

Міністерство охорони здоров'я України

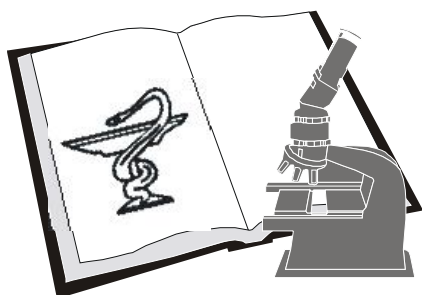
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Національна медична академія післядипломної освіти імені 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

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

MEDICAL EDUCATION

SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL

2/2010

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)

МЕДИЧНА ОСВІТА

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Виходить з 1999 року

Свідоцтво про державну
реєстрацію: КВ 3636

Передплатний індекс: 21885

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

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Журнал “Медична освіта”
Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль
46001, УКРАЇНА
Тел.: (0352) 43-49-56
Факс: (0352) 52-80-09
E-mail: mededu@tdmu.edu.te.ua
<http://www.tdmu.edu.te.ua>

За зміст, достовірність і орфографію рекламних матеріалів відповідальність несе рекламодавець.
Редакція не несе відповідальності за достовірність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікаціях. При передруці або відтворенні повністю чи частково матеріалів журналу “Медична освіта” посилання на журнал обов'язкове.

Затверджено вченою радою Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського (протокол № 21 від 29.06.2010 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 30.06.2010. Формат 60×84/8.
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.
Ум. др. арк. 18,83. Обл.-вид. арк. 17,89.
Наклад 600. Зам. № 115.

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

ЗМІСТ

Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції з міжнародною участю

“ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ВМ(Ф)НЗ УКРАЇНИ: РЕЗУЛЬТАТИ, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ”

20-21 травня 2010 року

<i>З.М. Митник, М.В. Банчук, І.І. Феценко, О.П. Волосовець, Т.М. Старча, К.І. Петрова, І.В. Ключенко, Ю.С. П'ятницький, А.Л. Пустовойтова</i>	
СУЧАСНИЙ СТАН КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
<i>В.В. Лазоришинець, М.В. Банчук, О.П. Волосовець, О.М. Дзюба, І.Є. Булах, Ю.С. П'ятницький, Т.І. Чернишенко, В.Б. Подрушник, Ю.І. Фисун, Р.А. Стецюк, Є.С. Бочерикова, Л.В. Щербина</i>	
ПОДАЛЬШІ ШЛЯХИ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ	10
<i>В.В. Лазоришинець, Л.Г. Розенфельд, М.В. Банчук, О.П. Волосовець, О.М. Кочет, П.Р. Петрашенко, Ю.С. П'ятницький</i>	
СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ (ФАРМАЦЕВТИЧНИХ) НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ТА ЗАКЛАДАХ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, ПІДПОРЯДКОВАНИХ МІНІСТЕРСТВУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	18
<i>В.В. Лазоришинець, Ю.І. Кундієв, Л.А. Пиріг, М.В. Банчук, О.П. Волосовець</i>	
ПРИЙНЯТТЯ ЕТИЧНОГО КОДЕКСУ ЛІКАРЯ УКРАЇНИ ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ	21
<i>В.В. Лазоришинець, Л.Г. Розенфельд, О.П. Волосовець</i>	
РОБОТА ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ ТА НАУКИ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ ПАНДЕМІЧНОГО ГРИПУ	23
<i>Л.Я. Ковальчук</i>	
НОВІТНІ ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ У ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО	27
<i>Р.Л. Ковальчук, М.М. Телеки</i>	
ЛІЦЕНЗУВАННЯ ТА АКРЕДИТАЦІЯ: ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ	31
<i>М.В. Банчук, В.П. Марценюк, О.О. Стаханська</i>	
КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ПОТОЧНОЇ ТА ПІДСУМКОВОЇ УСПІШНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ І ПОКАЗНИКІВ СЕРТИФІКАТІВ ЗОВНІШНЬОГО НЕЗАЛЕЖНОГО ОЦІНЮВАННЯ ТА АТЕСТАТІВ ПРО СЕРЕДНЮ ОСВІТУ	34
<i>О.П. Волосовець, І.Є. Булах</i>	
ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА ДИТЯЧОГО ЛІКАРЯ: ВІД “НАВЧАННЯ НА ВСЕ ЖИТТЯ” ДО “НАВЧАННЯ ЧЕРЕЗ ВСЕ ЖИТТЯ”	43
<i>І.С. Вітенко</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ТА СТАН ПІДГОТОВКИ ДО ВИДАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ДЛЯ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ	47
<i>Л.Я. Ковальчук</i>	
ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ СЕМЕСТРОВОГО КОМПЛЕКСНОГО ТЕСТОВОГО ІСПИТУ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО	50
<i>В.Ф. Москаленко, О.П. Яворовський, Л.І. Остапюк</i>	
ДОСВІД НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ЗА ЄВРОПЕЙСЬКОЮ КРЕДИТНО-ТРАНСФЕРНОЮ СИСТЕМОЮ В НМУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ ЯК ОСНОВА ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ	60
<i>Ю.В. Вороненко, О.П. Мінцер</i>	
СТАН МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ – ОЧЕВИДНІСТЬ ГЛИБОКОГО РЕФОРМУВАННЯ Й НЕОЧЕВИДНІСТЬ ШЛЯХІВ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ	63
<i>В.М. Казаков, О.М. Талалаєнко, М.Б. Первак</i>	
П'ЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТАХ ДОНЕЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	65

<i>В.П. Черних, І.С. Грищенко, С.В. Огарь, Л.М. Віннік</i> РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В НАЦІОНАЛЬНОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ	69
<i>І.С. Чекман</i> НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ОСНОВ НАНОФАРМАКОЛОГІЇ СТУДЕНТАМ МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ	73
<i>В.М. Ждан, В.М. Бобирьов, С.М. Білаш, А.І. Сидорова</i> ПЕРСПЕКТИВИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ 7.110106 “СТОМАТОЛОГІЯ”	75
<i>М.А. Андрейчин, Н.Ю. Вишневецька, Н.Г. Завіднюк, О.Л. Івахів, Н.А. Васильєва, В.С. Копча, Ю.О. Івахів, Н.А. Ничик, І.С. Іщук, В.О. Качор, О.С. Луцук</i> ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ НА БАЗІ ІНФЕКЦІЙНОЇ КЛІНІКИ	79
<i>О.М. Біловол, В.М. Лісовий, В.А. Капустник, В.О. Коробчанський, М.П. Воронцов</i> КОНЦЕПЦІЯ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРИНЦИПИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ПРОФІЛЮ	82
<i>В.М. Бобирьов, Л.А. Муляр, Т.А. Петрова, О.В. Власова, В.І. Ляховський, М.М. Рябушко, Г.Ю. Островська, А.В. Вахненко</i> ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ВИКЛАДАННІ КЛІНІЧНОЇ ІМУНОЛОГІЇ ТА АЛЕРГОЛОГІЇ	86
<i>І.П. Вакуленко, М.Б. Первак, Н.В. Танасічук-Гажієва, О.В. Губенко, О.В. Котлубей, І.П. Скриннікова, Г.Д. Ткаченко, О.Л. Оборнев, І.М. Долгополова</i> ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НА КАФЕДРІ РАДІОЛОГІЇ	89
<i>І.С. Вітенко, Л.М. Гуменюк</i> ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ В ПРОЦЕС ВИКЛАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ІV РІВНЯ АКРЕДИТАЦІЇ: ПЕРЕВАГИ ТА ПРОБЛЕМИ	91
<i>Л.В. Глушко, Н.В. Чаплинська, Н.З. Позур, Т.Ю. Гавриш</i> СПОСОБИ УДОСКОНАЛЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ РОБОТИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ	94
<i>О.М. Гуменюк, С.Б. Цюра, В.В. Гуменюк</i> ПЕДАГОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ОСОБИСТОГО ДОСВІДУ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ НА РОЗВИТОК СУБ'ЄКТИВНИХ ХАРАКТЕРИСТИК КОМУНІКАТИВНОГО ПРОСТОРУ “ЛІКАР-ПАЦІЄНТ”	96
<i>Г.В. Дзяк, Т.О. Перцева, Л.Ю. Науменко, Г.В. Горбунова, Г.С. Канюка</i> ПРО НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ	100
<i>В.М. Запорожан, В.Й. Кресюн, Ю.І. Бажора, С.Ф. Гончарук, О.В. Чернецька</i> ПРОБЛЕМИ ЕФЕКТИВНОГО ВПРОВАДЖЕННЯ КМСОНП В МЕДИЧНИХ ВНЗ	102
<i>Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, І.І. Солонинко</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	104
<i>В.К. Івченко, Ю.І. Налапко</i> ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМИ ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ	107
<i>І.В. Іоффе, Н.А. Шор, І.В. Андреева, Ю.А. Хунов, І.І. Зельоний, В.І. Жаданов</i> ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ХІРУРГІВ НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ	109
<i>Л.Я. Ковальчук, А.Д. Беденюк, О.В. Олійник, В.В. Гнатів, І.В. Чепіль, О.І. Костів</i> ПРОБЛЕМИ ВПРОВАДЖЕННЯ БОЛОНСЬКОЇ КОНВЕНЦІЇ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОСТОРІ УКРАЇНИ	111
<i>Ю.М. Колесник, Ю.М. Нерянов</i> БОЛОНСЬКИЙ ПРОЦЕС ТА ШЛЯХИ ПОКРАЩАННЯ РІВНЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ	117
<i>В.М. Лісовий, В.А. Капустник</i> ЯКІСТЬ ОСВІТИ В КОНТЕКСТІ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	120

<i>І.Р. Мисула, Г.Я. Загрчук, Л.Б. Унольт, А.Г. Шульгай, Я.П. Нагірний, Л.В. Соколова, Л.Т. Котляренко, А.М. Пришляк</i>	
ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО	123
<i>О.П. Мінцер</i>	
РОЛЬ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА ЕТАПАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ	128
<i>Є.М. Нейко, Л.В. Глушко, С.В. Федоров, М.І. Мізюк</i>	
ОСНОВНІ ПРІОРИТЕТИ МІЖНАРОДНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	130
<i>О.С. Никоненко, С.Д. Шаповал, С.М. Дмитрієва</i>	
ВПРОВАДЖЕННЯ МОДУЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ У ПРАКТИКУ ПІСЛЯ ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ	132
<i>О.О. Притуло, Н.В. Проніна, Ю.В. Сосновський, М.В. Чірський</i>	
ПОБУДОВА САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ВІДПОВІДНО ДО ЄВРОПЕЙСЬКИХ СТАНДАРТІВ	134
<i>Ю.О. Талалаєнко, Є.Д. Мірович, Л.П. Дабіжа, Н.В. Князева</i>	
ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ 4 І 5 КУРСІВ МІЖНАРОДНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА Й ГІНЕКОЛОГІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ	136
<i>П.Д. Фомін, Є.М. Шепетько, О.А. Повч, О.Б. Бельський</i>	
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА СИСТЕМУ ПІДГОТОВКИ ІНТЕРНІВ ІЗ ХІРУРГІЇ НА ХІРУРГІЧНІЙ КАФЕДРІ ...	138
<i>О.М. Хвистюк, В.Г. Марченко, В.Й. Целуйко</i>	
НОВА ФОРМА ПІСЛЯ ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ – ДИСТАНЦІЙНА ОСВІТА НА СТОРІНКАХ ЖУРНАЛУ	140
<i>М.І. Швед, Л.П. Боднар, Л.П. Мазур, А.О. Боб, Л.В. Наумова, Л.В. Радецька, В.М. Василюк, І.В. Смачило, С.Й. Гриценко, Р.Я. Боднар</i>	
НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ УДОСКОНАЛЕННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №1	143
<i>М.В. Гребеник, О.М. Масик, О.Є. Самогальська, Т.Б. Лазарчук, Є.Ф. Бузько</i>	
НОВЕ ПОЛОЖЕННЯ ПРО АТЕСТАЦІЮ ЛІКАРІВ: ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАПРОВАДЖЕННЯ ТА МІРКУВАННЯ З УДОСКОНАЛЕННЯ	146
<i>Б.І. Шумко, Л.Я. Федонюк</i>	
РОЛЬ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ У ВИВЧЕННІ ОНКОЛОГІЇ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ НА МЕДИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ	148
<i>А.О. Семеренко</i>	
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ОСНОВИ АКТИВІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНО-ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ	150
<i>Т.С. Стубайло, К.В. Аймедов, В.А. Пахмурний</i>	
РОЗВИТОК ЕКОНОМІЧНОГО МИСЛЕННЯ У МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ-ПСИХІАТРА (ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ В ІНТЕРНАТУРІ)	152
<i>А.Я. Ходорчук, Т.С. Стубайло</i>	
КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД ДО ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦЯ У ВИЩОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ	154
<i>А.Я. Ходорчук, Т.С. Стубайло</i>	
СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА КОМПЕТЕНТІСНОГО ПІДХОДУ ДО ФОРМУВАННЯ ФАХІВЦЯ У ВНЗ	157
ДО 70-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ОЗАРА ПЕТРОВИЧА МІНЦЕРА	160

МАТЕРІАЛИ

ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАВЧАЛЬНО-НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

**“ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ
СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У
ВМ(Ф)НЗ УКРАЇНИ: РЕЗУЛЬТАТИ, ПРОБЛЕМИ ТА
ПЕРСПЕКТИВИ”**

*20-21 травня 2010 року
м. Тернопіль*

СУЧАСНИЙ СТАН КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**З.М. Митник, М.В. Банчук, І.І. Фещенко, О.П. Волосовець, Т.М. Старча,
К.І. Петрова, І.В. Ключенко, Ю.С. П'ятницький, А.Л. Пустовойтова**

Міністерство охорони здоров'я України

THE CURRENT STATE OF HUMAN RESOURCES POLICY IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTH

**Z.M. Mytnyk, M.V. Banchuk, I.I. Feshchenko, O.P. Volosovets, T.M. Starcha,
K.I. Petrova, I.V. Klochenko, Yu.S. Piatnytsky, A.L. Pustovoitova**

Ministry of Public Health of Ukraine

У статті проаналізовано сучасний стан кадрового забезпечення медичних закладів та намічено перспективні плани оптимізації ресурсів охорони здоров'я України.

The article analyzes the current status of staffing of medical facilities and outlines the long-term plans to optimize resources for public health of Ukraine.

Вступ. Ефективна кадрова політика в галузі охорони здоров'я є важливим інструментом реформування медичної сфери, оскільки від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їх безперервного професійного розвитку залежить якість надання медичної допомоги населенню країни [1, 3, 4, 6, 11].

Кадрові ресурси охорони здоров'я у всьому світі визнаються однією з основних умов для зміцнення системи охорони здоров'я та поліпшення здоров'я населення.

Зниження темпів формування трудових ресурсів у країні пов'язується дослідниками зі станом здоров'я населення, у т. ч. з поширеністю захворювань, що є підґрунтям для прийняття управлінських рішень [2, 5, 7, 8].

Основною ресурсною складовою галузі є трудовий потенціал та його ефективне використання, що визначає його центральне місце в розробці програм розвитку галузі. Прогнозування потреби в медичних кадрах займає провідне місце у науковому обґрунтуванні розвитку кадрового потенціалу. Особливо це стосується визначення додаткової потреби, яка є базою проведення розрахунків перспективних обсягів підготовки медичних працівників [9, 10].

Основна частина. Зусилля, що вживаються на глобальному та регіональному рівнях, включаючи

резолуції Регіонального комітету Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (EUR/RC57/R1 (2007) і EUR/RC59/R4 (2009), неодноразово вказували на необхідність та невідкладність звернення до питань кадрового забезпечення медичної сфери, враховуючи глобальну кадрову кризу в медичній галузі.

Нині основними напрямками розвитку роботи з медичним кадрами є:

- забезпечення необхідних для держави науково обґрунтованих обсягів підготовки фахівців з пріоритетним забезпеченням сімейними лікарями закладів охорони здоров'я, розташованих у сільській місцевості;
- ефективне використання Державного реєстру медичних працівників у визначенні потреб регіонів у медичних кадрах;
- зменшення плинності та відтоку медичних кадрів за рахунок створення їм належних житлово-побутових умов, забезпечення відповідних пільг і компенсацій, підняття престижу праці медичних працівників;
- запровадження регіональних програм соціального захисту медичних працівників;
- розробка нових штатних нормативів лікувально-профілактичних закладів з урахуванням потреб галузі;
- створення системи професійного відбору майбутніх медичних працівників та науковців, починаю-

чи з загальноосвітніх навчальних закладів та закінчуючи університетами та академіями;

– активізація профорієнтаційної роботи серед сільської молоді для формування квоти цільового набору до вищих медичних навчальних закладів I–IV рівнів акредитації відповідно до потреби у медичних кадрах у сільській місцевості;

– приведення складу та якісного забезпечення кадрового резерву галузі у відповідність до вимог Положення про формування кадрового резерву, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 18.10.1999 № 1912;

– удосконалення роботи з керівними кадрами в охороні здоров’я через запровадження сучасних форм їх підготовки у якості менеджерів охорони здоров’я;

– подальший розвиток співпраці МОЗ України у сфері кадрової політики з міжнародними, міжурядовими і неурядовими організаціями, фондами і програмами (ЄС, ВООЗ).

У 2009 році надання медичної допомоги у лікувально-профілактичних установах системи Міністерства охорони здоров’я України забезпечувало 195,5 тис. лікарів та 430 тис. молодших спеціалістів з медичною освітою, які обіймали відповідно 244 тис. лікарських посад та 432 тис. посад молодших спеціалістів з медичною освітою.

Забезпеченість лікарями по Україні становила 43,2 на 10 тис. населення, поряд з цим, забезпеченість практикуючими лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу населенню, тільки 26,9 на 10 тис. населення, що значно нижче показників у Європейському регіоні.

Україна є донором медичних кадрів для багатьох країн ЄС та США. Процеси міграції медичних працівників з країни мають незворотний характер і призводять до наростання кадрового дефіциту в галузі.

У закладах охорони здоров’я до цього часу залишаються неуккомплектованими 19,2 тис. лікарських посад, у тому числі 5,8 тис. – у сільській місцевості. Залишаються проблемними питання укомплектованості лікарських посад у фтизіатричній, патологоанатомічній, рентгенологічній, лабораторній, педіатричній та санітарно-епідеміологічній службах.

За даними Реєстру медичних кадрів МОЗ України, який дозволяє постійно моніторувати стан забезпечення кадровими ресурсами у закладах охорони здоров’я сфери управління обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, залишаються вакантними 3544 посади лікарів-терапевтів, 2285 посад лікарів-педіатрів, 958 посад лікарів-хірургів, 1303 посади лікарів-акушерів-гінекологів, 603

посади лікарів-фтизіатрів, 1583 посади лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Без урахування сумісників реальний дефіцит лікарів у закладах охорони здоров’я державної та комунальної форм власності у 2009 році становив 48 тис. 345 осіб. В тому числі понад 3,5 тис. дитячих лікарів, що, безумовно, впливає на доступність та якість надання медичної допомоги дитячому населенню.

У 2009 році відсоток осіб пенсійного віку серед працюючих лікарів становив 23,5 % або 46 490 лікарів.

Високі показники забезпеченості лікарями від 45,2 до 57,0 утримуються в регіонах, де функціонують вищі медичні навчальні заклади. Нижчі показники забезпеченості лікарями залишаються в інших областях: у Сумській – 35,0, Київській – 38,1, Кіровоградській – 32,9, Херсонській – 31,1, Миколаївській – 31,7.

Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами складала 81,0 %, коефіцієнт сумісництва 1,2. В окремих типах закладів укомплектованість становила: в обласних лікарнях – 84,6 %, міських лікарнях – 78,4 %, ЦРЛ – 75,8 %, ДЛ – 72,5 %, СЛА – 69,0 %.

Показник забезпеченості молодшими спеціалістами з медичною освітою на 10 тис. населення становив 94,1 у 2009 році.

Забезпечення закладів охорони здоров’я лікарськими кадрами проводиться за рахунок випускників вищих медичних навчальних закладів, які навчалися за державним замовленням. Пріоритети у цьому напрямку роботи визначені Законами України “Про статус та соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи” та “Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз”, Указом Президента України “Про заходи щодо реформування системи підготовки спеціалістів та працевлаштування випускників вищих навчальних закладів”, Указом Президента України “Про заходи щодо поліпшення умов функціонування закладів охорони здоров’я сільської місцевості”, постановою Кабінету Міністрів України “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в системі охорони здоров’я” тощо.

За державним замовленням підготовлено 4327 спеціалістів, з яких 3911 лікарів, 73 медичних психологи та 277 провізорів.

На виконання рішення колегії МОЗ України працевлаштовано 4322 або 99,8 % випускників вищих медичних навчальних закладів 2009 року, що навчалися за державним замовленням.

Значну частину – 2028 випускників (52 % від усього випуску) – направлено на роботу у заклади охорони здоров’я сільської місцевості.

З метою вирішення проблеми впровадження сімейної медицини на посади лікарів загальної практики-сімейних лікарів скеровано 464 випускники.

На посади лікарів-фтизіатрів направлено 101 випускник, лікарів-патологоанатомів – 35, лікарів-лаборантів – 64, лікарів-радіологів – 96 осіб.

Особлива увага приділялась укомплектуванню лікувально-профілактичних закладів, розташованих у регіонах, контрольованих внаслідок аварії на ЧАЕС, до яких направлено 723 особи або 18,5 % загального випуску.

В зв'язку із зростаючим дефіцитом лікарів лікувального та педіатричного профілю у первинній ланці та достатньо високою укомплектованістю посад лікарів-стоматологів та провізорів МОЗ України передбачено у плані прийому до вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації на 2010 рік зменшення план прийому провізорів до 40 осіб та лікарів-стоматологів удвічі – до 75 осіб. Також скасовано державне замовлення на підготовку лікарів-медичних психологів. За рахунок зазначеного збільшено до 2550 осіб план прийому лікарів за спеціальністю “Лікувальна справа”, до 1000 осіб план прийому лікарів-педіатрів, до 600 осіб план прийому лікарів за спеціальністю “Медико-профілактична справа”.

На виконання Указу Президента України від 19.03.99 № 262/99 “Про державну підтримку підготовки фахівців для сільської місцевості” та постанови Кабінету Міністрів України від 29.06.99 № 1159 “Про підготовку фахівців для роботи в сільській місцевості” МОЗ встановило для вищих медичних навчальних закладів і управлінь охорони здоров'я перспективну квоту цільового прийому сільської молоді, яка становитиме 1011 осіб – практично четверту частину обсягу прийому на місця держзамовлення у 2010 році.

Кадрова ситуація, що склалася у закладах охорони здоров'я, вимагає збільшення плану державного замовлення лікарів до 6845 осіб, що дозволить покрити

природну плинність кадрів та щорічно – на 2,5-3 тис. осіб, зменшувати дефіцит лікарів, починаючи з 2015 року, за умови створення органами місцевого самоврядування належних соціально-побутових умов для молодих спеціалістів, особливо у сільській місцевості. З приводу збільшення обсягів державного замовлення на підготовку лікарів МОЗ України в черговий раз звернулось до Уряду країни.

Міністерство вважає, що покращити ситуацію у цих напрямках можливо за умови раціонального планування кадрової потреби регіонами, перепідготовки необхідної кількості лікарів для первинної ланки та використання внутрішніх резервів галузі за рахунок осіб, що зайняті неповний робочий день тощо.

Саме на цих питаннях буде зосереджене проведення Міністерством охорони здоров'я України спільно з Європейським регіональним бюро ВООЗ у травні поточного року на базі Національної медичної академії післядипломної освіти семінару-наради щодо стратегічного планування кадрових ресурсів в охороні здоров'я, для участі у якій запрошені провідні фахівці ВООЗ та європейських країн в галузі кадрових ресурсів охорони здоров'я.

Під час цього заходу будуть визначатись спільні підходи європейських країн та країн СНД до використання інноваційних підходів у вирішенні кадрових питань галузі охорони здоров'я.

Враховуючи важливість кадрової складової у забезпеченні стабільної діяльності охорони здоров'я, питання ресурсного потенціалу галузі було і залишається першочерговим пріоритетом для Міністерства охорони здоров'я та обласних управлінь охорони здоров'я.

Висновок. Питання раціонального використання кадрових ресурсів охорони здоров'я потребують комплексного міжсекторального та міжвідомчого підходу та системних заходів щодо їх якісної підготовки, соціального захисту та підняття престижу праці медичного працівника у суспільстві.

Література

1. Айстраханов Д. Д. Методики розрахунку прогнозних характеристик стану здоров'я населення України / Д. Д. Айстраханов // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 2. – С. 111–115.
2. Гайдаєв Ю. О. Наукові засади кадрової політики в охороні здоров'я України: Потреба регіонів у медичних кадрах / Ю. О. Гайдаєв, М. В. Банчук, Г. О. Слабкий; за ред. Ю. О. Гайдаєва. – К., 2007. – 128 с.
3. Загальні методологічні аспекти прогнозування потреби в медичних кадрах на середньострокову перспективу /

Банчук М. В., Феценко І. І., Пономаренко В. М., Волинкін І. І. // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 2. – С. 107–110.

4. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2006–2007 роки. – К.: Центр медстатистики МОЗ України, 2008. – С. 67.

5. Князевич В.М. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / [Князевич В.М., Лазоришинець В.В., Яковенко І.В., Слабкий Г.О.]. – Київ, 2009. – 438 с.

6. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2006–2007 роки. – К.:

Центр медстатистики МОЗ України, 2008. – С. 328.

7. Пономаренко В. М. Забезпечення населення України медичними кадрами / В. М. Пономаренко, Г. М. Москалець // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – № 4. – С. 77–84.

8. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : [підр. для вищих навчальних закладів] / за ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – С. 98.

9. Стан здоров'я населення України та результати діяльності галузі охорони здоров'я. 2003 р. – К., 2007. – С. 199–212.

10. Шиган Е. Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях / Е. Н. Шиган. – М. : Медицина, 1986. – 208 с.

11. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2009 рік. – К., 2010. – С. 56–66.

