервного професійного розвитку лікарів та провізорів.

Нові інформаційні технології (НІТ), зокрема, дистанційне навчання, надали викладачам ефективний інструмент для інтенсифікації навчального процесу. Розробники навчальних інформаційних продуктів мають на меті:

- підвищити якість підготовки фахівця,
- зменшити навантаження на викладача при передачі знань,
- збільшити пропускну здатність тематичного модуля (більше слухачів).

Але використання нового інструментарію призвело до виникнення численних проблем.

© Ю.В. Вороненко, О.П. Мінцер, В.В. Краснов

У першу чергу, це висока трудомісткість процесу створення електронних навчальних засобів (ЕНЗ). За оцінками експертів, витрати на підготовку матеріалу на 1 годину навчання становлять близько 10 тис. доларів і від 35 до 500 годин роботи викладача [1].

У державних ВНЗ зміни в системі освіти постійно наштовхуються на проблеми, пов'язані з недосконалістю правового поля і його недостатньою готовністю до підтримки новацій. Один з основних і недостатньо добре відпрацьованих напрямків – розподіл навчального часу, який витрачається тим, хто навчається, на самостійне засвоєння предметної галузі і, часу викладача, який йде на методичну підтримку цієї самостійної роботи [2]. Наприклад, з новими підходами інтенсифікації навчання, аудиторних годин на підготовку слухачів з необхідною якістю потрібно менше. Але, відповідно до встановлених вимог, викладач повинен виконати свою, суворо фіксовану норму аудиторного річного навантаження.

Застосовуючи НІТ, один викладач може навчити більшу кількість слухачів, ніж при традиційному підході. Подібне збільшення може рахуватися не одиницями, а десятками й сотнями, як наприклад, у випадку викладання навчальної теми через супутник на територію всієї країни. Але державний регламент вимагає

суворого дотримання кількості слухачів у групі, що припадають на одного викладача. Подібне співвідношення прагнуть довести до пропорції 1 до 6.

Намагаючись підвищити якість результату навчання, викладач входить у суперечність із державними стандартами, які гарантують оплату його праці тільки за встановлений термін передачі знань.

Іншими словами, повне виконання державної навчальної програми вимагає від викладача роботи протягом суворо заданої кількості аудиторних годин, в обмеженому розмірі групи. Будь-яке порушення цих показників призводить до штрафних санкцій. Тому можна стверджувати, що впровадження НІТ є невідгідним самим викладачам, тому що не регламентовано у відповідних державних нормативних актах.

Дана проблема стосується не тільки НІТ, вона поширюється на будь-які технології інтенсифікації навчального процесу: педагогічні, психологічні, організаційні тощо.

Таким чином, в моделі післядипломної освіти повинні бути враховані як мінімум: особливості проведення очно-заочних циклів; нормативи навантажень на викладача, який використовує дистанційні технології передачі знань; співвідношення аудиторної і самостійної частин навчальної роботи; принципи методичної підтримки викладачами самостійної роботи.

Основна частина. У Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика протягом останніх п'яти років проводяться інтенсивні дослідницькі роботи й практичне застосування технологій дистанційної передачі знань. Накопичений досвід свідчить про високу ефективність нових інформаційних підходів. Але темпи робіт не дозволяють досягти бажаної ефективності через недостатньо урегульовану законодавчу базу в цій галузі й, зокрема, часових норм.

В НМАПО імені П.Л. Шупика з урахуванням основних принципів Положення про дистанційне навчання, що затверджено 21.01.04 наказом № 40 Міністерства освіти і науки України, було розроблено ряд документів, що присвячені питанням розробки нормативів дистанційного навчання.

Розглянемо основу цих документів.

У сучасній літературі відсутнє єдине загальноєвропейське поняття про норми й нормативи.

Як відомо, "норматив" – це розрахункова величина витрат робочого часу, матеріальних і грошових ресурсів, що застосовуються у нормуванні праці, плануванні виробництва й господарської діяльності підприємств. Норма – це науково обгрунтована величина витрати тих або інших виробничих ресурсів у конкретних виробничо-технічних умовах, які направлені на виготовлення одиниці продукції.

Розрахункові норми й нормативи одночасно можуть бути як абсолютними, так і відносними величинами. Так, при плануванні трудових витрат вхідними даними найчастіше служать нормативи часу, а вихідними – розрахункові норми часу.

Норми часу виражають необхідні або науково обгрунтовані витрати робочого часу на виготовлення одиниці продукції, виконання однієї роботи або послуги у хвиликах або годинах.

Таким чином, норматив є уніфікованою міжгалузеву величиною й повинен забезпечити повну відповідність розвитку об'єктів з урахуванням змін внутрішніх і зовнішніх умов діяльності підприємства.

В освітній системі продуктом її діяльності можна вважати учнів, підготовлених згідно з певними нормами (вимогами освітніх стандартів). Структура державних освітніх стандартів складається із трьох складових: освітньо-кваліфікаційна характеристика, освітньо-професійна програма і засоби діагностики. Якісним "продуктом" освітньої діяльності ВНЗ вважається випускник, результати підготовки якого відповідають вимогам освітніх стандартів.

ВНЗ у своїй діяльності, для забезпечення якісної підготовки учнів, керується навчальними планами. Згідно з Законом України "Про вищу освіту", навчальні плани визначають графік навчального процесу, перелік, послідовність та час вивчення навчальних дисциплін, форми навчальних занять та терміни їх проведення, а також форми проведення підсумкового контролю. Навчальні плани та програми навчальних дисциплін розробляються вищим навчальним закладом відповідно до освітньо-професійних програм підготовки і затверджуються керівником вищого навчального закладу. А під нормативним терміном навчання розуміється термін навчання за денною (очною) формою, необхідний для засвоєння особою нормативної та вибіркової частин змісту навчання і встановлений стандартом вищої освіти.

Час у системі освіти, який відведений для підготовки фахівців, регламентується двома складовими. З одного боку, це час, що витрачає слухач на сприйняття знань, умінь і навичок відповідно до державних освітніх стандартів. Наприклад, загальний час підготовки фахівців на додипломному рівні становить 12 960 академічних годин протягом 6 років навчання. З іншого боку, це робочий час викладачів, який у вищих закладах освіти 3 і 4 рівня акредитації визначається обсягом їх навчальної, методичної, наукової й організаційної роботи. Загальний обсяг робочого часу протягом року становить 1500 годин [3, 4], з яких педагогічне навантаження становить 900 годин (асистент).

Виходячи з цих двох показників, вищий навчальний заклад розраховує необхідний штатний склад кафедр, щоб при заданих часових витратах викладача й кількості слухачів, яких він навчає, забезпечити необхідну тривалість часу передачі знань для слухача.

При сучасному активному використанні інформаційних технологій і забезпеченні ними інтенсифікації навчання перед ВНЗ постає ряд нових проблем:

1. Облік часових витрат викладачів у рамках дистанційної передачі знань, коли кількість слухачів, що

припадають на одного викладача, перестає залежати від фізичних розмірів приміщення аудиторії.

2. Облік часових витрат викладача на розробку елементів інформаційної підтримки самостійної роботи слухачів (електронні підручники, тренажери, віртуальні пацієнти й т. п.).

У результаті роботи робочої групи НМАПО імені П.Л. Шупика були запропоновані дві категорії норм: норми часу для планування і обліку методичної (табл. 1) і навчальної (табл. 2) роботи педагогічних праців-

Таблиця 1. Норми часу для планування і обліку методичної роботи

Вид роботи	Одиниця роботи	Норма часу в годинах для розрахунку навантаження
Розробка лекцій	1 година	10 годин підготовки для проведення 1-ї години лекції
Підготовка відеоконференції	1 година	3 години
Розробка електронного посібника (що не має друкарського аналога)	1 година роботи слухача	10 годин для забезпечення 1-ї години роботи слухача
Комп'ютерний контроль знань:		
– розробка питань для контролю знань	1 питання	0,5 години
– розробка ситуаційних завдань	1 завдання	1 година
Розробка допоміжного матеріалу:		
– створення відеоелементів	1 година	20 годин
– створення анімаційних елементів	1 хвилина	3 години
– створення оригінальних авторських малюнків або схем	1 рисунок	3 години
Підготовка методичних вказівок для лекційних та семінарських занять	1 друк. арк.	10 годин
Переробка методичних вказівок для лекційних та семінарських занять	1 друк. арк.	5 годин
Розробка робочих програм курсу з дистанційними технологіями	1 програма	20 годин

Таблиця 2. Норми часу для планування і обліку навчальної роботи

Вид роботи	Одиниця роботи	Норма часу в годинах	Розрахункова одиниця
Читання лекції дистанційно (при одноточковому навчанні)	1 акад. година	1,0	на 1 групу
Читання лекції дистанційно (при багатоточковому навчанні)	1 акад. година	1,0 + 0,3 n, n – кількість точок навчання	
Проведення семінарських занять (відеоконференції)	1 акад. година	1,0	на 1 групу
Перевірка результатів виконання самостійної роботи слухача, який використовує електронні навчальні матеріали	1 робота	0,5	
Консультація перед екзаменом		2,0*	на 1 групу
Проведення групових консультацій з навчальної дисципліни*		12 % від загального обсягу навчального часу, відведеного на вивчення навчальної дисципліни*	на 1 групу
Консультація, перевірка, прийом рефератів, курсових робіт, передбачених навчальним планом	1 робота	0,5	

Примітка. * – згідно з наказом МОН України від 07.08.02 № 450 “Про затвердження Норм часу для планування і обліку навчальної роботи та переліків основних видів методичної, наукової й організаційної роботи педагогічних і науково-педагогічних працівників в вищих навчальних закладах”.

ників при організації навчання за допомогою дистанційних технологій.

Ці розрахунки враховують особливості сучасної організації системи післядипломної освіти і стратегічні підходи до створення в Україні системи безперервного професійного розвитку лікарів та провізорів.

Слід зазначити, що форму навчальної роботи “Читання лекції дистанційно (при багатоточковому навчанні)”, коли кількість слухачів не обмежена, робоча група запропонувала враховувати шляхом збільшення умовного часу педагогічного навантаження викладача на 30 % для кожної додаткової групи, що приєднується до умовно основної. Наприклад, читання лекції протягом години для 2-х аудиторій пропонується зараховувати в педагогічне навантаження викладачеві як 1 година + 0,3 години, і т. д.

Для обґрунтування норм часу щодо планування й обліку методичної роботи робоча група провела дослідження на базі власних підходів й 5-річного досвіду дистанційного навчання. Крім того, був проведений аналіз аналогічних розробок в Російській Федерації [5, 6, 7].

Необхідно зазначити, що введення вищим навчальним закладом у навчальний процес дистанційних технологій у кожному конкретному випадку повинно проводитись тільки після розробки відповідної системи методичного забезпечення дистанційного навчання. Ця система ґрунтується на офіційній підготовці (щодо відповідних вимог і критеріїв) модулів у вигляді, готовому для передачі в дистанційному форматі. З цієї метою групою була розроблена система сертифікації якості навчально-методичних матеріалів.

Процедура сертифікації якості навчально-методичних матеріалів (НММ) складається з двох послідовних етапів. Перший етап – експертиза НММ, що включає оцінку якості змісту, правильності форм завдань і статистичних характеристик НММ. Другий етап – сертифікація НММ, що пройшли експертизу і задовольняють затвердженим вимогам до їх якості, видається сертифікат якості НММ. Мета сертифікації – підвищення якості освіти шляхом вдосконалення НММ, що використовуються для проведення очно-заочних циклів у системі післядипломної медичної освіти. Предметом і змістом сертифікації є встановлення ступеня відповідності характеристик НММ діючим на момент сертифікації вимогам до їх якості. Вимоги можуть бути затверджені Координаційною радою МОЗ України з питань сертифікації якості НММ. Основними принципами сертифікації є наукова обґрунтованість, об’єктивність, конфіденційність, систематична звітність. Принцип наукової обґрунто-

ваності регламентує використання в процесі сертифікації сучасного наукового апарату. Принцип об’єктивності передбачає експертизу якості НММ за єдиною методикою.

Робочою групою було розроблено два документи: “Тимчасові методичні вказівки щодо підготовки навчально-методичних матеріалів до сертифікації” і “Положення про сертифікацію якості навчально-методичних матеріалів, що застосовуються для проведення очно-заочних циклів з використанням дистанційних технологій в системі післядипломної медичної (фармацевтичної) освіти”. Дані документи наведені нижче.

ТИМЧАСОВІ МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ЩОДО ПІДГОТОВКИ НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ДО СЕРТИФІКАЦІЇ

З метою підготовки навчально-методичних матеріалів (НММ) до процедури сертифікації автори (замовники) самостійно оцінюють якість змісту НММ, перевіряють відповідність завдань вимогам і виявляють статистичні характеристики НММ.

1. Загальні дані про НММ повинні включати:

- а) назву навчального предмета;
- б) назву освітньої програми;
- в) авторський колектив розробників;
- г) період розробки (дати початку і завершення);
- д) дати проходження експертизи, кількість експертів, дати проходження апробації НММ.

2. Специфікація НММ повинна включати:

- а) мету створення НММ;
- б) перелік спеціальностей і напрямків підготовки, для яких планується застосовувати НММ;
- в) перелік інформаційних джерел, що використані при розробці НММ (державні стандарти або документи, що їх замінюють, із зазначенням року і місця видання, найменування програм тощо);
- г) найменування підходу до розробки НММ (нормативно-орієнтований, критеріально-орієнтований або змішаний);

д) розподіл розділів НММ за видами діяльності (знаннями, вміннями) слухачів (у вигляді таблиці з докладною розшифровкою).

3. Статистичні характеристики завдань та тестів повинні включати:

- а) дані про важкість розділів;
- б) дані про однорідність змісту;
- в) дані про валідність НММ із зазначенням виду валідності та використаного методу отримання оцінок;
- г) дані аналізу кореляційних зв’язків розділів;
- д) оптимальний час, необхідний для вивчення НММ;

е) дані про інформативність НММ з точки зору відповідності цільової інформаційної функції.

4. Критерії щодо проведення змістовної експертизи НММ:

а) повнота відображення освітньої програми при обґрунтуванні змісту НММ;

б) вірність пропорцій, що вибрані при відображенні розділів предмета (змістовних ліній);

в) повнота відображення вимог державних стандартів у НММ;

г) відповідність змісту завдань знанням, умінням і навичкам, запланованим для перевірки в специфікації НММ;

д) значущість змісту кожного розділу НММ для цілей перевірки.

ПОЛОЖЕННЯ ПРО СЕРТИФІКАЦІЮ ЯКОСТІ НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ОЧНО-ЗАОЧНИХ ЦИКЛІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ДИСТАНЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ (ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ) ОСВІТИ

Загальні положення

1. Дане положення є тимчасовим та визначає мету, предмет, зміст і організацію процедури сертифікації якості навчально-методичних матеріалів (далі – НММ), що застосовуються для проведення очно-заочних циклів у системі післядипломної медичної (фармацевтичної) освіти.

2. Мета сертифікації – підвищення якості освіти шляхом удосконалення НММ, що застосовуються для проведення очно-заочних циклів у системі післядипломної медичної (фармацевтичної) освіти. При цьому вирішуються дві задачі: перша – виявлення і фіксація досягнутого рівня якості НММ, що сертифікуються, друга – розробка рекомендацій, що визначають методику вдосконалення НММ.

3. Предметом і змістом сертифікації є встановлення ступеня відповідності характеристик НММ діючим на момент сертифікації вимогам до їх якості. Вимоги затверджуються Координаційною радою МОЗ України з питань сертифікації якості НММ (далі – Координаційна рада). Вимоги підлягають оновленню не рідше одного разу на три роки.

4. Основними принципами сертифікації є наукова обґрунтованість, об'єктивність, конфіденційність, систематична звітність. Принцип наукової обґрунтованості регламентує використання в процесі сертифікації сучасного наукового апарату. Принцип об'єктив-

ності передбачає експертизу якості НММ за єдиною методикою.

Процедура сертифікації

1. Процедура сертифікації якості НММ складається з двох послідовних етапів. Перший етап – експертиза НММ, що включає оцінку якості змісту, вірності форм завдань і статистичних характеристик НММ. Другий етап – сертифікація. НММ, що пройшли експертизу і задовольняють затвердженим вимогам до їх якості, видається сертифікат якості НММ (надалі – сертифікат). Зразок бланка сертифіката розробляється головними установами з сертифікації якості НММ і затверджується Координаційною радою МОЗ України.

2. Сертифікат дає право на використання НММ з метою навчання слухачів. Сертифікат забезпечується бланком із паспортними даними НММ, що містять інформацію про характеристики НММ, має реєстраційний номер, котрий збігається з реєстраційним номером НММ.

3. При неповній відповідності характеристик НММ вимогам якості видається свідоцтво про проходження процедури сертифікації. Свідоцтво засвідчує факт проходження процедури сертифікації і містить рекомендації щодо доопрацювання НММ. Зразок свідоцтва і зміст рекомендацій щодо доопрацювання НММ розробляються головними установами з сертифікації якості НММ і затверджуються Координаційною радою МОЗ України.

Вимоги до організації проведення сертифікації

1. Сертифікація проводиться на базі Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика та Запорізького державного медичного університету (далі – головні установи).

2. Сертифікація НММ проводиться за бажанням їх авторів або згідно з заявками навчальних закладів на договірній основі. *Вартість витрат* на проведення сертифікації визначається типовим кошторисом витрат, що затверджується Координаційною радою МОЗ України.

3. Кошти, що перераховуються замовниками, надходять на рахунки головних установ з сертифікації якості НММ і витрачаються на оплату праці експертів, організацію процесу сертифікації, на розвиток і вдосконалення методичного і матеріально-технічного оснащення процедури сертифікації.

4. Сертифікація проводиться на підставі договору, що укладається між замовниками робіт і головними установами. Договір може передбачати надання замовнику додаткових послуг з доопрацювання НММ. Обсяг останніх визначає організація, що проводить сертифікацію, в тих випадках, коли НММ вимага-

ють доопрацювання для доведення їх якості відповідно до рівня вимог сертифікації.

5. З метою проведення процедури сертифікації на базі головних установ створюються експертні групи. Склад експертних груп затверджується МОЗ України за представленням головних установ. До складу експертів не повинні входити представники навчального закладу, що замовив проведення робіт з сертифікації.

6. Робота експертних груп здійснюється за спеціальними методиками, схваленими Координаційною радою і затвердженими МОЗ України.

7. Оформлення результатів сертифікації і видача сертифіката проводяться в порядку, затвердженому Координаційною радою, та відповідно до описаної вище процедури сертифікації.

8. Щорічні звіти про результати сертифікації (в анотованій формі) передаються головними установами в Координаційну раду.

9. Сертифіковані НММ розміщують з відомим замовником (автора) в інформаційних базах головних установ для створення Єдиного фонду НММ (банку НММ). Головні організації не володіють правом передачі НММ без згоди авторів.

10. Сертифікат дає право на використання НММ для навчання слухачів та інтернів лише відповідно до паспортних даних НММ. При будь-яких змінах, що призводять до порушення паспортних даних НММ, зафіксованих у процесі сертифікації НММ, сертифікат втрачає силу.

11. При виникненні конфліктних ситуацій, пов'язаних з висновками експертів, замовники робіт мають право звернутися до Координаційної ради з метою призначення додаткової експертизи.

З огляду на сучасні тенденції безперервного професійного розвитку, основні положення Болонського процесу про значну складову частину самостійної роботи, а також розвиток сучасних технологій дистанційної освіти (ДО), стає особливо актуальним застосування дистанційних підходів при підвищенні кваліфікації лікарів та провізорів. Програма розвитку системи дистанційного навчання на 2004-2006 роки (затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 23 вересня 2003 р. № 1494), декларує необхідність задоволення освітніх потреб громадян упродовж усього життя, забезпечення доступу до освітньої та професійної підготовки всіх, хто має необхідні здібності та адекватну підготовку.

Дистанційні освітні технології на основі сучасних телекомунікацій, що використовуються у післядипломній підготовці медичних кадрів, мають ряд пере-

ваг перед традиційною системою підвищення кваліфікації, а саме:

- робота з дорослим контингентом слухачів, які вже опанували досвід та технології самостійного навчання (у порівнянні зі студентами додипломної фази);

- більш повне задоволення потреб практичної охорони здоров'я в освітніх послугах;

- гнучкість системи післядипломної освіти для практичного лікаря (провізора);

- економічна ефективність для установ охорони здоров'я;

- висока якість і стандарти освіти за рахунок реалізації комплексних освітніх програм, заснованих на використанні передових педагогічних інформаційних технологій;

- можливість залучення додаткових людських ресурсів з різних регіонів країни в якості викладачів та авторів курсів;

- підвищення соціальної та професійної мобільності фахівців, їхньої соціальної активності, кругозору та рівня самосвідомості;

- можливість отримання практичним лікарем (провізором) безперервної післядипломної освіти за місцем проживання без відриву від основного місця роботи.

З огляду на територію країни, наявність великої кількості досить віддалених регіонів, де часто є всього 1-2 фахівці, а також непросту економічну ситуацію, зазначений вид навчання дозволив би охопити регулярним навчанням набагато більшу кількість лікарів, провізорів і медсестер.

Крім того, практичний лікар, знайомий з системою дистанційної освіти, більш ефективно буде використовувати телемедичні можливості регіону, що є надійною основою для результативного впровадження телемедицини в охорону здоров'я України.

Закордонний досвід проведення дистанційного навчання свідчить про те, що підхід до впровадження такої форми післядипломної підготовки медичних кадрів повинен бути системним. Системність припускає етапність здійснення проекту та паралельність із впровадженням ДО в практичну охорону здоров'я. У найближчі 2-3 роки (в силу економічних обмежень) доцільно вести мову не про дистанційну освіту, а про використання дистанційних освітніх технологій у післядипломному підвищенні кваліфікації медичних кадрів.

Медицина являє собою одну з тих галузей знань, де традиційно вважається неможливим одержати базову освіту заочно. Що стосується післядипломної освіти, то теоретичні (переважно) цикли підвищення кваліфікації можна проводити з використанням дистанційних технологій. При цьому сам іспит

доцільно проводити традиційним способом: тестування, перевірка навичок, співбесіда.

В таких умовах неминуче підвищується роль викладача як головної фігури при будь-якому виді навчання. При цьому якість педагогічного процесу визначається не тільки професіоналізмом викладача як фахівця і як педагога, але й володінням сучасними телекомунікаційними засобами передачі інформації.

Використання дистанційних освітніх технологій у післядипломній підготовці медичних кадрів повинне йти за чотирма основними напрямками:

- 1) підготовка грамотних користувачів дистанційних освітніх технологій (як серед викладачів, так і серед лікарів і провізорів);
- 2) вдосконалення методичних і нормативно-правових питань дистанційних технологій;
- 3) вдосконалення технології навчання на основі телекомунікаційних засобів;
- 4) вдосконалення комп'ютерних навчальних посібників, призначених для дистанційного використання.

Сценарій використання дистанційних освітніх технологій (рис. 1)

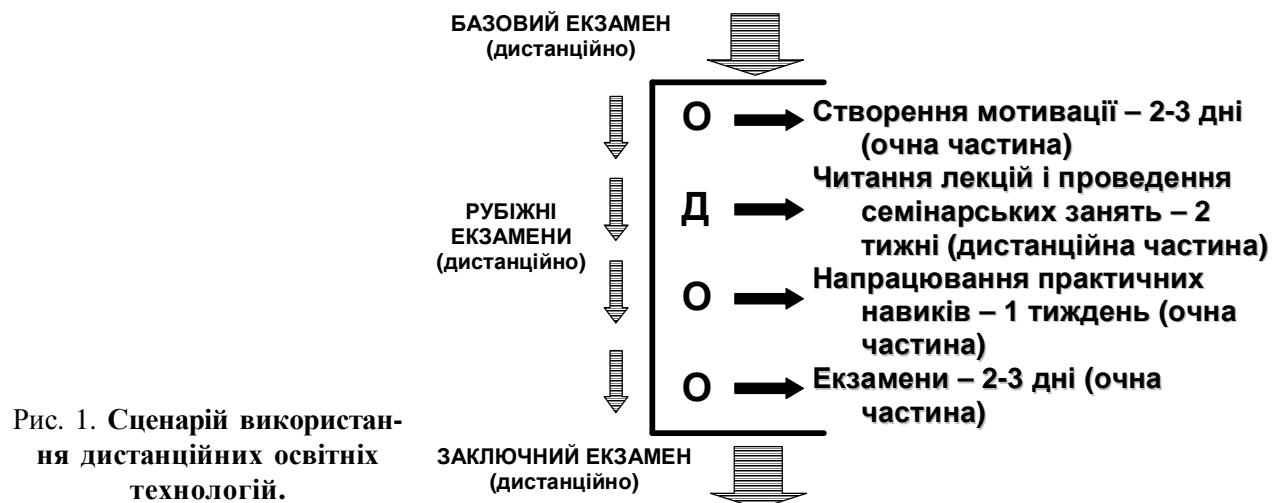


Рис. 1. Сценарій використання дистанційних освітніх технологій.

1 крок. Оцінка базових знань слухачів. Для цього використовується автоматизована атестаційна система. При успішному складенні іспиту слухач приймається на навчання.

2 крок. Перший тиждень – очна частина циклу. За цей період викладачі проводять лекції, проводять семінарські заняття, при необхідності проводиться й частина практичних занять. У цей же час слухачі під керівництвом викладачів знайомляться та набувають навичок з принципів дистанційної роботи з контентом.

3 крок. Другий, третій і четвертий тижні – дистанційна частина циклу. Слухачі займаються переважно самостійно під керівництвом тьютора. Щодня слухачі отримують модулі навчального матеріалу різними способами:

- прослуховуючи інтерактивні лекції,
- працюючи з електронними посібниками та підручниками,
- спілкуючись електронною поштою з тьютором,
- беручи участь у групових Інтернет - конференціях.

Результати роботи кожного слухача з навчальним матеріалом тьютор (і сам слухач) оцінюють при рубіжному контролі знань (тестуванні) за допомогою автоматизованої атестаційної системи. Крім того,

тьютор відповідає на запитання своїх слухачів з конкретних розділів програми.

4 крок. П'ятий тиждень – очна частина циклу. У цей період викладачі проводять семінарські та лекційні заняття.

5 крок. Наприкінці циклу проводиться захист курсового проекту та підсумковий іспит (тестовий контроль, оцінка практичних навичок, оцінка лікарського мислення).

Виконання курсових проектних завдань виконується слухачами самостійно з наданням можливості консультування з керівниками проектів та консультантами шляхом електронної пошти або особисто. Захист курсових проектів відбувається очно (в разі створення правових або організаційних проектів та інформаційно-технологічних засобів, що забезпечують гарантований рівень аутентифікації слухачів, – дистанційно) перед відповідними комісіями за участю керівника курсового проекту. Курсові проекти зберігаються в спеціальних архівах на паперовому носії та в електронній формі на цифрових носіях протягом визначеного терміну.

Після проходження навчального циклу кожен слухач включається в систему “безперервної освіти” зі своєї спеціальності. У рамках подібної системи слу-

хач шляхом електронної пошти періодично отримує нову інформацію з нормативно-правових питань своєї спеціальності, літератури, з розробки та впровадження нових лікарських засобів, діагностичних і лікувальних методик, рекламну інформацію тощо.

Технологія проведення циклу

1. Для технічного забезпечення циклу з використанням дистанційних технологій навчання організується “опорний пункт”, на базі комп’ютерів лікувальної установи, що мають можливість виходу в Інтернет (або на базі інших установ).