УДК 378.03:61(477)

ПОДАЛЬШІ ШЛЯХИ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ

**В.В. Лазоришинець, М.В. Банчук, О.П. Волосовець, О.М. Дзюба, І.Є. Булах,
Ю.С. П'ятницький, Т.І. Чернишенко, В.Б. Подрušняк, Ю.І. Фисун,
Р.А. Стецюк, Є.С. Бочерикова, Л.В. Щербина**

*Міністерство охорони здоров'я України,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика*

SUBSEQUENT WAYS OF THE DEVELOPMENT OF HIGHER MEDICAL EDUCATION IN UKRAINE

**V.V. Lazorishinets, N.V. Banchuk, A.P. Volosovets, A.M. Dzyuba, I.E. Bulakh,
Yu.S. Pyatnytskiy, T.I. Chernishenko, V.B. Podrushnyak, Yu.I. Fisun, R.A. Stetsyuk,
E.S. Bocherikova, L.V. Scherbina**

*Ministry of Public Health of Ukraine,
National Medical University by O.O. Bohomolets,
National Medical Academy of Post-Graduate Education by P.L. Shupyk*

У 2009 та поточному році Департамент кадрової політики, освіти і науки та вищі медичні (фармацевтичні) навчальні заклади реалізували Концепцію розвитку вищої медичної освіти в Україні на період до 2010 року, вирішували проблемні питання та удосконалювали вищу медичну та фармацевтичну освіту на сучасному етапі, визначили подальші шляхи її розвитку, спрямовані на створення правових, економічних і організаційних умов для підвищення якості вищої медичної освіти, приведення стандартів освіти до міжнародних вимог та гармонізації з освітніми системами світу.

In 2009 and current year the Department of skilled policy, education and science and higher medical (pharmaceutical) educational establishments realized the Conception of development of higher medical education in Ukraine on a period to 2010, solved problem questions and improved higher medical and pharmaceutical education on the modern stage, determined the subsequent ways of its development, directed at creation of legal, economic and organizational terms for upgrading quality of higher medical education, bringing standards of education to the international requirements and harmonization with the educational systems of the world.

Вступ. Якісна підготовка медичних працівників є однією з важливих складових реформи та розбудови вітчизняної медицини.

На сьогодні підготовка фахівців для галузі охорони здоров'я в Україні здійснюється у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах (ВМ(Ф)НЗ)

© В.В. Лазоришинець, М.В. Банчук, О.П. Волосовець та ін.

I-IV рівнів акредитації МОЗ України – серед них 44 медичних училища і 69 медичних коледжів та їх філій, два інститути медсестринства, 15 медичних університетів та академій, три медичні академії післядипломної освіти. Вісім вищих медичних навчальних закладів МОЗ мають статус національних. За обсягами це третя в країні мережа галузевих навчальних закладів.

Перелік напрямів та спеціальностей, за якими здійснюється підготовка молодших спеціалістів, бакалаврів, спеціалістів та магістрів у ВМ(Ф)НЗ, відповідає їх профілю та потребам галузі в якісному поповненні мільйонного загалу медичних працівників.

Основна частина. Департамент кадрової політики, освіти і науки та вищі медичні (фармацевтичні) навчальні заклади у минулому та поточному роках продовжували роботу над виконанням спільного наказу МОЗ України та АМН України від 12.09.2008 р. № 522/51 щодо реалізації Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні на період до 2010 року, визначивши **подальші шляхи розвитку** вищої медичної та фармацевтичної освіти, спрямовані на створення правових, економічних і організаційних умов для підвищення якості вищої медичної освіти, приведення її стандартів до міжнародних вимог:

1. **Реалізація Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні відповідно до євроінтеграційних процесів** у вищій школі [1].

2. **Впровадження положень Болонської декларації** на виконання Указів Президента України від 17.02.2004 р. № 199/2004 “Про заходи щодо вдосконалення системи вищої освіти України” та від 04.07.2005 р. № 1013/2005 “Про невідкладні заходи щодо забезпечення функціонування та розвитку освіти в Україні”, постанови Кабінету Міністрів України від 01.02.2006 р. № 82 “Про утворення Міжвідомчої комісії з підтримки Болонського процесу в Україні”, наказу МОЗ від 22.03.2004 р. № 148 “Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої медичної та фармацевтичної освіти”.

3. **Удосконалення післядипломної підготовки лікарів (провізорів)** шляхом запровадження системи безперервного професійного розвитку лікарів, інституту резидентури, дистанційного навчання [2].

4. **Зменшення кадрового дефіциту у галузі охорони здоров'я** шляхом забезпечення виконання Плану державного замовлення на підготовку спеціалістів, Плану цільового прийому сільської молоді, здійснення якісного відбору абітурієнтів до вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладів.

5. **Створення університетських лікарень** – медичних об'єднань нового типу, що мають інтегрувати освіту, науку і високоспеціалізовану медичну допомогу, та мережі університетських клінік.

6. **Впровадження новітніх лікувально-діагностичних технологій на засадах доказової медицини** у процес підготовки медсестер і лікарів та в лікувальну практику.

7. **Відновлення високих морально-етичних і професійних якостей лікарів та підвищення авторитету медиків у суспільстві. Виконання Програми з виховної роботи** у вищих медичних навчальних закладах, науково-дослідних установах та лікувальних закладах, затвердженої наказом МОЗ України від 27.11.2008 р. № 687.

Міністерство продовжує здійснювати системні кроки щодо переходу системи підготовки лікарів та провізорів на міжнародні стандарти.

Упродовж 2009 року затверджено відповідні накази МОЗ України, якими впроваджено введення у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації нових навчальних планів підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” на засадах кредитно-модульної системи організації навчального процесу (КМСОНП) за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа”, “Стоматологія”, “Фармація”, “Клінічна фармація”, “Технологія парфумерно-косметичних засобів”, “Технологія фармацевтичних препаратів”. Зазначеними навчальними планами передбачено розширення складової практичної підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст”.

На виконання постанови Кабінету Міністрів України від 05.11.2007 р. № 290 “Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року” затверджено наказ МОЗ України від 28.04.2009 р. № 283 “Про удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги”.

Продовжено роботу щодо створення навчально-методичного забезпечення підготовки медичних сестер-магістрів за спеціальністю 8.110100 “Сестринська справа”, що здійснюється в Житомирському інституті медсестринства, Буковинському державному медичному університеті та Інституті медсестринства Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.

Міністерством охорони здоров'я створено проекти Галузевих стандартів освіти за спеціальностями: “Лікувальна справа”, “Сестринська справа”, “Аку-

шерська справа”, “Лабораторна діагностика”, “Фармація”, “Медико-профілактична справа” (освітньо-кваліфікаційний рівень молодшого спеціаліста). Крім цього, створено і впроваджено новий навчальний план за спеціальністю “Сестринська справа” (медична сестра - бакалавр).

Питання необхідності розробки пакета нормативних документів, які регламентують навчання студентів за КМСОНП, удосконалення стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти відповідно до сучасних вимог та євроінтеграційного напрямку розвитку вищої освіти в Україні розглядалися під час проведення 18 вересня 2009 року на базі Івано-Франківського національного медичного університету круглого столу на тему “Законодавче та нормативно-правове забезпечення розвитку медичної та фармацевтичної освіти”.

Рекомендації круглого столу “Законодавче та нормативно-правове забезпечення розвитку медичної та фармацевтичної освіти” щодо вирішення проблемних питань вищої медичної та фармацевтичної освіти на сучасному етапі ухвалені Рішенням Комітету Верховної Ради України з питань науки і освіти від 21 жовтня 2009 року.

27 вересня 2009 року на Всеукраїнському з’їзді лікарських організацій та товариств вузівськими колективами було прийнято Етичний кодекс лікаря України.

З метою врегулювання ситуації стосовно присвоєння вчених звань професора і доцента педагогічним та науково-педагогічним працівникам вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів, закладів післядипломної освіти та науково-дослідних установ Міністерством охорони здоров’я були направлені до Міністерства освіти і науки пропозиції щодо внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 27.12.2008 р. № 1149.

В контексті удосконалення системи додипломної та післядипломної медичної освіти, збереження існуючої мережі вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладів, закладів післядипломної освіти Міністерством внесено відповідні пропозиції до проекту Закону України “Про внесення змін до Закону України “Про вищу освіту” в частині організації університетських лікарень, запровадження на післядипломному етапі лікарської резидентури, статусу галузевих коледжів та університетів, який станом на квітень 2010 року пройшов друге читання у Верховній Раді України.

З метою недопущення зниження рівня якості підготовки фахівців для галузі Міністерство охорони здоров’я також звернулося до Міністерства освіти і на-

уки щодо необхідності скасування у 2010 році наказу МОН від 10.02.2010 р. № 101 “Про структуру освітньо-професійних програм та навчальних планів підготовки бакалаврів”.

Виходячи з пріоритетів діяльності галузі та з метою реалізації проекту Європейського Союзу “Сприяння реформі вторинної медичної допомоги”, робочою групою, затвердженою наказом МОЗ України від 09.04.2009 р. № 115-адм, розроблено освітній стандарт і навчальну програму післядипломної підготовки керівників закладів охорони здоров’я за спеціальністю “Управління охороною здоров’я”.

За незалежним рейтингом університетів України, проведеним ЮНЕСКО, практично всі вищі навчальні заклади МОЗ увійшли до 60 кращих університетів України, випередивши чимало класичних університетів МОН. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця за цим рейтингом посів 4 місце в Україні.

За результатами восьми ліцензійних екзаменів “КРОК-1”, “КРОК-2”, “КРОК-3” “Загальнолікарська підготовка” в 2008-2009 навчальному році перші місця в загальному рейтингу серед вищих навчальних закладів МОЗ посіли – Донецький національний медичний університет імені М. Горького, Дніпропетровська державна медична академія, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського, Запорізький державний медичний університет, Луганський державний медичний університет.

Науково-педагогічний процес у вищих медичних навчальних закладах здійснюють 12 788 викладачів, з них – 2012 (15,7 %) – доктори наук (професори), 7406 (57,9 %) – кандидати наук (доценти, старші наукові співробітники), 82 (0,6 %) – академіки (членкореспонденти) НАН, НАМН, НАПН України.

Станом на 01.01.2010 р. у вищих медичних навчальних закладах IV рівня акредитації, підпорядкованих МОЗ, навчаються 25 070 студентів за державним замовленням (майбутніх лікарів – 23 036, провізорів – 1442, біотехнологів – 5, економістів – 4, бакалаврів – 192, молодших медичних спеціалістів – 318, фармацевтів – 73).

25 843 студенти – громадяни України – навчаються в медичних університетах за контрактною формою (майбутніх лікарів – 18 596, провізорів – 4526, економістів – 20, біотехнологів – 24, менеджерів – 12). 12 737 студентів навчаються за заочною формою (з них 12 266 за спеціальністю “Фармація”).

У вищих навчальних закладах МОЗ здійснюється підготовка 17 446 іноземних громадян (студентів – 16 093, клінічних ординаторів – 1090, аспірантів – 133, магістрантів – 130), що складає майже 40 % від усіх іноземних громадян, які навчаються в Україні. У 2009 році було прийнято понад 4 тисячі іноземних громадян на всі форми підготовки до вищих навчальних закладів та закладів післядипломної освіти.

Лідерами у підготовці іноземних фахівців є Луганський державний медичний університет, Харківський національний медичний університет, Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського, Запорізький державний медичний університет, Одеський державний медичний університет, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. В усіх медичних університетах та академіях запроваджено англомовну форму підготовки для іноземних громадян.

Обсяг прийому студентів до вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I-II рівнів акредитації у 2009 році становив 22 295 осіб, (бюджетна форма навчання – 14 615 осіб). Випущено 19 469 фахівців.

Контингент студентів вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I-II рівнів акредитації становить 70 027 осіб, з них за спеціальностями: “Сестринська справа” – 31,3 тис. осіб; “Лікувальна справа” – 20,8 тис. осіб; “Акушерська справа” – 5,5 тис. осіб. У вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах I-IV рівнів акредитації випущено 805 бакалаврів.

У закладах післядипломної освіти та на факультетах підвищення кваліфікації вищих навчальних закладів IV рівня акредитації, підпорядкованих МОЗ, за державним замовленням навчаються 7405 лікарів (провізорів)-інтернів, щорічно підвищують кваліфікацію понад 67 тис. слухачів.

На виконання Концепції розвитку вищої медичної освіти на період до 2010 року та з метою створення єдиної інформаційно-аналітичної мережі вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів та закладів післядипломної освіти IV рівня акредитації, стосовно моніторингу кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я, наказом МОЗ від 17.12.2009 р. № 966 затверджено План заходів щодо подальшого впровадження та використання комп'ютерної програми “Контингент студентів вищих медичних (фарма-

цевтичного) навчальних закладів III-IV рівнів акредитації”.

План державного замовлення на підготовку фахівців, науково-педагогічних кадрів, підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів (післядипломна освіта) у 2009 році у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації МОЗ був виконаний стовідсотково.

На перший курс було зараховано: за лікарськими спеціальностями – 4069 осіб, за провізорськими спеціальностями – 175, майбутніх молодших медичних спеціалістів з вищою освітою – 334 та бакалаврів – 75. Порушень чинного законодавства при зарахуванні абітурієнтів не було встановлено.

У 2009 році було зараховано 331 інвалідів дитинства та інвалідів I-II груп (7,8 %), у 2008 році – 296 (6,7 %). З них 149 особам інвалідність була встановлена у 2009 році (у 2008 р. – 97). Поза конкурсом було зараховано 156 (3,7 % від обсягу прийому) дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, що в 1,6 раза більше, ніж у 2008 році (93 особи). Це обумовлено внесенням змін до Умов прийому МОН відповідно до прийнятого Урядового рішення про надання пільг цій категорії вступників. В цілому поза конкурсом вступило 862 особи (20,3 % від обсягу Плану державного замовлення), у 2008 році – 490 абітурієнтів (11,05 %). Чорнобильців 1-2 категорії та дітей інвалідів-чорнобильців зараховано 102 особи, що складало 2,4 % від загального обсягу прийому і дещо більше відповідного показника 2008 року – 72 (1,7 %). Вступників - потерпілих 1-2 категорії, які постраждали від наслідків аварії на ЧАЕС, та дітей інвалідів-чорнобильців зараховано 102 особи (2,4 % від загальних обсягів прийому), це дещо більше показників 2008 року – 72 (1,7 %).

Таким чином, у 2009 році для осіб, що згідно з чинним законодавством не мали пільг при вступі до вищих навчальних закладів, залишилось 2452 місця (57,8 % від загального обсягу прийому), у 2008 році цей показник складав 2585 місць (58,5 %).

Дещо погіршився, порівняно з 2008 роком, якісний склад абітурієнтів, які вступили на місця, що фінансуються з держбюджету. Так, зараховано практично менше на 400 осіб, які мали золоту чи срібну медаль (1016 проти 1413 у 2008 році). Менше було зараховано і випускників ВНЗ I-II рівнів акредитації з червоними дипломами – 176 (4,15 %), проти 259 у 2008 році.

У 2009 році до вищих навчальних закладів МОЗ на місця державного замовлення було зараховано 1852 абітурієнти – жителів сільської місцевості (43,7 % від

загальної кількості зарахованих), у 2008 році цей показник становив 1728 осіб (39,1 %). Кількість зарахованих абітурієнтів-чоловіків становила 1090 осіб (25,7 %), жінок – 3145 (74,3 %).

План цільового набору сільської молоді до вищих навчальних закладів МОЗ в 2009 році був виконаний на 91,4 % (зараховано 924 особи), у 2008 році лише на 78,9 % (зараховано 774 особи).

Управліннями охорони здоров'я Волинської, Донецької, Дніпропетровської Житомирської, Закарпатської, Івано-Франківської, Київської, Львівської, Миколаївської, Полтавської, Рівненської, Харківської, Херсонської, Хмельницької, Чернігівської ОДА не було забезпечено належного конкурсу на окремі спеціальності, при достатньому (окрім Львівської області) загальному конкурсі.

У 2009 році 4322 випускникам, які навчались за державним замовленням, було надано перше робоче місце, що становить 99,8 % від загального випуску. Більше половини випуску – 2028 лікарів направлені для роботи у закладах охорони здоров'я сільської місцевості, 464 – на посади лікарів загальної практики-сімейної медицини.

Враховуючи складну ситуацію із кадровим забезпеченням первинної ланки медичної допомоги, Міністерство запланувало у проекті плану прийому до вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів 2010 року збільшення прийому до **2540** осіб за спеціальністю “Лікувальна справа”, до **1000** осіб – за спеціальністю “Педіатрія”, до **600** осіб – за спеціальністю “Медико-профілактична справа”, за рахунок зменшення в 2-3 рази плану прийому за провізорськими спеціальностями – до 40 осіб, за спеціальністю “Стоматологія” – до 75 осіб та скасування державного замовлення на підготовку медичних психологів.

На виконання Указу Президента України від 19.03.1999 р. № 262/99 “Про державну підтримку підготовки фахівців для сільської місцевості” та постанови Кабінету Міністрів України від 29.06.1999 р. № 1159 до вищих навчальних закладів і управлінь охорони здоров'я вже доведено перспективну квоту цільового прийому сільської молоді на 2010 рік, яка становитиме 1011 осіб.

У зв'язку зі зростаючим кадровим дефіцитом у галузі охорони здоров'я (кількість вакантних посад у закладах охорони здоров'я досягла 19,2 тис.) з метою збільшення обсягів державного замовлення та фінансування на підготовку лікарів до 6845 осіб, додаткового фінансування капітальних ремонтів навчальних корпусів та гуртожитків, придбання підручників, оновлення обладнання, проведення наукових

досліджень, Міністерство охорони здоров'я звернулося з відповідним клопотанням до віце-прем'єр-міністра України В.П. Семиноженка.

З метою удосконалення підготовки молодших медичних (фармацевтичних) спеціалістів, підвищення престижу професій медичної сестри та фармацевта в Україні, сприяння широкому залученню обдарованої молоді до професійних конкурсів було проведено Всеукраїнські конкурси фахової майстерності студентів ВМ(Ф)НЗ I-II рівнів акредитації за спеціальностями “Сестринська справа”, “Стоматологія ортопедична”, “Лабораторна діагностика” та “Фармація”.

Міністерством розроблено перелік лікарських спеціальностей резидентури та проектні терміни навчання. Відповідні положення про впровадження резидентури, як форми спеціалізації з найбільш високотехнологічних лікарських спеціальностей, вже включені до проекту Закону України “Про внесення змін до Закону України «Про вищу освіту»” і подані до Кабінету Міністрів. Після прийняття Верховною Радою України змін до Закону України “Про вищу освіту” пропонується розпочати цей процес.

З метою удосконалення післядипломної підготовки лікарів (провізорів) в інтернатурі, на циклах спеціалізації та передатестаційних циклах затверджено наказ МОЗ від 26.06.2009 р. № 465 “Про подальше впровадження оновлених автоматизованих атестаційних систем”, яким передбачено розробку калькуляції вартості часткового оновлення автоматизованих систем тестування лікарів-інтернів, лікарів-спеціалістів та провізорів у закладах (факультетах) післядипломної освіти.

У Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика створено Інститут сімейної медицини, завершується робота зі створення науково-навчального Центру лабораторної справи та Інституту менеджменту.

На виконання доручення міністра охорони здоров'я України спеціалістами Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика розроблено навчальні плани та програми передліцензійних циклів тематичного удосконалення з ряду розділів високотехнологічних лікарських спеціальностей – пластична хірургія, ендоскопічна хірургія, інтервенційна кардіологія, дентальна імплантація, гінекологічна ендоскопія, репродуктологія. Зазначені навчальні плани затверджено МОЗ. Відповідно запроваджені піврічні передліцензійні цикли підвищення кваліфікації з “інтервенційної кардіології”, “репродуктології”, “імплантології”, “ендоскопічної нейрохірургії”, “пластичної хірургії”.

Головним принципом підготовки лікарів на сьогоднішньому етапі є безперервність та ступеневість медичної освіти залежно від кваліфікації, що набувається. Згідно зі стандартами Всесвітньої федерації медичної освіти система медичної освіти має три послідовні етапи, які нерозривно поєднані між собою: базова медична освіта, післядипломна медична освіта, безперервний професійний розвиток (БПР).

Основними завданнями післядипломної медичної освіти є підвищення рівня практичної підготовки та професійної готовності до самостійної роботи, поглиблення професійних знань та умінь, збагачення досвіду практичної роботи за фахом протягом усієї професійної діяльності [3].

Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів – це процес їх постійного навчання, підготовки, підвищення кваліфікації і самовдосконалення, що починається з отримання вищої медичної освіти та підготовки в інтернатурі (резидентурі) і триває впродовж всього професійного життя спеціаліста (lifelong learning – навчання через все життя) [4].

Підвищення кваліфікації лікарів (провізорів) проводиться в Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Харківській та Запорізькій медичних академіях післядипломної освіти, на факультетах післядипломної освіти вищих медичних навчальних закладів, де щорічно проходять підготовку та перепідготовку понад 60 тис. лікарів і провізорів.

Міністерство охорони здоров'я наказом від 07.07.2009 р. № 484 “Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах”, зареєстрованим в Мінюсті 27.07.2009 р. за № 693/16709, законодавчо запровадило в галузі Систему безперервного професійного розвитку лікарів.

У рамках введення системи безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів та з метою удосконалення системи їх атестації запроваджено Шкалу набору лікарями балів з усіх видів професійної діяльності. Основа запровадженої системи – це набір кожним лікарем протягом міжатестаційного періоду певної кількості балів, що є підставою для допуску лікаря до складання іспиту на певну лікарську категорію після проходження передатестаційного циклу (для вищої категорії – 80 балів, першої – 70 балів, другої – 60 балів).

До форм безперервного професійного розвитку лікарів належать: проходження лікарем курсів тематичного удосконалення та передатестаційних циклів; навчання в клінічній ординатурі, магістратурі, аспі-

рантурі, докторантурі; читання лекцій для медичного персоналу та населення, санітарно-просвітницька робота; стажування в провідних клініках як в межах України, так і за кордоном; розробка нових методів діагностики та лікування; розробка винаходів та раціоналізаторських пропозицій; керівництво групами лікарів-інтернів; написання статей, монографій, підручників; участь та виступи на з'їздах, конгресах, семінарах, конференціях; педагогічна та науково-педагогічна робота лікарів; робота головним позаштатним спеціалістом управління охорони здоров'я, МОЗ України тощо.

Контроль за безперервним професійним розвитком фахівців та їх атестація буде проводитись управліннями охорони здоров'я спільно з вищими медичними навчальними закладами і закладами післядипломної освіти МОЗ та професійними лікарськими асоціаціями [5].

Вже сьогодні йде накопичення позитивного досвіду вищих навчальних медичних закладів і закладів післядипломної освіти щодо гармонізації української післядипломної освіти з освітніми системами світу, наприклад, запровадження бліц-освітнянських програм, лекцій за принципом “мозкового штурму”, майстер-класів, підготовка міждисциплінарних команд в поєднанні з керованим дистанційним навчанням тощо.

Для забезпечення безперервного професійного розвитку лікарів з урахуванням потреб кожного з учасників навчального процесу можливе використання різних організаційних форм і сучасних інформаційних та комунікаційних технологій, над чим зараз працює вища медична школа України.

Великий обсяг навчально-виховної, науково-дослідної та лікувальної роботи, яку проводить професорсько-викладацький склад вищих медичних навчальних закладів, обумовлює необхідність подальшого створення університетських лікарень – медичних об'єднань нового типу на базі потужних багатопрофільних обласних клінічних лікувально-профілактичних закладів та мережі власних університетських клінік.

На базі Української медичної стоматологічної академії 15 травня 2009 року було проведено нараду “Інтеграція науки та освіти в систему практичної охорони здоров'я”, яка визначила шляхи створення в галузі університетських клінік та лікарень. За поданням МОЗ розпорядженням Кабінету Міністрів України від 23.12.2009 р. №1571-р на базі Тернопільської обласної лікарні та Тернопільського державного медичного університету створено Тернопільську університетську лікарню.

Згідно з розпорядженням Кабінету Міністрів України на базі Львівської обласної стоматологічної поліклініки, яка була передана у підпорядкування Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького, створено сучасний Університетський стоматологічний центр.

Активно розвивається міжнародне співробітництво у вищій медичній школі. На базі Національного медичного університету імені О.О. Богомольця у квітні поточного року був проведений тренінг Каролінського інституту з підготовки наукових грантів, публікацій та біоетики для викладачів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації. Захід пройшов у рамках двосторонньої Угоди про співробітництво між Національним медичним університетом та Каролінським інститутом (Королівство Швеція).

Продовжувалась робота щодо участі МОЗ України у міжнародному семінарі за українсько-нідерландською програмою “МАТРА” (м. Київ) з питань покращення надання медичної допомоги людям старшого і похилого віку.

У минулому році на стажування до закордонних наукових центрів та університетів було направлено 642 молодих науковців та аспірантів. Медичними університетами та академіями отримано 505 грантів на наукові дослідження.

В порядку студентського обміну та міжнародних програм до іноземних університетів були направлені на навчання 280 студентів, а до українських медичних вишів на навчання приїхали 397 осіб з понад 50 країн світу.

Науковці наших вищих навчальних закладів брали участь у 1017 міжнародних наукових конференціях та конгресах, 437 міжнародних наукових дослідницьких програмах, 136 міжнародних виставках новітніх технологій.

Висновки. Проблемними питаннями подальшого розвитку вищої медичної та фармацевтичної освіти є:

1. **Недостатні обсяги державного замовлення та фінансування МОЗ на підготовку лікарів.** Міністерство охорони здоров'я України, з урахуванням кадрового дефіциту, що склався в галузі, у черговий раз звернулося до Уряду, Міністерства фінансів України, Міністерства економіки України з пропозиціями щодо збільшення обсягів державного замовлення на підготовку лікарів до 6845 осіб.

Збільшення державного замовлення на підготовку фахівців за напрямом “Медицина” дозволить у майбутньому попередити розвиток негативних тенденцій щодо кадрового забезпечення галузі охорони здоро-

в'я і стабілізувати показники забезпеченості населення України лікарями, що, безумовно, вплине на поліпшення якості медичної допомоги населенню. Це також дозволить у наступні роки збільшити цільовий прийом абітурієнтів із сільської місцевості переважно за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа” до 1711 осіб.

МОЗ України потребує додатково бюджетних коштів в сумі 223,2 млн грн до доведеного граничного обсягу видатків проекту Державного бюджету на 2010 рік.

2. **Відсутність фінансування з Державного бюджету** задля забезпечення співвідношення викладач-студент (слухач, лікар-інтерн) до 1:6 (4,5; 5) у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації та закладах післядипломної освіти, що передбачено постановою Кабінету Міністрів України від 25.08.2004 р. № 1130 “Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 17.08.2002 р. № 1134”.

3. **Необхідність врахування пропозицій МОЗ України до проекту Закону України “Про внесення змін до Закону України “Про вищу освіту” щодо введення резидентури,** як форми спеціалізації лікарів-спеціалістів за певними лікарськими спеціальностями, що здійснюється виключно на відповідних клінічних кафедрах вищих навчальних закладів з метою отримання кваліфікації лікаря-спеціаліста відповідно до переліку спеціальностей.

4. **Необхідність врахування пропозицій МОЗ України до проекту Закону України “Про внесення змін до Закону України “Про вищу освіту” щодо утворення університетських лікарень** на базі закладів охорони здоров'я, де розміщуються структурні підрозділи вищих навчальних закладів, які здійснюють підготовку та підвищення кваліфікації медичних та фармацевтичних працівників, створення мережі університетських клінік.

5. **Необхідність збереження існуючої мережі вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти** у сфері підпорядкування МОЗ України.

6. **Необхідність врахування пропозицій МОЗ України до проекту Закону України “Про внесення змін до Закону України “Про вищу освіту”** щодо вимог до профільних університетів, академій та коледжів в частині зменшення кількості галузей знань, за якими здійснюється підготовка.

7. **Потребує затвердження опрацьований МОЗ України Перелік медичних протипоказань для вступу до вищих навчальних закладів з усіх на-**

прямів підготовки. Незважаючи на підтримку Комітету Верховної Ради України з питань науки і освіти, Міністерства освіти і науки України, зазначений Перелік не знаходить підтримки в Міністерстві юстиції України.

8. *Необхідно запровадження (оновлення) МОН України пакета нормативних документів, які регламентують навчання студентів за кредитно-модульною системою організації навчального процесу* – положення про організацію навчального процесу, про виробничу практику, про порядок переведення, поновлення та відрахування студентів, про дистанційну (медичну та фармацевтичну) освіти тощо.

9. *Забезпечення повноважень МОЗ України щодо встановлення вимог до підготовки та перепідготовки медичних та фармацевтичних спеціалістів, надання грифів на видання навчально-методичної спеціальної літератури та виділення відповідних бюджетних коштів* на видавничу діяльність.

10. *Внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров’я”, які б*

передбачали введення в закладах охорони здоров’я посад для гігієністів зубних (молодший спеціаліст), медичних сестер-магістрів та медичних сестер-бакалаврів. Зазначене підвищить ефективність і значимість середнього медичного персоналу в наданні медичної допомоги всім верствам населення, які її потребують, і забезпечить здійснення цілого ряду подальших системних заходів, спрямованих на розвиток медсестринства в Україні.

11. *Необхідність створення дієвого кадрового резерву на посади завідувачів кафедр вищих навчальних закладів та закладів післядипломної освіти, посилення вимог щодо відбору (оновлення) науково-педагогічних кадрів.*

12. *Необхідність врахування Міністерством фінансів України пропозицій Міністерства охорони здоров’я України щодо збільшення обсягів фінансування за кошти державного бюджету видатків, спрямованих на підвищення заробітної плати викладачам та допоміжному персоналу, здійснення капітальних ремонтів навчальних корпусів та гуртожитків, придбання підручників, оновлення обладнання, проведення наукових досліджень тощо.*

Література

1. Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні: Наказ Міністерства охорони здоров’я і Академії медичних наук України 12.09.2008 N 522/51.

2. Про затвердження Положення про дистанційне навчання: Наказ Міністерства освіти і науки України від 21.01.2004 р. № 40.

3. Стан підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників і завдання вищої медичної школи щодо її інтеграції до світового освітнього простору / В.В. Лазоришинець, М.В. Банчук, О.П. Волосовець та ін. // Медична осві-

та. – 2009. – № 2. – С. 5-10.

4. Банчук М.В. Формування єдиного методичного освітнього простору ВМ(Ф)НЗ України в контексті загальноєвропейської стратегії: Інформаційний підхід // Медична інформатика та інженерія. – 2009. – № 1. – С. 4-7.

5. Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів та якість підготовки фахівців у сфері охорони здоров’я / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Фещенко та ін. // В зб.: Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів. – Київ, 2007. – С. 3-9.

УДК 001.8:61:378

СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ (ФАРМАЦЕВТИЧНИХ) НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ТА ЗАКЛАДАХ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, ПІДПОРЯДКОВАНИХ МІНІСТЕРСТВУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

В.В. Лазоришинець, Л.Г. Розенфельд, М.В. Банчук, О.П. Волосовець, О.М. Кочет,
П.Р. Петрашенко, Ю.С. П'ятницький

Міністерство охорони здоров'я України

PRESENT STATE AND PROSPECTIVE OF SCIENTIFIC RESEARCHES IN HIGHER MEDICAL (PHARMACEUTICAL) EDUCATION INSTITUTES AND POSTGRADUATE INSTITUTES OF PUBLIC HEALTH MINISTRY OF UKRAINE

V.V. Lazoryshynets, L.H. Rosenfeld, M.V. Banchuk, O.P. Volosovets, O.M. Kochet,
P.R. Petrashenko, Yu.S. Pyatnytskyi

Ministry of Public Health of Ukraine

У статті висвітлено стан та перспективи розвитку наукових досліджень у вищих навчальних закладах МОЗ України на засадах доказової медицини. Українська медична наука відкрита для новачій, співпраці, повноцінного формування ефективної системи поєднання медичної науки і практики.

Present state and prospective of scientific researches in higher education institutes of PHM of Ukraine on the basis of evidence-based medicine have been described in the article. Ukrainian medical science is open for innovations, collaboration, valuable formation of effective coordination system of medical science and practice.

Вступ. Наукові дослідження, які виконуються в галузі охорони здоров'я в рамках фундаментальних та прикладних розробок у сфері профілактичної та клінічної медицини, наукових частин державних цільових програм, державного замовлення на науково-технічну продукцію, спрямовані на розробку нових та удосконалення існуючих методів і засобів профілактики, діагностики та лікування найбільш поширених та соціально значущих захворювань [1, 2].

Результати цих досліджень мають вплинути на якість надання медичної допомоги, покращання показників здоров'я населення і діяльності лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я, прискорити процес реформування галузі через підготовку науково обґрунтованих заходів [3].

Основна частина. Науковий потенціал галузі охорони здоров'я у 2009 році був представлений 23 науково-дослідними установами (НДУ), 15 вищими медичними (фармацевтичним) навчальними закладами та 3 закладами післядипломної освіти (ВМНЗ), в

яких працює більше 13 тисяч науковців, серед яких близько 2000 докторів наук і 8000 кандидатів наук.

У структурі ВМНЗ функціонують 89 науково-дослідних, навчально-наукових інститутів, навчально-науково-практичних об'єднань, проблемних наукових лабораторій.

Всього у 2009 році виконувалося 40 фундаментальних наукових досліджень у сфері профілактичної та клінічної медицини, із них 23 НДР виконувалися у ВМНЗ. У результаті виконання цих досліджень отримані нові знання, що вносять певний внесок у процес вивчення патогенетичних механізмів розвитку захворювань та розробку на цій основі сучасних медичних технологій лікування та профілактики.

На сьогодні у ВМНЗ проводиться 28 теоретичних та експериментальних бюджетних досліджень, які спрямовані на вирішення таких проблем, як: теоретичне та експериментальне вивчення морфогенетичних та патогенетичних механізмів розвитку найбільш поширених патологічних станів людини; вивчення

проблем медичної генетики, спадкової патології, механізмів розвитку імунозалежної патології; фундаментальні дослідження в галузі біотехнології, пошук та розробка нових лікарських засобів, проведення наукових досліджень із трансплантації органів, тканин і клітин тощо.

У минулому році за рахунок Державного бюджету виконувалися 173 прикладні наукові розробки, із них 80 НДР виконувалося у ВМНЗ. Як і у попередні роки, здійснювалося наукове обґрунтування та розробка нових і удосконалених методів діагностики, лікування та профілактики найбільш поширених та соціально значущих захворювань на засадах доказової медицини.

У 2009 році співробітники ВМНЗ брали участь у виконанні 3 державних цільових програм у сфері профілактичної та клінічної медицини.

Із 8 НДР, що виконувалися у рамках Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні (1999-2010 рр.), 5 НДР виконувалися Дніпропетровською державною медичною академією, Івано-Франківським національним медичним університетом, Українською медичною стоматологічною академією, Тернопільським державним університетом ім. І.Я. Горбачевського, Національною медичною академією післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

Реалізація Державної науково-технічної програми “Репродуктивне здоров’я нації на період до 2015 року” здійснювалася двома ВМНЗ – Донецьким національним медичним університетом ім. М. Горького, який виконує 2 НДР, та Національною медичною академією післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика (1 НДР).

У 2009 році підвідомчими НДУ та ВМНЗ в рамках Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002-2011 роки виконувалося 11 НДР, із яких 7 виконувалося у ВМНЗ.

Координаційні ради з питань забезпечення наукових частин вищезгаданих Програм позитивно оцінили їх актуальність, наукову новизну та практичну цінність отриманих у 2009 році результатів.

У 2009 році згідно з державним замовленням у рамках розділу “Найважливіші науково-технічні розробки з пріоритетних напрямів розвитку науки і техніки” підвідомчими МОЗ науковими установами та вищими медичними навчальними закладами виконувалося 9 науково-дослідних розробок (НДР), із них 3 НДР виконувалося НДУ і 6 НДР – ВМНЗ.

Крім того, на кафедрах ВМНЗ виконується ініціативна (пошукова) тематика практично з усіх проблем медичної науки.

Наукові результати розробки, що мають інноваційну спрямованість, включаються у чергові випуски Реєстру галузевих нововведень, у методичні документи та наукові публікації і доводяться до лікувально-профілактичних установ галузі охорони здоров’я для впровадження у практику.

Міністерство охорони здоров’я України здійснює значну роботу щодо підготовки наукових та науково-педагогічних кадрів.

У клінічній ординатурі у 2009 році навчалось 811 чоловік (у ВМНЗ – 804, а в НДУ – 7), у магістратурі ВМНЗ – 544, в аспірантурі – 1268 (у ВМНЗ – 768 з відривом від виробництва і 500 – без відриву від виробництва), у НДУ навчались 37 аспірантів (17 і 20 відповідно), у докторантурі – 29 (у ВМНЗ – 23, у НДУ – 6).

На кінець 2009 року в ВМНЗ виконувалося 640 докторських і 2476 кандидатських дисертаційних робіт. За минулий рік затверджено ВАК України 127 докторських і 658 кандидатських дисертацій, які виконані у ВМНЗ.

Міністерство охорони здоров’я бере участь у формуванні на базах підвідомчих наукових установ та закладів мережі Спеціалізованих вчених рад ВАК України на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата медичних, біологічних і фармацевтичних наук. На сьогодні у ВМНЗ функціонує 57 таких рад.

Продовжувалась системна робота Вченої медичної ради Міністерства охорони здоров’я України, яку очолює віце-президент АМН України, академік Л.Г. Розенфельд. На її засіданнях були обговорені нагальні проблеми запровадження науково обґрунтованих стандартів надання медичної допомоги населенню, питання імунопрофілактики та боротьби з пандемічним грипом.

Важливе значення в інноваційному процесі здійснюють з’їзди, конгреси, симпозіуми, науково-практичні конференції, на яких обговорюються досягнення медичної науки і рекомендації щодо їх впровадження в практику. Відповідно до Реєстру з’їздів, конгресів, симпозіумів та науково практичних конференцій, які проводилися у 2009 році, відбулося понад 300 наукових форумів, в яких взяло участь близько 55 тисяч фахівців.

У ВМНЗ створені провідні наукові школи, які представляють академічну та галузеву медико-біологічну науку, спроможну розробляти новітні медичні технології, впровадження яких у практику істотно підвищить ефективність діагностики, лікування та профілактики захворювань. На стику знань у галузі медицини, біології, молекулярної біології, біофізики, генетики, фармакології тощо зможуть розвиватися фун-

даментальні дослідження, які стануть основою для створення нових вітчизняних конкурентоспроможних інноваційних проектів.

На нашу думку, для вдосконалення організацій та підвищення ефективності наукового процесу у ВМНЗ, підпорядкованих МОЗ України, необхідні певні передумови, здійснення яких необхідно передбачити на рівні держави, галузі вузу, кафедри, а також окремого вченого-дослідника.

Для забезпечення подальшого розвитку медичної науки і підвищення результативності виконання науково-дослідних розробок та ефективності впровадження нововведень необхідно продовжити і здійснити:

- оптимізацію інфраструктури наукового потенціалу галузевої медичної науки шляхом формування раціональної мережі науково-дослідних установ, створення навчально-наукових виробничих комплексів “вищій навчальний заклад - науково-дослідний інститут”;

- координацію програм підготовки наукових кадрів, раціонального формування та використання науково-інформаційних ресурсів спільно з Національною академією медичних наук України;

- розширення внутрішньогалузевого та міжгалузевого комплексного вирішення наукових пріоритетних проблем. Перехід до вирішення науково-практичних проблем охорони здоров'я через формування відповідних регіональних, галузевих, міжгалузевих і державних програм, що сприятиме використанню асигнувань бюджетів різних рівнів;

- збільшення обсягів фінансування наукової діяльності відповідно до вимог Закону України “Про наукову і науково-технічну діяльність”, що дозволить суттєво підвищити рівень та якість матеріально-технічного забезпечення наукових установ, адекватно фінансувати пріоритетні наукові розробки;

- підвищення соціального статусу науковця та мотивації до наукової діяльності шляхом підвищення заробітної плати та інших соціальних гарантій, що

дозволить активізувати підготовку наукових та науково-педагогічних кадрів, суттєво вплинути на омолодження кадрового потенціалу медичної науки;

- удосконалення технології планування наукових досліджень, механізмів впровадження у медичну практику результатів наукових досліджень на рівні регіональних управлінь охорони здоров'я, що суттєво підвищить ефективність інноваційних процесів у галузі;

- удосконалення науково-правової бази регулювання інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я та створення університетських клінік, як це передбачено Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України та Концепцією розвитку медичної освіти;

- впровадження принципів доказової медицини у виконання наукових досліджень та при аналізі базових показників здоров'я населення.

Основними ж **стратегічними напрямками** підвищення ефективності галузевої вузівської медичної науки є:

- вдосконалення нормативно-правових засад наукової та інноваційної політики;

- оптимізація інфраструктури вузівської медичної науки відповідно до пріоритетних напрямів, які визначені законодавством України;

- реалізація інноваційної політики у системі охорони здоров'я;

- інноваційний вплив результатів наукових розробок на показники здоров'я населення країни;

- забезпечення конкурентоспроможності нових вітчизняних медичних технологій.

Висновок. Міністерство охорони здоров'я буде і надалі формувати ефективну систему поєднання медичної науки і практики, забезпечувати пріоритетний розвиток наукових досліджень у сфері клінічної та профілактичної медицини і концентрацію галузевого наукового потенціалу на вирішальних напрямках інноваційного розвитку галузі охорони здоров'я.

Література

1. Гонський Я.І., Корда М.М., Підручна С.Р. Доказова медицина як науковий напрямок // Мед. освіта. – 2009. – № 3. – С. 27-30.

2. Здоров'є-21: Політика досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні. ВОЗ-21 Задача на 21-е століття / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 1998. – 231 с.

3. Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації на 2002-2011 роки”. – К., 2002. – 88 с.

4. DIRECTIVE 2005/36/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications (THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION).

УДК 378:61

ПРИЙНЯТТЯ ЕТИЧНОГО КОДЕКСУ ЛІКАРЯ УКРАЇНИ ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ

В.В. Лазоришинець, Ю.І. Кундієв, Л.А. Пиріг, М.В. Банчук, О.П. Волосовець

*Міністерство охорони здоров'я України,
Національна академія медичних наук*

ACCEPTANCE OF ETHICS CODE OF DOCTOR OF UKRAINE AND HIS VALUE IS FOR HIGHER MEDICAL SCHOOL

V.V. Lazoryshynets', Yu.I. Kundiev, L.A. Pyrig, M.V. Banchuk, O.P. Volosovets'

*Ministry of Public Health of Ukraine,
National Academy of medical sciences*

Стаття присвячена впровадженню Етичного кодексу лікаря України у навчальний процес вищих медичних навчальних закладів України.

The article is devoted to introduction of the Ethics code of doctor of Ukraine in the educational process of higher medical educational establishments of Ukraine.

Вступ. Головною метою держави в галузі охорони здоров'я є забезпечення умов для досягнення максимальних термінів природної тривалості життя, високої якості духовного і фізичного здоров'я, ефективної репродукції здорової нації. Держава захищає громадян і оточуюче їх середовище шляхом створення розвиненої законодавчої та нормативно-правової бази, виходячи з Конституції України, міжнародних конвенцій та інших угод про захист прав, здоров'я та гідності людини.

Крім того, громадянське суспільство створює додаткові умови безпеки і автономії своїх членів і навколишнього середовища завдяки розробці та впровадженню правил біоетики, що базуються на історичних традиціях фахової етики та деонтології лікарів і науковців, моральних і релігійних переконаннях, рішеннях міжнародних конвенцій та інших угод про захист прав, здоров'я та гідності людини.

Життя і здоров'я людини – головні, фундаментальні цінності. Діяльність лікаря спрямована на їх збереження від моменту зачаття і вимагає від нього гуманного ставлення до людей, поваги до їх автономії, співчуття і співучасті, доброзичливості, благодійності і милосердя, терплячості, взаємодовіри, порядності і справедливості. Лікар повинен пам'ятати, що головний-суддя на лікарському шляху – це, насамперед, його совість.

Ці моральні засади систематизовані в Етичному кодексі лікаря України: з урахуванням положень Загальної декларації про геном людини та права людини та Конвенції про захист прав та гідності людини з огляду на застосування досягнень біології та медицини. Він адресований представникам практичної медицини: лікарям і науковцям, сфера професійної діяльності яких охоплює пренатальне та постнатальне життя і здоров'я людини, її народження і смерть [1].

Основна частина. В Україні становлення та впровадження у практику принципів медичної етики пов'язане з радянським минулим. Випускники медичних ВНЗ СРСР склали присягу лікаря Радянського Союзу. Після проголошення незалежності України вона втратила актуальність, і в 1992 р. Указом Президента України № 349 було затверджено текст клятви лікаря, яку сьогодні повинні давати всі випускники медичних ВНЗ України [2]. Донедавна це був єдиний документ, яким декларувалися етичні принципи професійної діяльності вітчизняного лікаря.

Нарешті вперше за всю історію незалежності нашої країни українська медицина отримала єдиний загальнодержавний кодекс лікаря – зведення морально-етичних правил, яких слід дотримуватися медичним працівникам, вченим та керівникам сфери охорони здоров'я. Його основна мета – впорядкувати відносини між лікарями, пацієнтами, медичними організа-

ціями, а також визначити етичні норми, якими керуватимуться фахівці під час проведення наукових досліджень.

У нашій країні рух у бік визнання необхідності дотримання лікарем моральних принципів під час виконання професійних обов’язків почався майже відразу після проголошення її незалежності. Починаючи з 1994 р., над створенням морально-етичних правил діяльності лікаря працювала група фахівців ВУЛТ, яку очолював тодішній президент ВУЛТ – Любомир Пиріг, доктор медичних наук, професор, академік АМН України, член-кореспондент НАН України, завідувач кафедри нефрології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. До створення кодексу долучилися такі відомі науковці, як Юрій Кундієв, доктор медичних наук, професор, академік АМН України та НАН України, віце-президент АМН України, директор Інституту медицини праці АМН України; Валентин Кулініченко, доктор філософських наук, доктор фармацевтичних наук, професор; Олег Насінник, кандидат медичних наук, головний психіатр Головного управління охорони здоров’я та медичного забезпечення міста Києва, та інші [3].

Стимулом для утвердження кодексу стало прийняття ВУЛТ до міжнародної лікарської сім’ї – Світового лікарського товариства (World Medical Association) у 2008 р. Згідно з його статутом однією із вимог, які висуваються до країн – членів товариства, є наявність етичного кодексу лікаря та його імплементація. Навесні 2009 р. за сприяння МОЗ України було створено робочу групу по доопрацюванню кодексу. До неї увійшли Л. Пиріг, О. Мусій, Ю. Кундієв та інші представники професійних асоціацій, МОЗ України. За сприяння Олександра Воловця, доктора медичних наук, професора, головного дитячого кардіоревматолога МОЗ України, заступника директора Департаменту кадрової політики, освіти і науки МОЗ України, у серпні 2009 р. в ході обговорень робоча група фахівців створила узгоджений спільний варіант кодексу.

27.09.2009 р. в Євпаторії на Всеукраїнському з’їзді лікарських організацій та X з’їзді ВУЛТ прийнято і підписано єдиний варіант кодексу, який отримав назву Етичний кодекс лікаря України. До підписання кодексу, крім ВУЛТ, були залучені інші професійні

лікарські об’єднання, адже ВУЛТ представляє приблизно 20 тис. спеціалістів, а в країні їх більше 200 тис. Незважаючи на гострі дискусії, учасники з’їзду були однотайними в одному – прийнятті кодексу вже давно на часі і медична спільнота його потребує. Також прийнято рішення про створення в МОЗ України комісії з питань біоетики, в яку входитимуть представники громадських лікарських організацій. Компетенцією названої комісії і буде регулювання та узагальнення принципів дотримання положень кодексу. Під остаточним варіантом кодексу підписався 251 делегат, з них представники 44 лікарських організацій, 24 науково-дослідних інститутів АМН України, всіх 18 ВНЗ в системі МОЗ України.

Останній варіант кодексу, увібравши всі попередні напрацювання, став єдиним загальнодержавним документом, який регламентує морально-етичні аспекти роботи лікаря України. У майбутньому можливе його доповнення, доопрацювання, розробка механізмів удосконалення та імплементації.

Етичний кодекс лікаря України, усі його положення мають чіткі професійні орієнтири. Це надзвичайно важливо для їх ретельного вивчення в усіх формах дипломної та післядипломної освіти фармацевта та лікаря. Тому у програмах вузівського навчання Етичний кодекс має бути включений до всіх розділів підготовки студентів, а також до форм модульного контролю знань і програми практично-орієнтованого комплексного державного іспиту.

Безперечно, програма у вищій медичній школі обов’язково повинна не тільки навчати, але й виховувати. Саме це дасть можливість забезпечити необхідну гармонізацію активного пізнання й моральності у складному й багатовекторному процесі формування професійних якостей сучасного медичного працівника. Практика світової медицини підтверджує, що фахова успішність лікаря залежить не тільки від практичних умінь, а й від дотримання етичних, деонтологічних та біотичних вимог у їх відносинах із пацієнтом.

Висновок. Впровадження Етичного кодексу лікаря України у навчальну програму вищих медичних навчальних закладів буде сприяти формуванню високої морально-етичної та правової відповідальності у майбутніх лікарів та фармацевтів нашої країни.

Література

1. Етичний кодекс лікаря України // Здоров’я України. – 2009. – № 19 (224). – С. 30-31.
2. Клятва лікаря. Указ президента 15.06.1992, № 349;

Збірник Указів Президента. 30.06.1992, № 2.

3. Проект Етичного кодексу лікаря України. Українське Товариство лікарів Львова.

УДК 614.446

РОБОТА ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ ТА НАУКИ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ ПАНДЕМІЧНОГО ГРИПУ

В.В. Лазоришинець, Л.Г. Розенфельд, О.П. Волосовець

Міністерство охорони здоров'я України, Національна академія медичних наук України

ACTIVITY OF HIGH MEDICAL SCHOOL AND SCIENCE IS DURING EPIDEMIC OF PANDEMIC FLU

V.V. Lazoryshynets, L.H. Rozenfeld, O.P. Volosovets

Ministry of Public Health of Ukraine, National Academy of medical sciences of Ukraine

Стисло висвітлено розвиток пандемії грипу, спричиненого в 2009-2010 рр. вірусом А/Н1N1/Каліфорнія/04/09, захворюваність на сезонний грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції. У хронологічному порядку перераховані здійснені організаційні протиепідемічні заходи МОЗ України та участь у цій роботі вищих медичних навчальних закладів, закладів післядипломної освіти та профільних науково-дослідних інститутів. Йдеться також про нагальну необхідність виконати комплекс профілактичних заходів, щоб протидіяти наступній хвилі пандемії. Автори зазначають, що мінімізувати поширення грипу можна за допомогою масштабної специфічної імунпрофілактики.

Development of flu pandemic, caused in 2009-2010 by the virus of A/H1N1/California/04/09, seasonal flu morbidity and other acute respiratory viral infections is briefly represented. The executed organizational antiepidemic measures of Ministry of health of Ukraine and participating in this activity the higher medical educational establishments of postgraduate education and research institutes are in a chronologic order. An urgent necessity to execute the complex of prophylactic measures, for counteracting the next wave of pandemic is also exists. Authors that minimizing of flu distribution is possible specific immunoprophylaxis.

Вступ. Одним із складних випробувань, які випали на долю країни та галузі охорони здоров'я України у 2009/2010 рр., стала епідемія грипу типу А/Н1N1/Каліфорнія/04/09.

Вірус грипу А (Н1N1) став новою загрозою для людства. Його вперше було виявлено серед хворих людей у Мексиці у квітні 2009 р. Він стрімко розповсюдився по всьому світу, наслідком чого стала оголошена ВООЗ у червні 2009 р. світова пандемія [1, 2, 3].

Станом на 16 квітня 2010 р. 214 країн підтвердили випадки захворювання людини на грип А (Н1N1), 17 798 смертей внаслідок важких ускладнень у вигляді пневмоній та респіраторного дистрес-синдрому. Від пандемічного грипу в Європі померли 4777 людей [4, 5].

Основна частина. З початку епідемічного підйому захворюваності на грип та ГРВІ в Україні станом на квітень поточного року було зареєстровано майже 6,5 млн випадків захворювань. Від грипу та ГРЗ померли 1128 осіб.

Одразу після виявлення перших випадків “свинячого грипу” було затверджено наказ МОЗ від 08.05.09 р. № 163-адм “Про створення науково-консультативної групи з опрацювання питань запобігання поширенню

вірусу грипу А/Н1N1 при МОЗ України”. До зазначеної групи увійшли провідні науковці НАМН і МОЗ України, які взяли участь у розробці плану невідкладних заходів щодо попередження епідемії.

В усіх вищих медичних навчальних закладах ІV рівня акредитації МОЗ на виконання Плану заходів щодо запобігання виникненню серед населення захворювання на свинячий грип, затвердженого наказом МОЗ від 05.05.09 р. № 304 “Про затвердження плану реалізації заходів щодо недопущення проникнення на територію України вірусу свинячого грипу”, на базах СЕС спільно зі співробітниками вищих навчальних закладів проводилися навчальні семінари для лікарів-інфекціоністів, лікарів-епідеміологів з питань діагностики, лікування і забору матеріалу при підозрі на захворювання осіб на свинячий грип.