2. Процесом проведення всього циклу на робочому місці керує зовнішній модератор - лікар (провізор), що вже пройшов навчання й отримав додаткові інструкції з проведення дистанційної частини циклу. До завдання зовнішнього модератора входить інформування своїх колег про проведені цикли, знайомство лікарів з документами, оголошеннями, а також допомога слухачам в отриманні інформації з кафедри та відправлення назад необхідних відомостей. Зовнішній модератор допомагає слухачам освоїти роботу з тестовою програмою, з лекціями, з комп’ютерними підручниками за загальними та окремими розділами спеціальності.

3. Крім основної роботи через зовнішнього модератора здійснюються також консультації хворих (телемедицина), коли на робочих місцях виникає необхідність. У цьому випадку слухач за допомогою зовнішнього модератора звертається на кафедру за консультативною допомогою та отримує її від співробітників кафедри.

Методичне та організаційне забезпечення циклу. 1. Впровадження дистанційних освітніх технологій для післядипломного підвищення кваліфікації медичних кадрів вимагає розвитку нового методичного напрямку діяльності навчального закладу з використання цих форм у педагогічному процесі. Для цієї мети в освітній установі підвищення кваліфікації медичних кадрів повинен бути створений центр дистанційного підвищення кваліфікації.

2. До завдань центру дистанційного підвищення кваліфікації входить:

- підготовка викладачів кафедр і практичних лікарів (провізорів) з питань використання телекомунікаційних технологій у педагогічній і лікувальній діяльності (в тому числі підготовка майбутніх т’юторів);
- сприяння викладачам кафедр у підготовці курсів для дистанційної післядипломної освіти;
- здійснення дистанційної частини циклів з використанням сторонніх і власних курсів;
- науково-методичне забезпечення ДО (критерії, засоби та системи контролю якості дистанційного

навчання; дидактичне та методичне забезпечення дистанційних курсів; методики розробки, апробації та впровадження дистанційних курсів тощо);

– спільна освітня діяльність з провідними ВНЗ, що здійснюють дистанційну освіту;

– просування діяльності навчального закладу на ринок послуг дистанційної освіти.

3. Агестовані модулі для дистанційного навчання лікарів (провізорів) вносяться до єдиного державного банку даних.

Правові аспекти використання дистанційних технологій

1. Нормативно-правові аспекти дистанційних освітніх технологій потребують вирішення питань відповідальності медичного й технічного персоналу за організацію, проведення та конфіденційність дистанційного навчання.

2. Розробка та вдосконалення програмних продуктів для цілей дистанційного підвищення кваліфікації медичних кадрів передбачає такі можливості для учасників педагогічного процесу:

– забезпечення автентичності обговорюваних медичних документів (процедура підтвердження односторонньої якості матеріалів, що передані та отримані);

– авторизація матеріалів, що отримані при використанні дистанційних освітніх технологій;

– протоколізація (документування) проведення циклу та наступне архівування даних;

– аутентифікація викладача та його підпису;

– забезпечення відповідальності за вірогідність інформації, що розміщується на Web-серверах освітніх установ;

– забезпечення авторських і майнових прав на матеріали, що використовуються в процесі навчання; надання платних освітніх послуг, робота з класифікатором дистанційних освітніх послуг, розрахунок їхньої вартості (структура ціни та тарифи на послуги), механізми оплати.

Після проходження циклу кожен лікар включається в систему “безперервної освіти” зі своєї спеціальності. У рамках подібної системи лікар через електронну пошту періодично одержує нову інформацію з нормативно-правових питань своєї спеціальності, з новинок літератури, з нових лікарських засобів, з нових діагностичних і лікувальних методик, рекламну інформацію тощо.

В концепції на перше місце виходить завдання забезпечення **якості науково-навчально-методичної роботи**. Реалізація запропонованих підходів неможлива без застосування інформаційних технологій.

На другому етапі впровадження моделі післядипломної освіти планується застосування інформаційних технологій підтримки організації навчального процесу. Концепція складається з портфоліо викладача і курсанта.

Портфоліо викладача вміщує облік часу, витраченого викладачем на аудиторну роботу (згідно з робочим планом), та облік зусиль, витрачених на методичну роботу (складається з годин на *супровід заочної роботи курсантів*, а також на *розробку модулів*).

При оцінюванні процесу виходять з часу, який витрачає на розробку модуля середньостатистичний викладач. Однак цей час враховується лише в тому випадку, якщо викладач успішно *завершує і презентує* результати своєї праці. Облік часу *відбувається за критерієм*: для трансформації 1 години аудиторного заняття в заочну форму витрачається 5 годин.

Портфоліо курсанта (електронний паспорт того, хто навчається) є електронною базою даних, яка містить освітній маршрут і всю історію навчання курсанта.

Висновки. Таким чином, в рамках розробленої концепції пропонується здійснити поступову відмову

від *традиційної аудиторної моделі* проведення занять. У новій моделі здійснюється зниження годин аудиторної роботи за рахунок зростання самостійної роботи для курсантів і науково-методичної роботи для викладачів.

Рекомендується впровадження *формату модульного навчання* протягом тривалого часу таким чином, що *2/3 від загального числа модулів* забезпечується навчальним закладом післядипломної освіти, до якого *прикріплений курсант*. Інші модулі можуть бути отримані в *інших акредитованих закладах* системи післядипломної освіти (державної та недержавної форми власності).

Однією з важливих складових нової моделі слід вважати вибір лекцій при дистанційному навчанні за ринковим принципом, тобто курсантом згідно з *заздалегідь анонсованим планом, виключно* за сертифікованими *незалежними міжнародними* організаціями.

Нарешті, має бути моніторинг і планування безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів на державному рівні системи, а індивідуальної навчальної діяльності курсантів – незалежними експертами.

Література

1. Шафранов-Куцев Г.Ф., Куцев А.Г. Экономические аспекты развития дистанционного образования // Университетское управление. – 2006. – № 6(46). – С. 79-84.
2. Ерунов В.П., Морковин И.И. К вопросу оптимизации затрат учебного времени преподавателя при подготовке специалистов // Вестник ОГУ. – 2001. – № 1. – С. 67-72.
3. Про затвердження норм часу для планування і обліку навчальної роботи та переліків основних видів методичної, наукової й організаційної роботи педагогічних і науково-педагогічних працівників вищих навчальних закладів: Наказ Міністерства освіти і науки України № 450 від 07.08.2002р.
4. Положення про організацію навчального процесу у вищих навчальних закладах: Наказ МОН України № 161 від 2.06.1993 р.
5. О расчете предельной численности контингента обу-

чающихся с применением дистанционных образовательных технологий: Распоряжение Минобразования России № 985-24 от 26.08.2003.

6. Об организации оплаты труда преподавателей в системе открытого дистанционного обучения / Т.Н. Мартынова, А.Ю. Валявский, В.Е. Бочков // Качество дистанционного образования: Тези доп. наук.-метод. конфер. – М., 2004. – С. 224-234.

7. Примерные нормы времени для расчета объема учебной работы и основные виды учебно-методической, научно-исследовательской и других работ, выполняемых профессорско-преподавательским составом в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования: Письмо Минобразования России № 14-55-784ин/15 от 26.06.2003.

УДК 61:378

ДОСВІД ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПРАКТИЧНО-ОРІЄНТОВАНОГО НАВЧАННЯ ДЛЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

І.Р. Мисула, А.Г. Шульгай, Г.Я. Загричук, М.М. Корда, С.Н. Вадзюк, О.М. Шульгай

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

THE EXPERIENCE OF PRACTICALLY-ORIENTED STUDY INTRODUCTION FOR THE STUDENTS OF MEDICAL FACULTY

I.R. Mysula, A.H. Shulhay, H.Ya. Zahrychuk, M.M. Korda, S.N. Vadziuk, O.M. Shulhay

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті проаналізовано досвід запровадження практично-орієнтованого навчання для студентів медичного факультету.

The experience of practically-oriented study introduction for the students of medical faculty is analysed in the article.

Вступ. Вища освіта є фундаментом людського розвитку та прогресу, виступає гарантом індивідуального розвитку, сприяє формуванню інтелектуального, духовного та виробничого потенціалу суспільства.

Адаптованість системи медичної освіти та професійної підготовки лікарів до динамічних змін кон'юнктури попиту та пропозиції на світових ринках праці, забезпечення підготовки медичних кадрів, професійно-кваліфікаційні параметри яких відповідають потребам соціально-економічного розвитку суспільства, виступають як визначальні чинники росту конкурентоспроможності [3, 4].

В умовах реформування медичної галузі України та зв'язку з орієнтацією системи вищої медичної освіти у Європейський освітній простір перед вищими медичними навчальними закладами постає питання покращення якості підготовки спеціалістів, які б отримували не лише теоретичні знання, а й значно удосконаливали б практичні навички. У зв'язку з цим у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського відповідно до Концепції розвитку, затвердженої вченою радою та схваленої трудовим колективом університету, запроваджено у 2006 році практично-орієнтоване навчання для студентів медичного факультету, або так званий перехід від Н системи навчання до Z системи навчання [1, 2].

Основна частина. Запровадження практично-орієнтованого навчання, починаючи з 1 курсу серед студентів, які навчаються за спеціальністю "Лікувальна справа", має важливе значення у становленні майбутніх спеціалістів та виконанні навчальної програми

відповідно до освітньо-кваліфікаційної характеристики випускника вищого медичного навчального закладу.

У Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського, відповідно до затвердженої Концепції розвитку університету впроваджено Z-систему навчання, лінії практичних навичок, об'єктивний структурований клінічний іспит, комунікативні навички, що дозволяє підготувати якісно кращого спеціаліста в порівнянні з традиційною системою підготовки.

Практично-орієнтоване навчання студенти розпочинають вже з кафедри нормальної анатомії, де поряд із препаруванням фізичних тіл на кожному занятті проводиться розгляд та вивчення рентгенограм, комп'ютерних та магніторезонансних томограм. Кожна навчальна кімната обладнана сучасними негатоскопами. На кафедрі також використовується комп'ютерна програма перегляду томограм ділянок людського тіла з усіх розділів анатомії. Це значно полегшує вивчення синтопії органів, закріплює у студентів клінічне мислення щодо можливостей втягнення в патологічний процес сусідніх органів, поширення інфільтративних процесів, симптомів прояву тої чи іншої хвороби. Широко використовуються відеосистеми, за допомогою яких можна проводити розбір матеріалу з важливих розділів предмета під час семінарського обговорення, проведення тематичних консультацій, перегляду відеофільмів.

На кафедрі гістології та патологічної анатомії студенти на практичній частині заняття розглядають мікропрепарати як у світлових мікроскопах, так і на

© І.Р. Мисула, А.Г. Шульгай, Г.Я. Загричук та ін.

моніторах телевізорів за допомогою відеосистем. Візуалізація гістологічної структури тканин дає можливість викладачу разом зі студентами чітко розібрати гістологічну структуру того чи іншого органа в нормі при вивченні гістології, а також звернути увагу на зміни, які проходять у тканинах при патологічних процесах під час вивчення патоморфології.

Практично-орієнтоване навчання студентів на кафедрі медичної біохімії проходить у п'яти навчальних лабораторіях (ензимодіагностики, гормональних досліджень, білкового обміну, ліпідного обміну, вуглеводного обміну). Заняття з клініко-лабораторної діагностики проводяться у лабораторіях міжкафедральної клінічної наукової лабораторії. На практичній частині заняття кожен студент отримує індивідуальне завдання, виконує самостійно лабораторну роботу та дає інтерпретацію отриманому біохімічному показнику. На заняттях з клініко-лабораторної діагностики студенти працюють безпосередньо з клінічним матеріалом, з використанням сучасних біохімічних аналізаторів, знайомляться з особливостями проведення імунологічних досліджень, полімеразно-ланцюгової реакції, аналізують показники, отримані при різних видах патологічних станів.

На кафедрі нормальної фізіології практичні заняття проходять по циклах у відповідних тематичних лабораторіях функціональної діагностики: кровообігу, крові, травлення та виділення, аналізаторів, дихання та обміну речовин. Студенти не тільки знайомляться з основними функціональними методиками дослідження організму, причому не лише з їх результатами, але й з методикою виконання та запису результатів. Навчальні лабораторії оснащені сучасними приладами функціональної діагностики, які безпосередньо використовуються у клінічній практиці. На практичних заняттях студенти працюють з комп'ютерним периграфом, аудіотестерами, електронним аномалоскопом, автоматичним рефрактометром, електроофтальмоскопом, електронними спірографами, ацидогастрометрами. Також для навчального процесу на кафедрі використовується діагностична лабораторія сономед з 8-канальним електроенцефалографом та програмним забезпеченням для комп'ютерного аналізу даних, фонтоми для інтрагастральних досліджень, крісло Барані, апарат Рота та інше обладнання.

На кафедрі патологічної фізіології практичні заняття з модуля "Патофізіологія органів і систем" проводяться у 5 тематичних лабораторіях.

Причому студентам акцентується увага на зміні тих чи інших параметрів роботи організму при різних

захворюваннях. При вивченні патології органів і систем студенти засвоюють сучасні клінічні методики дослідження та проводять інтерпретацію їх результатів. Студент повинен не тільки вказати, норму чи патологію він виявив, але й назвати можливу причину патології, які можуть бути застосовані інші методи діагностики на підтвердження діагнозу і яку інформацію вони можуть дати, вказати основні принципи лікування. Поряд з цим на практичних заняттях студенти аналізують навчальні карти з відображеннями результатів проведених інструментальних, лабораторних досліджень, електрокардіограми при порушеннях серцевого ритму, інфаркті міокарда, спірограми з реструктивними та обструктивними порушеннями респіраторної системи, проводять аналіз показників глюкозо-толерантного тесту.

На курсі оперативної хірургії і топографічної анатомії створено тренажерний зал та операційну для проведення малоінвазивних оперативних втручань. Ряд практичних занять з студентами проходить в операційній, де студенти відпрацьовують ті чи інші навички, передбачені навчальною програмою.

Для досягнення якості проведення практичних занять всі викладачі теоретичних кафедр, які проводять практично-орієнтоване навчання, пройшли курси підвищення кваліфікації на робочих місцях у клінічних лабораторіях лікарень.

Важливим етапом є лінії практичних навичок, які включають всі необхідні навички відповідно до освітньо-кваліфікаційної характеристики випускника і є обов'язковим для опанування студентом протягом навчального року. Практичні навички розподілені по курсах, які у матрикулах названі лініями. Рік навчання відповідає номеру лінії. Половина практичних навичок однієї лінії повинна бути здана протягом осіннього семестру.

Здавати практичні навички викладачу студенти можуть як під час проведення практичної частини занять, так і під час позааудиторної самостійної роботи. Для опанування практичної навички викладач створює всі умови студенту, а також може проконсультувати його щодо методики та техніки її виконання і при потребі практично продемонструвати. Студент має право самостійного вибору часу здачі кожної навички, кафедри (серед тих, які можуть її зарахувати) та викладача (при умові, що він відповідає за ведення відповідного циклу), якому буде її здавати.

Відмітка про здачу студентом практичної навички вноситься викладачем також у додаток до журналу академічної успішності студентів групи. Додаток друкарським способом, видається в деканаті, є про-

довженням журналу і містить перелік прізвищ студентів та перелік практичних навичок. Після завершення осіннього семестру матрикул подається у деканат для підрахунку відсотка зданих навичок. Після завершення навчального року і зарахування усіх практичних навичок даної лінії матрикул здається у деканат і зберігається в архіві, як інші документи про успішність студентів.

Несвоєчасне складання практичних навичок вказує на невиконання студентом навчального плану і трактується як академічна заборгованість.

Підсумковим етапом засвоєння практичних навичок є здача студентом об'єктивного структурованого клінічного іспиту, під час якого пропонують різні клінічні ситуації, спостерігають за діями, аналізують їх та максимально об'єктивно оцінюють знання, вміння самостійно обстежити хворого, встановити діагноз, провести лікарську маніпуляцію, надати кваліфіковану допомогу тощо.

Такий іспит на медичному факультеті проводиться 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.

Література

1. Ковальчук Л.Я. Впровадження нової методики навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 16-20.

2. Ковальчук Л.Я. Впровадження сучасних технологій в навчальний процес // Медична освіта. – 2000. – № 1. – С. 18-20.

3. Survey on Master Degrees and Joint Degrees in Europe

Важливим моментом практично-орієнтованого навчання є запровадження вивчення студентами комунікативних навичок, адже, в більшості випадків, на це сьогодні звертається уваги зовсім мало при підготовці спеціалістів. Комунікативні навички – іншими словами, алгоритм спілкування студентів (лікарів) з пацієнтами при зборі анамнезу, фізикальних методах обстеження, повідомленні результатів обстеження, плануванні і прогнозуванні результатів, консервативного лікування, обґрунтуванні доцільності оперативного втручання, повідомленні результатів оперативного втручання та можливих післяопераційних ускладнень, повідомленні прогнозу лікування.

Запровадження даного навичку та його вироблення дасть можливість нашому випускнику вільніше спілкуватися з пацієнтами, родичами, краще орієнтуватися, як поводити себе в тій чи іншій ситуації.

Цей вид навички введено з таких дисциплін, як внутрішня медицина, хірургія, онкологія, травматологія, акушерство та гінекологія, неврологія та психіатрія, педіатрія.

Висновок. Запровадження практично-орієнтованого навчання для студентів медичного факультету дозволяє значно краще підготувати спеціаліста, орієнтованого на сучасні методи діагностики та лікування патологічних процесів.

by Christian Tauch and Andrejs Rauhvargers. European University Association, European Commission - Directorate General for Education and Culture. September, 2002.

4. Verification of Compatibility of Irish National Framework of Qualifications with the Framework for Qualifications of the European Higher Education Area, Final Report – November, 2006.

УДК [611+612]:371.3

ІНФОРМАТИЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ – НАЙВАЖЛИВІШИЙ СТРАТЕГІЧНИЙ КРОК ДЛЯ СУЧАСНОЇ УКРАЇНИ

Н.М. Ващенко

Одеське обласне базове медичне училище

INFORMATIONAL SUPPORT IN MEDICAL EDUCATION IS A PRIMARY STEP FOR MODERN UKRAINE

N.M. Vashchenko

Odessa Regional Basic Medical College

Розглянуті питання інформатизації медичної освіти та проблеми викладання курсу медичної інформатики в навчальних закладах сучасної України.

Quality improvements and problems in informational support of higher education in modern Ukraine are considered in the article.

Вступ. Бурхливий розвиток спеціальних технічних засобів – комп'ютерної техніки й інформаційних технологій – послужив імпульсом для формування суспільства, де змінюється не тільки виробництво товарів і послуг, але й уклад життя. Сьогодні інформаційні технології активно впроваджуються в усі сфери нашого життя, у тому числі й у таку високотехнологічну галузь, як медицина [1–4]. Ефективність роботи медичних установ і організацій на сьогодні значною мірою залежить від поінформованості фахівців і здатності їх використовувати отриману інформацію. Пошук раціональних рішень у будь-якій сфері вимагає збору та обробки величезних масивів інформації, її осмислення й аналізу, без цього неможлива серйозна наукова й практична лікувально-профілактична діяльність.

Основна частина. Актуальність впровадження сучасної комп'ютерної техніки, програмних продуктів, систем електронного зв'язку й обміну інформацією надзвичайно висока і вимагає найвищого рівня викладання медичної інформатики в навчальних закладах усіх рівнів акредитації, координації роботи викладачів і фахівців у сфері медицини.

Разом з тим існує чимало проблем, які мають бути вирішеними. Так, деякі навчальні заклади дотепер укомплектовані застарілою комп'ютерною технікою, яка не дозволяє використовувати сучасне програмне забезпечення. Користування інформаційними системами у вищих навчальних закладах роз'єднане, не погоджене між собою.

Підготовка кадрів залишається дуже серйозною проблемою. Уже багато років у медичних навчальних закладах (училищах, коледжах, університетах) викладання медичної інформатики не відповідає сучасним вимогам. Немає сумніву, що дипломований фахівець-медик повинен володіти інформаційними технологіями. А чи маємо ми змогу надати йому таку можливість? З моєї точки зору, сьогодні – ні. Слід збільшити кількість годин для викладання медичної інформатики, вивчати дисципліну не тільки на першому курсі медичного навчального закладу, а протягом усіх років навчання, підвищити якість викладання предмета, наблизити його до медичної практики. Але, піднімаючи питання про збільшення годин викладання, не слід забувати про те, що саме по собі це не поліпшить якості освіти. Сьогодні надто важливо забезпечити інформатизацію будь-яких клінічних курсів, які вивчають студенти, чи то хірургія, терапія, чи інший предмет. Якщо ми забезпечуємо достатню кількість годин з інформатики, але не навчаємо студентів нових технологій, то набуті знання стають безплідними для студента відразу після здачі заліку. Через відсутність практичного застосування отриманих знань у конкретній клінічній галузі завдання інформатизації медичної освіти зараз не вирішується.

Ще в 1995 році в прийнятій концепції інформатизації України основна ідея визначена як створення єдиного інформаційного простору. Але що це таке? Адже єдиним інформаційним простором можна на-

звати й локальну мережу із двох-трьох комп'ютерів. Не зазначено в концепції й головне – цільова функція інформатизації, з якої можна було б вивести її основні принципи. Інформатизація повинна служити поліпшенню роботи системи охорони здоров'я, а не створенню якогось невизначеного інформаційного простору, який сам по собі може бути зовсім безкорисним.

На жаль, дуже мало проводиться семінарів і конференцій для викладачів медичної інформатики, на яких обговорювалися б нагальні питання методики викладання, рівня проведення практичних робіт, доступу студентів до медичних інформаційних систем лікувальних закладів. На мій погляд, це – показник кризи, яка охопила нашу країну у сфері впровадження сучасних інформаційних технологій. Викладачам і іншим зацікавленим особам слід об'єднатися в досягненні єдиної мети – підвищення якості освіти медичних фахівців усіх рівнів, і як наслідок – підвищення якості медичної допомоги.

Ми багато пишемо й говоримо про Болонський процес. Впровадження його в Україні безумовно є важливим питанням. Але ми чомусь забуваємо про те, що мета усього того, що несе в собі Болонський процес, – поліпшення якості освіти, а не лише зміна методів та методик викладання. Шляхи досягнення цієї мети – різні, всі вони потребують системного підходу. Освіта – це образ країни. Якщо мова йде про Україну, то, як дуже виразно це було підкреслено в одній із передач телеканалу Інтер, присвяченій вищій освіті, це образ країни “Second Hand”, бо сьогодні ми впроваджуємо те, від чого вже відмовляються в Європі. Ми забуваємо про досягнення національної вищої школи, а вони є і чималі. Багато науковців вважають, що ми мали значні переваги перед західною системою освіти. Так чому ми так легко від них відмовляємось?

Турбує те, що сьогодні, зустрічаючись з величезною кількістю інформації, яка вимагає обробки, аналізу й упорядкування, середньо-статистичний студент не може з цим впоратися. Отже, ще в студентські роки повинні прищеплюватися навички обробки великих масивів інформації, пошуку необхідних публікацій, щоб надалі медсестра, акушерка, фармацевт, лікар могли працювати максимально продуктивно, не витрачаючи час і сили на освоєння елементарних принципів роботи з періодичними медичними виданнями.

Без впровадження сучасних комп'ютерних технологій і продуктивної роботи в мережі Internet в навчальних закладах і лікувально-профілактичних установах це практично неможливо. А чи завжди є доступ до мережі Internet у наших навчальних закладах?

Вища освіта не повинна бути елітарною. Україна посідає 43 місце у світі за якістю освіти, і це ставить

перед нами питання – чи обраний нами шлях правильний? Мало хто в Україні знає, що таке віртуальні класи, освітній менеджмент або менеджмент контролю знань, що в розвинених країнах стало повсякденною реальністю, необхідною складовою якісного навчання. Дистанційна освіта, яка у країнах Європи – розповсюджене явище в силу доступності й високої якості, в Україні практично не здійснюється. Сьогодні в Європі, куди так прагне наша держава, великий відсоток людей, що навчаються, перебуває у віці вище 45 років. Ми теж повинні прагнути до такої тенденції – не до освіти “на все життя”, а до освіти “через усе життя”. Диплом повинен бути не чільним, а лише першим етапом отримання якісної освіти.

У нас поки що спостерігається зворотна ситуація – навіть ті молоді люди, яким освіта необхідна для одержання спеціальності й подальшого працевлаштування, вчаться найчастіше формально, здаючи необхідний мінімум іспитів і заліків для одержання диплома. Якість навчання студентів контролюється від сесії до сесії, що є самообманом. Поточного контролю знань у тій мірі, у якій він повинен бути, немає. Тести, які складають студенти, не дають змоги для висловлення своєї думки. Наші студенти вже розмовляють, пишуть, спілкуються SMS-повідомленнями. Ми навчаємо їх робити вибір між запропонованими нами відповідями. А коли ж вони навчаться мислити? Де поле для їх сумнівів, їх запитань, можливих відповідей, нарешті, помилок?

Висновок. Ніщо не може змусити людину навчатися більш якісно, якщо в неї не буде реальної мотивації для цього. Усім відомо, на якому рівні розвитку перебуває наука в нашій країні, але ж якісної освіти без науки не існує. Те ж саме значною мірою стосується й практичної охорони здоров'я. Стрімко міняються технологія викладання, принципи передачі знань, у яких головну роль відіграють не самі знання, які сьогодні занадто швидко поновлюються, а спосіб їх засвоєння, гнучкість мислення, вміння працювати самостійно. Сьогодні ми, викладачі, повинні активно впроваджувати безперервний самоконтроль знань, а не просто вкладати в студента якнайбільше інформації.

Майже всі європейські студенти залучені до системи дистанційного навчання, що підтверджує, які величезні переваги дає цей вид освіти. А оскільки це нерозривно пов'язане із впровадженням інформаційних технологій у всіх країнах, то зрозуміло, що для оволодіння новими, перспективними формами й принципами освітнього процесу інформатизація медичної освіти є першим і найважливішим стратегічним кроком для України.

Література

1. Гельман В.Я. Медицинская информатика. – С.Пб: Питер, 2002. – 468 с.

2. Мінцер О.П., Вороненко Ю.В., Власов В.В. Інформаційні технології в охороні здоров'я і практичній медицині: Навч. посібник. – К.: Вища шк., 2004. – 423 с.

3. [Http://uacm.kharkov.ua/rus/](http://uacm.kharkov.ua/rus/) Матеріали сайту "Українська асоціація Комп'ютерна медицина".

4. [Http://www.telemed.org.ua/News/news.html/](http://www.telemed.org.ua/News/news.html/) Матеріали сайту "Телемедицина в Україні".

УДК 614.253:616-006

АСПЕКТИ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ В СУЧАСНІЙ ОНКОЛОГІЧНІЙ КЛІНІЦІ

І.Ф. Хурані, А.П. Ковальчук, О.Я. Какаркін

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

ASPECTS OF MEDICAL ETHICS AND DEONTOLOGY IN THE MODERN ONCOLOGICAL CLINIC

I.F. Hourani, A.P. Kovalchuk, O.Ya. Kakarkin

Vinnitsia National Medical University by M.I. Pyrohov

У роботі висвітлені основні положення медичної етики та деонтології в практиці онкологічних клінік та в системі підготовки студентів медичних вузів. Розкрито вплив деонтології на результати лікування онкологічних хворих.

The main principles of the medical ethics and deontology in the practice of oncological clinics and in the system of medical students' training are described in the work. The influence of deontology on the treatment results of oncological patients is discovered.