Після проголошення 29.10.2009 р. МОЗ України епідемії пандемічного грипу в країні згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 30 жовтня 2009 р. № 1152 “Про запобігання поширенню грипу типу А/Н1N1/Каліфорнія/04/09 і гострих респіраторних захворювань серед населення” та наказом Міністерства освіти і науки України від 30.10.09 р.

© В.В. Лазоришинець, Л.Г. Розенфельд, О.П. Волосовець

№ 996 у вищих навчальних закладах I-IV рівнів акредитації МОЗ було запроваджено канікули на три тижні, але викладацькі колективи усіх медичних університетів та академій продовжували працювати і в епідемічний період.

Характерною особливістю в Україні стала одночасна циркуляція сезонного і нового пандемічного штаму вірусу грипу та інтенсивність епідемічного підйому, яка була найвищою за останні кілька років. Якщо у минулі кілька сезонів перевищення епідемічних порогів фіксувалося в окремі одиничні тижні лише в деяких регіонах, то у 2009 р. епідемічні пороги з тією чи іншою інтенсивністю та тривалістю перевищувалися в усіх областях, АР Крим, містах Києві та Севастополі.

В цих умовах Міністерством були визначені пріоритетні заходи для вищих медичних навчальних закладів щодо боротьби з пандемічним грипом:

1. Забезпечити проведення лекцій щодо діагностики та лікування грипу А (H1N1) для лікарів-інтернів, клінічних ординаторів, аспірантів вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти, які направляються для роботи у місцеві заклади охорони здоров'я.

2. Відправити до закладів охорони здоров'я, особливо первинної ланки, групи лікарів-інтернів, клінічних ординаторів і аспірантів на чолі з викладачами для допомоги медичним працівникам, які забезпечують надання медичної допомоги.

3. Створити з найбільш досвідчених викладачів кафедр вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти терапевтичного, педіатричного, інфекційного, анестезіологічного (реанімаційного) спрямувань бригади по обстеженню населення областей.

4. Активізувати наукові дослідження у медичних університетах, академіях і наукових установах НАМН України з питань епідеміології, діагностики, лікування сезонного і пандемічного грипу та гострих респіраторних захворювань.

Загальний контингент вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти МОЗ, який тією чи іншою мірою залучався для надання медичної допомоги населенню під час епідемії грипу, склав 4404 особи, з них: 2053 викладачі, 205 аспірантів, 246 клінічних ординаторів, 1900 лікарів-інтернів зі спеціальностей “Епідеміологія та вірусологія”; “Інфекційні хвороби та дитячі інфекційні хвороби”; “Анестезіологія та дитяча анестезіологія”; “Патологічна анатомія та дитяча патологічна анатомія”; “Терапія, педіатрія, загальна практика – сімейна медицина”.

У листопаді 2009 р. за дорученням МОЗ вищими медичними навчальними закладами та закладами післядипломної освіти було сформовано понад 600 лікарських бригад з числа лікарів-спеціалістів з вищезазначених спеціальностей. У карантинних регіонах ці бригади залучалися до лікувально-консультативної та діагностичної роботи на місцях, лікарі-інтерни були задіяними для надання первинної медико-санітарної допомоги населенню (Івано-Франківська, Тернопільська, Львівська, Чернівецька області).

Близько 600 лікарів-інтернів Національної медичної академії післядипломної освіти та 113 лікарів-інтернів Української медичної стоматологічної академії були задіяні у наданні первинної медичної допомоги населенню відповідно до потреби управлінь охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій.

Провідні науковці та викладачі вищої медичної школи брали та беруть активну участь у роботі Оперативного штабу МОЗ України (голова – перший заступник міністра, професор В.В. Лазоришинець) з реагування на ситуацію з розповсюдження грипу та гострих респіраторних захворювань.

Так, заступник голови Оперативного штабу МОЗ України, віце-президент НАМН України, голова Вченої медичної ради МОЗ, академік Л.Г. Розенфельд і начальник управління освіти та науки МОЗ України, професор О.П. Волосовець, члени Оперативного штабу ректор Національного медичного університету, член-кореспондент НАМН В.Ф. Москаленко, ректор Національної медичної академії післядипломної освіти, член-кореспондент НАМН Ю.В. Вороненко, головні спеціалісти МОЗ України: академік В.П. Широбоков, академік А.М. Сердюк, академік Ю.І. Феценко, член-кореспондент НАМН України В.М. Коваленко, професори В.В. Бережний, В.Ф. Марієвський, І.А. Боброва, С.О. Крамарєв, Л.І. Чернишова, В.В. Камінський, С.П. Бережнов, завідувач кафедри Львівського національного медичного університету, професор Н.О. Виноград, завідувач кафедри Національного медичного університету, професор І.П. Колеснікова, доцент Національного медичного університету В.А. Діброва – у листопаді-грудні 2009 р. з метою забезпечення моніторингу заходів з попередження розповсюдження захворювання населення на грип та гострі респіраторні захворювання неодноразово відряджались до регіонів, охоплених епідемією.

Викладачі клінічних кафедр вищих навчальних закладів протягом карантинного періоду та після його закінчення здійснювали активну лікувально-консуль-

тативну роботу, цілодобово брали участь у наданні невідкладної допомоги населенню з проявами грипу та інших гострих респіраторних захворювань, обстежували населення карантинних регіонів.

Хотілось би відмітити подвижницьку працю професорів, викладачів та лікарів-інтернів Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського (ректор – член-кореспондент НАМН України Л.Я. Ковальчук), Івано-Франківського національного медичного університету (ректор – академік Є.М. Нейко), Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького (ректор – професор Б.С. Зіменковський), які разом зі спеціалістами практичної охорони здоров'я першими в країні зустріли епідемічну хвилю пандемічного грипу у жовтні-листопаді 2009 р. Саме на їх досвід діагностики та лікування грипу потім орієнтувались центральні та східні регіони країни, у яких епідемічний підйом захворюваності спостерігався дещо пізніше.

Зразком спільної праці з надання медичної допомоги населенню в умовах епідемії була робота Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (ректор – член-кореспондент АМН України В.М. Мороз), обласного управління охорони здоров'я та курортів і керівництва Вінницької обласної державної адміністрації та Вінницької обласної ради. За ініціативи академіка Л.Г. Розенфельда на засіданні Надзвичайної протиепідемічної комісії Вінницької обласної державної адміністрації за участю голови Вінницької обласної державної адміністрації О.Г. Домбровського була оперативно погоджена регіональна програма проведення щеплення від сезонного грипу медичних працівників та груп ризику протягом грудня 2009 р.

З ініціативи Тернопільського медичного університету ім. І.Я. Горбачевського в кінці листопада 2009 р. терміново видано розширене число всеукраїнського науково-практичного медичного журналу “Інфекційні хвороби”, у якому всебічно висвітлено проблему пандемічного і сезонного грипу та узагальнено перший досвід боротьби з цією інфекцією у західних областях України.

Провідні вчені галузі, викладачі вищих навчальних медичних закладів МОЗ постійно брали участь у роз'ясненні населенню питань профілактики, ранньої діагностики та лікування грипу на телебаченні, радіо, у пресі, в Інтернет-виданнях. Серед них – 7 співробітників Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, 7 викладачів Національної медичної академії післядипломної освіти, а також науково-педагогічні та наукові працівники Київського

медичного університету Української асоціації народної медицини (ректор – професор Т.М. Бойчук), Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН (директор – академік Ю.Г. Антипкін), Інституту епідеміології та інфекційних хвороб НАМН (директор – професор В.Ф. Марієвський), Інституту фтизіатрії і пульмонології НАМН (директор – академік Ю.І. Фещенко).

Науково обґрунтована оцінка якості надання медичної допомоги дорослому та дитячому населенню постійно проводилась керівниками відповідних департаментів МОЗ України кандидатами медичних наук Р.О. Моїсеєнко та І.В. Шпаком.

Фахівцями відділу освіти та сектора науки Департаменту кадрової політики, освіти і науки МОЗ України: професором О.М. Дзюбою, доцентом Ю.С. Пятницьким, кандидатами наук О.М. Кочетом, П.Р. Петрашенко, Т.І. Чернишенко та завідувачем науково-дослідним сектором Національного медичного університету професором М.Л. Хайтовичем була розроблена система динамічного моніторингу за діяльністю в умовах епідемії вищих навчальних закладів усіх рівнів акредитації та науково-дослідних установ.

Оперативно працював по узагальненню інформації від областей щодо розповсюдження пандемії Центр медичної статистики МОЗ України, який очолює завідувач кафедри медичної статистики Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика професор М.В. Голубчиков.

Фахівцями Національного медичного університету (професори С.О. Крамарєв, С.П. Кривоустов), Донецького національного медичного університету (професори Н.В. Нагорна, Є.І. Юліш), Дніпропетровської медичної академії (професор О.Є. Абагуров), Національної медичної академії післядипломної освіти (професор Г.В. Бекетова) та Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України (професор О.Г. Шадрін) за ініціативи МОЗ України було запроваджено проведення постійно діючого міжрегіонального науково-практичного семінару для лікарів-педіатрів і сімейних лікарів щодо актуальних питань діагностики, лікування та профілактики поширених хвороб дитячого віку, в тому числі пневмоній, ГРЗ та сезонного і пандемічного грипу. Така інноваційна форма безперервної підготовки лікарів на місцях тільки під час епідемічного підйому була проведена у 7 областях країни. Продовжується ця робота і нині.

Значна просвітницька та лікувально-консультативна робота на місцях була також проведена фахівцями Донецького національного медичного універси-

тету (ректор – академік В.М. Казаков), Одеського державного медичного університету (ректор – академік В.М. Запорожан), Харківського національного медичного університету (ректор – професор В.М. Лісовий), Дніпропетровської державної медичної академії (ректор – академік Г.В. Дзяк), Запорізького державного медичного університету (ректор – професор Ю.М. Колесник), Луганського державного медичного університету (ректор – професор В.К. Івченко) та Української медичної стоматологічної академії (ректор – професор В.М. Ждан).

В умовах розвитку епідемічного процесу, відповідно до постанови № 3 Вченої медичної ради МОЗ України від 24 листопада 2009 р. ректорам і директорам вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти МОЗ, директорам науково-дослідних установ МОЗ та НАМН України доручено продовжити здійснювати системні заходи серед населення та медичних працівників щодо пропаганди імунізаційної профілактики сезонного та пандемічного грипу, інших інфекційних захворювань тощо.

В гуртожитках вищих навчальних закладів, у яких проживають вітчизняні та іноземні студенти, під час епідемії було організовано цілодобове чергування викладачів і роботу медпунктів.

Близько 50 викладачів вищих медичних навчальних закладів, аспірантів і клінічних ординаторів було залучено до чергувань на цілодобовій телефонній гарячій лінії Кабінету Міністрів України під час епідемії грипу А (N1H1); 28 викладачів надавали консультативну допомогу іноземним громадянам під час проведення українського етапу “Дитяче Євробачення – 2009”.

В роботі цілодобової телефонної гарячої лінії оперативного штабу МОЗ України з реагування на ситуацію з розповсюдження грипу та гострих респіраторних захворювань в Україні брали участь 153 особи з числа викладачів, аспірантів і клінічних ординаторів вищих медичних навчальних закладів.

У м. Києві на базі Національного медичного університету імені О.О. Богомольця 4 березня 2010 року відбувся Всеукраїнський конгрес “Грип в Україні: підсумки та програма подальших дій”, в якому взяли участь керівництво галузі та Національної академії медичних наук України, представники ВООЗ в Україні, начальники управлінь охорони здоров’я обласних, Київської, Севастопольської міських державних адміністрацій, ректори вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти, головні державні санітарні лікарі областей, директори профільних науково-дослідних установ МОЗ, НАМН та

НАН України, головні позаштатні спеціалісти управлінь охорони здоров’я обласних (міських) державних адміністрацій та МОЗ України, завідувачі профільних кафедр вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти.

Учасники Конгресу обговорили досвід, здобутий під час першої хвилі пандемічного та сезонного грипу, зробили висновки, на яких слід акцентувати увагу на майбутнє.

У виступах керівників галузі, провідних вчених та організаторів охорони здоров’я було відзначено, що нагальним завданням поточного етапу є розробка шляхів удосконалення діагностики, лікування грипу і його ускладнень та розробка програми подальших дій щодо підготовки до наступних хвиль епідемії в Україні.

На сьогодні в Україні реєструється спад захворюваності на грип та гострі респіраторні вірусні інфекції. Однак вітчизняні та міжнародні експерти відзначають, що у поточному році Україну може очікувати друга хвиля епідемії грипу. За даними наукових досліджень та спираючись на досвід минулих років, наступні хвилі пандемії можуть бути активнішими за попередні як за кількістю захворілих, так і за тяжкістю перебігу й летальністю. Тривалість епідемічного підйому залежатиме від ефективності діяльності закладів охорони здоров’я, обмежувально-ізоляційних, дезінфекційних і, особливо, профілактичних заходів.

Керівництвом галузі було наголошено на необхідності якісної підготовки усієї медичної сфери та суспільства до проведення щеплень проти пандемічного грипу. Йдеться про визначення потреб у пандемічній вакцині в кожному регіоні, чітке окреслення груп ризику, які вакцинуватимуться у першу чергу, проведення відповідної інформаційної політики та санітарно-просвітницької роботи, перевірку готовності лікувально-профілактичних установ та підготовку персоналу.

З точки зору доказової медицини, успішно мінімізувати наслідки сучасних викликів і загроз національній безпеці, які становлять небезпечні інфекційні хвороби та пандемія грипу А/Н1N1/Каліфорнія, може тільки імунізація.

Світовий досвід переконливо доводить високу ефективність імунізації населення в боротьбі з інфекційними хворобами, в тому числі сезонним і пандемічним грипом. У цих умовах необхідно відроджувати довіру населення до вакцинації та проводити у суспільстві масштабну інформаційно-просвітницьку роботу, до якої повинні долучатись вищі медичні навчальні заклади та профільні науково-дослідні установи.

Пандемічний грип став загальнодержавною проблемою і викликом усьому суспільству. Це вимагає спільних зусиль усіх ланок медичної допомоги, активізації наукових досліджень у напрямку вивчення особливостей та прогнозу перебігу пандемії в Україні, значних фахових та організаційних зусиль на всіх рівнях в єдиному медичному просторі, реальної інтеграції медичної науки, освіти та практичної охорони здоров'я у подоланні епідемії.

Висновки. Пандемія каліфорнійського грипу в Україні в 2009-2010 рр. поєднувалась із епідемією

сезонного грипу і підвищенням захворюваності на інші гострі респіраторні інфекції. З ініціативи МОЗ, МОН і НАМН України було прийнято ряд невідкладних профілактичних, протиепідемічних і лікувальних заходів. До роботи були залучені всі вищі медичні навчальні заклади, заклади післядипломної освіти, профільні науково-дослідні інститути. Завдяки широкомасштабним заходам вдалось пришвидшити завершення епідемії і мінімізувати її негативні наслідки. Отриманий досвід необхідно врахувати у профілактиці нової епідемічної хвилі грипу.

Література

1. Swineflu: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en>
2. Андрейчин М.А., Копча В.С. Проблема грипу А/Н1N1 Каліфорнія: минуле і сучасність // Інфекційні хвороби. – 2009. – № 4. – С. 5-19.
3. Грип А/Н1N1 как типичная эмерджентная инфекция / О.Н. Киселев, В.П. Малый, А.Л. Коваленко и др. – С.-Петербург

бург – Харьков – Ужгород, 2009. – 44 с.

4. Pandemic (H1N1/2009): http://www.who.int/csr/don/2010_04_16/en/index/html

5. Казаков В.М., Шлопов В.Г. Грип (А/Н1N1) 2009, “свинячий грип”: пандемія. – Донецьк: Каштан, 2009. – 190 с.

УДК 378.147:61 (477.84)

НОВІТНІ ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ У ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

Л.Я. Ковальчук

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

NEW WAYS OF IMPROVING TRAINING IN I.YA. HORBACHEVSKYY TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY

L.Ya. Kovalchuk

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті висвітлені нові підходи щодо покращення практичної підготовки студентів у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського.

The article describes new approaches of improving the practical training of students in I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University.

Вступ. Проведення реформ у галузі вищої медичної освіти в Україні потребує від нас продуманих рішень. Тому важливо при проведенні реформ у сис-

темі медичної освіти раціонально використовувати досвід підготовки фахівців у зарубіжних вищих навчальних закладах [1]. На основі вивчення передо-

вого досвіду нами було запроваджено ряд таких новітніх методик організації навчального процесу, як: методика “єдиного дня”; Z-система навчання; матрикули практичних навичок, об’єктивно-структурований клінічний іспит (ОСКІ); єдиний комплексний тестовий іспит; дистанційна система навчання тощо [2-4]. Проте на сучасному етапі назріло питання удосконалення практичної підготовки студентів-медиків. Шляхами покращення такої підготовки є створення Університетської лікарні та запровадження ряду нових структурних підрозділів в університеті.

Основна частина. У 2009 році університет активно включився в реалізацію проекту, започаткованого Міністерством охорони здоров’я України, щодо створення університетської лікарні – потужного медичного закладу, де будуть сконцентровані всі ресурси – матеріальні, людські, фінансові, для надання всіх видів висококваліфікованої медичної допомоги пацієнтам області. Великому науковому потенціалу та досвіду фахівців університету відповідатиме матеріальна база із сучасним обладнанням. У межах виконання Програми дій з інтенсифікації співробітництва галузі охорони здоров’я між Німеччиною і Україною та спільної заяви про співпрацю у цій галузі, яка, зокрема, передбачає відновлення діяльності університетських клінік в Україні, делегація з України, в яку були включені і представники ТДМУ, відвідала Німеччину з метою реалізації Програми створення в Україні університетських лікарень. За результатами вивчення європейського досвіду, 16 грудня 2009 року розпорядженням голови Тернопільської обласної ради № 254 та на основі договору про спільну діяльність в галузі практичної, науково-дослідної медицини і медичної освіти між державним вищим навчальним закладом “Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського” і комунальним закладом Тернопільської обласної ради “Тернопільська обласна клінічна лікарня” від 19 грудня 2009 року було затверджено статут новоствореної Університетської лікарні. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 23 грудня 2009 року № 1571-р. підтримано пропозиції Міністерства охорони здоров’я, Тернопільської обласної ради та Тернопільської облдержадміністрації стосовно реалізації пілотного проекту щодо створення Університетської лікарні при Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського. На сьогодні в Тернополі функціонує Університетська лікарня.

Для фінансування заходів, пов’язаних із створенням Університетської лікарні та закупівлею медичного обладнання, Міністерством охорони здоров’я

разом з Міністерством фінансів заплановано в Законі України “Про Державний бюджет України на 2010 рік” та при складанні проектів державного бюджету на 2011-2012 роки 37 млн гривень. Ці кошти будуть спрямовані перш за все на зміцнення лікувально-діагностичної бази лікарні та впровадження новітніх медичних технологій.

Відповідно до статті 30 Закону України “Про вищу освіту” в університеті можуть бути створені навчально-наукові інститути, навчально-науково-виробничі центри, навчально-наукові центри та науково-дослідні центри. В Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського для вдосконалення практичної підготовки студентів створено Навчально-практичний центр реабілітації і догляду за людьми похилого віку та навчально-практичні центри первинної медико-санітарної допомоги у селі.

У вересні 2009 року відкрито Навчально-практичний центр первинної медико-санітарної допомоги при Доброводській амбулаторії загальної практики-сімейної медицини у селі Зарубинці Збараського району. В грудні відкрито Навчально-практичний центр первинної медико-санітарної допомоги в селі Гнилиці Підволочиського району.

Ці центри стали базою для вдосконалення практичних навичок з надання амбулаторно-поліклінічної допомоги студентів шостого курсу медичного факультету, активного проведення диспансеризації населення та покращення якості первинної медико-санітарної допомоги.

Також заплановано створення в селі Гнилиці Підволочиського району Навчально-практичного центру реабілітації і догляду за людьми похилого віку.

На шляху розвитку міжнародної співпраці 5 листопада 2005 року стартував українсько-нідерландський проект “Підтримка та поліпшення догляду за людьми похилого віку на рівні громад” за участю Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського. Проект фінансує Програма соціальних трансформацій (МАТРА) Міністерства закордонних справ Королівства Нідерландів. Партнерами в його реалізації є установи соціального захисту, органи влади, освітні інституції та неприбуткові організації. Даний проект передбачає ряд взаємопов’язаних кроків. А саме: створення пілотних проектів для покращення системи догляду за людьми похилого віку, що перебувають у групах ризику й потребують допомоги, сімейна медицина з наголосом на роботу медичних сестер, співпраця та координація зусиль різних установ для забезпечення безперервності догляду. Результатом діяльності Тернопільської робочої

групи стало відкриття відділення соціально-побутової реабілітації людей похилого віку із центром денного перебування в приміщенні Управління праці та соціальної політики м. Тернополя. Це спільний проєкт Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського та міської влади. У центрі є фізіотерапевтичний кабінет, кабінети лікувально-оздоровчого масажу, аромо- та фітотерапії, кабінет здоров'я, боротьби з остеохондрозом, відновлення рухової діяльності. В ідальні безкоштовно харчують 50 підопічних міського територіального центру соціального обслуговування.

Виховати у майбутніх спеціалістів почуття гуманізму, милосердя, доброзичливості, взаємодопомоги може волонтерський рух. У 2009 році у волонтерському русі взяло участь 118 студентів університету. Під їх опікою перебувало 63 непрацездатних особи м. Тернополя, серед яких переважали люди з патологією опорно-рухового апарату. Робота волонтерів полягала у наданні медичної допомоги (вимірювання артеріального тиску, консультації з дільничним лікарем), придбанні ліків, продуктів харчування, моральній підтримці тощо.

Підготовка медичних сестер-молодших спеціалістів в Україні має багатолітній досвід. У ННІ медсестринства Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського основна увага приділяється підготовці медичних сестер кваліфікаційного рівня “бакалавр” та “магістр”, які безпосередньо будуть брати участь у навчанні та підготовці основної маси медичних сестер, а також керувати ними у практичній роботі як організатори та менеджери охорони здоров'я.

Результатом успішної роботи зі створення освітніх стандартів стало внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів України від 24 травня 1997 року № 507 про введення в дію освітньо-кваліфікаційного рівня “магістр сестринської справи” (8.110102 “Сестринська справа”), напряму підготовки 1101 “Медицина”. Це стало логічним продовженням Всеукраїнської програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 роки, затвердженої наказом МОЗ України від 8 листопада 2005 року № 585.

Відповідно, вперше в Україні у Навчально-науковому інституті медсестринства Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського розпочата підготовка медсестер-магістрів. У липні 2008 року затверджено програму та одержано ліцензію щодо підготовки магістра медицини зі спеціальності 8.110100 “Сестринська справа”, що дало можливість студентам продовжувати професійний ріст та отримати ступінь магістра сестринсь-

кої справи. На сьогодні в магістратурі з медсестринства навчається 22 особи.

Магістри медсестринства, перший випуск яких буде влітку 2010 року, повинні стати у центрі системи підготовки медичних сестер-молодших спеціалістів та бакалаврів, тому що розвиток профілактичної, сімейної, паліативної і страхової медицини робить ще більш необхідною таку спеціальність для практичної охорони здоров'я. Вони як медичні сестри нової форми, поряд із виконанням звичних уже функцій медсестри, повинні вміти організовувати і керувати відділеннями сестринської допомоги, хоспісами, а також бути організаторами роботи медсестринського персоналу, відділень усіх медичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних закладів.

Підготовка медсестер-магістрів вимагає вдосконалення форм та методів навчального процесу. Частина з них у нашому університеті вже успішно вирішується після проведення великого обсягу роботи з інформаційного забезпечення. Так, майбутні фахівці медсестринства усіх рівнів мають доступ до сучасних інформаційних технологій. Магістранти медсестринства як майбутні викладачі добре ознайомлені з комп'ютерними технологіями, що у майбутній діяльності буде їм вкрай необхідно для розробки власних електронних навчальних матеріалів.

Постійний розвиток науки і техніки, впровадження нових технологій у всіх галузях медицини диктують цілий ряд усе зростаючих вимог до підготовки медичних працівників усіх ланок.

Сучасний професійний медичний працівник повинен володіти високоточними відпрацьованими практичними навичками, швидко приймати правильні рішення у умовах стресу та дефіциту часу. Єдиним ефективним і безпечним способом для відпрацювання практичних навичок та клінічного мислення у даний час є віртуальні тренажери – системи, які за допомогою комп'ютера повністю моделюють реальну ситуацію.

Сучасні роботизовані системи симуляції відтворюють основні анатомічні та фізіологічні показники людини (імітація шкіри, кістково-м'язової системи, екскурсія грудної клітки при диханні, дихальні звуки, серцебиття, пульс, шуми перистальтики, зміна концентрації CO₂ у повітрі, що видихається) і змінюють їх відповідно до програми Моделюваного клінічного сценарію.

За допомогою роботів-симуляторів студенти зможуть відпрацьовувати фізикальне обстеження хворого, медсестринські та лікарські маніпуляції, догляд та невідкладну терапію при різних патологіях як у дорослих, так і в дітей.

З метою забезпечення належного рівня теоретичних і практичних знань студентів Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського на базі Навчально-наукового інституту медсестринства планується створення віртуальної клініки, яка дасть можливість в умовах, максимально наближених до реальності, вивчати та відпрацьовувати великий обсяг процедур, маніпуляцій та втручань на різних фантомах-тренажерах і роботах-симуляторах.

У Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського з 1 січня 2007 року функціонує курс клінічної біохімії, де навчаються студенти IV і V курсів медичного факультету.

На сьогодні існує необхідність розширення для майбутнього лікаря медико-біологічних знань з ряду дисциплін, які мають чітку клінічну спрямованість. Саме до таких дисциплін належить клінічна лабораторна діагностика, у межах якої студенти ознайомлюються із сучасними методами клініко-лабораторних досліджень, набувають практичних навичок визначення певних показників у нормі та при патології, навчаються трактувати результати аналізів.

З урахуванням пріоритетів і потреб сучасної лабораторної медицини, що потребує підвищення рівня підготовки лікарів-лаборантів і підвищення рівня інформованості клініцистів щодо можливостей лабораторних досліджень та інтерпретації результатів, а також на виконання наказу МОЗ України № 96 в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського з 1 вересня 2010 року планується відкриття кафедри клінічної лабораторної діагностики. З цією метою групи викладачів університету провели стажування у провідних лабораторіях Європи – Віденського медичного університету (Австрія) і I медичного факультету Карлового медичного університету Праги (Чехія).

Професії лікаря, провізора, клінічного провізора, провізора-косметолога вимагають внутрішньоетич-

ної культури та моралі, терпіння і привітності. Одним із найважливіших етапів у їх діяльності є вміння ділового та професійного спілкування з пацієнтами, лікарями та медичними представниками.

Для цього в університеті на медичному та стоматологічному факультетах при вивченні клінічних дисциплін, фармацевтичному факультеті при вивченні таких дисциплін, як фармацевтична етика та деонтологія, менеджмент та маркетинг, організація та економіка фармації, фармакоекономіка, практична косметологія, запроваджені комунікативні навички-алгоритми спілкування студентів.

Питання комунікативних навичок внесені в програму навчальних дисциплін і контролюються при складанні студентами матрикул-практичних навичок та є складовою оцінки при проведенні об'єктивного структурованого клінічного іспиту на медичному та стоматологічному факультетах.

Висновки: 1. Створення Тернопільської університетської лікарні стало черговим етапом на шляху до інтеграції медичної освіти України у світовий медичний простір, а також стане невід'ємною частиною підготовки висококваліфікованих спеціалістів.

2. Створення навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги та навчально-практичних центрів реабілітації і догляду за людьми похилого віку є не тільки заходом щодо покращення системи догляду за людьми похилого віку, що перебувають у групах ризику й потребують допомоги, але і системою удосконалення практичної підготовки студентів-медиків.

3. Підготовка магістрів сестринської справи спрямована на забезпечення розвитку профілактичної, сімейної, паліативної і страхової медицини в Україні.

4. Невід'ємною стороною висококваліфікованого спеціаліста є внутрішньоетична культура та мораль, терпіння і привітність, що формуються через розвиток комунікативних навичок у студентів.

Література

1. Сучасний розвиток вищої медичної та фармацевтичної освіти й проблемні питання забезпечення якісної підготовки лікарів і провізорів / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Феценко та ін. // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 5-13.

2. Л.Я. Ковальчук. Впровадження новітніх методик і систем навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті ім. І.Я. Горбачевського // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 10-14.

3. Впровадження об'єктивного структурованого клінічно-

го іспиту (ОСКІ) в Тернопільському державному медичному університеті ім. І.Я. Горбачевського / Л.Я. Ковальчук, І.Р. Мисула, І.С. Сахарова, О.Є. Федорців // Медична освіта. – 2008. – № 2. – С. 43-45.

4. Досвід впровадження практично-орієнтованого навчання для студентів медичного факультету / І.Р. Мисула, А.Г. Шульгай, Г.Я. Загричук та ін. // Медична освіта. – 2009. – № 1. – С. 14-17.

УДК 378.1(088.2)

ЛІЦЕНЗУВАННЯ ТА АКРЕДИТАЦІЯ: ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ

Р.Л. Ковальчук, М.М. Телеки

Державна акредитаційна комісія України

LICENSING AND ACCREDITATION: PROVIDING OF QUALITY OF EDUCATION

R.L. Kovalchuk, M.M. Teleki

State accreditation commission of Ukraine

У статті проаналізовано сучасні підходи до забезпечення якості освіти в контексті процедури ліцензування й акредитації.

In article were analyzed modern approaches to quality assurance training in the context of procedure licensing and accreditation.

Вступ. Реформування вищої освіти в Україні відбувається з урахуванням внутрішніх національних реалій та основних принципів Болонського процесу, основною вимогою якого є якість вищої освіти. Якість розуміють як показник високої ефективності праці в суспільстві, що стає джерелом національного багатства, а також здатність готувати висококваліфікованих фахівців і бути конкурентоспроможною державою в контексті європейської інтеграції [1].

Основна частина. Основним інструментом регулювання якості з надання освітніх послуг вищими навчальними закладами є механізм ліцензування і акредитації напрямів, спеціальностей, програм та навчального закладу в цілому. Міністерство освіти і науки, Державна інспекція навчальних закладів МОН України, Державна акредитаційна комісія України здійснюють інституціональну оцінку діяльності ВНЗ (окремих напрямів, спеціальностей) та контроль за дотриманням ліцензійних умов з надання освітніх послуг, що уможливорює надання державної гарантії необхідного освітнього мінімуму громадянам, захищає суспільство від випадкових навчальних закладів.

Процедура ліцензування та акредитації з надання освітніх послуг вищими навчальними закладами встановлює критерії якості освітніх послуг, що є комбінацією практичних і академічних показників. Відповідно до вимог часу вдосконалюються критерії та показники якості навчального процесу. Слід зазначити, що подібні критерії застосовують Російська Федерація та країни Європейського Союзу.

Так, діючий Порядок ліцензування діяльності з надання освітніх послуг, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 8 серпня 2007 року № 1019 “Про ліцензування діяльності з надання освітніх послуг”, відображає критерії характеристики системи української освіти, зокрема критерії потреб ринку праці у випускниках та їх адаптивність. Здійснюючи самообстеження та самоаналіз можливостей щодо започаткування (продовження) діяльності з надання освітніх послуг, навчальний заклад проводить моніторинг ринку праці й освітніх послуг. Це дає можливість не тільки встановити і обґрунтувати потребу у фахівцях у регіоні, але й заручитись замовленням на них з боку підприємств, організацій, держави. Такий підхід дає можливість залучати до освітнього процесу представників бізнесу та широку громадськість.

На часі удосконалення національної системи об’єктивного рейтингу вищих навчальних закладів і програм, розробка національної програми досліджень у бізнесі й програми оцінки потреб бізнес-освіти України. Частина вищих навчальних закладів України брала участь у міжнародних рейтингах і стратегічному аудиті відповідно до вимог ЕРМО (EQUIS), акредитації AACSB і EFMD (EQUIS) та має досягнення у впровадженні менеджменту якості відповідно до міжнародних стандартів ISO серій 9000, 9001.

Процедура ліцензування та акредитації передбачає аналіз відповідності результатам діяльності навчального закладу, встановленим критеріям характеристики навчального закладу.

Державні вимоги щодо акредитації навчального закладу за рівнем, напрямів підготовки та спеціальностей, запропонованих у 2009 році міністерством у новій редакції проекту положення про акредитацію, встановлюють нормативи кадрового, матеріально-технічного, навчально-методичного й інформаційного забезпечення навчальних закладів. Зокрема, навчальний заклад за рівнями може бути акредитований, якщо за останніх п'ять років видано підручників (навчальних посібників) з грифом МОН не менш як 15 (за III рівнем) та 20 (за IV рівнем) відсотків та за останніх п'ять років видано монографій і/або опубліковано наукових статей у вітчизняних фахових виданнях та наукових журналах з імпаکت-фактором, отримано патентів та/або свідоцтв про авторські права не менш як 30 (за III рівнем) й 50 (за IV рівнем) відсотків середньорічної чисельності науково-педагогічних працівників, які працювали протягом зазначеного періоду у навчальному закладі за основним місцем роботи.

Важливе значення має академічний рівень науково-педагогічних працівників вищого навчального закладу. Відповідність базової освіти викладачів профілю дисципліни, що викладається, не повинна викликати сумнівів. Викладання фахових дисциплін навчального плану здійснюють випускові кафедри. У складі таких кафедр мають бути доктори наук (професори) за відповідним фахом, які працюють у цьому навчальному закладі за основним місцем роботи. “Не може бути університету, який готує тільки молодших спеціалістів, як і не повинна випускати магістрів кафедра, на думку Міністра освіти Д. В. Табачника, яка не має бодай одного доктора наук у відповідній галузі знань”. Безперечно, випускові кафедри мають очолювати доктори наук (професори) [3].

У подальшій перспективі – перехід до трициклової системи вищої освіти, зокрема запровадження навчально-наукового ступеня доктора філософії. Докторська освіта є третьою фазою навчання в університеті та першим етапом кар'єри молодого дослідника. Система підготовки кандидата (доктора філософії) й правила захисту будуть наведені відповідно до міжнародних стандартів.

Інтеграція української освіти до Європейського та Світового освітнього простору, актуалізація понять стандарту та якості освіти повинні випереджати майбутнє, утверджувати нові освітні технології.

Продовжується робота Інституту інноваційних технологій і змісту освіти та науково-методичних комісій з опрацювання логічної і доступної для користування

системи галузевих стандартів вищої освіти, в яких передбачено досвід української освіти у поєднанні з європейською практикою. Структура і зміст навчального плану має відповідати галузевим стандартам освіти за напрямами і спеціальностями, відображатись у сучасному науковому та навчально-методичному забезпеченні дисциплін.

Розвиток наукових шкіл, рівень видавничої та наукової роботи вищого навчального закладу і підготовка наукових кадрів у аспірантурі (докторантурі) є показником забезпечення якості освіти. Навчальним закладам варто, як наголошує міністр освіти В.Д. Табачник, “зосередитись на “проривних” напрямках фундаментальних досліджень, які можуть проводитись на світовому рівні і дати реальний поштовх розвитку іншим, у тому числі й прикладним наукам” [3].

При акредитації будуть аналізуватися показники діяльності з підготовки аспірантів або докторантів на рівні, не нижче середнього для відповідної галузевої групи або типу вищого навчального закладу не менш як за трьома спеціальностями та утворена спеціалізована вчена рада (ради) не менш як за трьома спеціальностями.

Навчання протягом всього життя може забезпечити ефективна система післядипломної освіти. Наразі потребують удосконалення програми неперервної освіти, спрямовані задовольнити споживача освітньої послуги, безпосередньо пов'язаного з управлінням бізнесом та зацікавленого у кар'єрному зростанні. Варто запозичити досвід Фінляндії, яка проводить процедуру акредитації центрів післядипломної освіти. Головне завдання – тестування якості навчання, отримання мотивації до самовдосконалення та перевірки адаптації програм до потреб фінських та міжнародних компаній [2].

Акредитацію визначають як процес оцінювання відповідності результатів освітньої діяльності навчального закладу визначеним стандартам якості. У цьому аспекті випускник є “продуктом” ВНЗ, який він пропонує ринку праці. Акредитація враховує такі критерії характеристики професійних якостей випускників, як: рівень засвоєння знань, навичок; результати освітньої діяльності (рівень підготовки фахівців); участь студентів у науковій діяльності (наукова робота на кафедрах, у лабораторіях, участь у наукових конференціях, конкурсах, виставках, профільних олімпіадах); мобільність студентів; соціальна підтримка; кількість науково-педагогічних працівників і персоналу на одного студента; рівень запиту випускників ВНЗ на ринку праці. До цього переліку варто було б додати аналіз показників працевлаштування випуск-

ників (аналіз рівня їх матеріального статку (заробітної плати), кар’єрного зростання та зростання підприємств, компаній, де працюють випускники).

Входження України в Європейський освітній простір може відбуватися лише за умови дотримання принципу конкурентоспроможності, змагальності і пов’язується з поняттям “стандарти якості”. У реформуванні освітньої системи актуальним є завдання удосконалення вітчизняної системи оцінки та забезпечення якості вищої освіти. Необхідно завершити роботу з формування відповідно до вимог часу нових критерій ліцензування й акредитації. При цьому необхідно використовувати різні критерії забезпечення якості, зважаючи на специфіку напрямів підготовки фахівців різних галузей знань.

Запровадження автоматизованої системи опрацювання ліцензійних та акредитаційних справ та спілкування з їх авторами у режимі on-line значно спростить проходження процедури ліцензування та акредитації.

Сучасні підходи до забезпечення якості вищої освіти у процедурах ліцензування та акредитації потребують віддзеркалення у законодавчій базі.

Зроблено перші кроки. Для широкого загалу запропоновано обговорення проекту Закону України “Про зміни до Закону України”, “Про вищу освіту”, який встановлює правові, організаційні, фінансові та інші засади функціонування системи вищої освіти.

Література

1. Кісіль М.В. Якість вищої освіти як предмет філософського аналізу: Автореф. дис. ... канд. філос. наук: 09.00.10 / Інститут вищої освіти АПН України. – К., 2008. – 17 с.
2. Здійснення процедур акредитації, ліцензування та рейтингування вищих навчальних закладів України з використанням онтологічного підходу: Навчально-методичний

Без сумніву, модернізація переліків напрямів і спеціальностей передбачена у проекті Концептуальних підходів до формування переліків напрямів і спеціальностей за освітньо-кваліфікаційними рівнями бакалавра і магістра, наблизить його до переліку європейських країн.

Для підтримання системи забезпечення якості, оцінювання та визнання результатів освіти створено проект Національної рамки кваліфікацій (НРК) – основи вітчизняної системи стандартизації освітньої та професійної підготовки кадрів. НРК спрямована на урахування підходів Європейської рамки кваліфікацій навчання впродовж життя, Міжнародної стандартної класифікації освіти (МСКО-97), Міжнародної стандартної класифікації занять (МСКЗ-08), Класифікації видів економічної діяльності (КВЕД) та Класифікатора професій (КП).

Висновки. Сучасні підходи забезпечення якості освіти у контексті процедури ліцензування й акредитації віддзеркалюють співвідношення традиційного і європейського досвіду в критеріях якості вищої освіти.

Очевидно, думки науковців щодо таких підходів до ліцензування та акредитації будуть різними. Україні необхідна неупереджена оцінка якості вищої освіти громадськими організаціями, до яких мають увійти насамперед наукові працівники, зацікавлені громадські об’єднання, студенти.

посібник / В.Д. Шинкарук, М.В. Михайліченко, М.Ф. Бондаренко та ін. – Харків: ХНУРЕ, 2008. – 80 с.

3. [www/mon.gov.ua](http://mon.gov.ua) Доповідь Міністра освіти і науки Дмитра Табачника на підсумковій колегії (22.04.2010 р., м. Харків).

УДК 614.2.07:378:61:681.3

КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ПОТОЧНОЇ ТА ПІДСУМКОВОЇ УСПІШНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ І ПОКАЗНИКІВ СЕРТИФІКАТІВ ЗОВНІШНЬОГО НЕЗАЛЕЖНОГО ОЦІНЮВАННЯ ТА АТЕСТАТІВ ПРО СЕРЕДНЮ ОСВІТУ

М.В. Банчук, В.П. Марценюк, О.О. Стаханська

*Міністерство охорони здоров'я України, Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського*

CORRELATION OF CURRENT AND SUMMARY RESULTS OF MEDICAL STUDENTS AND INDICES OF CERTIFICATES OF EXTERNAL INDEPENDENT ESTIMATION AND DIPLOMAS ON SECONDARY EDUCATION

M.V. Banchuk, V.P. Martsenyuk, O.O. Stakhanska

Ministry of Public Health of Ukraine, Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У роботі проведено кореляційний аналіз залежностей поточної успішності та результатів семестрового тестового іспиту студентів-медиків від сертифікатів зовнішнього незалежного оцінювання й атестатів про середню освіту.

In the work there is fulfilled correlational research of dependencies of current results and results of semester test exam of medical students on certificates of external independent estimation and diplomas on secondary education.

Вступ. Впровадження новітніх технологій навчання, що ґрунтується на нових підходах щодо подання та засвоєння знань, потребує нових, сучасних методів їх вимірювання та оцінювання.

У роботах [1–8] досліджується впровадження тестових технологій оцінювання в медичній освіті з метою протидії зловживанням та корупції. У той же час залишається невивченим і кількісно непроаналізованим зв'язок між успішністю студентів-медиків та балами сертифікатів зовнішнього незалежного оцінювання і атестатів про середню освіту.

Зовнішнє незалежне оцінювання – іспити для вступу до ВНЗ в Україні. Комплекс організаційних процедур зовнішнього незалежного оцінювання (передусім тестування) спрямований на визначення рівня навчальних досягнень випускників середніх навчальних закладів при їх вступі до вищих навчальних закладів.

Метою зовнішнього незалежного оцінювання є забезпечення реалізації конституційних прав громадян на рівний доступ до якісної освіти, здійснення контролю за дотриманням Державного стандарту базової і повної середньої освіти й аналізу стану системи освіти, прогнозування її розвитку.

Результати зовнішнього незалежного оцінювання зараховують як результати державної підсумкової атестації і як результати вступних іспитів до вищих навчальних закладів.

Із 2004 р. за підтримки міжнародних і громадських організацій система зовнішнього незалежного оцінювання формується в Україні.

Забезпечення зовнішнього незалежного оцінювання здійснюється Українським центром оцінювання якості освіти у співпраці з місцевими органами управління освітою.

Пошук досконалих методів вимірювання рівня знань учнів, а в подальшому студентів ВНЗ на сучасному етапі розвитку інформаційних технологій набуває надзвичайної актуальності, оскільки об'єктивізація процесу вимірювання, забезпечуючи зворотний зв'язок, дає можливість координувати цей розвиток. Отже, об'єктивні та точні методи вимірювання й оцінювання знань стають однією з рушійних сил наукового прогресу.

Порівняльний аналіз методів вимірювання рівня знань, які використовуються у сучасній педагогіці (усного опитування, письмової роботи, інтерв'ю та

тестування), свідчить про те, що останній метод, більше, ніж інші, відповідає критеріям якості при визначенні рівня теоретичних знань, умінь і навичок.

Використання тестів у навчальному процесі надійно увійшло у світову педагогічну практику. В Україні цей процес також набуває сил: розвиваються наші уявлення про призначення та педагогічні можливості тестів, форми тестів, формати запитань, методи обробки результатів тестування та їх інтерпретації.

У Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського, починаючи з 2006 року, запроваджено ряд інноваційних навчальних методик [9], більшість з яких спирається саме на тестові технології оцінювання [1, 3, 4, 6]. Тому природним є дослідити залежність результатів тестового оцінювання студентів у ВМНЗ з результатами успішності в середньому навчальному закладі – зовнішнього незалежного оцінювання та балами атестата про середню освіту.

Метою роботи є здійснити кореляційний аналіз залежностей поточної успішності та результатів семестрового тестового іспиту студентів-медиків від сертифікатів зовнішнього незалежного оцінювання та атестатів про середню освіту.

Основна частина. Як первинні дані в роботі використано результати поточної успішності та складання семестрового комплексного тестового іспиту для студентів 1-го курсу Тернопільського державно-

го медичного університету імені І.Я. Горбачевського. Для виконання кореляційного аналізу в роботі використано парні коефіцієнти кореляції, що слугують для виявлення лінійного зв'язку між двома наборами даних.

Кореляційний аналіз включає такі головні етапи:

- 1) оцінка за вибірковими даними коефіцієнтів кореляції;
- 2) побудова довірчого інтервалу для коефіцієнтів кореляції;
- 3) перевірка значущості вибіркових коефіцієнтів кореляції;
- 4) оцінка причинно-наслідкового зв'язку за допомогою коефіцієнта детермінації.

При проведенні аналізу використовували таке програмне забезпечення: програмний комплекс семестрового комплексного тестового іспиту, базу даних обліку студентів ВМ(Ф)НЗ України “Контингент”, статистичні функції Microsoft Excel.

1. Кореляційний аналіз на основі балів сертифікатів зовнішнього незалежного оцінювання. Для проведення аналізу розглядалася вибірка на основі 271 студента 1-го курсу медичного факультету. Було обчислено коефіцієнти кореляції для залежності результатів поточної успішності, семестрового комплексного тестового іспиту, підсумкових результатів за модулі від балів сертифікатів зовнішнього незалежного оцінювання (рис. 1).

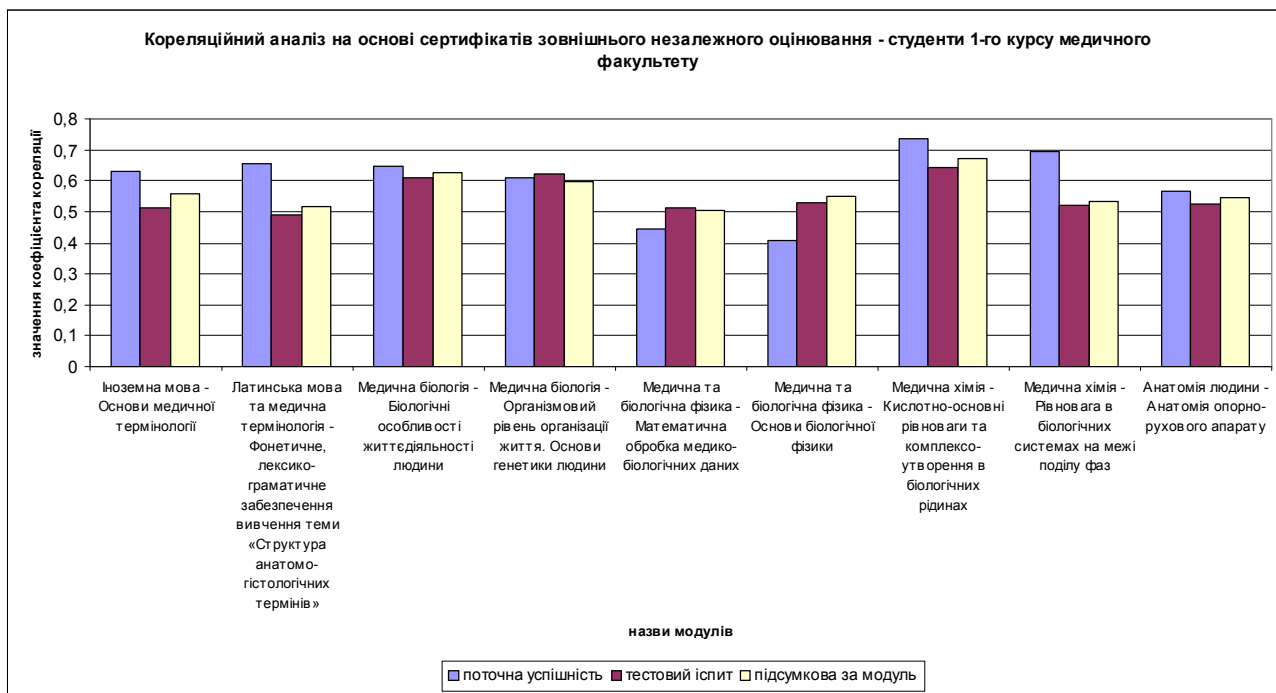


Рис. 1

На наступному етапі було побудовано довірчі інтервали. При рівні значущості $\alpha=0,05$ у жоден із довірчих інтервалів для коефіцієнтів кореляції при цьому не потрапило нульове значення. Це свідчить про те, що усі коефіцієнти кореляції є статистично значущими.

Для оцінки сили причинно-наслідкового зв'язку було обчислено коефіцієнти детермінації (коефіцієнт кореляції, піднесений до квадрата) (рис. 2). При цьому значення коефіцієнта детермінації, менші 25 % (коефіцієнт кореляції менший 0,5), вказують на слабкий

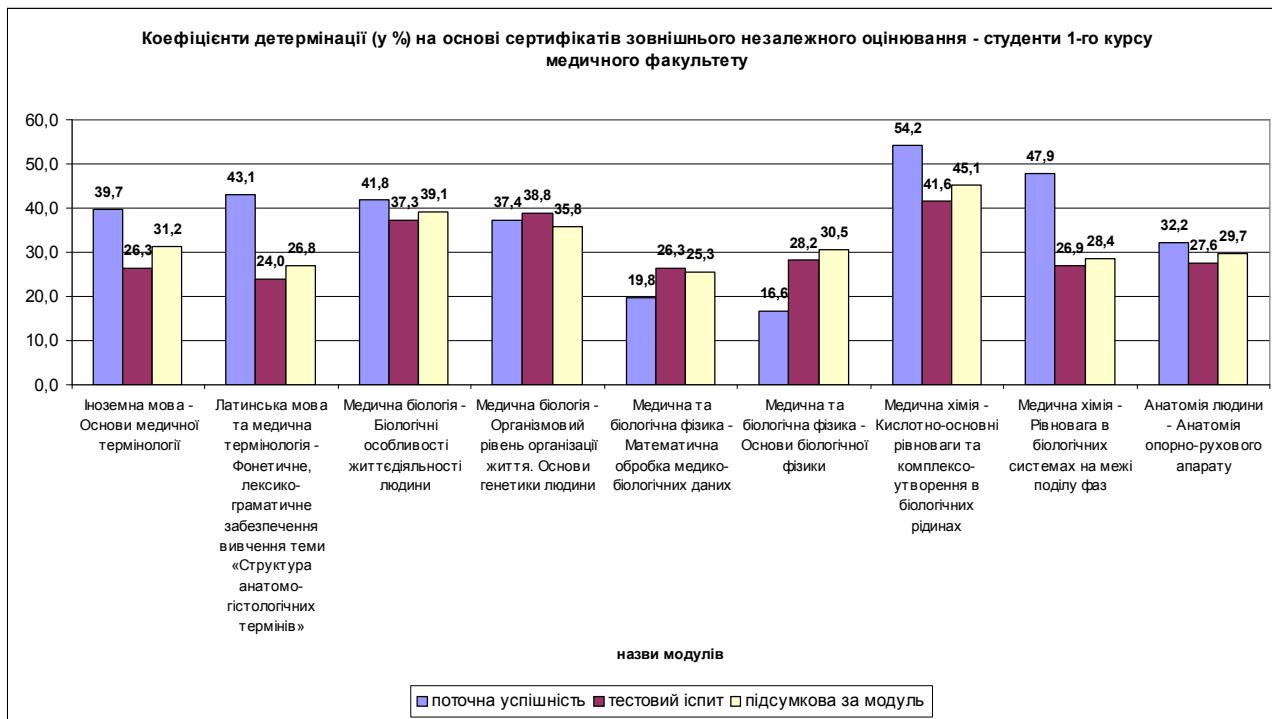


Рис. 2

зв'язок, значення від 25 до 50 % (коефіцієнт кореляції від 0,5 до 0,7) – зв'язок середньої сили, значення, більші 50 % (коефіцієнт кореляції більший 0,7), – сильний зв'язок. Проведені обчислення свідчать про переважання зв'язків середньої сили. Лише у випадках семестрового тестового іспиту з латинської мови та поточної успішності з медичної та біологічної фізики спостерігалися слабкі зв'язки з балами сертифікатів. У той же час сильний зв'язок спостерігався лише у випадку поточної успішності з медичної хімії.