Вступ. Із давніх часів до людей, що займалися лікарською справою, ставилися високі моральні вимоги. Ще Гіппократ та Авіцена вважали, що лікар повинен володіти особливими фізичними і духовними якостями – очима сокола, руками дівчини, мудрістю змії і серцем лева [8]. Клятва Гіппократа, яка стала священним заповітом лікарям всього світу, і сьогодні відіграє важливу роль у вихованні молодих медичних працівників.

Основна частина. Впродовж багатьох років проблеми онкології привертають до себе увагу представників різних медичних спеціальностей. На початок ХХІ століття вони набули особливої значущості у зв'язку з неухильним зростанням захворюваності на злоякісні пухлини в усьому світі. Онкологія залишається однією з найдраматичніших галузей медицини у зв'язку з важкістю патології та високою смертністю (2-ге місце в структурі загальної смертності населення).

© І.Ф. Хурані, А.П. Ковальчук, О.Я. Какаркін

Діагноз "рак" залучає нас в магічні уявлення про це захворювання, оскільки сприймається в суспільстві як фатальний процес, що неминуче веде до смерті. В основі такого уявлення – страх хворого перед невиліковністю хвороби і смертю [5].

Будь-яке захворювання – це порушення життєвої рівноваги, кризова ситуація. Виявлення ж злоякісної пухлини з особливою гостротою ставить людину перед необхідністю свідомості кінця життя і неминучості смерті. І навіть у разі лікування сам факт хвороби – потрясіння, грізне попередження про можливість близької смерті. Інша справа, що людина може не захотіти це усвідомити. Реагують на хворобу і ставляться до неї всі по-різному, залежно від емоційно-психологічного складу і загальної культури. Страх смерті завжди переслідував людей, породжує похмурі уявлення про трагізм людського життя [3]. Нам не доступна таємниця життя. З упевненістю

можна сказати тільки одне, що життя – це дорогоцінний дар, дорожче за яке нічого немає. Зіткнення з онкологічними захворюваннями загострює відчуття крихкості життя, підводить до розуміння дійсної її цінності [6].

Медична деонтологія (від грец. *Deon* – борг, обов'язок; *logos* – слово, учення) – наука про обов'язок медика перед хворим і перед суспільством; причому мова йде не тільки про суто професійні обов'язки, але і, перш за все, про етичні аспекти, духовність і людяність [2].

Деонтологія – розділ етики, що розглядає вчення про моральні, професійні, юридичні обов'язки і правила поведінки медичного працівника по відношенню до хворого, його близьких та до своїх колег. Дотримання правил поведінки залежить від виховання медичного працівника, рівня його культури, освіченості, делікатності і шанобливого ставлення до людської особи. Ці якості будь-який медичний працівник повинен розвивати і удосконалювати все життя [9].

Медична деонтологія розглядає сукупність належних етичних норм і розпоряджень для медичного працівника в умовах професійної діяльності в лікувальній установі і за його межами. Деонтологія вивчає етичний зміст дій і вчинків медичного персоналу в конкретній ситуації. Принципи поведінки медичного працівника повинні бути направлені на досягнення максимальної ефективності лікування і усунення шкідливих наслідків неповноцінної медичної роботи [7].

Етика – це філософська дисципліна, що вивчає мораль і моральність. Медична етика – це наука про етичні початки в діяльності медичного персоналу. Предметом її дослідження є психоемоційна сторона діяльності лікаря, медичної сестри, лаборанта і молодшого медичного персоналу. Крім того, в коло питань медичної етики входять і ті проблеми, від успішного вирішення яких залежать життя і здоров'я хворих [12].

Медична етика є теоретичною основою деонтології, яка є практичним застосуванням медико-етичних принципів у повсякденній практиці медичного персоналу.

Деонтологія тісно пов'язана з медичною етикою, а також з питаннями медичного законодавства і професійного права. Звичайно, між поведінкою приватно практикуючого лікаря і лікаря, що працює в державній медичній установі, є певна різниця, проте ряд принципів у медичній практиці повинен бути непорушним законом для кожного з них. Їх не владні змінити ні соціальний устрій суспільства, ні науково-технічна революція, ніякі інші нововведення, що відбуваються в людському суспільстві. Це перш за все відноситься до психологічних відносин лікаря з хворим [10].

Психологія страждаючого, будучи закономірним варіантом духовного складу здорової особи, характеризується двома елементами: 1) безпосереднім стражданням, тобто хворобливим відчуттям фізичного порядку (біль і тому подібне) або психічного (відчуття туги, страху й тому подібне); 2) психічною реакцією на підставі прояву даної хвороби. Інакше кажучи, психологія хворого завжди була і буде пов'язана з його стражданнями, у зв'язку з чим він повинен шукати захисту у лікаря, святий обов'язок якого – максимально допомогти хворому позбавитися від наявних страждань. Адже лікар – це не тільки професія, але і обов'язок служити людям, охороняючи їх здоров'я.

Служити людям – взагалі велика справа, але служіння, пов'язане з позбавленням людини від фізичних і душевних страждань, ні з чим не порівняно. Слід пам'ятати, що онкологічні хворі взагалі, за рідкісним виключенням, знаходяться в пригнобленому настрої духу. Для самого успіху лікування лікар повинен підбадьорювати хворого, обнадіювати одужанням. У цьому і є велике призначення лікаря. Турбота про хворого, що полягає в полегшенні його страждань, у відновленні втраченого здоров'я, при максимально уважному ставленні до нього і складає основну суть медичної етики. І чим більше буде таких лікарів, тим на вищій ступінь підніметься гуманність медицини [13].

Кожен лікар/лікарка у своїй роботі зобов'язаний дотримуватися етичних принципів Женевської декларації Всесвітньої медичної асоціації (1949) і Міжнародного кодексу медичної етики (1983) [1, 2].

Женевська декларація Всесвітньої медичної асоціації свідчить: вступаючи в члени медичного співтовариства, я урочисто присягаюся присвятити своє життя служінню ідеалам гуманності.

Міжнародний кодекс медичної етики свідчить: лікар повинен ставити основною задачею співчуття і пошану до людської гідності пацієнта і цілком відповідати за всі аспекти медичної допомоги незалежно від власної професійної спеціалізації.

Спілкування із онкологічним хворим без дотримання принципів деонтології неприпустимо. Ситуації, з якими зустрічається лікар у практичній роботі, настільки різноманітні, що привести відповідні до кожного випадку деонтологічні правила неможливо. Тому у кожному конкретному випадку лікареві необхідно самостійно знаходити оптимальне рішення розв'язання [11].

Виділяють два принципові положення, що визначають тактику лікаря по відношенню до онкологічного хворого:

1. Максимальний захист психіки пацієнта.

2. Кожен хворий із злоякісною пухлиною має право на лікування.

При роботі з хворими із злоякісними пухлинами дотримання етичних і деонтологічних принципів має особливе значення. Це пов'язано з тим, що на стан цих пацієнтів хвороба робить особливо сильний психотравмуючий вплив. За даними багатьох авторів, у переважній більшості онкологічних хворих виявляються ознаки фобій та астено-депресивних порушень психіки. Це виявляється емоційною лабільністю, нав'язливим страхом смерті, пригніченістю і заглибленням у себе, з переважанням недовіри, відчуттям приреченості, безнадійності свого захворювання, безперспективності подальшого життя, суїцидальними думками. Проте на практиці емоційний стан онкологічного хворого часто не береться в розрахунок, особливо молодими лікарями, що, поза сумнівом, посилює не тільки психологічний, але і соматичний статус пацієнтів [14].

Лікар не має права розголошувати відомості про онкологічного хворого стороннім особам. Виключення робиться лише для родичів і найбільш близьких хворому людей. Найближчі родичі повинні бути повідомлені про дійсну природу захворювання і його прогноз. Розмова з ними повинна проходити у відсутність самого пацієнта. Їх слід попередити про небажаність розголосу відомостей про характер захворювання і проінструктувати про те, якої версії слід дотримуватися в процесі спілкування з пацієнтом. Родичів потрібно інформувати об'єктивно, але по можливості залишити надію на сприятливий результат. Це особливо важливо в розмові з людьми, які відрізняються підвищеною збудливістю або самі страждають від захворювань нервової, серцево-судинної та інших систем.

Мета, яку переслідує лікар в бесіді з родичами, залежить від конкретної ситуації. Так, якщо у хворого вперше виявлена злоякісна пухлина, родичі повинні допомогти переконати його в необхідності лікування. Завданням родичів хворих, вилікованих від злоякісних пухлин або які страждають від запущених форм пухлин, є створення оптимального мікроклімату в сім'ї і навіювання хворому надії на сприятливий результат.

Родичів часто цікавить можлива тривалість життя хворих із запущеними формами злоякісних пухлин. Вказувати, навіть орієнтовно, які-небудь терміни не слід. Конкретна відповідь в такій ситуації важко сприймається рідними, а природна помилка в ту або іншу сторону упускає авторитет лікаря.

Принциповою установкою є положення про те, що інкурабельних онкологічних хворих не існує. Хворі із запущеними формами злоякісних пухлин підлягають паліативному або симптоматичному лікуванню. Його здійснюють лікарі широкого профілю за місцем проживання хворого. План лікування повинен бути узгоджений з онкологом. При необхідності стаціонарного лікування хворого госпіталізують в загальносоматичні стаціонари.

З деонтологічних позицій, хворих із запущеними формами злоякісних пухлин можна розділити на три категорії, що вимагають різного підходу [7]:

1. Первинні хворі, у яких віддалені метастази і занедбаність процесу виявлені під час обстеження в поліклініці. Від таких хворих часто вдається приховати дійсний діагноз і прогноз захворювання. При цьому заява лікаря-онколога про те, що немає необхідності в спеціальному лікуванні в онкологічному диспансері, хворий розглядає як доказ, що онкологічний діагноз знехтуваний. Перед лікарем стоїть завдання переконати хворого в наявності іншого, неонкологічного захворювання і в тому, що призначене лікування, що проводиться достатньо наполегливо протягом тривалого часу, приведе до одужання.

Безпідставне направлення таких хворих в онкологічний диспансер є грубим порушенням деонтологічних правил. Хворий сприймає це як підтвердження діагнозу злоякісної пухлини, а неможливість лікування в диспансері як ознаку невиліковності процесу.

2. Хворі, у яких занедбаність встановлена після обстеження або лікування в стаціонарі. Таких хворих орієнтують на наявність якого-небудь неонкологічного захворювання. Залежно від результату проведеного лікування хворому говорять, що захворювання або виліковано, або підлягає подальшому лікуванню за місцем проживання. Районний онколог і дільничний лікар повинні знати, як орієнтований хворий, і дотримуватися тієї ж версії. Це вдається з'ясувати з довідки, виданої на руки хворому, при бесіді з родичами або з самим хворим.

3. Хворі з рецидивами і метастазами після проведеного раніше радикального лікування. Ці хворі більше контактують з онкологом і покладаються на його висновок. Він обирає деонтологічно виправданий варіант пояснень, якого слід дотримуватися дільничному лікарю [7].

У бесіді з хворим лікар повинен вміти проявляти якості психолога. Необхідно пам'ятати, що будь-яка людина відчуває природний страх перед словами "рак", "операція". Постаратися згладити страх у онкологічного хворого – щонайперше завдання будь-

якого лікаря. Лікар, що посилює стрес хворого, поганий стратег [2].

Особливо важливе питання – ставлення лікаря до колег. Недопустимі порушення етики у відношенні до колег, що лікували хворого до Вас. Адже часто пацієнти обурені тим, що лікар допускає вислови: “Вас неправильно лікували”, “Який лікар так запустив ваше захворювання?” і тому подібне. Ці вислови посилюють тривогу хворого, не говорячи вже про те, що це – грубе порушення лікарської етики, яке характеризує перш за все вас, а не вашого колегу.

Завдяки історичному процесу формування лікарської професії медична етика і деонтологія стали складовими частинами навчальної програми додипломної та післядипломної підготовки лікарів, формування їх поведінки. Загальновідомо, що підготовка лікаря неможлива без двох основних складових – вищої медичної освіти і виховання людини з високим духовним відчуттям, яка не була б байдужою до долі інших людей і своїх колег [4].

Питання деонтології особливо важливі в системі викладання онкології. Сама поведінка завідувача кафедри, професора, доцентів, асистентів і всіх співробітників онкологічної клініки повинна бути повчальною для студентів. При правильній організації практичної роботи студента не повинно виникати конфліктів між хворим та учасниками навчального процесу. Більшість пацієнтів охоче погоджуються на контакт із студентами, проте під час курації необхідно дотримуватись деонтологічних принципів. Нерідко хворі намагаються вивідати додаткову інформацію про своє захворювання, користуючись недостатнім досвідом куратора або граючи на його амбіціях.

Не дивлячись на визнання прав хворого на повноту інформації, студент не повинен бути для хворого джерелом несприятливої інформації. Він не має права говорити хворому про діагноз, про сумнівний або несприятливий прогноз хвороби. Слід пам’ятати, що відомості про діагноз, методи лікування і прогноз можуть виходити тільки від лікаря, що лікує. Студент не повинен повідомляти конкретних даних про результати досліджень, демонструвати хворим рентгенівські знімки і т. п. Це може створити у хворого неправильне уявлення про його захворювання і утруднити роботу лікаря з пацієнтом. Маючи доступ до медичної документації, студент повинен виключити можливість ознайомлення хворого з медичною картою стаціонарного хворого та іншими медичними документами.

У процесі спілкування з хворим перед студентом стоїть завдання допомогти лікареві в лікуванні

хворого, зокрема заспокоїти пацієнта, вселити в нього надію.

Неохайний зовнішній вигляд, пом’ятий і брудний халат, нетактовна поведінка, гучні розмови або сміх викликають негативні емоції у хворих і перешкоджають встановленню контакту з ними.

Студент повинен вміти оцінити психічний стан, своєчасно відмітити відхилення від норми в реакції хворого на ту або іншу ситуацію, спробувати заспокоїти його, повідомити лікаря, що лікує.

Інформувати родичів хворого про характер захворювання, передбачуване лікування і прогноз студент не має права. По всіх цих питаннях він повинен направити родичів пацієнта до лікаря, що лікує.

Під час доповіді в палаті у ліжка хворого, при обговоренні рентгенологічних знімків і результатів обстеження, забороняється використовувати травмуючі терміни “злаякісна пухлина”, “рак”, “саркома”, “метастази” і так далі. Замість цих потрібно використовувати слова-евфемізми, мало що значущі для хворого: “захворювання”, “органічна патологія”, або ж називати те захворювання, на яке орієнтував хворого лікуючий лікар.

Краще уникати публічних обговорень і на обходах обмежуватися нейтральними фразами, обговоренням плану досліджень, словами підбадьорення і моральною підтримкою. Головне, на публіці необхідно продемонструвати зацікавленість в результатах обстеження або лікування кожного онкологічного хворого без виключення.

Хворі дуже уважно прислухаються не тільки до інформації, що повідомляється під час обходу, але навіть до інтонації голосу того, хто доповідає. Доповідь про хворого повинна бути короткою, але одночасно чіткою та зрозумілою. У ній потрібно відобразити скарги, основні дані з анамнезу, результати досліджень, підтверджуючі діагноз, характер запланованого або проведеного лікування, перебіг і особливості післяопераційного періоду.

Не можна на обходах загострювати увагу на помилках лікарів, допущених до прийняття хворого в клініку, висловлювати співчуття, що хворий пізно звернувся за медичною допомогою, говорити про погану якість рентгенівських знімків і так далі. Всі відомості, про які хворий не повинен бути інформований, доповідаються поза палатою.

Висновки. Необхідність в професійній, лікарській етиці і медичній деонтології диктується специфікою вивчення предмета медицини, характером роботи лікаря. Пацієнт, як предмет медицини, його здоров’я і життя вимагають від лікаря глибокого, творчого підходу до своєї справи, накладають на нього особ-

ливі обов'язки в морально-етичному плані. Елементи лікарської етики і медичної деонтології повинні починати формуватися у свідомості майбутнього медика відразу після вибору майбутньої професії.

Подальша робота по лікарській етиці і по деонтологічному вихованню майбутнього лікаря повинна продовжуватися в стінах вищого медичного закладу і протягом всього життя [12].

Література

1. Балабуєва З.В., Міхальчук М.А. Деякі аспекти лікарської етики і деонтології при вивченні акушерства та гінекології // Лікарська етика та медична деонтологія – невід'ємні складові частини навчально-виховного процесу у вищих медичних навчальних закладах: Тези доповідей навчально-методичної конференції, 12 березня 2003 року. – Вінниця, 2003. – С. 3-5.
2. Ганцев Ш.Х. Онкологія. – М: МІА, 2006. – 484 с.
3. Гуревич П.С. Клінічна психологія. – М.: NOTA BENE, 2003. – 512 с.
4. Жученко С.П. Медична етика та деонтологія як складові частини навчальної програми підготовки лікарів // Лікарська етика та медична деонтологія – невід'ємні складові частини навчально-виховного процесу у вищих медичних навчальних закладах: Тези доповідей навчально-методичної конференції, 12 березня 2003 року. – Вінниця, 2003. – С. 3.
5. Нелюбіна Л. Онкологія: деякі етичні аспекти // Лікар. – 2003. – № 4. – С. 55-56.
6. Силуянова І.В. Біоетика в Росії: цінності і закони. – М.: Грант, 2001. – 154 с.
7. Трапезников Н.Н., Шайн А. А. Онкологія. – М: Медицина, 1992. – 400 с.
8. Черешнюк Л.В. До питання про етику та деонтологію

в навчальному процесі // Лікарська етика та медична деонтологія – невід'ємні складові частини навчально-виховного процесу у вищих медичних навчальних закладах: Тези доповідей навчально-методичної конференції, 12 березня 2003 року. – Вінниця, 2003. – С. 87-89.

9. Чиссов В.І., Дарялова С.Л. Онкологія. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2007. – 560 с.
10. Цзтан Цнсел. A Study about the books and periodicals Related with medical deontology and medical ethics in Turkish Republic Period / 245 Цмър EL3 OPLU, Цзтан Цнсел, Ауюеы DEM RHAN ERDEM R // J. Med. Ethics, Law and History. – 2003. – № 11. – P. 240-245.
11. Antonella Surbone The information to the cancer patient : psychosocial and spiritual implications // Supportive Care in Cancer. – 1993. – Vol. 1, № 2. – P. 89-91.
12. Balle Walter F. et al. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: An exploratory study // Journal of Clinical Oncology. – 2002. – Vol. 20, № 8. – P. 2189-2196.
13. Krylov A.A. et al. Psychological and psychosomatic problems of oncology // Klinieskav medicina. – 2003. – Vol. 81, № 8. – P. 57-59.
14. Lucchi-Angellier E. Patients' rights during medical research, and details of oncology (in France) // La Revue de Medecine Interne. – 2001. – Vol. 22, № 11. – P. 1097-1108.

УДК 617(07.07)

**ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ХІРУРГІВ НА КУРСАХ
ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ
ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

**О.Л. Ковальчук, М.С. Гнатюк, П.І. Шев'як, О.Б. Слабий, М.Ф. Ковальчук,
Ю.О. Данилевич, В.Д. Гаргула**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

**PARTICULARITIES OF SURGEONS' TRAINING ON COURSES OF
LAPAROSCOPIC SURGERY IN TERNOPIL STATE MEDICAL
UNIVERSITY**

**O.L. Kovalchuk, M.S. Hnatyuk, P.I. Shevyak, O.B. Slaby, M.F. Kovalchuk,
Yu.O. Danylevich, V.D. Harhula**

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У зв'язку зі стрімким розвитком лапароскопічної хірургії актуальним постає питання підготовки лікарів-хірургів. На циклі тематичного вдосконалення в Тернопільському державному медичному університеті використовується поетапне засвоєння практичних навичок і теоретичних знань. Хірурги оволодівають практичними навичками в тренажерному залі, під час навчальних операцій на тваринах і в клініці. Такий підхід дозволяє найбільш оптимально засвоїти навчальний матеріал.

With a steep development of laparoscopic surgery it is actual to arise a question of surgeons' training. On the cycle of thematic improvement in Ternopil State Medical University is used step-by-step acquiring of practical experience and theoretic knowledge. Surgeons acquire practical experience during educational operations on animals and in clinic. Such approach allows to master material better.

Вступ. В останні роки спостерігається інтенсивний розвиток нових хірургічних технологій, серед яких малоінвазивна хірургія, без сумніву, є одним з найбільших досягнень медицини за останні 20 років. З кожним роком малоінвазивні методи використовуються все ширше, тому що дозволяють досягти максимальних результатів при мінімальній операційній травмі. Тому сьогодні важко назвати розділ хірургії, де би не були зроблені успішні спроби застосувати ендоскопічні технології в багатьох найбільш поширених операціях.

Основна частина. Важливими перевагами ендоскопічної хірургії є мала травматичність та низька частота ускладнень, а соціальні переваги – економічна ефективність та істотне зниження строків реабілітації хворого. При цьому слід зауважити, що наскільки операція стала легшою для пацієнта, настільки ж складною та відповідальною для хірурга. В ендоскопічній хірургії лише складні електронні прилади, ніжні та делікатні спеціальні інструменти дозволяють

виконувати оперативні втручання через невеликі проколи в тканинах без їхнього розрізу. Виконання таких оперативних втручань потребує спеціальної апаратури і інструментів, а від хірурга – додаткових знань та навичок роботи з ними.

При цьому на перший план виступає пошук нових технологій навчання, які суттєво прискорюють підготовку висококваліфікованих спеціалістів з якісно новим ступенем знань [1, 2, 3].

Важливе значення у підготовці практичного лікаря надається насамперед освоєнню та поглибленню практичної досконалості, тобто засвоєнню цілого ряду практичних навичок, які пов'язані із запитами клініки і допомагають виконувати алгоритм різних оперативних втручань [4, 5]. Необхідно зазначити, що якісне засвоєння практичних навичок істотно розширює кругозір лікаря, досконале опанування ними сприяє своєчасному і грамотному наданню невідкладної та планової хірургічної допомоги хворим. Відомо також, що досягнення максимального ефекту від вивчення будь-

якої медичної дисципліни необхідно, щоб лікарі-курсанти не лише отримували глибокі теоретичні знання, але й істотно вдосконалювали практичні навички [6, 7]. Адекватне засвоєння практичних навичок інтенсифікує засвоєння матеріалу, стимулює цікавість до предмета і викликає активну діяльність мислення [8].

Вивчення практичної навички чи будь-якого хірургічного прийому з медичної літератури ще не гарантує якісного їхнього використання в клініці. Важливою проблемою при підготовці лікарів-курсантів є відпрацювання хірургічних прийомів, які використовуються лікарями-хірургами під час операцій. На допомогу молодим спеціалістам стають тренажерні зали, де на спеціальних фантомах можна набути практичних навичок, а також виконуючи операції на експериментальних тваринах детально навчитися робити найбільш поширені хірургічні операції. Виконавши декілька операцій на дослідних тваринах, лікар-курсант впевненіше працюватиме в клініці.

Опанування хірургами нової технології вимагає нових форм та умов, а існуюча система підготовки вітчизняних спеціалістів є малодинамічною та непристосованою до організації широкомасштабної перепідготовки. Якість підготовки хірурга при цьому повинна визначатись не довготривалістю перебування його на курсах, а інтенсивністю занять, наявністю умов для тренінгу і якістю викладання. Відсутність єдиної системи підготовки кадрів для ендоскопічної хірургії, низьке оснащення хірургічних кафедр відповідними наочними засобами стримують темпи розвитку нових технологій.

Ендоскопічна хірургія – спеціальність технологічна, що вимагає апаратної та інструментальної сфери діяльності ендоскопічного хірурга [9]. Саме тому є особливості і в навчанні лікарів-курсантів.

На факультеті післядипломної освіти на різних циклах хірургічного профілю навчаються лікарі-курсанти. Метою їх навчання є покращення відомих і вивчення нових технологій виконання хірургічних операцій. Перед курсантами ставляться такі задачі: а) поглибити знання про причини і механізм розвитку, особливості клінічного перебігу хірургічних захворювань органів черевної порожнини; б) засвоїти та вдосконалити техніку ендоскопічних методик; в) вдосконалити вміння вибору оптимальної та раціональної діагностично-лікувальної програми у хворих із захворюваннями органів черевної порожнини; г) узагальнити свій досвід з прийнятими в державі рекомендаціями з лікування хворих хірургічного, онкологічного і гінекологічного профілів за допомогою малоінвазивних технологій.

Для виконання поставлених завдань цикл тематичного вдосконалення “Лапароскопічні та інші малоінвазивні технології в хірургії” розділено на кілька етапів. Навчання починається із вивчення теорії – сучасних моделей апаратури, спеціального та допоміжного інструментарію, необхідного для виконання операцій, специфіки їхньої обробки та стерилізації, розглядаються особливості анестезіологічного забезпечення, показання і протипоказання, топографо-анатомічне обґрунтування малоінвазивних операцій.

Паралельно проходить опанування практичними навичками, що розпочинається з роботи на фантомах в тренажерному залі ендоскопічної хірургії, що оснащений не лише названими вище тренажерами, але і різноманітним інструментарієм та апаратурою, що використовується при виконанні малоінвазивних оперативних втручань. При цьому на фантомах засвоюються та вдосконалюються принципи роботи з різними інструментами для ендоскопії, а також освоюються навички в’язання інтра- та екстракорпоральних вузлів. Необхідно зазначити, що наявність тренажерного залу ендоскопічної хірургії значно розширює можливості вдосконалення та освоєння необхідних практичних навичок, тому що він дає можливість наочно показати окремі складні етапи названих навичок, а при необхідності повторити їх.

Важливим етапом у плавному переході від теорії до практики є робота в тренажерному залі ендоскопічної хірургії і виконання навчальних операцій на тваринах. Засвоївши особливості роботи з апаратурою та інструментарієм, кожен курсант має можливість виконати в експериментальній операційній діагностичній лапаро- і торакокопії, холецистектомії, спленектомії, нефректомії, роз’єднання злук, виконати екстра- та інтракорпоральний вузол.

Перед виконанням навчальної операції на тваринах проводиться детальний розбір етапів операції з відеодемонстрацією існуючих способів та вибором оптимального. Кожне виконане оперативне втручання на експериментальних тваринах детально розглядається на семінарських заняттях, де детально аналізуються помилки, допущені учасниками операції в алгоритмі виконання того чи іншого оперативного втручання, їхні можливі наслідки під час операції, в ранньому та віддаленому післяопераційних періодах, а також методи попередження допущених помилок, ускладнень та їх корекції.

Опанувавши основні практичні навички, лікарі курсанти беруть участь у виконанні малоінвазивних втручань у клініці, де проходить завершальний етап засвоєння практичних навичок, оскільки ні в трена-

жерному залі, ні під час навчальних операцій на тваринах не можна передати всі особливості та деталі проведення операції хворому.

Семинарські заняття проходять у вигляді диспутів з обговоренням незрозумілих питань, демонстрацією навчальних відеофільмів, з поетапним розбором алгоритмів виконання операцій. Курсанти мають можливість скористатись послугами бібліотеки, Інтранету та Інтернету, отримати повну інформацію з навчального предмета, а також інших медичних дисциплін.

З найбільш важливих і складних тем читаються лекції. Оскільки загальна кількість лікарів-курсантів не перевищує 8 чоловік, а сучасні технології дозволяють використовувати таблиці, слайди, відеофільми, засвоєння матеріалу з використанням наведених етапів навчання є максимальним. Останнє адекватно підтвердилось проведенням анкетним опитуванням лікарів-курсантів.