У більшості випадків абсолютні значення коефіцієнта кореляції бала сертифіката з поточною успішністю студентів переважають значення для залежності з результатами семестрового тестового іспиту. Протилежна ситуація має місце лише для медичної та біологічної фізики і частково медичної біології. Це можна пояснити тим, що дані навчальні модулі містять знання, які, імовірно, були включені при складанні зовнішнього незалежного оцінювання.

При проведенні аналізу студентів 1-го курсу фармацевтичного факультету об'єм вибірки становив 44. Усі коефіцієнти кореляції (рис. 3) є значущими при рівні значущості $\alpha=0,05$. Абсолютні значення коефіцієнтів кореляції показують, що зв'язок балів сертифікатів з

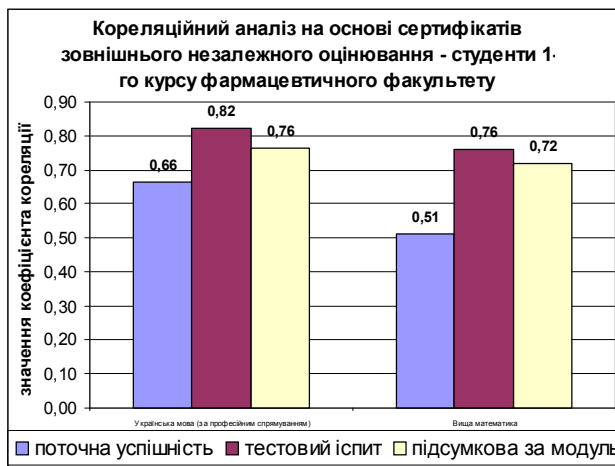


Рис. 3

поточною успішністю має середню силу, тоді як з результатами семестрового тестового іспиту – сильний зв'язок. Сильніший характер зв'язку з балами сертифікатів для студентів фармацевтичного факультету, порівняно з медичним, може бути пояснений специфікою дисциплін, які студенти-провізори склали на семестровому тестовому іспиті, – українська мова та вища математика. Ці дисципліни значною мірою пов'язані зі шкільними знаннями.

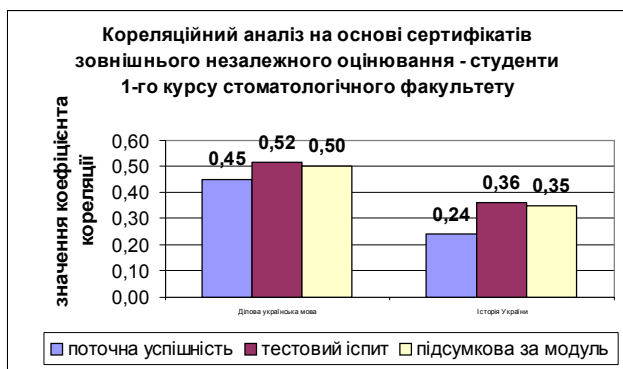


Рис. 4

При проведенні аналізу студентів 1-го курсу стоматологічного факультету об'єм вибірки становив

140. Усі коефіцієнти кореляції (рис. 4) є значущими при рівні значущості $\alpha=0,05$, тоді як з результатами дисципліни “Ділова українська мова” встановлено зв'язок середньої сили, зв'язок з “Історією України” – слабкий.

Кореляційний аналіз на основі сертифікатів зовнішнього незалежного оцінювання було проведено окремо для ряду вибірок.

Розглядалися студенти 1-го курсу медичного факультету, які навчаються за **державним замовленням** (рис. 5). Об'єм вибірки – 135. Усі коефіцієнти кореляції – значущі ($\alpha=0,05$). Порівняно з усіма студентами 1-го курсу медичного факультету (рис. 1, 2) для студентів-бюджетників у характерах зв'язків із

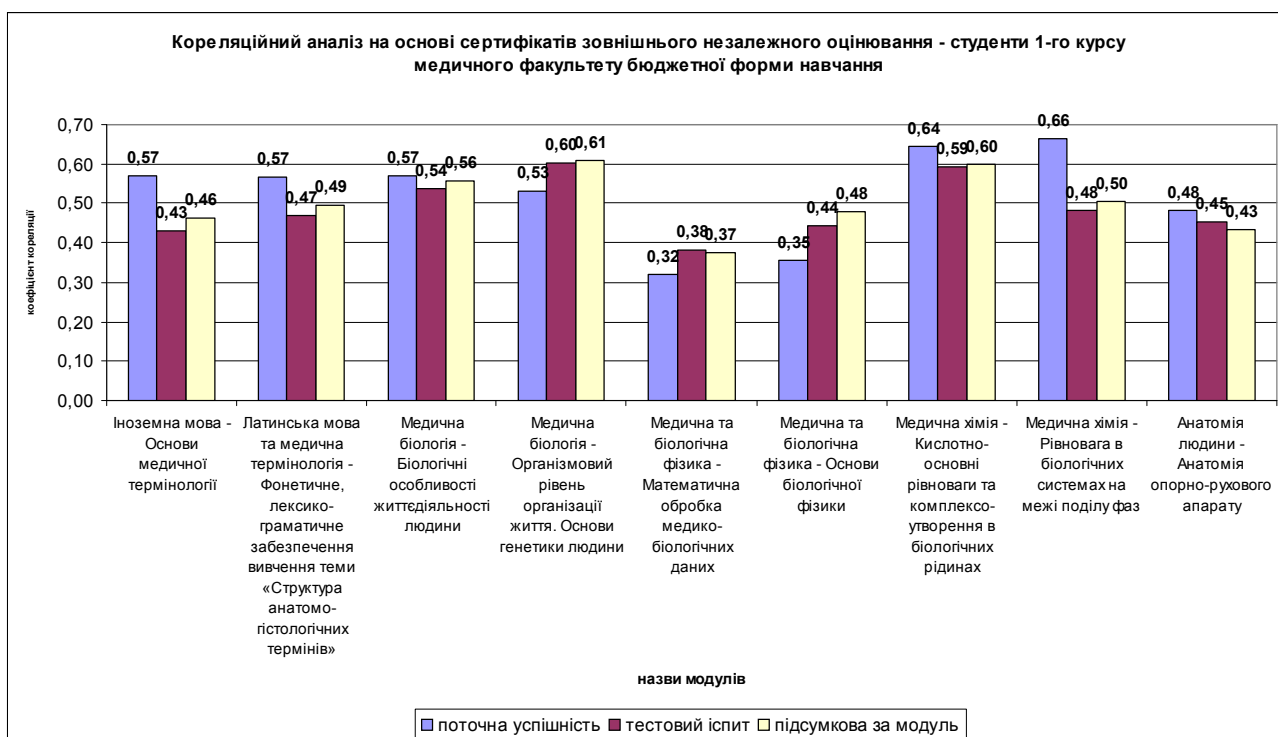


Рис. 5

сертифікатами зовнішнього незалежного оцінювання не виявлено жодних суттєвих розходжень. Це ще раз підтверджує залежність показників успішності студентів від балів сертифікатів.

При порівнянні коефіцієнтів кореляції залежностей сертифікатів зовнішнього незалежного оцінювання та семестрового тестового іспиту для студентів-бюджетників та контрактників 1-го курсу медичного факультету (рис. 6) спостерігається явне переважання сили вказаних зв'язків для студентів державної форми навчання. Водночас встановлено, що ряд коефіцієнтів кореляції для студентів-контрактників є статистично незначущим ($\alpha=0,05$). Це має місце у випадку других модулів з дисциплін “Медична біо-

логія” та “Медична хімія”. Найсуттєвішими розбіжностями в силі зв'язку є результати з навчальних модулів по медичній біології та медичній хімії (1-й модуль). Тут для студентів-бюджетників спостерігався зв'язок середньої сили, тоді як для контрактників це був слабкий зв'язок.

Було проведено порівняльний аналіз зв'язків балів сертифікатів зовнішнього незалежного оцінювання для студентів 1-го курсу медичного факультету бюджетної форми навчання, які вступили **за підлягами** (об'єм вибірки – 48) та на загальних підставах (об'єм вибірки – 85) (рис. 7). Усі коефіцієнти кореляції – значущі ($\alpha=0,05$). Не виявлено суттєвих кількісних розходжень у значеннях коефіцієнтів кореляції. Усі зв'язки за силою нале-

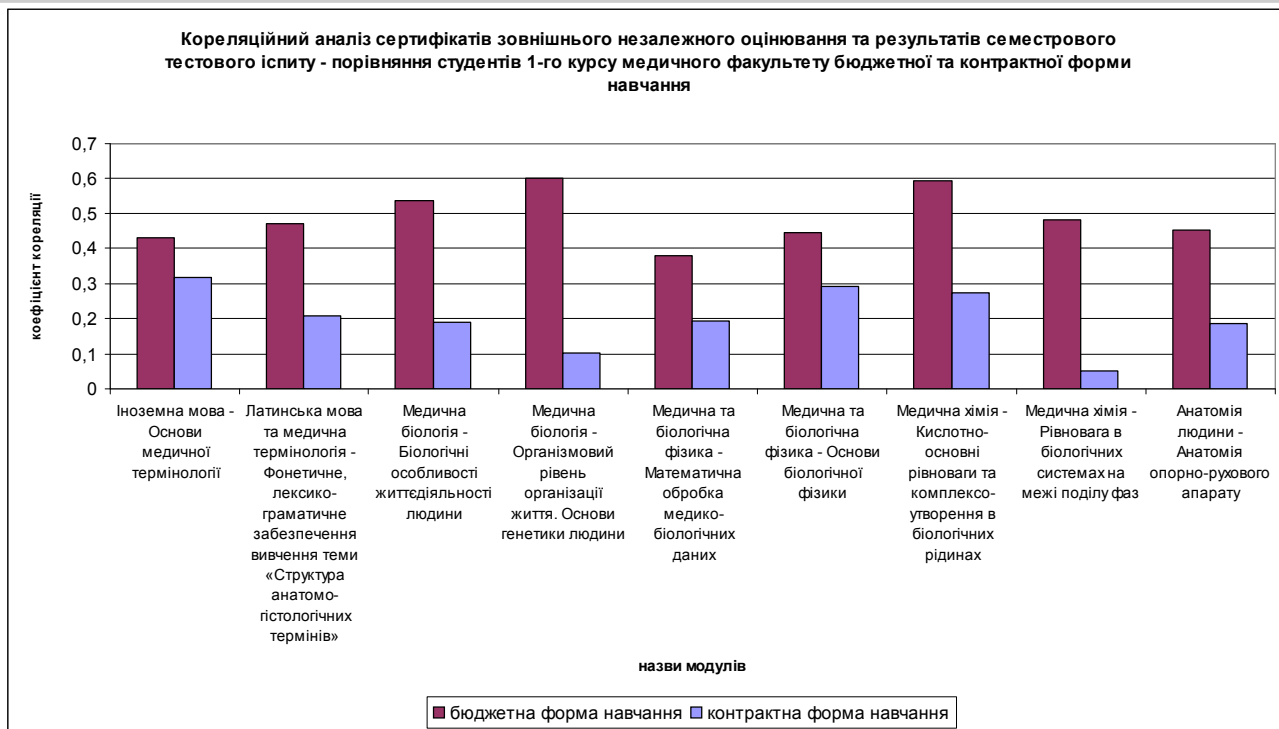


Рис. 6

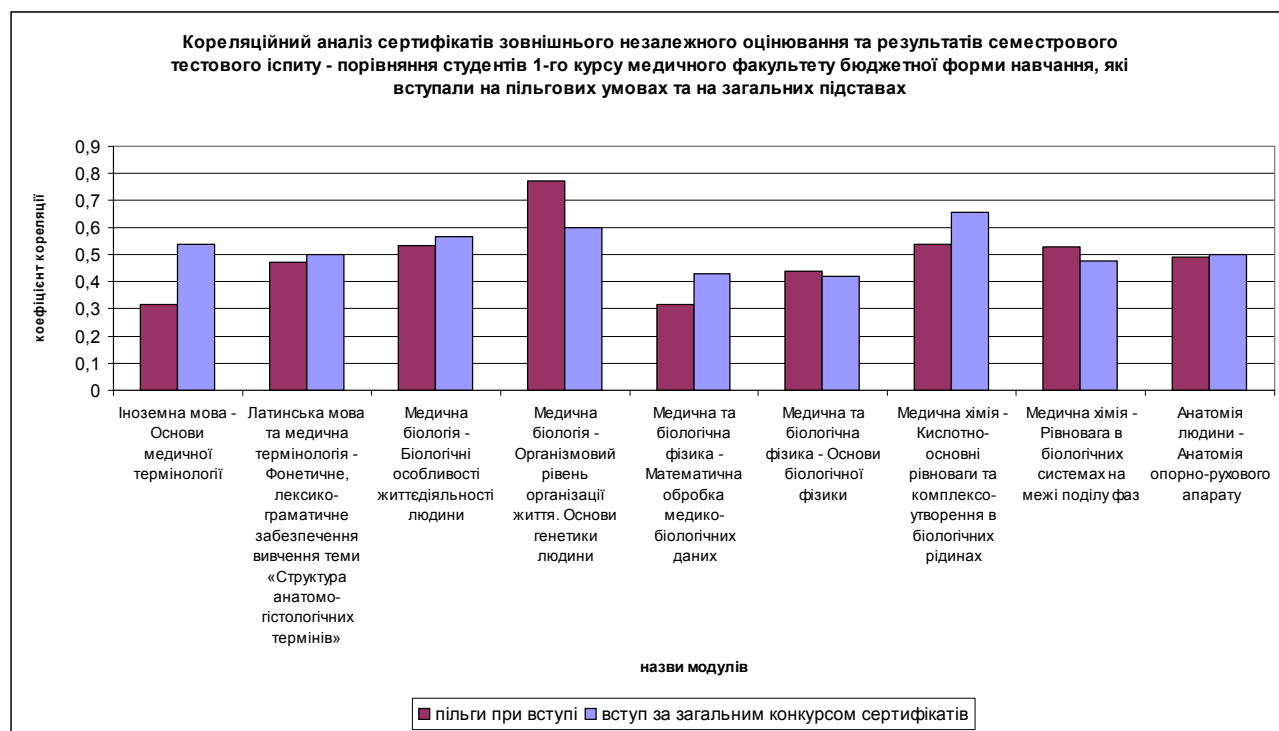


Рис. 7

жать до категорій середньої сили та слабких. Зв'язок сертифіката зовнішнього незалежного оцінювання з результатом семестрового тестового іспиту з медичної біології (2-й модуль) сильний для пільговиків, тоді як для усіх решта – середньої сили. Подібна сила зв'язків результатів семестрового тестового іспиту із сертифі-

катами зовнішнього незалежного оцінювання для студентів-“пільговиків” та тих, що вступали за конкурсом сертифікатів, тільки ще раз підтверджує, що нижчий бал сертифіката зовнішнього незалежного оцінювання призводить до нижчого бала під час складання семестрового тестового іспиту і навпаки.

2. Кореляційний аналіз на основі атестатів про середню освіту

Аналіз було проведено окремо для студентів-випускників середніх шкіл та медичних училищ.

Для проведення аналізу розглядалася вибірка на основі 250 студентів 1-го курсу медичного факультету – випускників середніх шкіл. Було обчислено коефіцієнти кореляції для залежності результатів поточної успішності, семестрового комплексного тестового іспиту, підсумкових результатів за модулі від середнього бала атестата про середню освіту (рис. 8). При рівні значущості $\alpha=0,05$ виявлено, що усі коефіцієнти кореляції є значущими.

Найбільшу силу мають причинно-наслідкові зв'язки атестатів про середню освіту з поточною успішністю студентів – зв'язки середньої сили (крім медичної та біологічної фізики). Слід зазначити, що скрізь (крім медичної та біологічної фізики) є кількісне переважання коефіцієнтів кореляції для поточної успішності над семестровими тестовими іспитами. До того ж, усі зв'язки атестатів про середню освіту та семестрового тестового іспиту слабкої сили (коефіцієнт кореляції менше 0,5).

Причиною явно вираженої переваги залежності атестата про середню освіту та поточної успішності над семестровим тестовим іспитом є, найімовірніше, те, що атестат про середню освіту та поточна успішність студента формуються на основі подібних за своєю природою відношень вчитель-учень та викладач-студент, оцінювання часто має суб'єктивний характер, при оцінюванні в школі, як правило, не використовують тестові технології.

При проведенні аналізу студентів 1-го курсу медичного факультету, випускників медичних училищ об'єм вибірки становив 21. Більшість коефіцієнтів кореляції є статистично незначущою при рівні значущості $\alpha=0,05$ (рис. 9). Це вказує або на відсутність зв'язку, або на недостатній об'єм вибірки. У той же час суттєво вирізняються зв'язки між атестатом про середню освіту та результатами семестрового тестового іспиту з латинської мови і другого модуля з медичної біології. Тут зв'язки середньої сили, значення коефіцієнтів кореляції (які є значущими при $\alpha=0,05$) переважають відповідні значення для випускників середніх шкіл. До того ж, якщо з латинської мови для випускників середніх шкіл існує слабкий зв'язок, то для випускників медичних училищ це зв'язок середньої сили. Причиною більшої сили причинно-наслідкового зв'язку, безперечно, є вивчення латинської мови в медичних училищах, чого, як правило, немає в загальноосвітніх середніх школах.

При проведенні аналізу студентів 1-го курсу фармацевтичного факультету об'єм вибірки становив 44. Усі коефіцієнти кореляції (рис. 10) є значущими при рівні значущості $\alpha=0,05$. Абсолютні значення коефіцієнтів кореляції показують, що зв'язок балів атестатів про середню освіту з поточною успішністю має середню силу для ділової української мови та слабкий для вищої математики. Для результатів семестрового тестового іспиту значення коефіцієнтів кореляції вищі і в обох випадках зв'язок середньої сили.

При проведенні аналізу студентів 1-го курсу стоматологічного факультету об'єм вибірки становив 140.

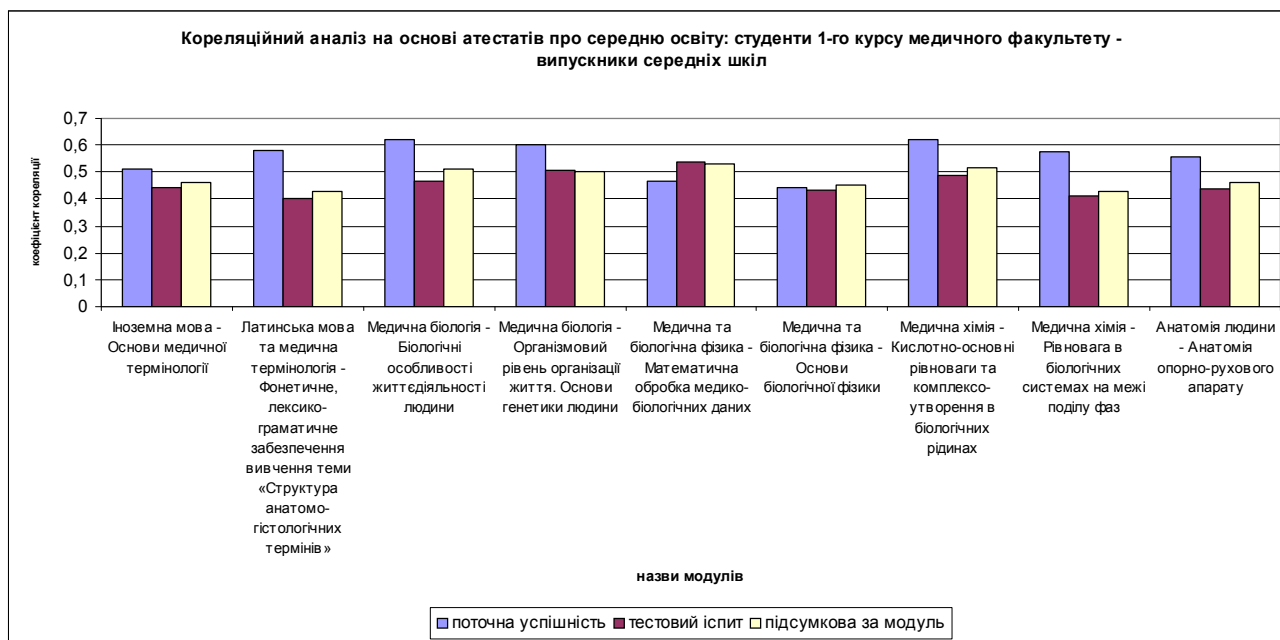
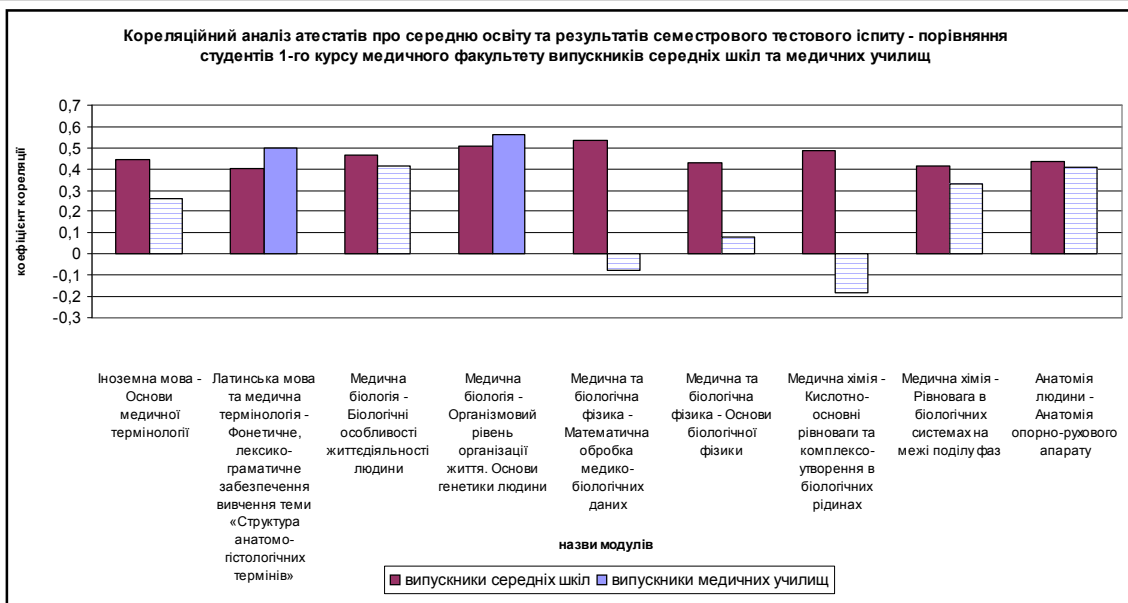


Рис. 8



Примітка. Штриховою лінією показано статистично незначущі коефіцієнти кореляції.

Рис. 9

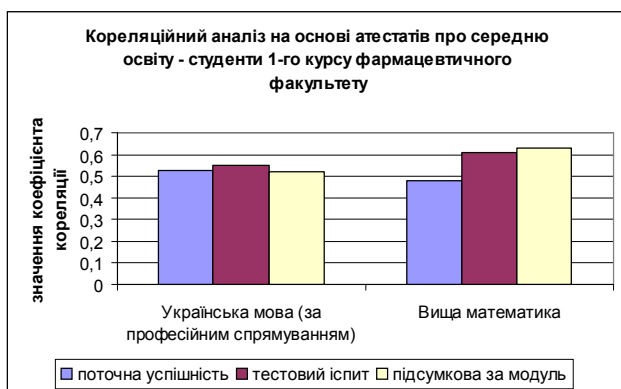


Рис. 10

Усі коефіцієнти кореляції (рис. 11) є значущими при рівні значущості $\alpha=0,05$. Усі зв'язки з атестатами про середню освіту – слабкі. Істотно менші значення мають коефіцієнти кореляції для “Історії України”, що, найімовірніше, пов'язано з недостатньою вмотивованістю студентів до опанування даною дисципліною.

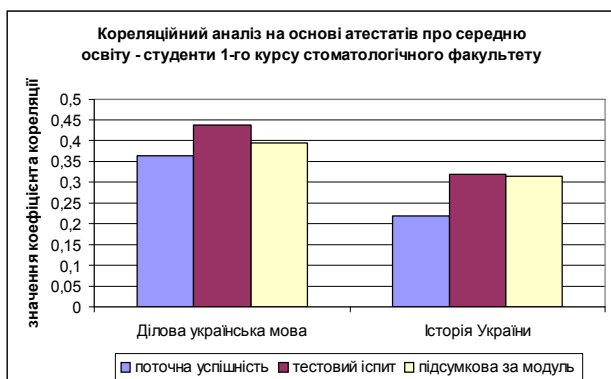


Рис. 11

3. Порівняльний аналіз залежностей із сертифікатами зовнішнього незалежного оцінювання та атестатами про середню освіту

На основі попередньо обчислених значень коефіцієнтів кореляції було проведено порівняльний аналіз залежностей поточної успішності студентів 1-го курсу від їх балів сертифікатів зовнішнього незалежного оцінювання та середніх балів атестатів про середню освіту (рис. 12-17). Як вибірки бралися усі студенти на факультетах. Отримані значення коефіцієнтів кореляції є статистично значущими ($\alpha=0,05$).

На першому етапі порівнювали коефіцієнти кореляції для поточної успішності студентів (рис. 12-14). У всіх випадках (за винятком другого модуля з медичної та біологічної фізики) є переважання коефіцієнта кореляції, обчисленого для сертифіката зовнішнього незалежного оцінювання, над середнім балом атестата. В деяких випадках таке переважання впливає навіть на силу зв'язку. Так, для першого модуля з медичної хімії для студентів 1-го курсу медичного факультету зв'язок для сертифіката сильний, а для атестата – середньої сили. Для вищої математики для студентів 1-го курсу фармацевтичного факультету зв'язок для сертифіката середньої сили, а для атестата – слабкий.