Література

1. Педанов Ю.Ф., Гоженко А.І., Манульків Р.Ф. Особливості програм викладання морфофункціональних дисциплін у вищих навчальних закладах I-II рівнів акредитації в Україні і республіці Сербії // Медична освіта. – 2007. – № 1. – С. 51-55.
2. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров'я та обґрунтування перспектив розвитку вищої медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 6-11.
3. Ковальчук Л.Я. Основні тенденції розвитку світової вищої школи. Впровадження сучасних технологій у навчальний процес Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського: досягнення і перспективи // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 5-11.
4. Ляшук П.М., Пішак В.П. Про якість підготовки випускників академії // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 22-26.

Наші курси – єдині на території всієї України, де виконуються навчальні операції на тваринах. За період існування курсів з 2007 року навчання закінчили і успішно працюють 160 лікарів-хірургів, урологів, гінекологів, онкологів.

Висновок. Поетапне навчання лікарів-курсантів на курсах лапароскопічної хірургії з використанням їх практичної роботи в тренажерному залі ендоскопічних технологій, в експериментальних операційних, де проводяться різні оперативні втручання на дослідних тваринах, семінарах, на яких детально аналізуються помилки курсантів, їх наслідки, ускладнення, їх попередження та корекція, участь у виконанні оперативних втручань в клініці, лекціях з найбільш важливих і складних тем ендоскопічних технологій є найбільш адекватним, що дозволяє повноцінно освоїти необхідні теоретичні знання та практичні навички з даного розділу хірургії.

5. Особливості засвоєння практичних навичок при вивченні оперативної хірургії та топографічної анатомії / М.С. Гнатюк, Ю.О. Данилевич, Р.М. Гнатюк та ін. // Медична освіта. – 2007. – № 1. – С. 40-44.
6. Ахтемійчук Ю.Т., Пішак В.П., Слободян О.М. Практичні навички з оперативної хірургії. – Чернівці: Місто, 2005. – 152 с.
7. Попович Ю.Л., Діамантопуло К.О. Техніка хірургічних операцій. – Івано-Франківськ, 2005. – 348 с.
8. Синяк К.М., Давиденко О.С., Касьяненко Т.И. Методологические аспекты преподавания эпидемиологии // Врач. дело. – 1998. – № 8. – С. 112-118.
9. Акчури Р.С., Давидов М.И., Княжев В.А. Эндоскопическая хирургия. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 352 с.

УДК 616-089:376.68

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З ІНОЗЕМНИМИ СТУДЕНТАМИ ПРИ ВИВЧЕННІ ГОСПІТАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

І.О. Гіленко, Д.Г. Дем'янюк, В.І. Ляховський, О.А. Крижановський,
М.І. Горлачов, П.П. Сакевич, М.О. Дудченко, О.А. Шкурупій, Т.Г. Діхтенко

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

PARTICULARITIES OF THE WORK WITH FOREIGN STUDENT AT STUDY OF HOSPITAL SURGERY

I.O. Hilenko, D.H. Demyanyuk, V.I. Lyakhovsky, O.A. Kryzhanovsky, M.I. Horlachov,
P.P. Sakevych, M.O. Dudchenko, O.A. Shkurupiy, T.H. Dikhtenko

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

Вища медична школа України накопичила багатий досвід підготовки лікарів. Методологічною основою її роботи завжди залишався гуманізм, гуманітарна спрямованість медичної освіти. Втілення у життя визначеної методології здійснювалося методикою, що передбачає підготовку лікаря з позицій індивідуального підходу до хворої людини, з урахуванням її особливостей у тісному поєднанні з соціально-економічним середовищем проживання. Але праця, що дає позитивні наслідки, не може бути механічно перенесена в аудиторію іноземних студентів. Характер її має врахувати соціально-економічні умови формування особистості студентів, готовність їх сприймати зміст навчання, мотивацію навчання, кінцеву мету освіти. Переважна більшість іноземних студентів вже на першому році навчання завершують вибір майбутньої спеціальності, мають визначену мету, окреслили засоби її досягнення. Заключний етап вивчення хірургічних хвороб на кафедрі госпітальної хірургії має здійснюватися з максимальним урахуванням майбутньої спеціальності і допускати в межах можливого забезпечення індивідуальної підготовки.

The higher medical school of Ukraine has accumulated the rich experience of physicians' preparation. The methodological base of its work had always remained humanism, humanitarian directivity of medical education. The embodiment of determined methodology into life was realized by methods providing the physician's training from position of the individual approach to sick person, taking into account his particularities in close association with social-economic ambience of the residence. But work, which gives the positive effect, can not be mechanically transferred into auditorium of foreign students. Its nature must take into account social-economic conditions of the students' personality forming, their readiness to perceive the contents of education, motivation of education, final objective of education. The majority of foreign students already during the first year of education complete the choice of future speciality, have determined purpose, have outlined the facilities for its achievement. The final stage of the study of surgical diseases at the department of hospital surgery should be realized with maximum account of the future speciality and allow possible provision of individual training.

Вступ. Вища медична школа України накопичила і зберігає багаті традиції підготовки лікарів. Головною складовою процесу завжди виступала хвора людина з її індивідуальністю з урахуванням впливу навколишнього середовища впродовж життєвого досвіду. Майбутній фахівець формувався працею студента біля ліжка хворої людини. Бажання вчитися у нас визріло не випадково. І як наслідок – студентські лави засіло молоде покоління наших шанувальників – іноземні студенти. Чи можемо ми цілком переносити свій багатий досвід у підготовці лікарів на аудиторію іноземних студентів? Відповідь однозначна. Так. Але щоб отримати задовільний кінцевий наслідок кропіткою, розтягнутої у часі роботи чис-

ленного педагогічного колективу, необхідно з перших же кроків терпеливо і вдумливо переглянути нашу методологію і методику, пов'язати їх з конкретними умовами праці з іноземними студентами.

Відомо, що всякий процес навчання відбувається в органічному поєднанні складових: суб'єкта навчання – студент – викладач, умов праці, середовища, в якому відбувається цей процес. Аналізуючи складові навчального процесу, важко виділити і надати перевагу тій чи іншій, бо зміна однієї помітно впливає на кінцевий наслідок – продукт праці. Проте у даній конкретній ситуації роботи з іноземними студентами вважаємо, що головною, визначальною складовою процесу навчання варто вважати суб'єкт

© І.О. Гіленко, Д.Г. Дем'янюк, В.І. Ляховський та ін.

навчання – особистість того, хто бажає оволодіти фахом лікаря.

Суб'єкт навчання. Для успішного формування майбутнього фахівця суб'єкт навчання – студент – повинен бути готовим до сприйняття, засвоєння змісту навчання. Це властивість, характеристика особистості, що формується, накопичується, виховується впродовж свідомих суспільних кроків, життєвого досвіду, попереднього навчання та виховання. Це початок свідомого життєвого шляху. Вплив його на формування особистості визначається перш за все соціально-економічними умовами життя та ідеологічними інститутами, що обслуговують конкретну економічну формацію.

Основна частина. Досвід роботи з іноземними студентами, переважно з далекого зарубіжжя, дозволяє нам зробити висновок, що серед них, як і серед вітчизняних, трапляються особи, що з певним утрудненням сприймають зміст навчання навіть після чотирирічного перебування в навчальному закладі. Причин цього декілька. Вважаємо за необхідне назвати лише визначальні. Стосовно особистостей. Переважно люди емоційні, легко збудливі. Породжені емоції заважають своєчасній мобілізації знань, здійсненню необхідного аналізу, синтезу, створенню продуктивної думки. Без належного розуміння цього, виваженого ставлення з боку викладача до характеру протікання думки, їх викладу, може склестися враження поверхневого засвоєння знань. Якщо з боку викладача не з'явиться належного розуміння характеру особистості студента-іноземця, передбачається тривала, кропітка праця з обох сторін по шліфуванню професійного контакту на основі відомих педагогічних засад: терпеливе вислуховування співрозмовника, вдумливий аналіз повідомленого, етична корекція самостійної праці студента з безумовним акцентом на допущені неточності. Проте вважаємо можливим втручання викладача у процес вдосконалення формування особистості лише за умов позитивного сприйняття студентом доброзичливих побажань викладача. В протилежному випадку з'являється негативізм, невіра у щирість викладача, замкнутість. Засвоєння програми відбувається без творчого продуктивного осмислення. Стимулюємо перш за все самостійну працю студента з обов'язковим нагадуванням істини: тільки настирливість, самовіддана праця приносить бажані наслідки. Розмова на згадану тему з іноземними студентами відводимо певний час при кожній зустрічі. У відповідь на очевидне бажання допомогти у них зникає негативізм, укріплюється бажання вчитися, самовдосконалення

та самовиховання. При такому підході позитивний вплив на процес навчання відчувається помітно.

Праця з іноземними студентами на кафедрі госпітальної хірургії завжди розпочинається з розпізнання індивідуальності студента [2, 3], терпеливого розкриття його психологічно-емоційних можливостей, характеру попереднього життєвого досвіду, мотивів навчання, кінцевої мети навчання. Звичайно, наведені складові, розкриття яких ставимо за мету в найближчі часи після зустрічі зі студентами, своєю основою сягають в глибини середньої школи. В когрий раз констатуємо, що вони підлягають глибокій корекції, як, між іншим, і у вітчизняних студентів. У фундамент роботи у цьому напрямку кладемо наукову основу праці з книгою. Психологічні основи запам'ятовування, виживання знань, мобілізації можливостей, природних здібностей, розвиток та тренування пам'яті – зорової, логічної, змістовної. Усе це об'єднуємо у поняття – індивідуальна робота з кожним іноземним студентом.

Продовжуємо працю на послаблення негативного впливу зміни соціального середовища. П'ятий рік перебування у відлученні від звичайного соціально-економічного середовища не позбавляє іноземних студентів емоційних переживань і, бодай, прихованих хвилювань за рідним краєм. Це явище у певній мірі деморалізує їх і негативно впливає на процес навчання. Кілька років підряд на початку кожного заняття практикуємо короткотривале обговорення новин з їх рідного краю, пропонуємо висловлюватися бажаним. Уважно вслухаємося в оцінку подій, явищ студентами. В короткому підсумку оцінюємо події, явища, висловлюємо свої думки і побажання, бачення процесу з точки зору гуманних принципів.

Педагогіка відрізняє різні мотиви навчання: самоствердження, престижу, усвідомленої необхідності, відповідальності та інші. Мотиви навчання визначає кінцева мета цього процесу, що у свою чергу формує її досягнення. Підсилюючи мотиви навчання, можна значно покращити якість засвоєння знань. Терпеливо і виважено підходимо з перших кроків роботи до вияснення мотивації вибору професії лікаря кожним іноземним студентом. Виходимо з того, що вже з перших кроків навчання студент повинен чітко уявити себе виконавцем певних обов'язків, визначених фахом, тобто він повинен уже на початку вивчення госпітальної хірургії твердо визначитися з вибором спеціальності. З певною повнотою задоволення констатуємо, що майже усі іноземні студенти, приступаючи до вивчення програми госпітальної хірургії, уже чітко спланували своє майбутнє і визначилися з ви-

бором спеціальності. У них є мета. Більшість з них навіть указує місце роботи, перспективу професійного росту, економічні важелі, самовдосконалення. Таке визначення перспективи рельєфно вимальовує мотиви навчання. Головними з них визначаємо як мотиви самоствердження, престижу. І не в першу чергу – пізнавальні. Усе сказане дозволяє і зобов'язує з перших годин перебування студентів в межах кафедри досить предметно визначити вихідний рівень знань кожного, намалювати програму індивідуальної підготовки з урахуванням інтересів. Крім програмного матеріалу, передбачаємо оновлення знань з основних розділів топографічної анатомії, нормальної фізіології. Акцентуємо увагу на атиповому перебігу захворювання, сучасних методах обстеження хворого, трактуванні отриманих наслідків обстеження, сучасних методах лікування, нових технологіях оперативних втручань. Навчаємо вміння мобілізувати знання та навички, отримані на попередніх кафедрах. Це вимагає часу. Змушені це робити, виходячи з розуміння “виживання” знань за умов їх придбання при наявності певного “мовного” бар'єра на початковому етапі навчання. Стимулюємо процес пошуку та засвоєння знань шляхом максимального підсилення визначених мотивів навчання. Залишивши майже не зміненою методологію, змінили методику навчання. Це стосується перш за все позааудиторної роботи, проведення практичних занять, використання засобів контролю засвоєння знань. Кожен раз, комплектуючи заняття, передбачаємо працю студентів біля ліжка хворого. Незмінно дотримуємося етики і деонтології [1], здійснюємо контроль засвоєння знань біля ліжка хворого. При цьому студенти самі переконуються в необхідності поглибленої підготовки з тих чи інших питань. Кожен раз викладач допомагає скласти програму такої підготовки, зокрема, пропонує консультативну допомогу, сучасну літературу.

Студенти добре розуміють, що перед початком самостійної роботи за місцем проживання їм доведеться складати нелегкий професійний залік. Вважаємо за обов'язок кожен раз після закінчення розгляду теми виділяти, формувати запитання з теми, які будуть ключовими при такому заліку. Деяко змінили програму навчання. Зокрема, в межах дозволених змін передбачили поглиблене вивчення теми шлунково-кишкових кровотеч, сепсису, ран та ранової інфекції, шоку, порушення гомеостазу та інші. Деякі з цих розділів студенти можуть опанувати лише після практичної участі у складенні програми лікування конкретного хворого. Крім цього, для тренінгу направили достатню кількість ситуаційних задач з ета-

лонами їх розв'язання. Твердо переконалися, що жоден вид імітації хвороби – ситуаційні задачі, контролюючі тести, ділові ігри, комп'ютерні навчально-контролюючі програми за силою впливу на процес засвоєння знань не в змозі замінити працю з хворою людиною.

Іноземні студенти, пройняті довірою до нашого друкованого слова, приймають запропоноване за безперечну істину. З метою відмежування перевіреною практикою наукових істин від таких, що відображають погляди окремих авторів, склали перелік запропонованої літератури з усіх розділів програми. Нові досягнення науки та практики обговорюємо і приймаємо рішення про їх запровадження у життя. Ретельне засвоєння знань та практичних навичок іноземними студентами поєднуємо з дієвим контролем опанування. Практикуємо різні форми контролю: опитування, шляхом розв'язання ситуаційних задач, ділову гру, комп'ютерне тестування. Дотримуємося правила: допущені студентами помилки можуть повторюватися, якщо при їх виявленні не буде вказане правильне рішення. Саме через це кожний метод контролю носить контролюючий навчальний принцип і практикується за активної участі викладача.

Не уявляємо навчання іноземних студентів без виховання у них патріотизму: бажання бачити свою батьківщину, свій народ щасливим, багатим, здоровим [5, 6]. Таке виховання завжди базується на національній ідеї та породженій на її основі суспільній свідомості. У суспільстві з ринковими відносинами усвідомлення активного впливу цих понять на поступальний розвиток суспільства децю різниться від закріпленого у нас, і розмова про це зі студентами вимагає ретельного такту, чіткого осмислення, аби не видатися категоричним, а значить, неприйнятним. Вдаємося до викристалізованої істини. Незалежно від соціально-економічного ладу держави медицина завжди має гуманітарну направленість. Її об'єкт – людина з її фізичними і психічними вадами [4]. З наукової позиції впливаючи на них можна активно впливати на здоров'я нації, міцність та цілість держави. Лікарі з цієї позиції визнані активними учасниками виробничого процесу. Таким чином, навіть не будучи достатньо обізнаними з національною ідеєю, суспільною свідомістю, сформованою на основі національної ідеї – у розпорядженні викладача залишаються вагомими важелі формування лікаря-патріота. Це гуманізм, гуманітарна направленість усієї праці лікаря.

На плечах викладача, вчителя іноземних студентів лежить велика відповідальність навчити їх вибрано-

го фаху, виховати патріотами своєї держави, свого народу. Слова – патріот, патріотизм – можливо, не зовсім звичні для розуміння іноземними студентами. Їх успішно замінюємо словами – вітчизна, батьківщина, народ, воля, єдність. Ці слова мають постійно залишатися у лексиці викладача як важіль активного впливу на психічну сферу, свідомість студентів. Проте найбільш дієвим засобом виховання завжди залишається постать викладача. Перш за все це має бути прогресуючий фахівець, тонкий аналітик, об'єктивний у судженнях, поважаючий студента як особистість, гуманіст, інтернаціоналіст. Він мусить бути обізнаним з основами охорони здоров'я у країнах, чийх посланців він учить благородної професії. Добиватися позитивного відлуння у свідомості своїх слухачів обізнаністю соціально-економічної ситуації

Література

1. Андрейчин С.М., Михацяка В.О., Маланчук С.А. Деонтологічне виховання студентів // Медична освіта. – 2004. – № 1. – С. 43 – 45.
2. Бабак М.І. Формування особистості медика третього тисячоліття // Медична освіта. – 2002. – № 1. – С. 49 – 50.
3. Формування у студентів доміанти на емпатію / С.Н. Вадзюк, С.І. Шкробот, О.В. Денефіль та співавт. // Медична освіта. – 2003. – № 3. – С. 48 – 50.
4. Василюк В.М., Кравчук Н.В., Василюк В.В. Основи

в конкретній державі та переконаністю позитивного впливу своїх вихованців на прискорення її впевненої ходи до кращого майбутнього. Повсякденну працю зі студентами-іноземцями на кафедрі здійснюють досвідчені доценти.

Висновки: 1. Вивчення курсу хірургічних хвороб на заключному етапі має базуватися на вихідному рівні знань і включати певні розділи з програм споріднених кафедр.

2. За умов визначеності з вибором спеціальності студентами-іноземцями вивчення ними курсу госпітальної хірургії варто наблизити до індивідуальної форми занять за інтересами.

3. Методологічною основою виховання іноземних студентів має бути гуманізм, гуманітарна спрямованість медичної освіти.

клінічного мислення // Медична освіта. – 2004. – № 3-4. – С. 33 – 36.

5. Формування суспільної свідомості у студентів медичних вузів / І.О. Гіленко, Д.Г. Дем'янюк, В.І. Ляховський та співавт. // Медична освіта. – 2006. – № 4. – С. 39 – 42.

6. Методологічні особливості формування гуманітарних поглядів у студентів-медиків / О.Н. Литвинова, Н.О. Лісовська, Т.І. Андрієвська та співавт. // Медична освіта. – 2003. – № 4. – С. 19 – 21.

УДК 611(07.06)

ОРГАНІЗАЦІЯ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ З ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ І ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ НА КАФЕДРІ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ

Л.В. Соколова, І.М. Кліщ, В.Ф. Тюріна, І.М. Марків, Ю.М. Цяпа, З.П. Мандзій
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ORGANIZATION OF PRODUCTION PRACTICE IN PHARMACEUTICAL INFORMATION AND PHARMACEUTICAL CARE AT THE DEPARTMENT OF CLINICAL PHARMACY

L.V. Sokolova, I.M. Klishch, V.F. Tyurina, I.M. Markiv, Yu.M. Tsyapa, Z.P. Mandziy
Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Узагальнено досвід організації по проведенню виробничої практики з фармацевтичної інформації та фармацевтичної опіки на кафедрі клінічної фармації. Звертається увага на методику проведення виробничої практики з фармацевтичної інформації та фармацевтичної опіки. Під час практики студентам надається можливість закріпити знання та практичні навички, отримані студентами при вивченні основних клінічних та теоретичних дисциплін, забезпечити їх подальше поглиблення, а також ознайомлення з організацією роботи клінічного провізора в умовах лікувально-профілактичного закладу із забезпечення лікувально-профілактичної допомоги населенню.

The experience of organization of pharmaceutical information and pharmaceutical care production practice at the department of clinical pharmacy has been summarized. Attention is paid to the method of conduction of production practice. During the practice students have possibility to increase their knowledge and practical skills got during the study of clinical and theoretical disciplines, to provide their further improvement as well as acquaintance with the organization of clinical pharmacist's work in medical-prophylactic establishment which provide medical-prophylactic aid to the population.

Вступ. Фармацевтична опіка – комплексна програма взаємодії провізора, лікаря і пацієнта впродовж всього періоду фармакотерапії, починаючи від моменту відпуску ліків до повного закінчення їх дії. Роль фармацевтичної опіки значно зростає в умовах розвитку системи самолікування, коли провізор в аптеці стає основним консультантом пацієнта. Набуті знання і засвоєння практичних навичок та вмінь з фармацевтичної опіки допоможуть майбутнім працівникам аптек правильно вибрати оптимальні безрецептурні препарати для конкретних пацієнтів [1, 2, 3].

Основна частина. Практика студентів є невід'ємною складовою процесу підготовки спеціалістів. Метою практики є оволодіння студентами сучасними методами, формами організації та порядками праці у галузі їх майбутньої професії, формування на базі одержаних в університеті знань, професійних умінь і навичок для роботи в реальних ринкових і виробничих умовах [4, 5, 6].

Головне завдання виробничої практики з фармацевтичної опіки – закріплення знань, одержаних в

процесі навчання, та їх трансформація у практичні уміння і навички в умовах майбутньої фахової діяльності. Під час виробничої практики студент виконує обов'язки спеціаліста на робочому місці (при безпосередньому керівництві з боку спеціаліста); усвідомлює організаційну структуру закладу, де відбувається виробнича практика, сприймає загальну картину всього об'єкта практики.

Перед виконанням виробничої практики з фармацевтичної опіки студенти отримують від викладача методичні рекомендації з питань проходження практики.

Студенти при проходженні практики зобов'язані:

- до початку практики отримати на кафедрі від керівника практики консультації щодо оформлення всіх необхідних документів;
- у відділі практики отримати направлення, розпорядження або щоденник на відповідну базу;
- своєчасно прибути на базу практики;
- вивчити і суворо дотримуватись правил охорони праці, техніки безпеки та виробничої санітарії;

© Л.В. Соколова, І.М. Кліщ, В.Ф. Тюріна та ін.

– у повному обсязі виконувати всі завдання, що передбачені програмою практики, і дотримуватись рекомендацій її керівників;

- нести відповідальність за виконану роботу;
- вести щоденник практики, іншу звітну документацію, що передбачена програмою практики;
- систематично подавати щоденник для перевірки керівникові практики;
- своєчасно скласти залік з практики.

Студентам надається перелік практичних навичок, якими вони повинні оволодіти під час практики.

У процесі проходження практики студенти повинні засвоїти такі теоретичні знання:

– асортимент рецептурних і безрецептурних лікарських засобів, брендів і генеричних препаратів, що дозволені до медичного застосування в Україні; їх фармакологічні, фармакотерапевтичні та споживчі властивості;

– клініко-фармакологічну характеристику основних фармакологічних груп рецептурних і безрецептурних лікарських засобів;

– контингент пацієнтів, який підлягає фармацевтичній опіці;

– алгоритми фармацевтичної опіки пацієнтів (у т. ч. дитячого і старечого віку) при різних патологічних станах;

– найбільш розповсюджені прояви побічної дії лікарських препаратів різних фармакологічних груп, явища, які виникають при взаємодії препаратів різних фармакологічних груп при їхньому спільному застосуванні;

– способи попередження виникнення побічних ефектів лікарських засобів, а також алгоритм дії при виникненні побічної дії лікарського препарату в конкретного пацієнта;

– способи попередження взаємодії лікарських препаратів при проведенні комплексної терапії, а також їхньої взаємодії з їжею;

– фактори, що визначають відношення пацієнта до лікарської терапії, що рекомендується чи проводиться, і способи підвищення лояльності до неї;

– ознаки захворювань і “загрозливі” симптоми, що вимагають консультації лікаря, надання невідкладної медичної допомоги;

– принципи, правила і порядок надання долікарняної допомоги хворим в умовах аптечної установи;

– способи проведення інформаційної роботи в аптеці, лікувально-профілактичному закладі.

Після закінчення практики студент повинен вміти:

– виконувати правила медичної етики і деонтології, вирішувати комплекс питань, пов’язаних із взаєми-

нами між клінічним провізором чи хворим та його родичами, клінічним провізором і лікарем;

– аналізувати рецепти і вносити в них корективи, у ході бесіди з пацієнтом одержувати дані, що стосуються показань і протипоказань до застосування лікарського препарату в даному конкретному випадку, можливої взаємодії лікарських препаратів, призначених лікарем та інші дані, використання яких сприяє оптимізації процесу лікування;

– здійснювати вибір оптимальних напрямків лікування з використанням безрецептурних препаратів, керуючись характером патології, виявленої в конкретного пацієнта в умовах аптеки чи стаціонару;

– здійснювати оптимальний вибір безрецептурних лікарських препаратів чи їхніх комбінацій у кожній фармакологічній групі в конкретній клінічній ситуації, враховуючи особливості їх клініко-фармацевтичних властивостей, їх взаємодії з одночасно чи раніше призначеними препаратами;

– здійснювати вибір оптимальної лікарської форми, дози, шляху введення лікарських препаратів і тривалість їхнього застосування (з огляду на характер їжі, вік пацієнта, особливості перебігу патологічного процесу, хронофармакологічні аспекти);

– консультувати хворих чи їхніх родичів, провізорів “першого столу” з питань раціонального застосування лікарських препаратів.

Критерієм якості проходження виробничої практики є засвоєння практичних навичок, вмінь, знань, які передбачені програмою.

Загальна тривалість практики складає 3 тижні (15 робочих днів). Студенти працюють у спеціалізованих відділеннях лікувально-профілактичного закладу та поліклініці. Під час практики майбутні клінічні провізори разом з лікарями безпосередньо спілкуються з хворими, збирають анамнез, аналізують листки призначень, здійснюють їх корекцію, встановлюють побічну дію ліків та заповнюють протоколи побічної дії ліків. Упродовж практики студенти працюють в усіх відділеннях лікарні, що дає змогу ознайомитися з фармакотерапією різних захворювань.

У поліклінічному відділенні практиканти присутні на прийомі пацієнтів, засвоюють методику первинного обстеження пацієнтів, набувають навички вибору безрецептурних лікарських препаратів для ефектної та безпечної симптоматичної лікарської терапії хворих, консультують пацієнтів з питань взаємодії лікарських препаратів між собою, їжею, висвітлюють хронофармакологічні особливості лікарських препаратів, здійснюють разом з лікарем генеричну та терапевтичну заміну лікарських препаратів.

Упродовж виробничої практики студенти ведуть щоденник своєї роботи. Щоденник є офіційним документом, який студенти здають викладачам кафедр, які керують практикою. Без щоденника або при невчасному його оформленні виробнича практика не зараховується. В щоденниках по днях відображається робота практиканта (її характер і об'єм): кількість практичних ситуацій з раціонального використання лікарських препаратів для симптоматичного лікування з коротким викладом суті проблеми і пропозиціями її розв'язання.

Заповнений щоденник дає ясне уявлення про ступінь самостійності студента при виконанні тієї або іншої роботи.

Студенти-практиканти щодня описують в щоденнику дві-три практичні ситуації з фармацевтичної опіки. В щоденниках висвітлюється така інформація:

1. Пацієнт (-ка)-паспортні дані.
2. Симптоми, для лікування яких пацієнт (-ка) хоче придбати препарати.
3. Алгоритм бесіди провізора з хворим при виборі безрецептурного препарату для симптоматичного лікування.
4. У яких випадках такий (такі) симптом (симптоми) вимагає (вимагають) обов'язкової консультації лікаря?
5. Які фармакологічні групи препаратів підходять для симптоматичного лікування?
6. Який препарат практикант рекомендує пацієнту та обґрунтовує свій вибір?
7. Як приймати препарат (спосіб, доза, в т. ч. максимальна, частота, тривалість прийому)?
8. Якою буде дія препарату і коли вона проявиться?
9. Які побічні ефекти можуть виникнути, як довго

Література

1. Чехія: погляд на систему освіти. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 100 с.
2. Фармацевтическая опека / Под ред. В.П. Черних, И.А. Зупанца, В.А. Усенко. – Харьков: Мегаліс, 2003. – 106 с.
3. Фармацевтическая опека. Практическое руководство для провизоров и семейных врачей / Под ред. В.П. Черних, И.А. Зупанца, В.А. Усенко. – Харьков: Золотые страницы, 2002. – 264 с.
4. Досвід Віденського медичного університету в рефор-

муванні системи освіти. Перспективи співпраці. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 288 с.