На другому етапі порівнювали коефіцієнти кореляції для семестрового тестового іспиту (рис. 15-17). У всіх випадках (за винятком першого модуля з медичної та біологічної фізики) є переважання коефіцієнта кореляції, обчисленого для сертифіката зовнішнього незалежного оцінювання, над середнім балом



Рис. 12



Рис. 13

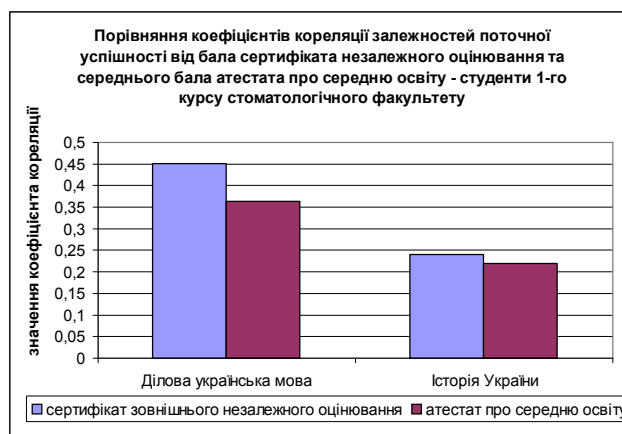


Рис. 14



Рис. 15

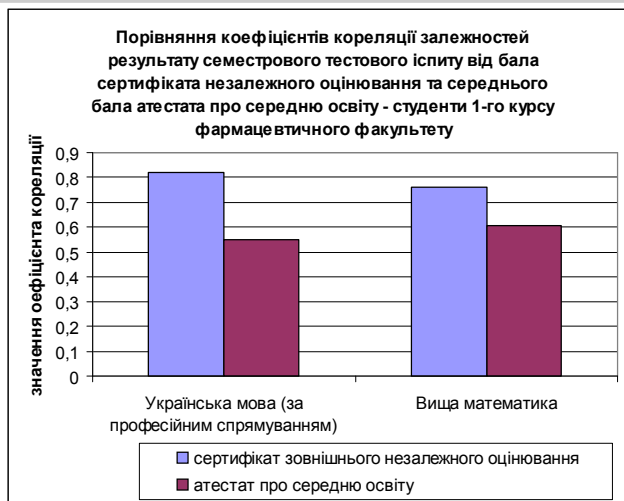


Рис. 16

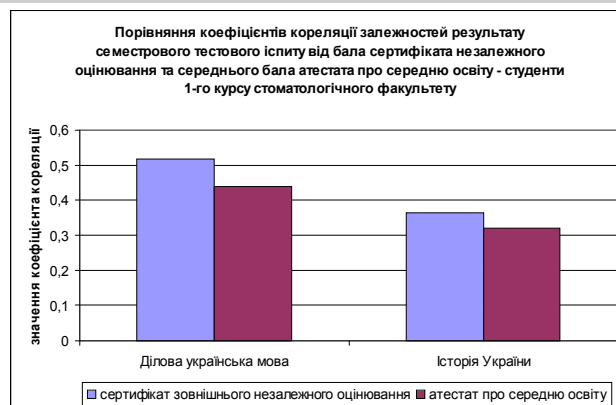


Рис. 17

атестата. Дуже часто таке переважання впливає на силу зв'язку. Так, для студентів 1-го курсу медичного факультету, як правило, зв'язки для сертифіката середньої сили, тоді як для атестата – слабкі. Для студентів 1-го курсу фармацевтичного факультету зв'язок для сертифіката сильний, а для атестата – середньої сили. Для студентів 1-го курсу стоматологічного факультету з української мови зв'язок для сертифіката середньої сили, а для атестата – слабкий.

Висновки: 1. У роботі здійснено кореляційний аналіз залежностей поточної успішності та результатів семестрового тестового іспиту студентів-медиків 1-го курсу від сертифікатів зовнішнього незалежного оцінювання та атестатів про середню освіту.

Література

1. Банчук М.В. Шляхи аналізу результатів оцінювання знань в медичній освіті // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Політологія. Соціологія. Філософія. – 2008. – Вип. 10. – С. 98-105.
2. Банчук М.В. Значення медичної освіти в забезпеченні національної безпеки України // Історико-політичні проблеми сучасного світу. – 2009. – Т. 19-20. – С. 155-158.
3. Банчук М.В. Моделі оцінювання підготовки спеціаліста-медика на різних рівнях, спрямовані на протидію зловживанням та корупції // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Політологія. Соціологія. Філософія. – 2009. – Вип. 11. – С. 149-156.
4. Банчук М.В. Політика комп'ютеризованого тестового іспиту в контексті демократизації медичної освіти. Європейський та український досвід // Медична інформатика та інженерія. – 2008. – № 1. – С. 30-39.
5. Банчук М.В. Інформаційна система представлення навчально-методичних матеріалів як інструмент якісної та

2. Для студентів медичного факультету, які навчаються за державним замовленням, встановлено суттєве переважання коефіцієнтів кореляції над студентами-контрактниками для залежності сертифікат зовнішнього незалежного оцінювання – результат семестрового тестового іспиту.

3. Порівнюючи силу зв'язків поточної та підсумкової успішності студентів із сертифікатами та атестатами про середню освіту, показано, що суттєво переважають зв'язки з балами сертифікатів зовнішнього незалежного оцінювання над атестатами про середню освіту. Особливо це відчутно для семестрового тестового іспиту, де зв'язки мають відмінну якісну силу.

прозорі медичної освіти. Міжнародний та український досвід // Медична інформатика та інженерія. – 2008. – № 2. – С. 58-64.

6. Банчук М.В. Система щоденного дистанційного тестового контролю знань як протидія зловживанням та корупції в медичній освіті // Медична інформатика та інженерія. – 2008. – № 3. – С. 17-26.

7. Банчук М.В. Інформатизація як механізм впровадження політики якісної та прозорої вищої медичної освіти в Україні // Медична інформатика та інженерія. – 2008. – № 4. – С. 4-8.

8. Банчук М.В. Формування єдиного медичного освітнього простору ВМ(Ф)НЗ України в контексті загальноєвропейської стратегії: інформаційний підхід // Медична інформатика та інженерія. – 2009. – № 1. – С. 4-7.

9. Марценюк В.П., Стаханська О.О. Системний аналіз результатів впровадження інноваційних технологій навчання з метою забезпечення якісної підготовки лікарів // Медична інформатика та інженерія. – 2009. – № 4. – С. 13-19.

ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА ДИТЯЧОГО ЛІКАРЯ: ВІД “НАВЧАННЯ НА ВСЕ ЖИТТЯ” ДО “НАВЧАННЯ ЧЕРЕЗ ВСЕ ЖИТТЯ”

О.П. Волосовець, І.Є. Булах

Міністерство охорони здоров'я України,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

PEDIATRIAN'S PROFESSIONAL PREPARATION: FROM EDUCATION ON ALL LIFE TO LIFELONG LEARNING EDUCATION

O.P. Volosovets, I.Ye. Bulakh

MPH of Ukraine, National Medical University by O.O. Bohomolets

У статті обґрунтовано необхідність змін у сучасній системі підготовки медичних працівників, адекватних змінам стану здоров'я населення та його вікової структури. Показані основні принципи підготовки дитячих лікарів на сьогоднішньому етапі. Висвітлено три основні етапи системи медичної освіти відповідно до стандартів Всесвітньої федерації медичної освіти. Акцентовано увагу на існуючих стандартах виміру якості освіти, оцінюванні рівня професійної компетентності фахівця та шляхах їх удосконалення. Підкреслено важливу роль практичної спрямованості сучасної післядипломної освіти, активного, проблемно-орієнтованого навчання, спрямованого на досягнення кінцевого результату, етики і деонтології в медицині. При викладанні теоретичних розділів акцент має робитися на питаннях доказової медицини в терапії дітей різного віку, залученні сучасних протоколів та стандартів лікування.

In the article is proved the necessity of changes in the modern system of medical personnel teaching, which are adequate to the changes of the state of health age structure of population. Basic principles of paediatricians teaching are demonstrated. Three basic stages of the system of medical education according the standards of the World federation of medical education are described. Attention is accented on the existent standards of measuring of quality of education, evaluation of level of professional competence of specialist and ways of their improvement. The important role of practical orientation of modern post-graduate education, of the active, problem-oriented teaching, which is oriented to maintaining the principles of ethics and deontology in medicine, is underlined. During the teaching of theoretical disciplines an accent must be done on the questions of evident medicine in therapy of children of different age, introduction of modern protocols and standards of treatment.

Вступ. Забезпечення якості професійної підготовки лікарів та провізорів на рівні міжнародних вимог, нові економічні умови, швидке впровадження в медицину та фармацію новітніх наукових та інформаційних технологій, демократичних принципів організації освітнього процесу потребують постійного вдосконалення системи первинної спеціалізації [2, 6, 8].

Згідно зі стандартами Всесвітньої федерації медичної освіти система медичної освіти має три послідовні етапи, які нерозривно поєднані між собою: базова медична освіта, післядипломна медична освіта, безперервний професійний розвиток. Різке збільшення обсягів медичної інформації, суттєве підвищення вимог до якості надання медичної допомоги, швидке зміння технологій діагностики та лікування хворих зумовлюють пошук новітніх ефективних форм організації післядипломної освіти. На суттєвих змінах у післядипломній освіті лікарів та

провізорів наголошує Концепція розвитку вищої медичної освіти, затверджена спільним наказом МОЗ та АМН України.

Основна частина. Динаміка змін у стані здоров'я населення та його вікова структура вимагають адекватних змін у сучасній системі підготовки медичних працівників. Основними принципами підготовки дитячих лікарів на сьогоднішньому етапі є:

- безперервність та ступеневість медичної освіти залежно від кваліфікації, що набувається;
- динамічний характер навчання, що забезпечується постійним коригуванням змісту освіти відповідно до досягнень світової і вітчизняної науки, практики організації медичної справи та потребами розвитку сфери охорони здоров'я країни;
- відкритість системи підготовки медичних спеціалістів, що передбачає створення міжкафедральних інноваційних навчальних програм, які реалізують

передові інформаційні технології навчання, сприяють запозиченню всього прогресивного у світовій і вітчизняній науці і практиці, індивідуалізації процесу навчання;

– поєднання теорії і практики, що забезпечується на всіх рівнях підготовки медичних та фармацевтичних спеціалістів шляхом впровадження відповідних моделей навчання;

– формування загальнолюдських цінностей, морально-етичної та правової культури.

Законом України “Про освіту” (1996) визначена головна мета післядипломної освіти – поглиблення професійних знань, умінь за спеціальністю, раніше здобутих у вищому навчальному закладі, збагачення досвіду практичної роботи за фахом тощо. Інтернатура є обов’язковою формою післядипломної підготовки випускників всіх факультетів медичних фармацевтичних вищих закладів освіти III-IV рівнів акредитації незалежно від підпорядкування та форми власності, після закінчення якої їм присвоюється кваліфікація лікаря (провізора) – спеціаліста певного фаху (наказ МОЗ України від 19.09.1996, № 291).

Інтернатура є першим кроком дитячих лікарів у становленні їх як фахівців. Усі заклади, де відбувається післядипломна підготовка, намагаються забезпечити таке програмно-цільове управління якістю підготовки спеціаліста, яке сприяє максимальному опануванню теоретичним матеріалом, оволодінню практичними навичками, здатності лікаря до самостійної роботи та подальшому безперервному професійному вдосконаленню [1–4].

В останні роки великого значення набула проблема виміру компетенції лікарів. У більшості розвинених країн світу здоров’я, безпеку і добробут населення від некваліфікованих дій некомпетентного фахівця захищає існуюча система ліцензування та сертифікації професійного рівня фахівців. Цей процес пов’язаний із розробкою та впровадженням галузевих стандартів і є етапом створення системи державного управління якістю освіти. Він передбачає визначення вимог до фахівця і обов’язкового змісту підготовки, застосування стандартизованого зовнішнього оцінювання рівня професійної компетентності фахівця.

З метою зовнішнього оцінювання знань студентів та лікарів-інтернів задля управління якістю медичної освіти МОЗ України вперше серед країн Східної Європи запровадило європейську систему незалежних від вищих навчальних закладів, ліцензійних інтегрованих іспитів “Крок – 1”, “Крок – 2”, “Крок – 3”. Тестові екзамени ліцензійного іспиту проводяться державними екзаменаційними (кваліфікаційними) комісіями у вищих закладах освіти та закладах після-

дипломної освіти, що готують фахівців напрямів підготовки “Медицина”, “Фармація”, за єдиними для країни закритими тестами, за єдиною методикою, з централізованою перевіркою результатів. Вони проводяться в один час в усіх ВНЗ країни, в тому числі у вузах МОН та недержавних. Їх результати оцінюються в Центрі тестування МОЗ України.

Існують сучасні вимоги до післядипломної медичної освіти: відповідність потребам галузі і суспільства щодо якості підготовки та кількості спеціалістів, ефективність, гармонія між традиційною освітою та інноваціями, конкурентоздатність на основі стандартів якості та, що вкрай важливо, – безперервність [6, 8]. У Всесвітній декларації про вищу освіту для XXI століття: підходи й практичні дії підкреслюється, що якість у сфері вищої освіти є багатомірною концепцією, яка повинна охоплювати всі її функції і види діяльності: навчальні й академічні програми, наукові дослідження і стипендії, укомплектування науково-педагогічними кадрами, матеріально-технічну базу, обладнання клінік, роботу на благо суспільства і академічне середовище.

Наявна нині традиційна система післядипломної освіти лікарів передбачає очно-заочне навчання на кафедрах вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти і стажування в базових установах охорони здоров’я за індивідуальними навчальними планами, розробленими на підставі типового навчального плану та програми інтернатури, потребує динамічних змін, які б відповідали сучасним педагогічним інноваціям та вимогам часу [5, 7, 9].

Вже сьогодні йде накопичення позитивного досвіду вищих навчальних медичних закладів та закладів післядипломної освіти щодо гармонізації української післядипломної освіти з освітніми системами світу, наприклад, запровадження бліц-освітнянських програм, лекцій за принципом “мозкового штурму”, майстер-класів, підготовка міждисциплінарних команд в поєднанні з керованим дистанційним навчанням тощо.

Практична спрямованість сучасної післядипломної освіти забезпечує орієнтацію її на реальне, практичне щоденне застосування здобутих знань та вмінь. Вкрай потрібна повсякденна робота інтерна біля ліжка хворого, обов’язкові чергування в стаціонарі. Це має відбуватися на сучасних клінічних базах, добре оснащених сучасною апаратурою, під безпосереднім постійним контролем з боку кваліфікованого керівника [10, 12].

Ефективність підготовки лікаря-інтерна багато в чому залежить від кваліфікації викладацького складу, від сумлінності та кваліфікації відповідального керів-

ника заочного циклу, від наявності навчально-методичного матеріалу, кадрового та технічного забезпечення навчального процесу тощо. Аристотелю належить вислів: “Лікарями стають не за посібниками ...”

Слід підкреслити важливість активного, проблемно-орієнтованого навчання, воно має бути орієнтованим на досягнення кінцевого результату. При викладанні теоретичних розділів особлива увага має приділятися питанням алгоритмізації діагностики та диференційної діагностики, лікування та профілактики поширених захворювань дитячого віку. Акцент має робитися на питаннях доказової медицини в терапії дітей різного віку, залученні сучасних протоколів та стандартів лікування.

Лекції для лікарів (об’єм лекційних занять у межах 5 % від загальної кількості годин на циклі) мають читатися як проблемні, гарно ілюстровані, з використанням мультимедійної системи демонстрації презентацій, відеофільмів, можуть використовуватися як лекції-візуалізації або прес-конференції. В Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця накопичений позитивний досвід читання міжкафедральних лекцій для лікарів-інтернів зі спеціальності “Педіатрія”. У майбутньому доцільно розвивати також дистанційні лекції провідних фахівців на базі високих комп’ютерних технологій [11]. Підвищується значення наявності якісних web-сторінок кафедр з опублікованими спрямованими матеріалами для лікарів-інтернів, переліком рекомендованих джерел інформації з тієї або іншої проблеми.

Не можна забувати про питання етики та деонтології, біоетики, лікар має вчитися спілкування з хворою дитиною, її батьками, з середнім медичним персоналом, з лікарями-колегами. Без набуття таких суто людських моральних якостей, як чуйність, доброта, милосердя, чесність, комунікабельність, не може відбуватися становлення медика. Саме ці моральні засади систематизовані в Етичному кодексі лікаря України з урахуванням положень Міжнародного кодексу медичної етики та інших системоутворюючих документів лікарської світової спільноти, який був прийнятий у минулому році [14].

Отже, основними завданнями післядипломної освіти є підвищення рівня практичної підготовки та професійної готовності фахівців до самостійної роботи та поглиблення професійних знань та умінь, збагачення досвіду практичної роботи за фахом протягом усього професійного життя.

Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів – це період їх постійного навчання, підготовки, підвищення кваліфікації і самовдосконалення, що

починається після отримання вищої медичної освіти та підготовки в інтернатурі (резидентурі) і триває впродовж всього професійного життя спеціаліста (lifelong learning – навчання через все життя).

Міністерство охорони здоров’я України наказом №484 від 07.07.2009 “Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах”, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 27.07.2009 за № 693/16709, законодавчо вже запровадило у галузі Систему безперервного професійного розвитку лікарів.

У рамках введення системи безперервного професійного розвитку лікарів та провізорів та з метою удосконалення системи їх атестації запроваджено шкалу набору лікарями балів з усіх видів професійної діяльності у міжатестаційний період з метою допуску до складання іспиту за передатестаційний цикл для присвоєння або підтвердження певної кваліфікаційної категорії. Основа запровадженої системи – це набір кожним лікарем протягом міжатестаційного періоду певної кількості балів (вища категорія – 80 балів, перша категорія – 70 балів, друга категорія – 60 балів), що є підставою для допуску лікаря до іспиту на складання певної лікарської категорії після проходження передатестаційного циклу.

До форм безперервного професійного розвитку лікарів належать: проходження лікарем курсів тематичного удосконалення та передатестаційних циклів; навчання в клінічній ординатурі, магістратурі, аспірантурі, докторантурі; читання лекцій для медичного персоналу та населення, санітарно-просвітницька робота; стажування в провідних клініках як в межах України, так й інших країнах; розробка нових методів діагностики та лікування; розробка винаходів та раціоналізаторських пропозицій; керівництво групами лікарів-інтернів; написання статей, монографій, підручників; участь та виступи на з’їздах, конгресах, семінарах, конференціях; педагогічна та науково-педагогічна робота лікарів; робота головним позаштатним спеціалістом управління охорони здоров’я, МОЗ України тощо.

Контроль за безперервним професійним розвитком фахівців та їх атестація буде проводитись управліннями охорони здоров’я спільно з вищими медичними навчальними закладами та закладами післядипломної освіти МОЗ України і професійними лікарськими асоціаціями.

Висновки: 1. Сучасна післядипломна освіта повинна забезпечити практичну спрямованість підготовки фахівців, із реальним застосуванням знань та практичних вмінь в умовах сучасних клінічних баз (університетських клінік) з адекватним матеріально-технічним оснащенням.

2. Необхідно посилити вимоги до професійних та ділових характеристик викладацького складу вищих навчальних медичних закладів і керівників заочного циклу навчання, навчально-методичного та матеріально-технічного забезпечення підготовки спеціалістів з фаху “Педіатрія”.

Література

1. Сучасний розвиток вищої медичної та фармацевтичної освіти й проблемні питання забезпечення якісної підготовки лікарів і провізорів / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Фещенко та ін. // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 5-13.

2. Безперервний професійний розвиток лікарів і провізорів та якість підготовки фахівців у сфері здоров'я / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Фещенко та ін. // Матеріали науково-методичної конференції “Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів та провізорів”. – К.: НМАПО, 2007. – С. 3-9.

3. Система забезпечення якості підготовки медичних кадрів в Україні / І.Є. Булах, О.П. Волосовець, В.М. Казаков та ін. – К.: Книга Плюс, 2007. – 40 с.

4. Медична освіта у світі та в Україні / І.Є. Булах, О.П. Волосовець, В.Ф. Москаленко та ін. – К.: Книга плюс, 2005. – 384 с.

5. Система управління якістю медичної освіти в Україні / І.Є. Булах, Ю.В. Вороненко, О.П. Волосовець та ін. – Дніпропетровськ: Арт-Прес, 2003. – 211 с.

6. Волосовець О.П., Кривопустов С.П. Удосконалення післядипломної підготовки лікарів-педіатрів: спільне завдання вищих медичних навчальних закладів та охорони здоров'я України // Управління закладом охорони здоров'я. – 2007. – № 5. – С. 97-103.

7. Нові державні стандарти вищої медичної освіти у підготовці лікаря-педіатра / О.П. Волосовець, В.Г. Майданник,

3. Для забезпечення безперервного професійного розвитку дитячих лікарів з урахуванням потреб кожного з учасників навчального процесу можливе використання різних організаційних форм із застосуванням сучасних інформаційних та комунікаційних технологій, що, безумовно, поліпшить якість їх післядипломної підготовки.

С.О. Крамарев та ін. // Матеріали науково-методичної конференції “Актуальні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичному навчальних закладах України”. – Чернівці, 2002. – С. 199-200.

8. Волосовець О.П., Хоменко В.Є. Шляхи вдосконалення професійної підготовки лікарів-інтернів з фаху “Педіатрія” // Проблеми медичної науки та освіти. – 2005. – № 2. – С. 5-7.

9. Вороненко Ю.В., Бойченко Т.Є. Стратегії та методи навчання в післядипломній медичній освіті. – К.: Вересень, 2004. – 160 с.

10. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я. Український контекст. – К.: Книга плюс, 2008. – С. 63.

11. Москаленко В.Ф., Яворовський О.П., Свінцицький А.С. Перший досвід впровадження концепції реформування системи післядипломної освіти лікарів у Національному медичному університеті // Медична освіта. – 2006. – № 4. – С. 5-10.

12. Система професійної безперервної підготовки фахівців для охорони здоров'я України / В.Ф. Москаленко, М.В. Банчук, Т.Д. Бахтеєва та ін. – К.: Книга плюс, 2009. – 64 с.

13. Передерій В.Г. Стратегія євроінтеграційного реформування вищої медичної та фармацевтичної освіти України // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 9-11.

14. Етичний кодекс лікаря України // Новини медицини та фармації. – 2009. – № 11.

УДК 61(0075.8):378,1:378(477)

ОСОБЛИВОСТІ ТА СТАН ПІДГОТОВКИ ДО ВИДАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ДЛЯ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ

І.С. Вітенко

Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України

PECULIARITIES AND STATE OF PREPARATION FOR PUBLICATION OF EDUCATIONAL LITERATURE FOR HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF UKRAINE

I.S. Vitenko

Central Methodical Cabinet for Higher Medical Education of MPH of Ukraine

У статті висвітлюється питання підготовки до видання підручників та посібників для вищих медичних навчальних закладів України. Відображено проблеми, що виникли при призначенні грифа ЦМК МОЗ України.

The article shows the problem of preparing for edition books, manuals for higher medical educational institutions of Ukraine. The problem which arises in procedure of receiving permission of Central Methodological Office of Ministry of Health of Ukraine is described.

Вступ. Надзвичайно актуальною на даний час залишається проблема підготовки навчально-методичної літератури для студентів вищих медичних навчальних закладів України. Особливо це виражено в останні роки економічної кризи. Незважаючи на це, Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України разом з Управлінням освіти та науки МОЗ України робить все можливе, щоб забезпечити студентів навчальною книгою [1, 2].

При цьому організація роботи Центрального методичного кабінету з вищої медичної освіти МОЗ України ґрунтується на положеннях і нормах законів України “Про освіту”, “Про вищу освіту”, “Про видавничу справу”, “Про наукову і науково-технічну експертизу”, “Про авторське право і суміжні права”; відповідних постановках Кабінету Міністрів України та інших регламентуючих видавничу діяльність документах.

Виходячи з вимог нормативних документів Міністерства освіти і науки України та Міністерства охорони здоров’я України, видана навчальна література пройшла фахову експертизу, розглянута науково-методичною Комісією з медицини МОН України, де прийняте відповідне рішення про доцільність видання навчальних книг і присвоєння їм відповідного грифа.

Основна частина. Положення про порядок підготовки і видання навчальної та навчально-методичної літератури для вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів I-IV рівнів акредитації, затверджене заступником міністра охорони здоров’я у грудні 2000 р. та схвалене Комісією з медицини науково-методичної ради Міністерства освіти та науки України, визначало систему організаційної та науково-методичної роботи МОЗ України щодо підготовки, експертизи нових підручників, навчальних та навчально-методичних посібників і надання їм відповідного грифа.

Положенням визначались структура, обсяг, підготовка до видання та експертиза навчальної книги, порядок надання грифа навчальній книзі. Відповідно до нього автори надсилали рукописи до Центрального методичного кабінету з вищої медичної освіти МОЗ України, які потім направлялися на рецензування фахівцям, як правило, на опорні кафедри. Висновки провідних фахівців виносилися на розгляд Комісії з медицини.

У 2007 р. було розроблене нове Положення про порядок підготовки навчальної та навчально-методичної літератури для вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів I-IV рівнів акредитації, яке було затверджено спільним наказом МОЗ і МОН

України від 16.02.2007 №73/131 та зареєстровано в Міністерстві юстиції України 6.06.2007 за № 589/13856.

Видані підручники та навчальні посібники з грифом Міністерства охорони здоров'я України та Центрального методичного кабінету з вищої медичної освіти МОЗ України відповідно до вимог, викладених у Постанові Кабінету Міністрів України від 31 грудня 2004 № 1791 про Порядок присвоєння вчених звань професора і доцента, враховувались Міністерством освіти і науки України до 2009 р. при присвоєнні вчених звань професора та доцента особам, які працювали у вищих медичних навчальних закладах III-IV рівнів акредитації та закладах післядипломної освіти.

Таким чином, у авторів навчальних книг для вищих медичних навчальних закладів України не виникало проблем при отриманні грифа і поданні необхідних матеріалів до Міністерства освіти і науки України для отримання звання доцента чи професора.

Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2008 р. № 1149 “Про затвердження Порядку присвоєння вчених звань професора і доцента” суттєво змінила вимоги до присвоєння вченого звання професора і доцента.

Відповідно до пп. 9, 10, 11 та 13 однією з вимог до присвоєння вченого звання професора і доцента є наявність друкованих праць, в тому числі підручників (навчальних посібників) з грифом МОН України, незважаючи на те, що Міністерство охорони здоров'я України відповідно до положення про Міністерство охорони здоров'я України є центральним органом виконавчої влади, який визначає вимоги до професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації.

Починаючи з 2009 р., автори подають свої рукописи до Міністерства освіти і науки України, де вони проходили додаткове рецензування. Книжки надсилались до навчальних закладів, де, як правило, не було провідних фахівців в тій чи іншій сфері, це було надто довго. Рецензування затягувалося в часі, іноді на 2-3 місяці, деякі рукописи були загублені, пошук деяких з них продовжується і на даний час.

Питання ж надання грифа тепер вирішує, як і раніше, науково-методична Комісія з медицини Міністерства освіти і науки України, яка ухвалює рішення про надання відповідного грифа. На підставі ухваленого Комісією рішення готується дозвіл МОН України. Склад Комісії з медицини постійно оновлюється, у 2010 р. Міністерство освіти і науки України наказом від 26.02.2010 р. № 150 затвердило голів і заступників голів НМК. На даний час МОН України готує

наказ про склад комісій, у тому числі з медицини та фармації.