10. Характер взаємодії препарату з їжею, алкоголем, ніотином.

11. Особливості взаємодії препарату з іншими медикаментами.

12. Коли не можна приймати препарат?

13. Як зберігати препарат?

14. Що робити із залишками препарату?

Студент аргументує вибір того або іншого препарату, використовуючи теоретичні знання і уміння, отримані під час навчання на кафедрі клінічної фармації та інших кафедрах. Ситуацію стисло описує з чітким викладом суті проблеми і дій клінічного провізора з її вирішення. Для вибору того або іншого препарату студент може керуватися фармакотерапевтичним довідником, різними довідниками лікарських препаратів, довідковою літературою з внутрішніх хвороб, клінічної фармакології, навчальними посібниками з клінічної фармації, записами лекцій і всією доступною довідковою літературою лікарських препаратів.

Студенти щоденно надають щоденник безпосередньому керівнику практики, який ставить підпис і дату контролю. До моменту закінчення практики щоденник завіряється підписом керівника лікувальної установи і печаткою організації.

По закінченню практики студенти складають диференційований залік.

Висновки: 1. Узагальнений досвід проведення виробничої практики з фармацевтичної інформації та фармацевтичної опіки на кафедрі клінічної фармації.

2. Представлена методика виконання виробничої практики та фармацевтичної інформатики з фармацевтичної опіки на кафедрі клінічної фармації.

муванні системи освіти. Перспективи співпраці. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 288 с.

5. Казаков В.М., Талаласко О.М., Каменецкий М.С. Система програмно-цільового управління якістю підготовки фахівців // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 25-27.

6. Концепція розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського (інтеграція у світовий медичний простір). – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 50 с.

УДК 616.1/4:378

КОНЦЕПЦІЯ ВИКЛАДАННЯ ПОЛОЖЕНЬ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ З ПОЗИЦІЇ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ

А.Є. Поляков, Л.І. Ковальчук, О.М. Муравська, Т.М. Прокопова

Одеський державний медичний університет

CONCEPTION OF THE EVIDENCE-BASED MEDICINE TEACHING FROM A POSITION OF THE DOCTORS' CONTINUOUS PROFESSIONAL DEVELOPMENT

A.Ye. Polyakov, L.I. Kovalchuk, O.M. Myravska, T.M. Prokopova

Odessa State Medical University

Представлені досвід викладання принципів доказової медицини, особливості практично-орієнтованого навчання студентів та лікарів, форми безперервного професійного навчання лікарів. Визначені актуальні напрями та методи педагогічних інновацій.

The article presents the experience of the evidence-based medicine teaching, peculiarities of the practically-oriented education of the students and doctors, forms of the continuous doctors' professional education. The important tendencies and methods of the educational innovations are determined.

Вступ. Головною метою вищих медичних навчальних закладів на сьогодні є формування сучасного спеціаліста охорони здоров'я. Майбутній лікар повинен володіти технологією пошуку, узагальнення та застосування медичної інформації, вміння чітко формулювати клінічне питання, здійснювати пошук відповіді на нього у спеціальній літературі, критично осмислювати факти та можливість їхнього використання. Такі критерії є складовою визначення доказової медицини – стратегічного напрямку еволюції сучасної світової медицини.

Відомо, що доказова медицина (ДМ) – це розділ медицини, оснований на доказах, що припускають пошук, порівняння, узагальнення та широке розповсюдження отриманих доказів для використання в інтересах хворого. Таким чином, ДМ є новим шляхом до технологій обстеження хворого, аналізу, узагальнення та трактування медичної інформації. Впровадження принципів ДМ в практику охорони здоров'я передбачає оптимізацію якості медичної допомоги з точки зору безпеки, ефективності, вартості. У вузькому значенні задача ДМ – перетворити результати наукових досліджень в конкретні клінічні рекомендації для лікарів. Принципи ДМ потрібні кожному лікарю, який з огляду на свою професію повинен критично осмислювати та інтерпретувати і результати влас-

них спостережень, і дані спеціальної літератури для ефективного використання їх у своїй практиці [1, 2].

Основна частина. Внутрішні хвороби є однією з базових дисциплін, які закладають фундамент професійних вмінь, навичок та основ клінічного мислення майбутніх лікарів. Основною метою, якій підпорядкований процес навчання на нашій кафедрі, є формування інтересу у випускників до спеціальності лікаря, розширення їхнього клінічного мислення, наближення до розуміння й правильної оцінки стану здоров'я кожного конкретного пацієнта, вміння користуватися результатами наукових досліджень в практичній діяльності, тому принципи ДМ повинні лежати в основі нашої педагогічної діяльності.

Засвоєння принципів ДМ на нашій кафедрі відбувається насамперед шляхом ознайомлення студентів із сучасними принципами лікування захворювання, ефективність яких доведена у широкомасштабних дослідженнях. Дуже важливим аспектом є формування у студентів навичок роботи з сучасними джерелами інформації, та розуміння необхідності користуватися новітніми досягненнями медичної науки у своїй практичній діяльності.

Якість освіти особливо вирізняється ступенем відповідності теоретичних знань та вмінь їх практичному використанню, тому важливу роль на занятті

відведено формуванню професійних вмінь. Найкращим методом опанування професійними практичними навичками ми вважаємо роботу студентів з хворими в профільних відділеннях клінічних баз кафедр. Індивідуальна робота викладача з кожним студентом здійснюється при ретельному аналізі письмового висновку студента про хворобу на базі зведення ведучого синдрому захворювання, аналізу плану обстеження хворого та визначення принципів лікування відповідно до сучасних клінічних рекомендацій. Для успішного вирішення цих завдань ми проводимо теоретичний розбір кожного тематичного хворого на практичному занятті у вигляді дискусії з участю усієї групи.

Згідно з сучасним підходом до медичної практики, клінічні рекомендації повинні ґрунтуватися на результатах наукових досліджень, спеціально проведених для оцінки кінцевих результатів лікування. Тому дуже важливим завданням викладача є виховання у студентів розуміння того, що найважливішим, а, може, й пріоритетним завданням лікарської практики є вирішення питань щодо поліпшення життєвого прогнозу, запобігання розвитку ускладнень, що загрожують життю.

Об'єднання індивідуального досвіду лікаря з результатами кращих наукових досліджень щодо оцінки ефективності медичної практики дає можливість не тільки досягати успіху в клінічній практиці, а й раціонально використовувати завжди обмежені ресур-

си охорони здоров'я за рахунок відмови від застосування технологій з недоведеною ефективністю [3]. У світлі цього положення важливим питанням є безперервний професійний розвиток лікарів, тому наша кафедра активно співпрацює з факультетом післядипломної підготовки Одеського державного медичного університету. Спільно з Одеським обласним кардіологічним диспансером викладачі кафедри читають лекції на курсах первинної спеціалізації та підвищення кваліфікації для лікарів-кардіологів. Основна увага в процесі викладання приділяється новим технологіям збирання, аналізу, синтезу та використанню медичної інформації, що дає змогу приймати обґрунтовані клінічні рішення.

Одним з напрямків роботи нашої кафедри по розповсюдженню принципів ДМ у практичній лікарській діяльності є проведення щорічних південноукраїнських науково-практичних конференцій, на яких сучасні клінічні рекомендації висвітлюють відомі фахівці медичної галузі. В конференціях беруть участь студенти нашої кафедри, викладачі, а також практичні лікарі з різних областей України.

Висновки: 1. Одним з важливих результатів викладання принципів ДМ є формування мислення студентів та лікарів, яке базується, насамперед, на результатах доказів, а не традицій.

2. Безперервний професійний розвиток є необхідною складовою розповсюдження принципів ДМ у практичній лікарській діяльності.

Література

1. Впровадження принципів доказової медицини на факультеті післядипломної освіти / Є.М. Стародуб, О.М. Масик, О.Є. Самогальська та ін. // Медична освіта. – 2006. – № 1. – С. 64-66.
2. Уваренко А.Р. Доказова медицина у спектрі наукової

медичної інформації та галузевої інноваційної політики / – Житомир: Полісся, 2005. – 188 с.

3. Гирина О.Н., Новикова Е.Н. Доказательная медицина в общей врачебной практике // Мед. всевіт. – 2003. – Т. 3, № 2. – С. 142-144.

УДК 612(07)

ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ФІЗІОЛОГІЇ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ НА МЕДИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ

**М.Р. Гжегоцький, Ю.С. Петришин, С.М. Ковальчук, О.Г. Мисаковець,
О.І. Терлецька, Л.В. Паніна, О.І. Чупашко**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

EXPERIENCE OF PHYSIOLOGY TEACHING BY CREDIT-MODULE SYSTEM AT MEDICAL FACULTY

**M.R. Gzhegotsky, Yu.S. Petryshyn, S.M. Kovalchuk, O.H. Mysakovets, O.I. Terletska,
L.V. Panina, O.I. Chupashko**

Lviv National Medical University by Danylo Halytsky

У статті узагальнено досвід викладання фізіології студентам-медикам за кредитно-модульною системою. Запропоновано низку методичних підходів щодо викладання даної дисципліни, запровадження яких сприятиме поглибленому вивченню різного рівня фізіологічних процесів. Подано форму проведення підсумкового модульного контролю.

The experience of physiology teaching to the students-physicians was discussed by the credit-module system is summarized in the article. The series of methodological principles and approaches concerning the teaching of this discipline is proposed. It makes possible to improve the studying of this discipline and to understand the complex of physiological processes. The scheme of final module control is offered.

Вступ. Модернізація системи вищої освіти, спрямована на підготовку фахівців міжнародного рівня, є важливою передумовою соціально-економічної та політичної реорганізації українського суспільства та входження України у світове співтовариство [1, 2, 3]. Важливим аспектом даного напрямку є впровадження в систему вищої освіти України основних ідей, сформульованих Болонською декларацією. Зокрема, серед елементів європейського простору вищої освіти розглядається постійне навчання протягом усього життя, мотивоване залучення студентів до навчання, сприяння підвищенню привабливості та конкурентоспроможності європейського простору вищої освіти для інших регіонів світу [1 – 4]. З метою переходу від існуючої системи освіти в Україні до нової, яка враховуватиме основні положення Болонського процесу, була розроблена модель кредитно-модульної організації навчального процесу [3].

Запровадження модульної системи для студентів-медиків, попри низку позитивних аспектів, на перших етапах її впровадження має певні негативні моменти. Насамперед, у зв'язку з орієнтацією студентів на високий атестаційний бал для підтримки відповідного рейтингу частково втрачається мож-

ливість поглибленого вивчення різного рівня фізіологічних процесів.

Основна частина. Знання фізіології повинні забезпечувати формування у майбутніх спеціалістів розуміння та навиків оцінки індивідуальних адаптаційних можливостей людини як стану якості її здоров'я. Практичне заняття варто починати з постановки проблемних питань, на які студенти зможуть самостійно дати відповідь вкінці заняття, після проведення експерименту, детального аналізу теоретичних основ, їх аргументування та обговорення. Це активізує творче мислення студентів, сприяє інтегруванню нової інформації з наявними знаннями, їх систематизації та запам'ятовуванню.

Для покращення якості знань слід використовувати найменшу можливість повторення матеріалу, що вивчається. До прикладу, при вивченні теми “Зовнішнє дихання” спірограму варто записати не лише у стані спокою, але і за умов фізичного навантаження, що дає змогу оцінити індивідуальні потенційні можливості організму. У подальшому, при вивченні основного обміну доцільно використати спірограми для визначення енерговитрат, тим самим закріплюючи попередній матеріал та поєднуючи його з іншими тема-

ми. До спірограм можна повернутися і на занятті, присвяченому механізмам адаптації до фізичного навантаження, детально проаналізувавши роль різних взаємопов'язаних фізіологічних систем та регуляторних факторів у перебігу пристосувальних реакцій. Такий підхід можна використати як модель, акцентуючи увагу на системному підході і водночас на необхідності врахування індивідуальних адаптаційних можливостей організму за умов дії різної потужності та природи факторів. Це, зі свого боку, сприятиме не лише розумінню універсальних основ перебігу пристосувальних реакцій, але і забезпечить основу міждисциплінарних взаємозв'язків. Такі знання зможуть стати базисом для виявлення меж компенсаторних відновних процесів, а також встановлення умов переходу їх у дезадаптаційні, що є основою формування донозологічних станів. Це також забезпечить теоретичне підґрунтя для розуміння можливостей та вибору шляхів підвищення природної резистентності, критеріїв своєчасної ранньої діагностики чи запобігання виникненню патологічного процесу.

Велике значення має також можливість вивчення основних функцій організму на основі запровадження сучасних фізіологічних методів, які застосовують у наукових дослідженнях. У практиці наукової роботи нашої кафедри розроблено та впроваджено метод варіабельності серцевого ритму з можливістю динамічного неінвазивного контролю за станом серцево-судинної системи, а, опосередковано, і пристосувальних реакцій в цілому за різних експериментальних та клінічних умов. Ознайомитись із методом студенти мають можливість на практичних заняттях по серцево-судинній системі, коли проводиться запис варіабельності серцевого ритму та його аналіз на основі показників декількох студентів. Водночас студенти-гуртківці, які залучені до співвиконання фрагментів планової науково-дослідної роботи, мають змогу детальніше оцінити діагностичні можливості даного методу за умов експерименту. Вони також роблять коректне повідомлення про результати своїх досліджень на заняттях, студентських наукових конференціях.

На заняттях використовуємо результати наукових досліджень, проведених та впроваджених у роботу кафедри. З метою формування у студентів навиків функціональної діагностики, зокрема для аналізу стану серцево-судинної системи, подаємо показники гемодинаміки роботи серця у групах тренуваних та нетренуваних осіб при велоергометричному навантаженні різної потужності.

Оскільки тестовий контроль, що є обов'язковим на кожному занятті, не дає змоги в повному обсязі охо-

пити глибоке розуміння фізіологічних механізмів, на кафедрі запроваджена розширена схема контролю поточної навчальної діяльності студентів, що передбачає вирішення індивідуальних ситуаційних задач та тестових завдань різного рівня складності, самостійну побудову схем-контурів регуляції та схематичне представлення послідовності фізіологічних процесів за умов формування пристосувальних реакцій до змін зовнішнього та внутрішнього середовища.

Форма проведення підсумкового модульного контролю стандартизована і включає контроль теоретичної і практичної підготовки.

Алгоритм модульного контролю складає: а) студенти заздалегідь отримують перелік теоретичних питань, тестових завдань для підготовки до підсумкового модульного контролю і перелік практичних навичок, з яких перед кожним модулем за допомогою комп'ютерної програми з бази даних (1200 тестів) формуються пакети тестових контрольних завдань і білети для оцінки рівня теоретичних знань; б) на підсумковий модуль кожен студент отримує пакет тестових завдань (передбачено 10-15 варіантів тестових завдань, у кожному – 50-80 тестів) і білети з трьома запитаннями на знання теоретичного матеріалу та практичних навичок.

Висновки. Узагальнений досвід викладання фізіології студентам-медикам за кредитно-модульною системою. Представлена стандартизована форма проведення підсумкового модульного контролю, що включає контроль теоретичної і практичної підготовки. Акцентовано увагу на таких аспектах:

1. Практичне заняття варто починати з постановки проблемних питань, на які студенти зможуть самостійно дати відповідь у кінці заняття, після виконання експерименту, детального аналізу теоретичних основ, їх аргументування та обговорення.

2. Для покращення якості знань слід використовувати можливість повторення матеріалу, що вивчається, акцентуючи увагу на системний підхід із врахуванням індивідуальних адаптаційних можливостей організму за умов дії різної потужності та природи чинників, що застосовуються.

3. З метою вивчення основних функцій організму важливим є запровадження адекватних меті сучасних фізіологічних методів, які застосовують у наукових дослідженнях, серед яких і метод варіабельності серцевого ритму.

4. Важливе значення має використання на практичних заняттях результатів наукових досліджень, проведених саме на науково-дослідній базі кафедри та впроваджених у навчальний процес.

Література

1. Зіменковський Б.С., Гжегоцький М.Р., Солонинко І.І. Актуальні проблеми розвитку інноваційних процесів у вищій медичній та фармацевтичній освіті України у контексті європейського вибору // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 31-33.

2. Зіменковський Б.С., Гжегоцький М.Р. Реформування медичної освіти – крок до підвищення якості підготовки медичних кадрів // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції “Демократичні стандарти професійного навчання та діяльності публічних службовців: теорія, практика” (22 березня 2007 р.). – Частина 1. – С. 352-354.

3. Інтеграційні процеси у вищій освіті України в контексті Болонської угоди / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, І.Г. Ільницький // Науковий вісник ЛНАВМ ім. С.З. Гжицького. – 2007. – № 9(2). – С. 193-195.

4. Зіменковський Б.С., Гжегоцький М.Р., Ільницький І.Г. Основні напрямки оптимізації навчального процесу з фтизіатрії та пульмонології в контексті впровадження Болонської декларації // Сучасні проблеми туберкульозу в Україні: причини та шляхи їх подолання: Збірник наукових праць учасників Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Київ, 2008. – С. 27 – 30.

УДК 611 (07.07)

**ВИКЛАДАННЯ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ ЗА УМОВ РЕФОРМУВАННЯ
ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ З ВРАХУВАННЯМ СВІТОВОГО
ДОСВІДУ**

Б.Я. Ремінецький, І.Є. Герасимюк, Я.І. Федонюк, А.М. Пришляк, В.В. Бурий

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

**TEACHING OF HUMAN ANATOMY UNDER CONDITIONS OF
REFORMATION OF HIGHER MEDICAL EDUCATION TAKING INTO
ACCOUNT WORLD EXPERIENCE**

B.Ya. Reminetskyu, I.Ye. Herasymyuk, Ya.I. Fedonyuk, A.M. Pryshlyak, V.V. Bury

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Введення кредитно-модульної системи у навчальний процес медичних ВНЗ спричинило внесення ряду коректив в організацію навчального процесу на кафедрі анатомії людини. Досвід, запозичений у Віденському медичному університеті, посприяв зростанню ролі практичних аспектів теоретичної дисципліни.

The introduction of credit-module system into educational process of higher medical educational establishments caused the inclusion of corrections into organization of educational process at the Human anatomy department. The experience, adopted in the Viennese Medical University, promoted the increase of role of practical aspects of theoretical discipline.

Вступ. Введення кредитно-модульної системи у навчальний процес Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського три роки тому зумовило внесення ряду коректив в організацію навчального процесу на кафедрі анатомії людини. Досвід, отриманий під час стажування у Віденському медичному університеті, посприяв зростанню ролі практичних аспектів даної фундаментальної дисципліни. Зважаючи на євроінтеграційні

процеси в нашій країні, медична освіта України зіткнулася з нагальною потребою її реформування. Надмір фундаментальних знань, не підкріплених практикою, призводить до перевантаження навчального процесу та слабкої практичної підготовки випускників.

Основна частина. Викладання анатомії людини вимагає пристосування курсу практичних занять та змісту лекцій до зростання вимог щодо засвоєння практичних навичок студентами. На кафедрі поряд

© Б.Я. Ремінецький, І.Є. Герасимюк, Я.І. Федонюк та ін.

із звиклими “класичними” (рентгенівські знімки) впроваджене ознайомлення з новітніми технологіями візуалізації анатомічних об’єктів (КТ, МРТ), якими майбутні фахівці будуть користуватись у повсякденній практиці. Як показав досвід, студенти виявили значний інтерес до “читання” томограм. Провідна роль та велика відповідальність кафедри анатомії людини при цьому полягає у прищеплюванні навиків роботи у вищій медичній школі та адаптації до традиційних академічних вимог, включаючи ряд особистісних аспектів (серед них – інтелектуальний, психологічний тощо), оскільки навчаються на кафедрі переважно “вчорашні” школярі [1]. Сучасні методологічні вимоги передбачають акцентування уваги студентів на анатомічних утворах, найбільш актуальних для клінічної практики, що реалізується у формі морфологічного обґрунтування медичних маніпуляцій чи клінічних ситуацій. Навчальний процес на кафедрі анатомії людини відповідає принципу “піраміди навчання”, згідно з яким найбільше часу приділяється активним формам навчання – практичним заняттям та самостійній роботі [2]. Демонстрація анатомічних утворів та препарування – це основні форми вивчення будови тіла людини, оскільки передбачають аудіовізуальне та кінестетичні види сприймання та запам’ятовування. Така форма занять навчить студента самостійно вирішувати поставлені завдання і стане переходом від шкільного до університетського стилю навчання.

Згідно із принципом “піраміди навчання”, найефективнішим способом закріплення (близько 80 %) є активне відтворення навчального матеріалу [3]. Воно застосовується на заняттях у формі семінару, при

цьому учасники дискусійної групи формують запитання та взаємно уточнюють і доповнюють один одного. Впровадження щоденного тестового контролю знань сприяє об’єктивності оцінки та буде додатковим стимулом для студентів вискоефективно працювати під час аудиторних занять.

В організації навчального процесу на стоматологічному факультеті поряд із системним принципом формування модулів актуальним залишається топографо-анатомічний підхід. Уже назва предмета “Анатомія людини, включаючи анатомію ділянок голови і шиї” свідчить про акценти на практичному застосуванні отриманих знань та навичок.

При укладанні робочих програм для медсестер за американськими взірцями в ННІ медсестринства враховано міждисциплінарні зв’язки та синхронізацію морфологічних та фізіологічних дисциплін. Узгодження тематичних і календарних планів з анатомією людини та фізіологією полегшило цілісне сприйняття систем та органів. Це також підвищило зацікавленість та мотивацію навчання. Синхронізація вивчення будови і функцій сприяє глибокому розумінню і, відповідно, знижує ступінь механічного заучування навчального матеріалу.

Висновок. Реформування вищої освіти вимагає впровадження освоєння новітніх технологій практичної медицини у навчальний процес теоретичних дисциплін. Більша увага приділяється такому виду закріплення матеріалу, як семінар, під час якого акцентується увага на вивченні анатомічних утворів, найбільш актуальних для клінічної практики, що реалізується у формі морфологічного обґрунтування медичних маніпуляцій чи клінічних випадків.

Література

1. Гайворонский И.В., Ничипурук Г.И. Формы и методы оптимизации учебного процесса на кафедре нормальной анатомии Российской военно-медицинской академии // Морфология. – 2001. – № 5. – С. 96-99.
2. How to Study Gross Anatomy. Educational Philosophy

and Practice // Medical Gross Anatomy. Introduction to the Course. The University of Michigan. – 2000.

3. Peer Dissection and Peer Teaching // Medical Gross Anatomy. Introduction to the Course. The University of Michigan. – 2000.

УДК 371.212+371.27+616.314-0.89+612.1

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ТА ЗАСОБИ ОЦІНКИ ЗНАНЬ, УМІНЬ І НАВИКІВ СТУДЕНТІВ З КУРСУ НОРМАЛЬНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ

I.V. Ємельяненко, Н.М. Воронич-Семченко

Івано-Франківський державний медичний університет

FEATURES OF STUDYING AND WAYS OF STUDENTS' KNOWLEDGE, PRACTICE AND SKILLS EVALUATION IN NORMAL PHYSIOLOGY COURSE AT STOMATOLOGICAL FACULTY

I.V. Yemelyanenko, N.M. Voronych-Semchenko

Ivano-Frankivsk State Medical University

Фізіологія – одна із фундаментальних дисциплін для медицини. Вона опирається на наукові надбання та методичні прийоми ряду предметів: медичної біології, біофізики, анатомії людини, гістології та ін., закладає основи вивчення студентами патологічної фізіології, патологічної анатомії, фармакології та ряду клінічних дисциплін. Застосування стандартизованих методів контролю якості підготовки забезпечує покращення оцінювання підготовки студентів-стоматологів та сприяє підвищенню рівня навчального процесу.

Physiology is the one of fundamental disciplines in medicine. It is based on the scientific achievements and methodical means of a number of subjects – medical biology, biophysics, human anatomy, histology and others. Physiology creates the bases of students' studying of pathologic physiology, pathologic anatomy, pharmacology and other disciplines. The usage of standard methods of training quality control provides the improvement of control of training quality evaluation of students-stomatologists and promotes the increase of study process level.

Вступ. Фізіологія – наука, що вивчає життєдіяльність цілісного організму і його частин – систем, органів, тканин, клітин, а також з'ясовує механізми і закономірності функціонування організму, його взаємодії з оточуючим середовищем у динаміці життєвих процесів. Для медицини фізіологія людини є її теоретичною основою. Неможливо зрозуміти причини і природу розладу діяльності різних органів, систем і порушення життєдіяльності організму в цілому, не зрозумівши нормального ходу цих процесів, тобто того, що є предметом дослідження фізіології.

Основна частина. Вивчення фізіології людини в медичних вузах випереджує викладання конкретних клінічних дисциплін. Успішне вивчення фізіології можливе тільки за умов інтеграції з іншими дисциплінами, які вже вивчені або вивчаються одночасно з цим предметом. Так, вивчення курсу нормальної фізіології базується на даних загальної фізіології, еволюційного вчення та ембріології, потребує глибокого знання наук морфологічного циклу (анатомії, гістології), тому що функції організму нерозривно

пов'язані з його структурою. Фізіологія тісно пов'язана із фізикою та хімією. Фізичні та хімічні напрямки досліджень у фізіології перетворились у самостійні наукові дисципліни: біофізику та біохімію. В останні роки велике значення для фізіології має кібернетика, яка користується методами математичного моделювання і допомагає з'ясувати загальні принципи регуляції різних функцій в організмі та їх взаємодію. Надзвичайно важливим є зв'язок фізіології з психологією і педагогікою: вивчення фізіологічних поглядів на факти, механізми та закономірності розвитку психіки та фізіологічних аспектів формування особистості через навчання, виховання і освіти [1, 2, 3]. Велике значення фізіологія має для вироблення клінічного мислення.

Основними завданнями фізіології є:

1. Вивчення основних закономірностей діяльності і механізмів регуляції фізіологічних функцій та організму в цілому.
2. Оволодіння основними клініко-фізіологічними методами дослідження фізіологічних функцій.

3. Засвоєння основних показників (констант) діяльності здорового організму та його окремих систем.

З метою активізації навчального процесу кафедра заздалегідь ознайомлює студентів із тематичними планами лекцій і лабораторних занять. Так, знаючи наперед тему лекції, студент може попередньо ознайомитись по підручнику чи інших джерелах із особливостями матеріалу, що буде розглядатись на лекції. Після лекції в домашніх умовах бажано хоча б швидко продивитись конспект лекції, щоб усунути пропущення, виділити головне, записати питання, які треба з'ясувати. Важливе значення має вміння конспектувати лекцію. Її не потрібно стенографувати. Необхідно записати головне: тему, план, її основний зміст. Лекція – це лише одне (хоча і дуже важливе) джерело знань. Її в першу чергу треба зрозуміти, зіставивши з матеріалом підручника, і отримати таким чином більш повні знання з предмета. На лекціях проводять ілюстрацію матеріалу, який розглядається: таблиці, прозорки, діафільми, фрагменти із відеофільмів, малюнки та схеми на дошці, демонструються досліди на тваринах. У конспекті лекції обов'язково треба відмітити, яка була ілюстрація (чи демонстрація) до того чи іншого положення лекції. Деякі ілюстрації потрібно переносити в конспект. Це скоротить конспект, до того ж ці матеріали є оригінальними (часто розроблені викладачами кафедри).

При підготовці до лабораторних занять студент повинен:

1) засвоїти теоретичний матеріал з теми (вивчити за підручниками, конспектом лекції), повторити при цьому необхідний матеріал із суміжних дисциплін (анатомії, біохімії, гістології та ін.);

2) знати хід виконання лабораторних занять (за посібниками практичних робіт і методичними вказівками кафедри);

3) підготувати протокол наступних лабораторних робіт із описанням завдань.

На занятті студент виконує роботу, отримує фактичні дані, описує їх і формулює висновки. Протоколи оформляються за однією схемою.

Пристаючи до виконання роботи, необхідно дотримуватись таких вимог: підготувати робоче місце, перевірити наявність необхідного обладнання, старанно ознайомитись з приладами, апаратурою, інструментами і т. д., технічно правильно зібрати установку для досліду, старанно підготувати об'єкт дослідження, апаратуру. Тільки після повної підготовки до практичної роботи (досліду) можна приступати до її виконання, керуючись рекомендованою кафедрою програмою. Останнім етапом є оформлення прото-

колу і захист результатів своїх досліджень і висновків перед групою та викладачем. Оцінка роботи вноситься в навчальний журнал.

При вивченні нормальної фізіології студент повинен оволодіти рядом практичних навиків, які мають важливе значення для подальшого навчання та медичної практики.

Важлива роль у процесі вивчення будь-якого предмета належить перевірці і оцінці знань, умінь та навиків студентів. Перевірка – важливий засіб не тільки попередження забування, але й більш стійкого засвоєння знань. В ході контролю знань викладач прагне в'ясувати не сам факт засвоєння знань студентами, але й на скільки правильно студенти сприймають матеріал, вмюють логічно мислити, запам'ятовувати.

Виховне значення перевірки проявляється в тому, що система контролю за навчанням, позитивна чи негативна оцінка знань спонукають студента до систематичного навчання.

Необхідно розрізняти перевірку знань від їх виявлення. Виявлення – це початковий етап перевірки, яка включає всесторонній контроль, виявлення об'єму і глибини знань та умінь, контроль розумової праці.

Отже, в навчальному процесі на кафедрі використовуються такі форми контролю матеріалу, що вивчається студентами:

1) контроль поточної успішності на кожному лабораторному занятті;

2) проведення підсумкових занять по одному або двох-трьох суміжних розділах фізіології (рубіжний контроль);

3) перехідний державний іспит з нормальної фізіології.

Поточний контроль засвоєння навчального матеріалу передбачає усне чи письмове опитування, тестовий комп'ютерний контроль, оцінку протоколів, розв'язування ситуаційних задач, заслуховування результатів реферативної роботи студента.

В ході усного опитування з'ясовуються вміння студентів застосовувати отримані теоретичні знання на практиці (вирішення клінічних задач і т. д.), здатність логічно мислити, приймати рішення.

Тестовий контроль також дає можливість в'ясувати вихідний та кінцевий рівень знань студентів. Об'єктивна оцінка знань студентів з курсу нормальної фізіології забезпечується комп'ютерним тестуванням за допомогою контролюючих програм, розроблених на кафедрі. Ці програми дають можливість перевірити знання фізіологічних констант і основних теоретичних даних за умов обмеженого часу (10 питань протягом 10 хвилин). Банк питань включає понад 600 питань.

Основними критеріями тестової оцінки контролю знань є відсоток правильних відповідей. Якщо студент при тестовому контролі знань правильно вирішує менше 70 % заданих йому тестів, отримує оцінку “незадовільно”, від 70 до 80 % – “задовільно”, від 80 до 90 % – “добре”, 90 % і вище – “відмінно”.

Наступний етап – рубіжний контроль знань студентів. Після вивчення окремих розділів фізіології проводиться тестовий комп’ютерний контроль оцінки знань (критерії оцінок аналогічні), а далі розглядаються найважливіші питання, які розкривають міжсистемні закономірності функціонування організму.

Висновки. На основі багаторічного досвіду кафедра пропонує кілька доступних способів самоконтролю рівня підготовки студента при самостійній роботі:

1) просте відтворення в пам’яті прочитаного матеріалу у визначеній логічній послідовності, де б наступний матеріал базувався на попередньому;

2) перевірка знань по питаннях, що містяться в методичних вказівках до домашніх завдань до кожного заняття;

3) перевірка знань за допомогою карт, тестів (в тому числі комп’ютерне тестування);

4) з’ясування незрозумілих питань по темі в години консультацій на кафедрі або в індивідуальному порядку з викладачем.

При підготовці до екзамену з нормальної фізіології кафедра рекомендує притримуватись таких правил:

1) використовувати “Перелік питань з нормальної фізіології” для екзамену;

2) навчальний матеріал опрацювати по конспектах лекцій і підручнику;

3) підготовку до екзаменів потрібно починати заз-

далегідь, а не тільки в дні екзаменаційної сесії, дні екзаменаційного періоду необхідно використовувати для узагальнення і систематизації знань, кінцевого формування уявлень з фундаментальних питань;

4) використовувати консультативну допомогу в процесі підготовки, виписувати незрозумілі питання для їх з’ясування;

5) готуватись до практичної частини екзамену на кафедрі.

Комісійний перевідний іспит з нормальної фізіології на медичному та стоматологічному факультетах проводиться відповідно до типової Програми з нормальної фізіології (2004 рік) та доповнень до неї [4]. Іспит проходить в декілька етапів. Першим етапом є здача практичних навиків. Далі проводиться комп’ютерне тестування знань студентів за спеціальною програмою, яка розроблена і вдосконалена на кафедрі. Ця програма забезпечує перевірку знань фізіологічних констант, клініко-фізіологічних методів дослідження і основних теоретичних даних. На останньому етапі студенти складають усний іспит.

При обговоренні оцінки враховуються результати комп’ютерного тестування, задачі практичних навиків, усної відповіді, середня оцінка успішності кожного студента протягом навчального року.

При цьому необхідно враховувати індивідуальні особливості студента, його цілеспрямованість та вміння клінічно мислити.

Така система викладання курсу нормальної фізіології та методи контролю знань студентів, що використовуються кафедрою протягом багатьох років, дає можливість отримувати достатньо стійкі знання, які є основою для вивчення клінічних дисциплін.

Література

1. Галузинський В.М., Євнух М.Б. Основи педагогіки та психології вищої школи в Україні: Навчальний посібник. – Київ: ІНТЕЛ, 1995. – 166 с.

2. Вороненко Ю.В. Шляхи наближення вищої медичної освіти в Україні до міжнародних стандартів // Українські медичні вісті. – 1997. – Т. 1. – С. 59-60.

3. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах: Методичний посібник. – Київ, 2006. – 80 с.

4. Програма з нормальної фізіології для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівня акредитації. – Київ, 2002. – 20 с.

УДК 614.23

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТЕХНІКИ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТА КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ КУРСАНТІВ КАФЕДР КЛІНІЧНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗМАПО

Л.Л. Воронцова, О.С. Семенцов

Запорізька медична академія післядипломної освіти

EXPERIENCE OF USE OF COMPUTER TECHNIQUE FOR DIAGNOSTICS AND CONTROL OF STUDENTS' KNOWLEDGE AT DEPARTMENTS OF CLINICAL LABORATORY DIAGNOSTICS AND RADIAL DIAGNOSTICS OF ZMAPO

L.L. Vorontsova, O.S. Sementsov

Zaporizhyan Medical Academy of Post-Graduate Education

У статті проведено аналіз використання комп'ютерної техніки у післядипломному навчанні лікарів на кафедрах клінічної лабораторної та променевої діагностик Запорізької медичної академії післядипломної освіти.

The analysis of computer technique use has been carried out in the postgraduate studies of doctors at the departments of clinical laboratory and radial diagnostics of Zaporizhyan Medical Academy of Post-Graduate Education.

Вступ. За останні роки значно підвищилось технічне забезпечення навчального процесу на кафедрах післядипломної підготовки курсантів. Залежно від особливостей кожна кафедра має свої потреби у використанні комп'ютерної техніки.

Основна частина. Кафедра променевої діагностики має: 2 ноутбуки; комп'ютерний клас, оснащений сіткою з 10 персональних периферійних комп'ютерів та 1 головного з підключенням до мобільного Інтернету через модем PeopleNet; 2 мультимедійних проектори; цифровий фотоапарат, сканер, лазерний принтер.

Кафедра клінічної лабораторної діагностики має: ноутбук, комп'ютерний клас, оснащений сіткою з 5 персональними периферійними комп'ютерами та 1 головним з підключенням до Інтернету через модем; мультимедійний проектор; мікроскоп з підключенням до комп'ютера, сканер, лазерний принтер.

На кафедрах проводяться цикли: тематичного удосконалення, спеціалізації, інтернатури та передтестатійні. Відповідно до навчального плану та наказів МОЗ України [1, 2] з метою об'єктивізації знань курсантів по закінченню кожного тематичного розділу та після закінчення всього циклу навчання проводи-

лись комп'ютерні контролю знань за загальнодержавною програмою.

Комп'ютерна програма, написана державною мовою, дозволяє проводити навчання або оцінку (окремо за рівнем: спеціаліст – 75 % правильних відповідей, друга категорія – 80 %, перша – 85 % або вища – 90 %) знань кожного курсанта як після проходження навчання в цілому, так і після кожного підрозділу конкретної теми.

Підключення до Інтернету дозволяє: підтримувати постійний зв'язок з адміністративним корпусом (отримуючи своєчасно всі накази й надсилаючи у відповідь всі необхідні матеріали); проводити при необхідності пошук будь-яких матеріалів у всесвітній мережі; підтримувати зв'язок з лікарями як України, так з зарубіжжя.

Наявність цифрового фотоапарата (зйомка рентгенограмм), мікроскопа з комп'ютерним підключенням (доступ курсантів до дослідження зразків біоматеріалу та його переведення у цифровий формат) та сканера дає змогу перевести архів кафедри та необхідну літературу на комп'ютерні носії. Весь лекційний матеріал кафедр переведено на комп'ютерні носії, який постійно переглядається та доповнюється.

© Л.Л. Воронцова, О.С. Семенцов

Ноутбуки та мультимедійні проектори дозволяють проводити лекції для лікарів на сучасному рівні не тільки на кафедрі, а й за її межами (особливо при проведенні виїзних циклів).

Наявність комп'ютерного класу дозволяє проводити навчання та діагностику знань курсантів відповідно до рівня підготовки як в цілому (по циклу), так і за окремими підрозділами кожної з тем.

Література

1. Про затвердження Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах: Наказ МОЗ України № 73 від 18.05.94.

2. Про затвердження Положення про спеціалізацію

До недоліків комп'ютерної програми діагностики знань треба віднести її моральну застарілість та наявність великої кількості помилок; неможливість проводити її постійне корегування.

Висновок. Використання комп'ютерної техніки дозволяє підвищити рівень викладання, навчання та оцінки знань курсантів.

(інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III – IV рівня акредитації: Наказ МОЗ України № 291 від 19.09.96.

УДК 378.032(071)

ФОРМУВАННЯ СОЦІОКУЛЬТУРНОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Г.Б. Паласюк, І.М. Кліщ, М.І. Бобак, І.А. Прокоп, Н.І. Данилишина, Г.І. Кліщ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

MODELLING OF SOCIAL AND CULTURAL STUDENTS' COMPETENCE IN HIGHER MEDICAL SCHOOLS

H.B. Palasyuk, I.M. Klishch, M.I. Bobak, I.A. Prokop, N.I. Danylyshyna, H.I. Klishch

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті викладено роль соціокультурної компетенції як засобу міжнародної та міжкультурної комунікації, способу пізнання досягнень вітчизняної та європейської освіти, науки, культури. Акцентовано увагу на формуванні навичок міжкультурної компетенції та підвищенні рівня вмотивованості студентів при вивченні гуманітарних дисциплін, зокрема української та іноземних мов.

The article considers the role of social and cultural competence as the means of international communication, the way of perception the achievements in Ukrainian and European science, education and culture. Modelling of social and cultural competence, promotion of students' motivation in learning humanitarian sciences, mainly Ukrainian and foreign languages have been emphasized.

Вступ. В часи потужних міждержавних міграцій людей, зокрема вчених та фахівців різних галузей науки, в тому числі й медицини, міжнародних конгресів, конференцій, обміну студентами, тотальної комп'ютеризації всіх видів людської діяльності спонтанно виникає потреба не лише урізноманітнювати ме-

тодику формування соціокультурної компетенції у студентів вищих навчальних закладів, але й певною мірою оновлювати методику та зміст навчання студентів гуманітарних дисциплін, зокрема української та іноземних мов. Оволодіння соціокультурною компетенцією, як відомо, передбачає засвоєння необхід-

ного мінімуму соціокультурних знань, а також системи навичок та вмінь узгоджувати свою поведінку відповідно до цих знань та вмінь [1].

Професійно орієнтована міжкультурна комунікативна компетенція – це мотиви, інтереси, знання, навички та вміння, які забезпечують кваліфіковану професійну діяльність у приватній, суспільній, професійній та освітній сферах спілкування в багатонаціональному суспільстві іноземною мовою, а також невербальними та паралінгвістичними засобами спілкування у контексті цільової культури.

Основна частина. Головним напрямком навчального процесу все-таки залишається “здобуття професійних знань та вміння їх використовувати у конкретній ситуації” [2]. Незаперечним залишається також твердження педагогів і психологів, що де б людина не працювала, що б вона не робила, її діяльність може бути продуктивною та ефективною тільки в тому разі, коли ця діяльність має наукове підґрунтя. Якщо ж йдеться про навчання гуманітарних дисциплін, то викладач вищої школи (зрештою, не тільки вищої) повинен знати не лише те, чого і чому він навчає студентів, але й особливо те, як потрібно це навчання здійснювати практично. Інтерес та мотиви для навчального процесу є основою, на якій виникають, закріплюються та розвиваються знання, навички і практичний досвід студентів. Ця відносна чи відносно абсолютна істина відкрита давно, але має бути чинною і сьогодні в практичній чи науковій діяльності кожного викладача. Оскільки культура розглядається як сукупність етичних та естетичних цінностей, способів їх творення і споживання, формування орієнтації особи на загальнолюдські етичні цінності неможливе без знання про ціннісні уявлення, що лежать в основі тієї або іншої культури. Цінності як життєві орієнтації зазнають змін – в різних культурах і в різні епохи вони сприймаються неоднаково і, все ж таки, наявність фонду загальнолюдських цінностей визначає ставлення однієї людини, окремої особистості, до іншої як до складової частини єдиного цілого – людства [3]. Генеральна конференція ООН з питань освіти, науки і культури розробила рекомендації про виховання в атмосфері міжнародного взаєморозуміння, співпраці, миру. Актуальним є це питання і для нашого університету, де здобувають фахові знання іноземні студенти з багатьох країн світу.

Термін “міжнародне виховання” трактується як “весь процес суспільного життя, за допомогою якого окремі особи та соціальні групи в рамках і для блага національного та міжнародного співтовариства свідомо вчать розвивати свої обдарування, здібності,

схильності і знання” [4]. Етичне і моральне виховання студентів в рамках навчання в немовному медичному вузі є одним із важливих завдань, що сприяють формуванню якостей, необхідних для самореалізації особистості та пов’язаних з комунікативним характером їх майбутньої професійної діяльності. Оскільки мова йде про методику формування соціокультурної компетенції у студентів медичних вищих навчальних закладів, то й належить акцентувати увагу на такому дидактичному аспекті, як проблеми інтеграції окремих дисциплін у процесі навчання. Для прикладу, скажімо про велику користь інтегрованого навчання латинської та іноземних мов, тим більше, якщо йдеться про вищі медичні навчальні заклади. Хоча завдання, які стоять перед навчанням латинської та іноземних мов, різні, їх все-таки об’єднує спільна професійна спрямованість; вони мають спільну мету – допомогти студентам навчитися усвідомлено користуватися латинською та іноземною медичною термінологією, читати та розуміти іноземну літературу зі спеціальності [5]. При формуванні соціокультурної компетенції у студентів інтегроване навчання добре прислужиться при викладанні суспільних наук, зокрема при розгляді ряду філософських аспектів суспільно-політичного життя античної філософією та філософською думкою сучасності. У формуванні світогляду студентів, розвитку зовнішньої і внутрішньої культури певну позитивну роль відіграють античні афоризми, крилаті латинські словосполучення тощо.

Коли ж йдеться про вдосконалення професійної мови лікаря, про збільшення об’єму термінологічного багажу студента чи лікаря, то тут ефективність навчання чи вивчення залежить не лише від оптимальної методики, але й від наукового розуміння закономірностей та специфіки термінотворення в різних галузях медицини. Безсумнівно, тут дуже велику роль відіграє систематичне використання латини при семантизації іноземної лексики, яка вводиться на практичних заняттях. Йдеться, власне, про вироблення механізмів інтегрованого викладання іноземних мов (як, зрештою, й української ділової мови) та латинської мови. Такий комплексний підхід сприяє легшому запам’ятовуванню мотивованої лексики та закріпленню знань на царині наукової термінології. І це важливим є хоч би з тієї причини, що вивчення латини та певною мірою й іноземних мов має термінологічну спрямованість, оскільки термін посідає особливе місце на всіх етапах медичної освіти, виступає і як інструмент пізнання, і як словесний знак, який закріплює результат цього пізнання. Студенти охоче сприймають таку методику, бо вона поглиблює раціональне осмислення нової лек-

сики, а зорова і слухова опора на латинську лексику при вивченні іноземної розвиває здатність аналізу і синтезу в поглибленні термінологічної та загально-наукової лексики, сприяє виживанню знань, що є далеко не останнім варіантом уваги чинником у навчальному процесі.

Щодо вивчення практичного курсу української мови, то, на наш погляд, слід приділяти формуванню у студента-медика культури терміновживання, адже вона є важливим складником мовної особистості лікаря. Оволодіння будь-якою галуззю медичного знання передбачає обов'язкове "входження" студента у відповідну термінологію і використання саме її у комунікативних актах, адже слово-термін – це засіб професійного мислення і спілкування. Кожен медичний працівник зобов'язаний правильно, точно, доречно застосовувати медичні терміни під час спілкування з колегами і пацієнтами. Помилки та недоліки у вживанні термінів можуть не тільки утруднювати взаєморозуміння між колегами-лікарями, лікарями і пацієнтами, а й несприятливо вплинути на психіку хворого, стати причиною важкої душевної чи фізичної травми, призвести до появи ятрогенних захворювань. Тому створення передумов для ефективного засвоєння майбутніми лікарями української медичної термінології є гарантом успішної навчальної та професійної діяльності. Крім того, лікареві також треба знати й уміти застосовувати термінологію офіційно-ділової сфери [6].

Будь-який спеціаліст, насамперед лікар, повинен: 1) володіти культурою конструктивного діалогу та полілогу; 2) вміти сприймати, відтворювати готові та створювати наукові фахові тексти; 3) володіти прийомами підготовки і виголошення публічного виступу;

Література

1. Власенко Л.В., Божок Н.О. Соціокультурна компетенція при вивченні іноземної мови // Актуальні питання науки та практики: досягнення та перспективи. – Полтава, 2008.
2. Ковальчук Л.Я. Навчально-виховний процес в аспекті вимог сьогодення // Актуальні питання оптимізації навчально-виховного процесу у медичному вузі. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. – Частина 1.
3. Ушата Т.О., Ніколаєнко О.В. Особливості формування соціокультурних та морально-етичних цінностей у студентів немовних ВНЗ засобами перекладу та аудіювання літературно-художніх творів // Актуальні питання науки та прак-

4) вміти застосовувати фахову українську термінологію у різноманітних комунікативних процесах; 5) вміти користуватися загальномовними та спеціальними словниками. Для оволодіння цими навичками і уміннями слід засвоїти основні поняття культури мови та споріднених з нею дисциплін, усвідомити основні принципи культури користування українською мовою.

Формування культури терміновживання у майбутнього лікаря треба будувати з урахуванням міжпредметних зв'язків: встановлювати співвідношення з латинською мовою й основами термінології, з іноземною мовою (німецькою, англійською, французькою), проводити паралелі з вивченням анатомії, клінічних дисциплін, медичної деонтології, основ педагогіки і психології, етики й естетики, інших дисциплін.

Практичний курс сучасної української мови сприяє розвиткові професійних якостей майбутніх лікарів і є запорукою вільного самовираження особистості у науково-навчальній та офіційно-діловій сферах спілкування, важливим етапом процесу формування тих національно свідомих кадрів, які надалі зможуть розвивати як медицину, так і сучасну українську літературну мову (її науковий, офіційно-діловий, розмовний функціональні стилі).

Висновок. Дане дослідження підтверджує значення мовних знань, котрі є необхідними для формування етичної культури в сучасних умовах реального освітнього середовища, здатності студентів до комунікативної взаємодії та осмислення ситуації плюралізму культур. Формування у студентів професійно орієнтованої міжкультурної комунікативної компетенції здійснюється на основі взаємодії іншомовної комунікативної компетенції, фахової, соціокультурної, навчальної та стратегічної компетенції.

тики: досягнення та перспективи. – Полтава, 2008.

4. Дридзе Т.М. Язык и социальная психология. Учебное пособие для факультетов журналистики и филологических факультетов университетов / Под ред. проф. А.А. Леонтьева. – М.: Высшая школа, 1980. – С. 64.

5. Закаложний М. Інтеграція латинської та іноземних мов при навчанні медичної термінології // Лінгво-дидактичний плюралізм навчального процесу з іноземних мов у вищих навчальних закладах. – Тернопіль, 1999.

6. Юкало В.Я. Формування культури терміновживання у майбутнього лікаря // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 83-86.

УДК 340.12

ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НАВЧАННЯ В ПРОЦЕС ВИКЛАДАННЯ ГУМАНІТАРНИХ ДИСЦИПЛІН

Г.О. Попадинець

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

INTRODUCTION OF INNOVATIONS TRAINING TECHNOLOGIES INTO THE STUDY OF HUMANITARIAN SUBJECTS

H.O. Popadynets

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті висвітлено ефективність впровадження інноваційних технологій навчання у процес викладання гуманітарних дисциплін.

The article considers the effectiveness of introduction of innovation technologies into the teaching process of humanitarian subjects.

Вступ. Проблема впровадження інноваційних технологій у розвиток освіти є однією з головних тем сучасних дискусій. Українська освіта, рухаючись до європейського освітнього простору, намагається вбирати на цьому шляху все те передове, краще і ефективне, що зробить її досконалішою, дієвою і конкурентноспроможною. Пріоритетним завданням на цьому етапі є необхідність побудови і вдосконалення широкої та сучасної бази знань, стимулювання дослідницької діяльності і використання інновацій. Тенденцією, яка потребує підтримки, вважається створення вищої освіти, орієнтованої на студента, а не на викладача.

Освіта, за своїм змістом, не є незмінним феноменом, вона весь час реагує на цивілізаційні потреби, суспільні реалії, враховує тенденції, перспективи розвитку людства. Проте часто оновлення навчально-виховної практики відстає від темпів цивілізаційного розвитку, соціальних вимог до неї. Ця проблема помітно загострилася у другій половині ХХ ст., в епоху індустріального і постіндустріального (інформаційного) суспільства, зумовлена колосальним проривом у науково-технічному розвитку, радикальною зміною традиційних уявлень про світ, цінності життя, майбутнє людства.

У суспільстві сучасного типу людина постійно потребує додаткової освіти, щоб встигати за перетвореннями, які породжені технікою та індустрією знань, тому спостерігаються зміни і у самій меті освіти, коли озброєння сумою специфічних знань поступається

місцем формуванню навиків широкого кола застосування [1, с. 2].

Водночас Я.Я. Болюбаш вказує на те, що сьогодні навчальний процес повинен орієнтуватися на формування освіченої, гармонійно розвинутої особистості, здатної до постійного оновлення наукових знань, професійної мобільності, швидкої адаптації до динамічних процесів, які відбуваються в освітній та науково-культурній сферах [2].

Отже, сучасна інформаційна доба вимагає нагальних змін у системі освіти. Все очевиднішим стає те, що традиційні методи навчання, орієнтовані на передавання знань, умінь і навичок, не відповідають вимогам сьогодення. Головними недоліками традиційної системи освіти є породжені нею невміння студентів самостійно вчитися, не сформованість ціннісного ставлення до власного розвитку, тоді як, на думку Е. Тоффлера, в умовах подальшого безперервного зростання факторів швидкоплинності, новизни та різноманіття, людям, що живуть в суперіндустріальному суспільстві, знадобляться нові вміння і навички: вміння вчитися, вміння спілкуватися, вміння вибирати [3, с. 449]. Тому подолання освітньої кризи можливе завдяки інтенсивному реформуванню її до вимог часу.

Основна частина. Державною програмою розвитку вищої освіти на 2005-2007 роки, затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 08.08. 2004 р. № 1183, передбачено забезпечення інноваційного

характеру розвитку вищої освіти, впровадження активних інформаційних, телекомунікаційних технологій, інтерактивних форм і методів навчання, гнучких навчальних програм перепідготовки. Однак особливістю сучасної системи освіти є співіснування двох стратегій навчання – традиційної та інноваційної.

Інноваційне навчання – це процес, що стимулює новаторські зміни в освіті, культурі, соціальному середовищі. Таке навчання орієнтоване на систему підтримки і стимулювання самостійної пізнавальної діяльності об'єкта навчання, готовності особистості до динамічних змін у соціумі за рахунок розвитку здібностей до творчості, різноманітних форм мислення, до педагогіки співробітництва.

З цього огляду, можна накреслити основні завдання педагогічного співробітництва:

- викладач, застосовуючи новітні технології, повинен формувати особистість, здатну глобально мислити в контексті фундаментальних суспільних цінностей, озброїти її сучасними знаннями;

- студент повинен виробляти в собі якості творчої, активної особистості, здатної до оволодіння новітніми знаннями, яка зможе застосовувати ці знання у професійній діяльності [4].

Саме тому актуальним сьогодні в навчальному процесі є використання інноваційних технологій, бо головним показником ефективності навчання мають стати не просто сума знань, яку студент засвоїв у процесі навчання у вузі, а його здатність до самостійного навчання, вміння користуватися джерелами і засобами інформації, здатність постійно підвищувати рівень своєї освіти, потреба навчатись впродовж життя, залучати самостійно здобуті знання до розв'язання неординарних завдань, проблем і суперечностей власного існування [5, с. 431].

Термін “інновація” латинського походження, що в перекладі означає “оновлення, зміна”. У педагогіці поняття “інновація” вживають у таких значеннях:

- форма організації інноваційної діяльності;
- сукупність нових професійних дій педагога, спрямованих на вирішення актуальних проблем виховання і навчання з позицій особистісно-орієнтованої освіти;
- зміни в освітній практиці;
- комплексний процес створення, розповсюдження та використання нового практичного засобу в галузі техніки, технології, педагогіки, наукових досліджень;
- результат інноваційного процесу [6, с. 21].

Інноваційне навчання – це навчальна та освітня діяльність, зорієнтована на динамічні зміни в навколишньому світі, яка ґрунтується на розвитку різноманітних форм мислення, творчих здібностей, висо-

ких соціально-адаптаційних можливостях особистості. Орієнтація на нове, пошук і впровадження нового не є самоціллю педагогічної інноватики. Перелусім педагогічна інноватика спрямована на забезпечення адекватності навчально-виховного процесу і його результатів вимогам суспільства. Тому прагнення постійно оптимізувати навчально-виховний процес зумовило появу нових і вдосконалення діючих педагогічних технологій різних рівнів і різної цільової спрямованості.

Проте не завжди і не всюди впровадження нового забезпечує позитивні результати, не кожне нововведення раціональне, виправдане, прогресивне. Прогресивним, як відомо, є лише ефективне, що дає максимальні результати, відкриває нові можливості. Нове, як особливий феномен, співвідносять за такими ознаками:

- просторово-часова не ідентичність (несхожість новоствореної системи на інші);
- актуальність (важливість, нагальність, суттєвість для певного часу);
- стабільність (єдність, цілісність, повторюваність основних елементів нового протягом певного проміжку часу);
- ефективність (можливість за допомогою новацій розв'язувати завдання, заради яких вони були створені);
- оптимальність (найвища економічність і ефективність нового способу діяльності);
- змінюваність (можливість постійного доопрацювання, модифікації, видозмінювання) [6].

Однією з актуальних і ефективних інновацій є впровадження комп'ютерних технологій у процес викладання гуманітарних дисциплін, а саме мультимедійний супровід лекційних і семінарських занять. Термін “мультимедіа” в перекладі з латинської мови означає “множинний засіб” або “багато середовищ” [7, с. 55]. Використання мультимедійних технологій вносить новизну, якісно покращує заняття, дає більші можливості для роботи, дозволяє за допомогою фото, відео, графіки, тексту та ін. створити інтегроване інформаційне середовище, яке виступає вагомим чинником активізації навчально-пізнавальних знань студента. Наприклад, за допомогою програми Microsoft Power Point можна створити лекцію-презентацію. Презентація (з англ. “presentation” – поєднання, вистава) – це набір картинок-слайдів на певну тему, які зберігаються у файлі спеціального формату. Дана програма дозволяє подавати інформацію в різній формі демонстрації (текст, таблиці, схеми, діаграми, відео-аудіофрагменти) [8, с. 28].

На лекціях з філософії в текстовій формі можна подавати визначення, короткі біографічні дані мис-

лителів, тлумачення нових термінів і понять, характеризувати певні процеси і явища та ін., наприклад:

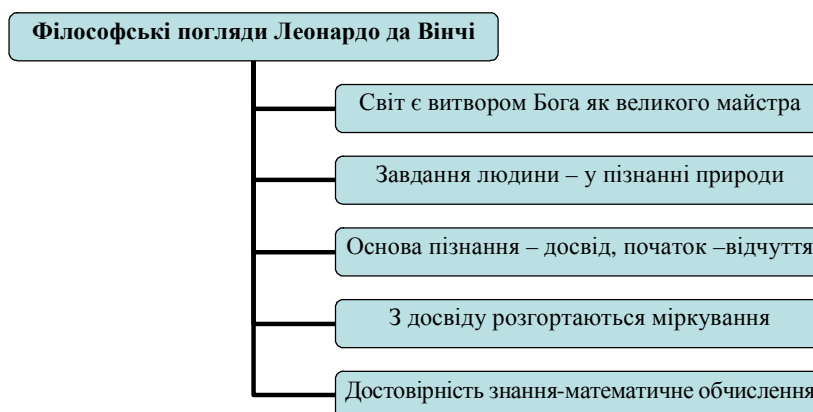
Номіналізм (лат. nomen – ім'я) – філософське вчення, що заперечує онтологічне значення універсалій (загальних понять), стверджуючи, що універсалії існують не в дійсності, а тільки в мисленні.

Для повнішого засвоєння матеріалу створювати таблиці:

Рівні та форми пізнання

Рівень пізнання	Об'єкт пізнання (завдання)	Форми пізнання	Результати пізнання
Чуттєвий	Окремі властивості та ознаки речей	Відчуття Сприйняття Уявлення	Створення образу реальності
Раціонально-логічний	Зв'язки, функції, відношення речей	Поняття Судження Умовиводи	Створення понять, учень, теорій, концепцій
Синтезувальний	Синтез абстрактного мислення та наочного даного	Експеримент Досвід Практика	Підвищення рівня достовірності знання. Вихід на нові обрії пізнання та діяльності

Подавати матеріал у вигляді схем:



Матеріал лекцій з курсу “Релігієзнавство” краще сприймається і засвоюється, якщо доповнювати текст слайдами, наприклад:

Вищим богом брахманізму був бог Брахма, який виділявся у божественній трійці (Тримурті). Бог Брахма у цій трійці виступав як творча сила. Разом з тим дуже шанувалися, особливо у народі, дві інші іпостасі трійці – боги Шива і Вішну.

Отже, лекції-презентації якісно змінюють навчальний процес, значно підвищують продуктивність занять, сприяють активізації навчання. Використання інформації в різній формі демонстрації (таблиці, схеми, відео-аудиофрагменти) дозволяє викладачеві конструктивніше організувати процес навчання, структурувати лекцію, проблемно її будувати, акцентувати увагу студентів на основних моментах теми, спостерігати міжпредметні зв'язки (розглядати філософський, релігійний, естетичний процес у його розвитку і закономірностях). Такі лекції активізують,

зацікавлюють і організовують студентів до сприйняття нового матеріалу, стимулюють навчально-пізнавальну діяльність, сприяють швидшому і ефективнішому засвоєнню нового матеріалу.

Наступною актуальною і ефективною інноваційною технологією є інтерактивна модель навчання. Провідними ознаками й інструментами інтерактивної педагогіки є: “полілог, діалог, мисленнєва діяльність, смислотворчість, міжсуб'єктні відносини, свобода вибору створення ситуації успіху, позитивність і оптимістичність оцінювання, рефлексія тощо” [9, с. 39].



Брахма. Алебастрова статуетка. XX ст. Берлін, Державний музей



Шива – творець світу



Вішну – спаситель людей

Термін інтерактивний (з англ. “interact”, де “inter” – взаємний і “act” – діяти) означає “здатний до взаємодії, діалогу”. Категорія “взаємодії” у філософському енциклопедичному словнику характеризується як вид безпосередніх або опосередкованих стосунків, зв’язків, що проявляються на суспільному і міжособистісному рівнях, виступає як форма спілкування двох чи більше осіб, в якій систематично здійснюється їх вплив один на одного, реалізується дія кожного, спільність у розумінні ситуації, досягається певна міра солідарності чи згоди.

Інтерактивну модель навчання досліджували О. Пометун, Л. Пироженко, С. Гончаров, М. Пашенко та ін.

На думку О. Пометун, інтерактивне навчання – це спеціальна форма організації пізнавальної діяльності, метою якої є створення певних умов навчання, при яких кожен студент відчуває свою успішність та інтелектуальну спроможність. Основною метою є стимулювання активного потенціалу студентів шляхом залучення їх до діалогу, відкритої бесіди, аргументації власних думок, аналізу своїх поглядів і переконань.

Відмінністю інтерактивного методу навчання є те, що навчальний процес відбувається за умови постійної, активної взаємодії всіх студентів, на основі взаємонавчання, де і студент, і викладач є рівнозначними і рівноправними суб’єктами навчання, де виключається домінування одного учасника над іншим, однієї думки над іншою. В ході такого навчання моделюються життєві та виробничі ситуації, використовуються роліві ігри, аналізуються обставини певних ситуацій, приймаються спільні рішення, що ефективно сприяє формуванню навичок і вмінь студентів, створення атмосфери співробітництва, взаємодії [9, с. 112].

Інтерактивні методи навчання дають відчутні результати: сприяють розвитку ініціативи, самодисципліни, співпраці з іншими, стимулюють розвиток уяви, когнітивних процесів, пробуджують активність до навчання, розвивають вміння вчитись. В процесі інтерактивного навчання студенти вчаться бути демократичними, спілкуватися між собою, критично мислити, приймати продумані рішення [10, с. 135].

Отже, основний метод інтерактивного навчання – спонукання до мислення та предметно-практичної діяльності у формі гри, тренінгів, практичних заходів. Особливо ефективний цей метод на семінарських заняттях з філософії, бо філософія є не просто системою знань, а особливим родом знання, що передбачає насамперед спілкування, духовне співпереживання, сприйняття і осмислення чужого досвіду. Вона вимагає не так роботи з підручником, як опрацювання першоджерел, їх осмислення і обговорення, що веде до розвитку рефлексії, критичного мислення, здатності до відбору ідеалів та цінностей, які допомагають людині в різних життєвих ситуаціях.

Прикладами прийомів інтерактивного навчання на заняттях з гуманітарних дисциплін можуть бути: діалог, дискусія, робота в малих групах, робота у великих групах, різноманітні ігрові форми: “навчаючись-учусь”, “слабка ланка”, “твоя позиція”, “ерудит-шоу”, “брейн-ринг”, “вікторина” та ін.

Роботу в групах можна організувати так: студенти отримують на листочках прізвища філософів і назви шкіл, течій, концепцій. Потрібно об’єднати філософа і концепцію, і охарактеризувати.

Можна у таблиці:

Течія	Стоїцизм	Раціоналізм	Пантеїзм	Гуманізм	Позитивізм
Г. Галілей			+		
Р. Декарт		+			
Хрїсіпп	+				
О. Конт					+
Сенека	+				
Ж.-Ж. Руссо				+	

Висновок. Впровадження інноваційних технологій у процес навчання сприяє інтенсифікації та оптимізації навчального процесу, підвищує продуктивність занять, активізує навчально-пізнавальну діяльність

студентів, робить заняття більш доступним і цікавим. Тому сьогодні назріла необхідність впровадження інноваційних технологій навчання у практику сучасної освіти.

Література

1. Матгізон В. Безперервна освіта: науково-педагогічний аспект // Педагогічна газета. – 2000. – № 7.
2. Болюбаш Я.Я. Організація навчального процесу у вищих закладах освіти: Навч. посібник. – К.: ВВП “КОМПАС”, 1997.
3. Тоффлер Е. Шок будущего. – М.: ООО “Издательство АСТ”, 2002.
4. Сивцова Е.В. Высшее образование в контексте глобализации. – К., 2004.
5. Андрущенко В.П. Роздуми про освіту: Статті, нариси, інтерв'ю. – К.: Знання України, 2004.

6. Дичківська І.М. Інноваційні педагогічні технології. – К., 2004.
7. Пінчук О. Проблема визначення мультимедіа в освіті: технологічний аспект // Нові технології навчання. – К., 2007. – Вип. 46.
8. Могильна Н. Створення презентацій засобами Microsoft Power Point // Інформатика. – 2007. – № 31-32.
9. Пометун О. Інтерактивні методики та системи навчання. – К., 2007.
10. Пометун О., Пироженко Л. Інтерактивні технології навчання: теорія, практика, досвід. – К., 2002.

УДК 616 – 073.755: 378.147

ДОСВІД І ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ “ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ” ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ СТУДЕНТАМ МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ

В.В. Шульгіна, Б.І. Шумко, Л.Я. Федонюк

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

EXPERIENCE AND PROBLEMS OF TEACHING THE SUBJECT “RADIATION DIAGNOSTICS AND RADIATION THERAPY” TO STUDENTS OF MEDICAL FACULTIES BY CREDIT-MODULE SYSTEM

V.V. Shulhina, B.I. Shumko, I.Ya. Fedonyuk

Bucovynian State Medical University, Chernivtsi

У 2007-2008 навчальному році викладання променевої діагностики та променевої терапії у вищих медичних навчальних закладах України III-IV рівнів акредитації почало проводитись за новою навчальною програмою, яка передбачає викладання дисципліни за кредитно-модульною системою відповідно до вимог Болонського процесу. У роботі наведено досвід викладання дисципліни “Променева діагностика та променева терапія” за кредитно-модульною системою, визначені проблеми викладання цієї дисципліни та надані пропозиції щодо їх вирішення.

In 2007-2008 the teaching of radiation diagnostics and radiation therapy in Ukrainian higher medical educational establishments of the III-IV accreditation levels started to be carried out by new educational program which expects the subject teaching by credit-module system according to the requirements of Bologna process. The paper adduces the experience of teaching the subject “Radiation diagnostics and radiation therapy” by credit-module system, the problems of teaching this discipline are defined and the ways of their solving are offered.

Вступ. В останні десятиріччя медична радіологія поповнилась новими методами та методиками дослідження (комп’ютерна та магнітно-резонансна томографія, ультразвукове дослідження, позитронна і однофотонна емісійна томографія, інтервенційні методи) [1, 4]. Пов’язане з цим зростання можливостей отримання діагностичної інформації вимагало перебудови системи викладання студентам вищих медичних навчальних закладів променевої діагностики та променевої терапії [2, 3, 6]. Педагогічним завданням занять з променевої діагностики та променевої терапії є формування у студентів умінь і навичок вибору, необхідних лікареві у практичній діяльності, методів променевого обстеження, черговості їх виконання, розуміння інтерпретації отриманих даних для встановлення чи уточнення діагнозу [5].

Основна частина. Раніше існуюча програма з променевої діагностики і променевої терапії, затверджена МОЗ України 15 листопада 1995 року, була замінена іншою, яка передбачала перехід від окремого викладання рентгенології і радіології до інтег-

рованого курсу, який би об’єднав усі засоби отримання медичних діагностичних зображень і методів променевої діагностики та променевої терапії (затверджена 6 червня 1996 року). Згідно з цією програмою, з метою інтеграції викладання променевих методів діагностики, викладачами кафедри онкології та радіології Буковинського державного медичного університету були переопрацьовані робочі навчальні плани лекцій і практичних занять, розроблені методичні розробки практичних занять для викладачів, методичні вказівки студентам для підготовки до занять та для самостійної роботи.

Ця робоча навчальна програма потребувала внесення відповідних доповнень стосовно одночасного вивчення можливостей всіх методів променевого дослідження кожного органа чи системи. Діагностична інформація наводилась у мінімальному об’ємі, який необхідний лікарю загальної практики для вибору методу дослідження та правильної інтерпретації отриманих даних. Більшість зауважень, зроблених співробітниками кафедри онкології та радіології

БДМУ, були враховані у наступних редакціях цієї програми, але деякі пропозиції залишаються неврахованими. Зокрема діагностика захворювань, на моделі котрих розглядається променева семіотика на практичному занятті, базується на синдромному принципі з урахуванням основних симптомів. Тому для послідовності засвоєння клінічних предметів викладання променевої діагностики та променевої терапії доцільно перенести на VII, VIII та IX семестри.

Нова навчальна програма з “Променевої діагностики та променевої терапії”, яка передбачає викладання дисципліни за кредитно-модульною системою, має свої недоліки.

По-перше, другий модуль “Загальні питання діагностичної радіології” містить в собі, крім змістового модуля “Методи візуалізації в променевій діагностиці”, інший змістовий модуль – “Алгоритми променевого дослідження різних органів та систем. Основи променевої семіотики”, вивчення якого студентами III курсу дуже проблематично тому, що вони ще не вивчили нозологічні форми і захворювання різних органів та систем на інших кафедрах (зокрема, пропедевтики внутрішніх хвороб). Також треба звернути увагу на те, що два практичних заняття цього змістового модуля: “Складання алгоритму променевого дослідження органів грудної та черевної порожнини, сечостатевої системи” та “Складання алгоритму променевого дослідження опорно-рухової системи, щитоподібної залози та центральної нервової системи” за змістом дуже об’ємні і на їх викладання потребують більшу кількість годин.

По-друге, III модуль “Променева діагностика” містить в собі змістові модулі комплексної променевої діагностики захворювань окремих органів та систем, а також променеву семіотику різних захворювань. Без засвоєння студентами III модуля неможливо складати алгоритми променевого дослідження різних органів та систем, передбачені II модулем.

По-третє, III модуль передбачає використання студентами діагностичної інформації за синдромним принципом з використанням основних променевих симптомів. Комплексна променева семіотика для діагностики конкретних патологічних станів робочою

навчальною програмою не передбачена. Наприклад: у попередній робочій навчальній програмі тематичний план практичних занять з вивчення органів дихання містив у собі шість практичних занять (променеве обстеження органів дихання, променева семіотика захворювань органів дихання, променева семіотика запальних захворювань легень, променева семіотика туберкульозу органів дихання, променева семіотика пухлин легень та променева семіотика захворювань плеври, середостіння та діафрагми), при цьому комплекс променевих синдромів і симптомів розглядався окремо для кожного патологічного стану. У новій навчальній програмі на вивчення променевої діагностики органів дихання передбачено лише два заняття (променеві методи дослідження органів дихання та променеві ознаки захворювань органів дихання), це при тому, що туберкульоз легень має високу розповсюдженість у нашій країні, а рак легень посідає перше місце серед причин смертності серед онкологічних хворих.

Треба також звернути увагу на те, що на сучасний момент на рентгенологічний метод діагностики припадає 40 % від усіх існуючих методів візуалізації загалом. А на I і II рівнях надання медичної допомоги (районому та міському) його частка використання становить до 80-90 %.

Висновки: 1. Для покращення мотивації студентів до більш ґрунтовного засвоєння променевих методів діагностики і лікування захворювань доцільне перенесення викладання променевої діагностики та променевої терапії на VII, VIII і IX семестри.

2. Практичні заняття щодо складання алгоритмів променевого дослідження різних органів та систем доцільно проводити під час вивчення III модуля після засвоєння комплексної променевої діагностики захворювань різних органів та систем.

3. Потрібно збільшити кількість годин для вивчення променевої діагностики органів і систем, пріоритетність в дослідженні яких належить рентгенологічній діагностиці (органи дихання, опорно-руховий апарат) і найчастіше використовується лікарями загальної практики на I і II рівнях надання медичної допомоги населенню.

Література

1. Линденбратен Л.Д. Научно-технический прогресс и новые задачи преподавания рентгенологии и радиологии в медицинских институтах // Вест. рентгенол. – 1985. – № 6. – С. 68-74.

2. Переслегин И.А., Королюк И.П. Пути повышения качества преподавания рентгенодиагностики в высшей медицинской школе на современном этапе // Вест. рентге-

нол. – 1985. – № 6. – С. 74-77.

3. Інтеграція викладання променевих методів дослідження / Г.К. Бутвін, Н.М. Кавкало, В.І. Молдован, В.М. Печенюк // Матеріали навч.-метод. конф. “Шляхи оптимізації навчально-методичної роботи”. – Чернівці, 1999. – Випуск V. – С. 6-8.

4. Бутвин Г.К. Современные принципы и методики лучевой диагностики (рентгенология и радиология): Учебно-методическое пособие для студентов и врачей. – Черновцы, 1997. – 98 с.

5. Програма з радіології для студентів медичних вузів. – Київ, 2006. – 38 с.

6. Кравчук С.Ю., Лазар А.П. Основи променевої діагностики. – Чернівці, 2005. – 207 с.

УДК 37.035.6:61

УСВІДОМЛЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ІДЕЇ – ЗАСІБ СТИМУЛЮВАННЯ МОТИВІВ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВУЗУ

В.Д. Шейко, В.І. Ляховський, Д.Г. Дем'янюк, О.А. Крижановський, П.П. Сакевич

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

REALIZATION OF NATIONAL IDEA – A WAY OF STIMULATION OF STUDENTS' EDUCATION MOTIVATION AT MEDICAL HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENT

V.D. Sheyko, V.I. Lyakhovsky, D.H. Demyanyuk, O.A. Kryzhanovsky, P.P. Sakevych

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

Національна ідея покликана визначити і забезпечити поступальний, прогресивний розвиток нації. Для майбутніх фахівців-лікарів національна ідея – це здоров'я нації. Національна ідея невіддільна від проявів патріотизму. Засоби формування у студентів національної ідеї та проявів патріотизму численні. Проте найбільш впливові серед них – показники здоров'я нації.

The national idea is called to define and provide onward, progressive development of nation. For future specialist-physician the national idea is a health of nation. The national idea is not separated from manifestations of patriotism. The ways of formation of national idea and manifestations of patriotism at the students are multiple. However, the most important among them are factors of nation's health.

Вступ. За роки своєї незалежності держава Україна зробила рішучі кроки в соціальному, економічному і культурному розвитку. Попереду шлях прискореної ходи, сприяти якому має консолідована єдність та цілеспрямованість дії усіх верств населення. Дорогоказом упродовж цього нелегкого шляху має стати національна ідея. Що ж варто розуміти під поняттям “національна ідея”? Яким має бути вклад викладачів медичного вузу для прискорення її формування та забезпечення позитивного впливу на розвиток особистості майбутнього фахівця, підвищення якості підготовки лікарів? Під національною ідеєю варто розуміти породжені історичним досвідом, науково обґрунтовані, поєднані з конкретними умовами переконання, дії, що впливають з них, погляди

спільноти на сьогоднішній день, перспективу розвитку на далеке майбутнє та шляхи досягнення поставленої мети. В основу національної ідеї має бути покладено інтереси людини: урахування її матеріальних та духовних інтересів, концентрація умов її вільного розвитку та суспільного становлення.

Національна ідея покликана визначити і забезпечити поступальний, прогресивний, всебічний розвиток нації. Перш за все економічний, соціальний, духовний, історичний. Подбати про одночасне формування у суспільстві відповідної епосі ідеологічної надбудови, що живить спільноту через масові видання, літературу, відео- та аудіо-засоби, сценічне мистецтво, музику та інше.

Основна частина. Студентів медичних вузів, в недалекому школярів, майбутніх фахівців суспільство

© В.Д. Шейко, В.І. Ляховський, Д.Г. Дем'янюк та ін.

годує для активного впливу не тільки на фізичний стан, здоров'я громадян [5]. Виходячи з переконання, що здоров'я людей на 85 % зумовлюється соціально-економічними факторами, майбутні фахівці мають бути навчені через свідомість своїх пацієнтів активно впливати на покращення умов життя. Опрацьовуючи зі студентами питання національної ідеї, вважаємо першочерговим завданням оновити в пам'яті слухачів, чітко визначити, викарбувати у їх свідомості поняття "нація", бо йдеться про ідейну спрямованість її розвитку. Підкреслюємо, що нація – це історичне об'єднання людей, споріднених перш за все територіально. Робимо акцент на тому, що спільна територія проживання і діяльності єднає людей, морально згуртовує їх для вирішення злободенних питань, формує схожість психологічно-емоціональних характеристик особистостей, допомагає становленню суспільної толерантності, мобілізує в години лихоліття.

Іншою ознакою нації вважається зайнятість спільноти спорідненою, поєднаною, інтегрованою суспільно-економічною діяльністю. У студентів виникає запитання: тісно інтегрованими, міжнаціональними, міждержавними зв'язками останнім часом доказана можливість тісної співпраці – економічної, фінансової культурної – об'єднання людей, розділених значними просторами і навіть таких, що перебувають у різному форматі економічного розвитку. Чи не вважається це ознакою переміщення, розширення границь нації? Застерігаємо: йдеться про міждержавні, міжнаціональні зв'язки, що не мають нічого спільного з формуванням якісної характеристики іншої, нової нації.

Спільна територія проживання залишається основою формування і успішного процвітання нації. Всякі спроби спростити це поняття небезпечні хаосом і руйнуванням нації. Нація цементується спільною мовою. Це головна визначальна нації. Мова є головним засобом спілкування. Носієм, виразником науки, культури нації. Це не означає суттєвої недооцінки знань мови іншої нації, вираженого ставлення до їх впливу на спільноту. Навпаки. Вільне подолання мовних, культурних рубежів, інтеграція споріднених культур взаємно збагачує націю. Попереджуємо слухачів, що таке явище не повинно зводитися до механічного переміщення, зміщення культурних надбань. Повинні враховуватися особливості історичних традицій, сучасного розвитку суспільства, одностайне бажання суспільства множити культурні надбання таким способом. У відношенні взаємного проникнення культур кожна нація має бути досить вибагливою. Право на життя повинні заслуговувати творчі доробки, що вносять у національну культуру прогресивні зрушен-

ня, породжують у спільноті позитивні емоції, продуктивне мислення, кличуть вперед. Без єдиної рідної спільної національної мови поняття "нація" розмивається, шматується, призупиняє прогресивну ходу і має не окреслену перспективу у майбутньому. Це шлях до згортання розвитку нації.

Професія лікаря інтернаціональна. Вона не обмежується будь-якими кордонами. Подолання мовного бар'єра професійно збагачує лікаря. Володіння іноземною мовою – одна із виразних і вагомих характеристик фахівця. Для майбутніх фахівців національна ідея має означати здоров'я нації. Пер за все цю ідею поряд з іншими складовими вони мають пронести через усе своє свідоме життя. Викладачі мають шукати засоби стимулювання прискореного формування та засвоєння національної ідеї. Бо тільки через неї шлях до проявів патріотизму. Національна ідея живить патріотизм.

Патріотизм – глибоко усвідомлений концентрований вихід, прояв у конкретних діях, вчинках, думках і висловах людей глибокої поваги до країни, свого народу, його історії, теперішнього і майбутнього. Забезпечення вільного розвитку особистості. Загальнодержавний патріотизм може існувати опираючись лише на тверде наукове підґрунтя. Глибоке усвідомлення почуття патріотизму, що оволоділо свідомістю мас, справедливо вважається рушійною силою соціально-економічного прогресу. Сформованими патріотами не народжуються. Патріотизм виховується, формується на ґрунті вирізьбленої національної ідеї.

Кропітка повсякденна робота за зміцнення, родовід нації, її майбутнє, прояв патріотизму на ґрунті національної ідеї нічого спільного не мають з будь-якими елементами прояву націоналізму. В наш нелегкий час формування майбутнього фахівця-професіонала і патріота покладено на плечі викладача-вихователя. Зрештою – це обов'язок усієї спільноти, що плекає, вирощує, формує для себе обереги фізичного та духовного здоров'я.

Виховувати стало важко, бо мусимо орієнтуватися лише на два дороговкази у роботі. Перший з них – гуманітарна направленість усієї системи медичної освіти, підготовки лікаря [2, 3, 4]. Це аксіома, викарбувана історією. Роль лікаря, як цілителя людської душі і тіла, формувалася, визначалася, шліфувалася віками. Інший – сформований, підготовлений фахівець-лікар упродовж свідомих кроків має бути активним впроваджувачем гуманізму у життя. Середовище, складові, фактичний матеріал для формування у слухачів національної ідеї, почуття патріотизму викладач черпає з багатьох джерел. Проте невичерпним джерелом залишається сьогодні, його вплив на спільноту.

Студенти медичних вузів втрачають мотиви навчання і проявляють схильність до повільного засвоєння національної ідеї, патріотичних поривань. Цьому є аргументовані пояснення, що випливають перш за все з соціального середовища, у якому їм доводиться перебувати. Переконані – викладач має терпеливо і аргументовано пояснювати своїм слухачам, що шлях незалежності, вибраний спільнотою, єдиний і вірний. Його завзято має торувати уся спільнота, що об'єдналася навколо цієї думки. І в першу чергу фундатори, переконані у його вірності, готові долати перешкоди і стійко переносити невдачі. Фундамент такої толерантності має будуватися на міцному підґрунті, в основу якого має бути покладено наукове бачення розвитку суспільства в конкретному часі і на перспективу.

Усе це об'єднується у виразі – національна ідея. Нам зараз вкрай необхідна науково опрацьована національна ідея – згущений вираз бачення нашого майбутнього, шляхів просування до здійснення наміченого, засобів досягнення та ролі кожного у цьому. Цементуючий засіб згуртування нації, складовою якого мають стати масові прояви загальнодержавного патріотизму. Ідея патріотизму має оволодіти масами, лежати в основі суспільної свідомості [1]. Оскільки державні інститути, що опрацьовують національну ідею, знаходяться в стадії становлення та розвитку, а продукт їх праці поки що ефемерний, роль викладача вищої медичної школи у формуванні переконливих патріотів, просякнених національною ідеєю, важко переоцінити.

Стосовно праці щодо формування у студентів національної ідеї, почуття патріотизму методи численні, а методологія має бути одна. Переконані, що це практично повинно здійснюватися у тісному поєднанні з навчанням.

Література

1. Формування суспільної свідомості у студентів медичних вузів / І.О. Гіленко, Д.Г. Дем'янок, В.І. Ляховський та співавт. // Медична освіта. – 2006. – № 4. – С. 39-42.
2. Василюк В.М., Кравчук Н.В., Василюк В.В. Основи клінічного мислення // Медична освіта. – 2004. – № 3-4. – С. 33-36.
3. Дзяк Г.В., Перцева Т.О., Святенко Т.В. Педагогічні аспекти гуманітарного виховання у вищому навчальному закладі за роки незалежності (досвід Дніпропетровської державної медичної академії) // Медична освіта. – 2004. – № 2. – С. 17-23.
4. Методологічні особливості формування гуманітарних

Ефективним засобом підсилення мотивів навчання, стимулом патріотичних почуттів, формування національної ідеї вважаємо заходи систематичного ознайомлення студентів з даними головних показників здоров'я населення України, демографічними показниками. Зараз ці дані вільно доступні [6]. Пропонуємо студентам їх оцінити.

На 1.01.2000 р. в Україні мешкало 49 456 088 чоловік. На 1.01.2008 р. їх нараховувалася 46 192 300 осіб. Різниця – 3 263 788. Це стільки чоловік суспільство втратило за згаданий період. Причина: хвороби, травми, отруєння, самогубства та інші. Показники природного руху українців. У 1995 році на 1000 всього населення народилося 9,6 дітей. Смертність серед населення була 15,4. Природний приріст населення був негативним і склав (-) 5,8. У 2007 році ці показники були: народилося 10,2, смертність 16,4. Природний приріст населення (-) 6,7 [6, 7]. На фоні незначного збільшення народжуваності маємо збільшення смертності. Негативна тенденція поглиблюється. Наведені цифри особливого пояснення не вимагають.

Аналізуючи смертність населення, народжуваність, динаміку природного приросту, студенти самі доходять висновку про термінову необхідність рішучих заходів з метою покращення цих показників. Це підсилює мотиви навчання, зокрема, відповідальність за долю нації, мобілізує молодь, концептує її душевні пориви і прояви патріотизму.

Висновки: 1. Головною рушійною національної ідеї для студентів медичних вузів має бути здоров'я нації.

2. Формування національної ідеї, використання її складових для стимулу процесів навчання студентів медичного вузу повинно відбуватися повсякчасно.

3. Методологічною основою патріотичного виховання має бути гуманізм, гуманітарна спрямованість медичної освіти.

поглядів у студентів-медиків / О.Н. Литвинова, Н.О. Лісовська, Т.І. Андрієвська та співавт. // Медична освіта. – 2003. – № 4. – С. 19-21.

5. Пішак В.П., Коломієць М.Ю. Місце і значення медичної психології в оновленому суспільстві України // Медична освіта. – 2004. – № 1. – С. 19-24.

6. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2000-2001 роки. – Київ, 2002. – 307 с.

7. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2006-2007 роки. – Київ, 2008. – 307 с.

УДК 378:371.136:303.71:57.4

ВПЛИВ ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДІВ УПРАВЛІННЯ НА ПЕДАГОГІЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ ВИКЛАДАЧІВ У ХАРКІВСЬКОМУ БАЗОВОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ № 1

М.С. Панченко, Л.П. Ольховська, Т.Г. Парафейник

Харківський базовий медичний коледж № 1

INFLUENCE OF INNOVATE METHODS OF ADMINISTRATION ON THE PROFESSIONAL TEACHERS' ACTIVITY IN KHARKIV BASIC MEDICAL COLLEGE № 1

M.S. Panchenko, L.P. Olkhovska, T.H. Parafeynyk

Kharkiv Basic Medical College № 1

У статті розглянутий один із варіантів вирішення проблеми організації, управління навчальним процесом та впливу на рівень професіоналізму викладачів. Наведені методика, результати проведеного дослідження та виявлений потенціал професійного зростання педагогічного колективу.

This article considers one of the versions of solving the problem of organization, administration of educational process and the influence on the professional teachers' level. The methods, the results of performed investigation are adduced and the potentiality of professional level of pedagogical staff is revealed.

Вступ. Вирішуючи загальнодержавні нагальні проблеми якісної підготовки молодших медичних спеціалістів та бакалаврів, кожний навчальний заклад постає перед проблемою забезпечення ресурсного та виконавчого індикатора якості освіти [1], а саме:

1) високий професіоналізм викладачів; наявність відповідного кадрового забезпечення;

2) ефективна організація, інформатизація та управління навчальним процесом.

На сучасному етапі кожний навчальний заклад має право формувати свою стратегію, вибирати свої пріоритети в навчанні, витратити свої ресурси, вдосконалювати навчальний процес і встановлювати критерії для діяльності викладачів з метою формування високопрофесійного колективу педагогів, об'єднаних спільною метою: підготовка висококваліфікованих спеціалістів та соціально активних громадян [2].

Задачі оцінювання педагогічних кадрів визначаються, звичайно, стилем керівництва.

При адміністративно-командному керівництві головним завданням оцінки було виявлення недоліків у роботі педагога для визначення відповідності його займаній посаді.

При демократичному керівництві теж вирішується ця задача, але засоби вирішення інші.

З метою поліпшення безпосереднього впливу управлінської діяльності адміністрації коледжу на педагогічну діяльність викладачів ХБМК № 1 у 2007/08 навчальному році ми, крім загальновідомої системи контролю (взаємовідвідування, відкриті заняття, тестування та ін.), розробили та впровадили форму анкетування викладачів з метою самооцінки під загальною назвою "Особливості педагогічної діяльності викладачів ХБМК № 1 в період реформування вищої медичної освіти".

При розробці цього методу враховувалися перш за такі позиції:

– робота викладача вищого навчального закладу – це особлива форма висококваліфікованої розумової діяльності творчого характеру;

– результатом підготовки студента-медика має бути вміння володіти сучасними інформаційними, лікувальними і маніпуляційними технологіями, іноземними мовами, бути провідником і прикладом здорового способу життя для людей;

– надання можливості отримати студентами коледжу додаткову спеціалізацію, що посилює їх конкурентоспроможність на ринку праці;

– умови формування загальноєвропейської системи вищої освіти, яка ґрунтується на спільності фундаментальних принципів функціонування при збере-

женні традицій національної та регіональної медичної школи, в тому числі з питань технологій навчання та оцінки якості підготовки спеціалістів;

– ефективність професійної діяльності залежить не лише від рівня фахової підготовки, а й від психолого-педагогічної освіченості, вихованості та професійної навченості;

– контроль за педагогічною діяльністю викладачів є частиною єдиної замкненої системи управлінських дій адміністрації коледжу, що забезпечують гарантований рівень очікуваної якості;

– головним є впевненість викладача в об'єктивності оцінки; сприйняття її на користь себе та знання, яким шляхом усунути виявлені недоліки; хотів усунути недоліки [3].

Основна частина. Для методологічного виконання такої самооцінки було обране анкетування викладачів.

Відомо, що особливості педагогічної діяльності у вищому навчальному закладі передбачають певні вимоги до особистості викладача [4]:

- усвідомлення свого громадянського обов'язку;
- досконале володіння своїм предметом;
- майстерне володіння методикою викладання, управління навчально-пізнавальною діяльністю студентів;
- педагогічна виразність;
- розумна любов до студентів;
- ерудованість;
- творчий підхід до справи;

– високі моральні якості;

– уміння володіти власною емоційно-вольовою сферою;

– педагогічна спостережливість і уважність;

– натхнення та інтуїція;

– досконале володіння мовою і мисленням;

– оптимізм;

– педагогічний такт;

– здоров'я і зовнішній вигляд;

– педагогічна майстерність.

Для об'єктивного вивчення сукупності особистих якостей у викладачів коледжу, впливу на їх педагогічну діяльність в подальшому, виявлення потенціалу професійного росту колективу їм була запропонована анкета з восьми питань з метою проведення самооцінки власної педагогічної діяльності. Для цього використана методика анонімного опитування К. Замфир в модифікації А. Реана [5]. У 2007\08 навчальному році у ХБМК № 1 працювало 89 штатних викладачів, з них в опитуванні взяли участь – 72.

Перші два питання анкети дозволили оцінити кваліфікаційну структуру педагогічного колективу коледжу, яка представлена на рис. 1 та 2.

Наступні 6 питань давали можливість оцінити:

– найбільш характерний тип спілкування зі студентами;

– стиль свого ставлення до студентів;

– напрям, що превалює у педагогічній діяльності;

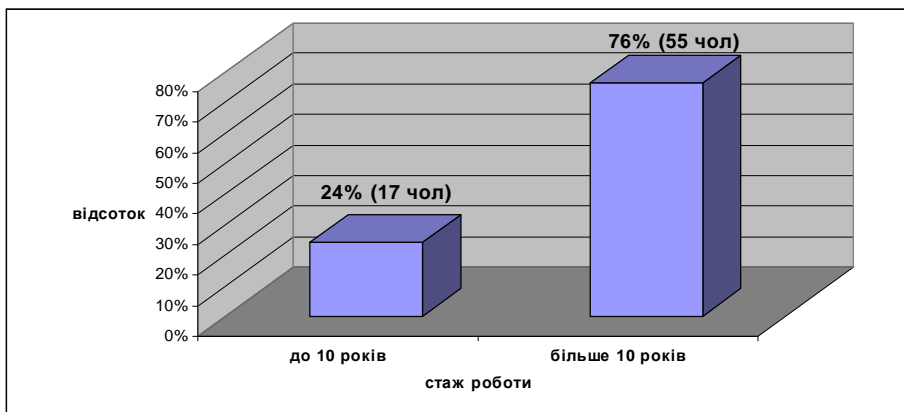


Рис. 1. Стаж роботи викладачів.

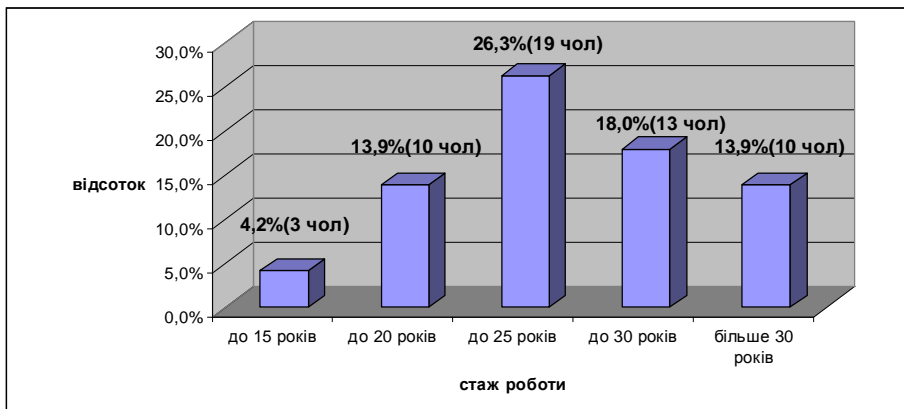


Рис. 2. Стаж роботи викладачів.

– психолого-педагогічний компонент, що превалює у взаємовідносинах зі студентом та студентським колективом;

– знання, які превалюють у педагогічній діяльності при формуванні професійних знань та вмінь студентів;

– визначити свій рівень педагогічної діяльності за результатами своєї роботи.

Проведений аналіз отриманих відповідей засвідчив, що в нашому колективі превалює особистісний тип спілкування – 44 %, але 29 % викладачів використовують діловий та змішаний типи спілкування. До речі,

особистісний тип спілкування ґрунтується на глибокій зацікавленості студентом, визнанні самостійності його особистості (рис. 3).

Ставлення до студентів детермінує організаторську діяльність викладача, визначає загальний стиль його ставлення до студентів, який може бути авторитарним, демократичним, ліберальним. 90,3 % викладачів притаманне демократичне ставлення, яке ґрунтується на глибокій повазі, довірі й орієнтації на самоорганізацію, самоуправління особистості та колективу. Основними засобами взаємодії є заохочення, порада, інформування (рис. 4).

Рис. 3. Типи спілкування викладачів зі студентами.

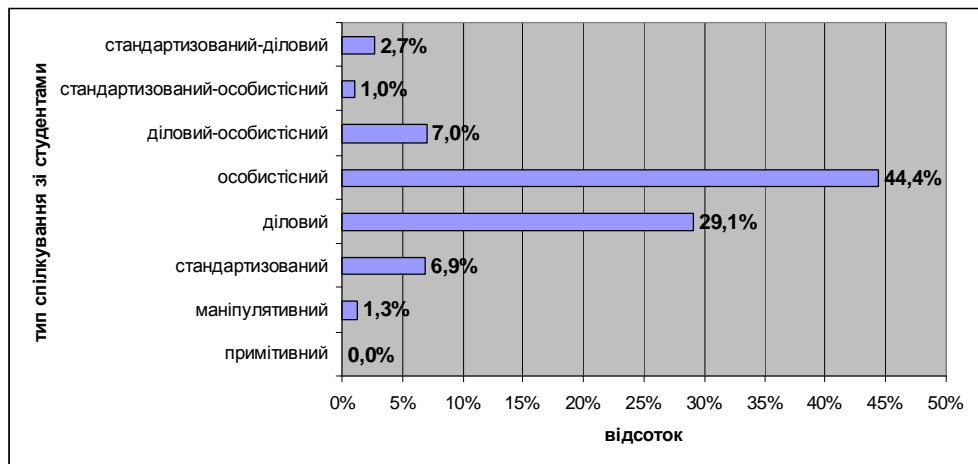
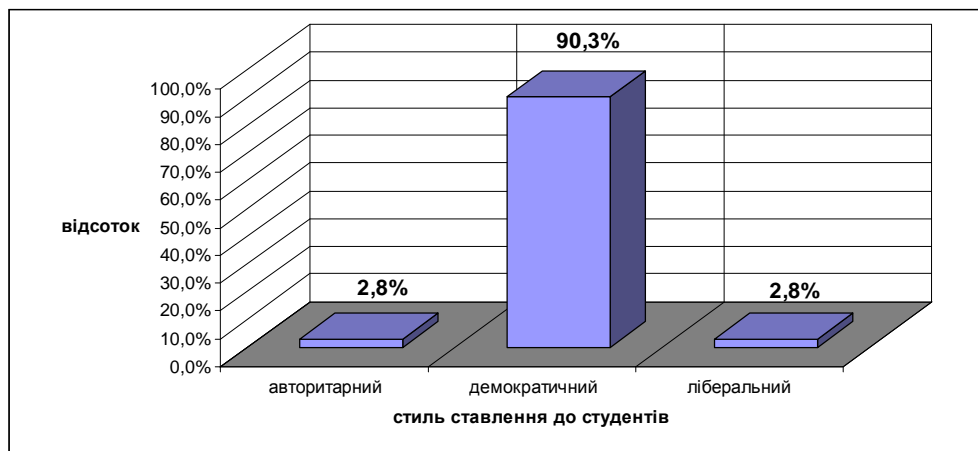


Рис. 4. Стиль ставлення викладачів до студентів.



Важливою для можливостей впливу на викладачів виявилася самооцінка напрямку, який превалює у їх педагогічній діяльності. За даними нашого дослідження, визначальною функцією своєї роботи 89 % викладачів вважають навчальну діяльність. З навчальною роботою тісно пов'язана методична діяльність, що визначили 83 % викладачів. Педагогічна наука може розвиватися за умови збагачення її новими фактами, здобутими у процесі науково-дослідної роботи, значення її у своїй діяльності визначили 63 % викладачів. 50 викладачів коледжу (69 %) приділяють максимальну увагу виховній діяльності, Можна припустити, що 40 з них є керівниками академічних груп, таким чином тільки 10 викладачів

приділяють значення виховній діяльності передусім у процесі навчання, використовуючи потенційні можливості навчальних дисциплін, враховують виховний вплив студентського колективу, молодіжних організацій, взаємодії всіх суб'єктів навчально-виховного процесу. Усі розглянуті функції викладача виявляються в єдності, хоча може одна превалювати над іншими. Мета впливу керівництва коледжу довести викладачам, що професіоналізм викладачів вищого навчального закладу виявляється в умінні на основі аналізу педагогічних ситуацій бачити і формулювати педагогічні завдання та знаходити оптимальні засоби їх розв'язання. А це досягається творчим підходом до педагогічної діяльності.

Психолого-педагогічна структура діяльності – система дій педагога, спрямованих на досягнення поставлених цілей через розв’язання педагогічних завдань. У цій системі відокремлюють такі функціональні компоненти [6]: гносеологічний, конструктивний, організаційний, комунікативний.

За результатами самооцінки викладачів (72 респонденти), виявлено, що у 50 % викладачів превалює комунікативний тип взаємовідносин зі студентом та студентським колективом. Такий викладач передбачає налагодження педагогічно доцільних стосунків з тими, на кого спрямований вплив (“взаємини по горизонталі”). Організаційний та конструктивний компоненти притаманні 11 % викладачів відповідно, а оптимальний, з точки зору спроможності через психолого-педагогічну діяльність розв’язувати педагогічні завдання, гносеологічний – тільки 7 %. У 15 респондентів виявився змішаний тип – 21 %.

Структура діяльності викладача розглядається у двох аспектах. Перший її аспект передбачає взаємозв’язок знань та вмінь: спеціальних, педагогічних, психологічних, методичних. При формуванні професійних знань та вмінь студентів у педагогічній діяльності 19 респондентів (26 %) надають значення спеціальним знанням, 8 (11 %) – педагогічним, 3 (4 %) – психологічним, 6 (8 %) – методичним, але 36 викладачів (50 %) – розуміють значення всіх у педагогічній діяльності і використовують таким чином: 10 респондентів поєднують спеціальні та методичні, педагогічні та психологічні – 4 респонденти, спеціальні та психологічні – 9 респондентів, спеціальні та педагогічні – 4 респонденти, спеціальні-педагогічні-психологічні-методичні – 5 респондентів.

Другий аспект структури педагогічної діяльності викладача – це його конструктивна, організаційно-мобілізуєча, комунікативно-розвивальна, інформаційно-орієнтуєча, дослідницька і гносеологічна діяльність, що передбачає високу кваліфікацію [6].

Наше дослідження показало, що за результатами роботи викладачі визначили рівень своєї педаго-

гічної діяльності як репродуктивний – 4 (6 %), адаптивний – 5 (7 %), локально-моделюючий – 3 (4 %), системно-моделюючий – 16 (22 %), системно-моделюючий діяльність і поведінку 31 (43 %). Таким чином визначено, що 65 % викладачів мають високий та найвищий рівень педагогічної діяльності. Така сукупність особистих якостей визначається як педагогічна обдарованість, що виявляється у спроможності підпорядкувати власні інтереси педагогічній меті, створювати оригінальні системи навчально-виховної роботи.

Досліджувана мотивація до професійної діяльності у 72 серед 86 викладачів коледжу дозволили виявити оптимальну мотиваційну направленість до педагогічної діяльності у 41 % опитаних, що свідчить про достатньо високий потенціал професійного зростання (послідовні етапи від професіоналізму до педагогічної майстерності та далі – педагогічного новаторства). У 29 % опитаних визначена реальна можливість професійного самовдосконалення, що обумовлює продуктивну педагогічну діяльність, тим більше, що 24 % викладачів мають стаж безпосередньої педагогічної роботи до 10 років. Таким чином, 70 % викладачів мають потенціал для розвитку структурних компонентів педагогічної майстерності, складовими якої є професійні знання, педагогічна техніка, педагогічні здібності, педагогічна моральність, професійно значущі якості, зовнішня культура.

Висновки: 1. Проведення самооцінки педагогічної діяльності є сучасним методологічним інструментом досягнення найвищої мети будь-якого навчального закладу – забезпечення високого рівня самоорганізації професійної діяльності педагога, тобто досягнення педагогічної майстерності. 2. Розроблена у коледжі система самооцінки викладачів є інноваційною формою управлінської діяльності, дозволяє провести системний аналіз та визначити рівні готовності викладача до самовдосконалення. 3. Об’єктивний аналіз результатів анкетування дозволяє визначити пріоритетні “зони впливу” на діяльність викладачів.

Література

1. Бірюков В.С., Чернецька О.В., Пашенко Т.І. Освітні індикатори в педагогіці вищої школи // Медична освіта. – 2008. – № 2. – С. 50 – 52.
2. Сучасні питання розвитку вищої медичної освіти та кадрового забезпечення галузі охорони здоров’я / М.Т. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Фещенко, Т.І. Чернищенко // Медична освіта. – 2008. – № 2. – С. 5 – 11.
3. Цехмістрова Г.С. Педагогічна майстерність та оцінка якості викладання у вищому закладі освіти // Нові технології навчання. – 2001. – Випуск 31. – С. 24-33.

4. Ничкало Н.Н. Стандарти професійної освіти: проблеми методології і творчих пошуків. Професійна освіта: педагогіка і психологія. – К.: ВПЮЛ, 2000. – 486 с.
5. Фіцула М.М. Педагогіка вищої школи. – К.: Академвидав, 2006. – 352 с.
6. Гаврилов Є.В., Гудзинський М.М., Горбунова А.М. Модель взаємодії компонентів системи “викладач-студент” у замкненому стані // Проблеми вищої школи. – 1994. – Вип. 8. – С. 16 – 24.

РЕЦЕНЗІЯ

И. Трахтенберг, А. Поляков. Очерки физиологии и гигиены труда пожилого человека. – К.: Авиценна, 2007. – 272 с.

Автори монографії – видатний гігієніст і токсиколог академік І.М. Трахтенберг, вчений з невичерпною енергією і різнобічними творчими зацікавленнями, та доктор медичних наук О.А. Поляков, відомий фахівець з професійно-трудової реабілітації. Вони вдало поєднали власні фахові знання, багатий досвід і дані літератури з гігієни праці та геронтології.

Монографія складається з 4-х розділів, кожний з яких розкриває суть окремої проблеми. У 1-му розділі розглядаються питання працездатності людини у різні вікові періоди залежно від типу трудової діяльності. З фізіологічної точки зору описані різні фактори, що впливають на працездатність і втомлюваність, а також міркування й досягнення вітчизняних і закордонних вчених у цій ділянці знань. Переконаливо доводиться, що фізична працездатність залежить від генетичних факторів, умов праці, способу життя, рівня рухової активності, виду трудової діяльності, статі і стану здоров'я працівника. Великий вплив на швидкість психомоторних реакцій справляє тренування, а гіподинамія знижує працездатність людини. Працездатність знижується і з віком. У людей похилого віку функціональна спроможність центральної нервової системи, швидкість реакцій, психомоторика помітно слабнуть. Роль емоційного компонента в розумовій діяльності тісно пов'язана з рівнем нейротизму. Не останню роль у працездатності відіграє раціонально підібраний індивідуальний режим роботи осіб похилого віку.

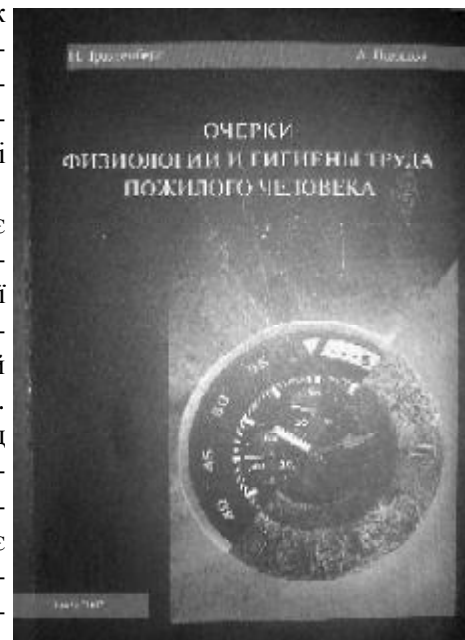
У 2-му розділі показано, що вищою формою діяльності людини є її професійна праця, на яку впливають задана програма, умови виробництва, клімат, алгоритм дій, наявність навиків тощо. Деякі види праці залишаються енергоємними попри впровадження новітніх технологій і видів техніки. Задачі виробництва визначають "параметри" трудових ресурсів від простих вимог до необхідної фізичної підготовки, певного рівня спеціальних знань працівників. Ряд функцій організму тісно пов'язаний з віком – зір, слух, м'язова сила, швидкість реакцій, увага та ін., які надзвичайно важливі для високої продуктивності праці. Розумова діяльність значною мірою корелює з показниками м'язової працездатності.

Автори детально, з глибоким знанням оцінюють і характеризують фактори, які впливають на продуктивність праці людей похилого віку, поняття "«норми»", вплив здоров'я і віку на працездатність, та методи її визначення. Не залишилися поза увагою вікова зміна показників психоемоційної стійкості, процесів навчання та переорганізації.

Третій розділ книги присвячений пріоритетним аспектам герогієни та вікової токсикології. Автори доводять, що в оцінці впливу різних чинників на організм необхідно враховувати їх параметри, тривалість контактів з організмом в умовах професійно-виробничої діяльності. Диференціація факторів довкілля має принципове значення при гігієнічному нормуванні. Науковці описують систему оптимізації виробництва для працівників старшого віку та систему їх професійно-трудової реабілітації. Пропонуються найбільш ефективні способи підвищення працездатності та профілактики втоми. Разом з тим, неможливо відкинути генетичну запрограмованість старіння, вплинути на яку складно або й неможливо. При виході на пенсію людина має ще досить високий рівень фізичних резервів, які необхідно зберегти на довший час.

У 4-му розділі монографії наведено основні підсумки і практичні поради. Вони стосуються рухової активності людей похилого віку, особливостей впливу на їх організм фармакологічних препаратів, біологічно активних добавок, раціонального харчування, способу життя. Вміле науково обгрунтоване їх застосування сприяє продовженню працездатного віку.

Поряд із суто науковими даними у книзі наведено цікаві висловлювання корифеїв медичної науки, влучні афоризми видатного хірурга М.М. Амосова і геронтолога В.В. Фролькіса, латинські крилаті вирази. Крім



численних таблиць і рисунків, що демонструють цифрові результати наукових досліджень, уміщено портрети видатних вчених фізіологічного, гігієнічного і геронтологічного спрямування. Таке поєднання надає книзі особливу оригінальність і привабливість.

Монографія не тільки корисна для фахівців (фізіологів, геріатрів, гігієністів), лікарів інших спеціальностей, науковців, але й для широкого загалу читачів, як поважного віку, так і молодих. З неї можна взяти корисні ідеї, думки, погляди. Вона змушує задуматись над майбутнім кожної людини.

Проф. В.А. Кондратюк,
член-кор. АМНУ, проф. М.М. Андрейчин
(м. Тернопіль)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

– *посилання на патенти, авторські свідоцтва:*

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

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

– *посилання на дисертації і автореферати дисертацій:*

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

2. Фіра Л.С. Активність мембранозалежних ферментів при опіковій хворобі: Автореф. дис. ... канд. біол. наук. – Львів, 1987. – 16 с. – *посилання на укази, накази, постанови, закони:*

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

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

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

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

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

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

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

13. Статті треба відсилати за адресою:

Редакція журналу “Медицина освіта”

Тернопільський державний медичний університет

ім. І.Я. Горбачевського

Майдан Волі, 1

46001, Тернопіль

Україна.

Бажаємо успіху!