Міністерство охорони здоров'я України своїми листами неодноразово зверталось до міністра освіти і науки України з проханням враховувати при присвоєнні вчених звань професора і доцента науково-педагогічним кадрам вищих медичних навчальних закладів, закладів післядипломної освіти та науково-дослідних установ медичного та фармацевтичного напрямів перелік навчальних видань (підручників, посібників), на які було надано грифи-дозволи МОЗ України, як це було традиційно протягом останніх десятиріч існування медичної освіти і науки в Україні. Комітет Верховної Ради України з питань науки і освіти на своєму засіданні (21 жовтня 2009 р., протокол № 32) ухвалив своїм рішенням Рекомендації круглого столу “Законодавче та нормативно-правове забезпечення розвитку медичної та фармацевтичної освіти”, де згідно з п.4.6. Міністерство освіти і науки України має “забезпечити реалізацію повноважень Міністерства охорони здоров'я України щодо надання грифів на видання навчально-методичної спеціальної літератури та їх врахування при присвоєнні вчених звань доцента і професора”.

На останнє звернення міністра охорони здоров'я України З.М. Митника з вказаного питання Міністерство освіти і науки України відреагувало і повідомило нас, що готує пропозиції щодо внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2008 р. № 1149 “Про затвердження Порядку присвоєння вчених звань професора і доцента”. Залишилось лише їх дочекатись.

Аналіз, проведений фахівцями Кабінету, свідчить про те, що впродовж 2009 р. вищі медичні навчальні заклади, незважаючи на економічну скруту, видавали значну кількість навчальної літератури. Про це свідчать показники виданих підручників, навчальних і навчально-методичних посібників на паперових носіях у 2009 р., які наведені у таблиці 1.

Необхідно відмітити, що за останній рік значно збільшилась кількість рукописів навчальних книг, які подаються ВМ(Ф)НЗ до Міністерства освіти і науки України для отримання відповідних грифів, але ми неодноразово звертали увагу авторів і авторських колективів на поліпшення якості підготовленої ними навчальної літератури, а також рецензування рукописів, відповідність сучасної навчально-методичної літератури як за змістом, так і за формою подачі матеріалу сучасним міжнародним стандартам.

Слід зазначити, що автори при представленні на розгляд рукописів і супровідних до них матеріалів не дотримуються зазначених у нормативних докумен-

Таблиця 1. Видавнича діяльність вищих медичних навчальних закладів України у 2009 р.

№ з/п	Назва навчального закладу	В и д а н о	
		підручників	навчальних і навчально-методичних посібників
1	Національний мед. ун-т імені О.О. Богомольця	36	62
2	Львівський національний мед. ун-т імені Данила Галицького	18	48
3	Тернопільський мед. ун-т	14	20
4	Донецький нац. мед. ун-т	9	92
5	Харківський нац. мед. ун-т	9	37
6	Дніпропетровська мед. академія	8	12
7	Кримський мед. ун-т	7	45
8	Укр. мед. стомат. академія	6	49
9	Буковинський мед. ун-т	5	37
10	Вінницький нац. мед. ун-т	5	51
11	Івано-Франківський нац. мед. ун-т	5	23
12	Запорізький мед. ун-т	3	115
13	Луганський мед. ун-т	–	25
14	Одеський мед. ун-т	–	13

тах вимог (обсяги навчальних книг не відповідають кількості виділених навчальним планом годин та ін.). Є ще поодинокі прецеденти щодо доцільності використання у навчальному процесі виданих навчальних книг, оскільки після їх виходу у світ висловлюють негативні думки вчені у пресі, офіційних листах. Тому відповідальними за зміст навчальних книг є і рецензенти, яким слід уважно проводити рецензування навчальних книг.

Література

1. Вітенко І.С., Мельник І.В., Штанько С.В. Якісна підготовка навчальної літератури для студентів медичних та фармацевтичних навчальних закладів – одна з найважливіших складових реалізації вимог Болонського процесу // Матеріали навчально-наукової конференції “Інтеграції української медичної освіти в Європейський та Американський медичний простір” (15-16 травня 2006 р., Тернопіль). – Тер-

Висновок. Кваліфікована підготовка рукописів і об’єктивне рецензування навчальних книг має бути одним із найважливіших аспектів роботи професорсько-викладацького складу навчальних закладів. Готуючи навчальну книгу, автори мають враховувати, що інформація, яка подається, має містити сучасні наукові дані з того чи іншого розділу медичної науки і водночас бути необтяжливою для сприйняття студентами.

нопіль, 2006. – С. 6-11.

2. Вітенко І.С. Стан та проблеми забезпечення студентів медиків сучасною навчальною книгою // Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції “Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір” (21-22 травня 2009 р., Тернопіль). – Тернопіль, 2009. – С. 16-24.

УДК 378:371.27(477.84)

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ СЕМЕСТРОВОГО КОМПЛЕКСНОГО ТЕСТОВОГО ІСПИТУ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

Л.Я. Ковальчук

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ON EXPERIENCE OF IMPLEMENTATION OF SEMESTER COMPLEX TEST EXAM IN I.YA.HORBACHEVSKY TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY

L.Ya. Kovalchuk

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Проаналізовано методику проведення тестового іспиту в Україні на основі європейського досвіду. Досліджуються процеси створення тестових питань, формування варіантів буклетів, розшифрування та оцінювання відповідей студентів. Розглянуто технічне оснащення внутрішньовузівського центру тестування, його документацію.

There is analysed methodology of implementation of the test exam based on both European and Ukrainian experience. There are investigated processes of test questions development, encoding and estimation. There is considered technical equipment of the university test center, its documentation.

Вступ. Розвиток медичної освіти в Україні, завдання, які ставить МОЗ України перед вищими навчальними медичними закладами, вимагають нового підходу до організації навчального процесу при підготовці лікарів та провізорів. Вирішення проблем, пов'язаних з переходом на міжнародні стандарти надання медичної допомоги, потребує не тільки нових підходів у методиці викладання предметів, але й структурної перебудови організації навчального процесу. При цьому на кафедрах та у структурних підрозділах повинні бути забезпечені умови для впровадження нових методик викладання, освоєння практичних навичок та самостійної роботи студентів. Важливими є питання адаптації та максимального наближення критеріїв оцінки знань студентів до аналогічних в медичних університетах Європи та США. Процедура та методика оцінювання суттєво впливають на остаточні результати, можливість аналізу та статистичну достовірність оцінок. Тому при оцінюванні необхідно віддавати перевагу стандартизованим методам, в першу чергу тестуванню.

Впровадження тестових іспитів у навчальний процес ВМ(Ф)НЗ України сприяє процесам реформування вищої медичної освіти [1–4], її демократизації, виконанню заходів МОЗ України щодо боротьби з проблемами зловживань та корупції.

На підставі листа МОЗ України № 139 від 01.06.2006 р. в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського (ТДМУ) було запроваджено в якості педагогічного експерименту проведення тестування під час семестрових комплексних іспитів та щоденного контролю знань. При впровадженні тестових технологій в ТДМУ спиралися на досвід Віденського медичного університету (Австрія) [5] та Університету Південної Кароліни Апстейт (США) [6], де викладачі університету попередньо пройшли стажування.

Мета статті – проаналізувати досвід проведення тестового іспиту, звернувши увагу на його роль для забезпечення прозорості та якості медичної освіти.

Основна частина. Європейський досвід проведення тестових іспитів. Студенти Віденського медичного університету (ВМУ) навчаються 6 років. Кожного року вони вивчають 6 блоків. Тестовий іспит – комплексний, включає питання з кожного блоку.

Мінімальна кількість тестових запитань на іспиті – 150. На кожен блок припадає від 20 до 60 завдань. Їх кількість визначається координатором блоку залежно від кількості академічних годин. Під час підготовки до іспиту студенти мають можливість переглянути спеціальні ознайомчі буклети із зразками тестових завдань.

Заздалегідь для кожного тестового іспиту складають план підготовки тестових завдань з предметів по блоках. Такий план включає: назви тем; прізвища викладачів, які викладають дані теми, та місце їх роботи; кількості академічних годин (по темах); їх відсоток від загальної кількості академічних годин у блоці; кількість тестових завдань, що включається з даної теми в тестовий іспит (це число корелює з кількістю академічних годин); кількість питань, які потрібно підготувати, в розрахунку 2 питання на 1 академічну годину (це – мета); облік вже підготовлених питань по викладачах; кількість питань, підготовлених викладачами, які використовувалися раніше; кількість питань, підготовлених раніше викладачами, які були відхилені; кількість питань, підготовлених раніше викладачами, які були схвалені, але ще не використовувалися; кількість тестових питань, які потрібні для 4-х перескладань; кількість нових питань, які слід мати, щоб нових питань було 70 %; скільки реально ще потрібно підготувати нових завдань.

Складають тести, як правило, молоді викладачі і подають їх електронною поштою у вигляді документів Word спеціального формату. Складання тестів входить у функціональні обов'язки викладача.

Відбір тестових завдань до іспиту здійснює комісія, яка включає координаторів блоків, представників центру тестування – всього в складі 8-10 осіб.

Банк тестових завдань у Відні сьогодні нараховує 30 тис. запитань. На іспитах реально використовується 5 тисяч завдань. До проведення іспиту тестові завдання є закритими. Після проведення іспиту їх публікують в Інтернет на сайті. Для порівняння у базі тестових запитань ТДМУ станом на 31.12.2009 р. є понад 500 тисяч тестових запитань.

На іспитах у Відні, як правило, використовують два варіанти, які відрізняються між собою лише порядком слідування завдань. Такий досвід є позитивним, оскільки вимагає менше підготовчої роботи по формуванню варіантів (їх в ТДМУ готується від 9 до 12). Але його використання вимагає значно вищої відповідальності і принциповості викладачів, що готують іспити.

Буклети тестових завдань друкуються за межами університету в Прінт-шопі.

При створенні тестових завдань у ВМУ намагаються створювати тести, що орієнтовані не на відтворення інформації з підручника (фактів, означень, класифікацій), а на виявлення мислення студента (тобто застосування цих відомих положень до ситуаційних задач).

Листки-бланки із відповідями студентів не шифруються. На листку-бланку для кожного студента вказуються – номер студента на іспиті (він же збігається з номером в аудиторії та номером буклета, цей номер доводять працівники центру тестування до студента за 3 тижні до іспиту, посилаючи його на персональну сторінку студента), ІД-номер студента, його прізвище та ім'я. Ці дані вдруковуються принтером заздалегідь. Студент ставить свій підпис і заповнює листок олівцем.

Студенти розміщуються в аудиторії через одного відповідно до визначених для них номерів. Студентам попередньо розкладають буклети і листки-бланки. На кожне запитання наводиться 5 відповідей, з яких студентові потрібно вибрати одну правильну.

Клітинку правильної відповіді студент замальовує власним олівцем марки М2. Олівець використовується для того, щоб студент зміг змінити при потребі відповідь за допомогою витирання гумкою. Спосіб заповнення листків-бланків олівцем і гумкою ґрунтується на край високій довірі, відповідальності та свідомості як студентів, так і працівників центру тестування, що в Україні на даний час досягти дуже складно. Тому в ТДМУ використовуються ручки для заповнення бланків.



Рис. 1. Під час 4-го перескладання іспиту SIP1 у ВМУ.

Під час іспиту в аудиторії присутні 7 працівників-викладачів, що контролюють порядок (недопущення контакту студентів). Відповідальний за аудиторію перед початком проводить інструктаж та записує на дошці час початку та закінчення іспиту. Також вказується час, коли слід почати заповнення листків-бланків.

На одне тестове питання виділяються 60 секунд. Хоча для клінічних (тобто складніших) питань можуть відводити до 90 секунд. Перерви не передба-

чаються. При потребі студент може вийти під контролем представника центру тестування.

Перед початком оцінювання робіт студентів через сканер пропускають один бланк з усіма правильними відповідями (при цьому число правильних відповідей – максимальне), один бланк з усіма неправильними відповідями (при цьому оцінка – 0).

Кількість правильних відповідей для зарахування тестового іспиту повинна становити не менше 60 %. При цьому значення такого відсотка визначається експертами.

Під час проведення сканування робіт спеціалістами центру тестування формується протокол “неточних відповідей”, які доводилося звіряти в ручному режимі.

Кожне тестове запитання оцінюється в один бал (1 – правильна відповідь, 0 – неправильна відповідь, відсутність відповіді, дві і більше відповідей).

При скануванні і оцінюванні робіт присутній студент із студентської ради.

Результати іспиту зберігаються у комп’ютерній базі даних.

Результати іспитів доводяться до студентів через 3-4 тижні. Зауважимо, що в ТДМУ інформацію студенти отримують у день іспиту відразу після його завершення (вона також надсилається на електронні адреси). У Відні результати пересилаються студентам на їх персональні сторінки (на них можна потрапити за своїми логінами) у вигляді pdf-файлів, в яких перераховані усі питання, і вказуються вибрані студентом відповіді. У цьому ж файлі наведена таблиця, де показано по блоках – кількість питань у блоці, середнє число питань, на які студенти відповідають, та відсоток таких студентів; власний результат студента та відсоток студентів з таким же результатом.

Допускається одне складання іспиту та чотири рази перескладати його (рис. 1). Причому останнє перескладання відбувається з дозволу Президента Австрії. Термін між перескладаннями 2-3 місяці (квітень, червень, серпень і т. д.). Під час періодів перескладання студентів дозволяється бути присутнім на лекціях (оскільки там не проводиться облік), але забороняється відвідувати практичні заняття.

Поновлення студентів може здійснюватися протягом кількох років (наприклад, через 2, але не через 10).

Після проведення іспиту здійснюють статистичний аналіз тестових завдань, які були туди включені. Для цього усіх студентів ранжують відповідно до загального результату іспиту. На основі отриманого ранжування усіх студентів поділяють на 3 та 5 груп

(3 – для побудови таблиць, 5 – для побудови гістограм).

У таблиці, що будується для кожного питання, вказуються такі дані – загальний відсоток студентів, які відповіли на дане тестове завдання, загальний відсоток студентів, які не відповіли на дане завдання; різниця між відсотком, які відповіли і які не відповіли; відсоток студентів, які не вказали жодного варіанта відповіді; відсоток студентів першої третини, які відповіли на дане тестове завдання, відсоток студентів першої третини, які не відповіли на дане завдання; різниця між відсотками першої третини, які відповіли і які не відповіли; відсоток студентів першої третини, які не вказали жодної відповіді. І такі ж дані для третини слабших студентів. Гістограма успішності відповідей на запитання будується на основі результатів студентів, проранжованих у 5 груп. Форма гістограми вказує на валідність завдання. Для валідних тестових завдань спостерігається монотонне спадання гістограми від групи найуспішніших студентів до найслабших. Для невалідних тестових завдань гістограма коливається біля деякої горизонтальної лінії.

Крім статистичного аналізу валідності тестів, збирається інформація від студентів під час іспиту щодо коректності самих тестів (змістовність малюнків і т. д.). Таку інформацію збирає відповідальний за аудиторію від студентів і записує у спеціальний протокол.

Щорічно тестові завдання включають 70 % нових і 30 % старих.

До проведення тестового іспиту тестові завдання – невідомі для студентів. Після проведення іспиту тестові завдання публікуються в Інтернет. Публікувати тестові завдання – вимога законодавства.

Тестові питання через рік після проведення іспиту так чи інакше стають відомі студентам (наприклад, їх запам’ятовують студенти-попередники). І деякі студенти починають вивчати тестові питання напам’ять.

Організовує роботу щодо складання тестів центр тестування, створений 2004 року. В його складі 7 осіб – 1 лікар, 1 біолог, 4 психологи і 1 філософ. При потребі використовують 3-х програмістів з центру інформаційних технологій (він налічує 50-60 осіб) та фахівців з приватних фірм. Центр тестування підпорядкований безпосередньо проректору з навчальної роботи. В обов’язки працівників центру входить:

- моніторинг бази (виконання технічних вимог до тестових завдань – 5 варіантів відповідей, 1 рівна відповідь і ін.);

- рекрутинг (розподіл обов’язків між викладачами по формуванню завдань, своєчасність подачі завдань і ін.);

– проведення підготовчих робіт до іспиту (формування списків кандидатів на іспит, друкування буклетів, формування пакетів документів, які включають буклети, листки-бланки, інструкцію для відповідального за аудиторію і ін.);

– загальне керівництво проведенням іспиту (загалом задіюється 20-30 осіб);

– оцінювання робіт шляхом сканування, статистична обробка і доведення результатів до студентів.

Для проведення тестування (формування бази питань, друкування буклетів, сканування та оцінювання робіт) використовується комп’ютерна програма, розроблена спеціально для університету Британською фірмою Speedwall. Для сканування листків-бланків використовується сканер АХІОМЕ, що є спеціалізованим сканером для сканування різноманітних бланків.

При виявленні на листку-бланку сканером нечіткої позначки сканування призупиняється й інструктор вносить в комп’ютерну програму поправку вручну, про що робить відповідний запис в протоколі.

Організація проведення семестрового комплексного тестового іспиту. При розробці і впровадженні семестрового тестового іспиту в ТДМУ ми виходили з того, що дана інноваційна методика повинна значно спростити та об’єктивізувати проведення контролю знань в умовах кредитно-модульної системи організації навчального процесу (КМСОНП).

КМСОНП передбачає оцінювання студента з кожного модуля навчальної дисципліни. Студент медичного факультету протягом семестру вивчає 10-19 модулів. Тому доцільним стало проведення єдиного комплексного семестрового тестового іспиту, який би дозволив оцінити знання по кожному із модулів. При цьому згідно з вимогами КМСОНП при виставленні загальних оцінок за модуль повинні враховуватися як середня поточна успішність (60 %), так і оцінка під час тестового іспиту (40 %). Тобто для кожного студента в цілому за семестр з 10-19 модулів матимемо справу з 30-57 різними оцінками. Така кількість інформації вимагає інтеграції інформаційної системи семестрового тестового іспиту з даними системи обліку студентів “Контингент”.

Семестрове тестування в ТДМУ здійснюється подібно до досвіду Віденського медичного університету – відповіді відмічаються на паперовому носії, виданому друкарським способом, який потім сканується. Розшифрування відповіді здійснюється за допомогою спеціальної комп’ютерної програми.

Вимоги до тестових завдань такі ж, як до тестів, що застосовуються для складання ліцензійних іспитів “Крок”:

– тести повинні бути валідними, тобто відповідати рівню середнього студента;

– на одне запитання наводиться п’ять відповідей, з яких потрібно вибрати одну правильну;

– питання повинні бути коректними, щоб не допустити неправильного їх трактування;

– відповіді повинні бути конкретними.

Семестровий тестовий іспит здійснюється після закінчення семестру.

На останньому занятті модуля студенти не складають підсумкового модульного контролю. Питання підсумкових модульних контролів з різних дисциплін включаються у вигляді тестів у комплект питань комплексного іспиту. В іспит не включаються питання модулів, які до кінця семестру не завершилися, – вони переносяться на наступний семестр. З кожної дисципліни у семестровий іспит включаються тести, кількість яких повинна бути кратною 12 і пропорційною до кількості годин, що відводяться на дисципліну. У кожен варіант для семестрового контролю повинно вноситися не менше 24 тестів з кожного модуля, які вивчалися у семестрі.

Оцінка виставляється окремо за кожен модуль, який включений у комплексний тестовий іспит. Усі тестові завдання оцінюються рівномірно. Комплексний іспит вважається складеним, якщо студент склав кожен модуль. У випадку, якщо студент не склав якийсь модуль, іспит не зараховується і студент зобов’язаний перескласти цей (або ці, якщо не складено кілька модулів) модуль у навчально-науковому відділі (ННВ) незалежного тестування знань студентів.

Перескладати модулі семестрового контролю при незадовільній оцінці дозволяється лише два рази: перший раз – з дозволу деканату тестовим методом, другий раз – також з дозволу деканату у формі співбесіди студента з комісією.

Іспит проводиться на базі ННВ незалежного тестування знань студентів. Загальна кількість тестів становить 250-350 на 1 студента (на 1 варіант) залежно від кількості дисциплін, що виносяться на іспит. Варіанти, які виносять на день іспиту, формуються центром тестування за допомогою комп’ютерної програми ввечері напередодні іспиту. Бази тестових завдань для проведення іспиту кафедри щороку подають (через доступ online) в центр тестування не пізніше як за 2 тижні до початку іспиту. База тестових завдань оновлюється щороку на 25 %.

Тести для контролю семестрового рівня знань заборонено використовувати для контролю поточного рівня знань.

Кінцева оцінка за модуль включає 60 % з рейтингової оцінки за поточну успішність та 40 % з тестової оцінки за модульний контроль.

Рейтингова оцінка поточної успішності визначається як середнє арифметичне усіх поточних балів у модулі (сума балів поточної успішності ділиться на кількість занять).

Таким чином, кінцеву оцінку за модуль можна розрахувати за такою формулою:

$$A = 0,6 \times П + 0,4 \times Т,$$

де А – кінцева оцінка за модуль, П – середня оцінка поточної успішності, Т – оцінка, отримана за семестровий тестовий іспит з даного модуля.

Кінцева оцінка за дисципліну виставляється як середнє арифметичне оцінок за модулі.

Зупинимось на процедурі проведення тестового іспиту в ТДМУ.

До початку проведення формується база даних питань, які виносяться на іспит, що містить більше 500 тис. запитань з 5 варіантами відповідей, що становило приблизно 1000 питань з 1 модуля. Напередодні дня іспиту формуються варіанти буклетів із завданнями з розрахунку 1 варіант на 15 студентів, які включають 24 питання на один модуль.

Загалом було сформовано та використано більше 1350 варіантів буклетів тестових завдань.

Викладачам з предметів пропонується перевірити буклет із варіантами відповідей та заповнити еталони робіт. Після внесення відповідних корективів варіанти буклетів тиражуються на міні-друкарні і зберігаються у сейфі до наступного дня.

У день іспиту (рис. 2) у присутності комісії конверти з буклетами відкриваються і відповідальний за екзаменаційну аудиторію отримує певну кількість буклетів із завданнями та листками-бланками відповідей.



Рис. 2. Під час складання семестрового тестового іспиту в ТДМУ.

Після завершення іспиту бланки із варіантами відповідей кодується. При цьому використовуються коди, які студенти самостійно вибирають випадковим чином і які відомі лише їм. Коди вписуються в листки-бланки, після чого здійснюється їх публічне оцінювання. Усі етапи перевірки робіт на сканері виводяться в аудиторію через мультимедійний проектор (рис. 3).

Листки-бланки (рис. 4) запускаються на сканування. В результаті за допомогою програми FormReader



Рис. 3. Публічна перевірка листків-бланків студентів тестових робіт в ТДМУ.

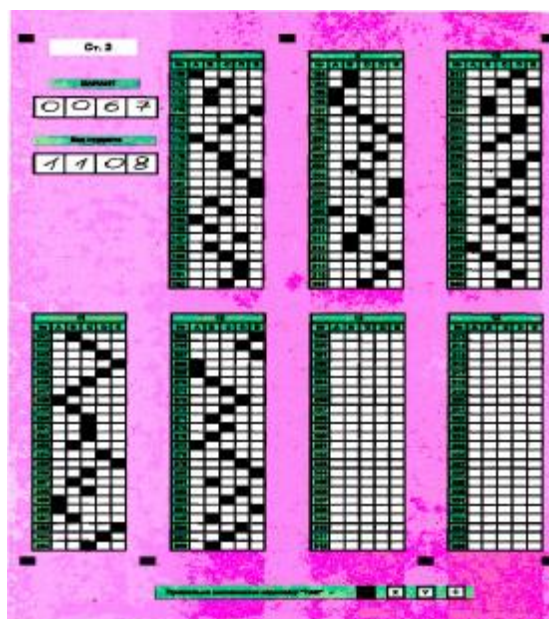


Рис. 4. Листок-бланк відповідей студента ТДМУ.

формується таблиця, у якій навпроти відповідного коду студента ставиться послідовність оцінок, що відповідають модулям. Такі дані відразу доводяться до студентів за допомогою кодів, які відомі лише їм. Далі таблиця передається на інший комп'ютер, де встановлюється зв'язок між кодом та прізвищем студента та формуються екзаменаційні відомості. У відомостях враховуються поточна успішність, оцінка за іспит і виводиться оцінка за модуль із співвідношення 60 % поточної та 40 % екзаменаційної оцінок.

Останнім етапом у проведенні іспиту є розсилка результатів іспиту та повідомлень про перескладання на електронні скриньки студентів.

Друге перескладання проводиться за вищеписаним алгоритмом, проте студент складає ті модулі, з яких отримав незадовільні оцінки. Третє перескладання відбувається у вигляді співбесіди.

Інформаційна модель системи програмного забезпечення семестрового комплексного тестового іспиту наведена на рисунку 5. Вона містить головні три компоненти:



Рис. 5. Інформаційна модель системи програмного забезпечення семестрового комплексного тестового іспиту.

1. Програмний модуль бази даних тестових завдань (база даних реалізована в термінах СУБД FireBird, усе інше програмування виконане в середовищі розробки Delphi). Його складові:

а) програма-редактор тестових завдань. Програма, яка інсталюється на клієнтських комп'ютерах викладачів. Вона дозволяє викладачам кафедр з віддалених комп'ютерів формувати базу тестових завдань;

б) програма для планування іспиту. Програма інстальована на комп'ютері-сервері бази тестових завдань. Програма здійснює формування варіантів буклетів тестових завдань. Буклети тестових завдань отримуються у вигляді документів Word, які тут же тиражуються. Також програма дає на виході ключі для правильних відповідей варіантів у вигляді бази даних Microsoft Access.

2. Програмний модуль сканування, розпізнавання та оцінювання листків-бланків. Модуль ґрунтується на програмному середовищі ABBYY FormReader. У програмі послідовно здійснюються сканування, розпізнавання, групова верифікація листків-бланків. Далі на основі бази даних Microsoft Access з ключами для правильних відповідей варіантів формуються оціночні правила, за допомогою яких і перевіряються роботи. На виході програма дає результати студентів у таблиці Microsoft Excel у вигляді: код студента – оцінки за модулі. Дані саме такої таблиці, до речі, тут же доводяться до студентів.

3. Програмний модуль формування результатів іспиту. Він реалізований в програмному середовищі PHP. Його складові:

а) програма формування відомостей. За допомогою таблиці Microsoft Excel з кодами студентів та їх оцінками й іншої таблиці, яка тут же формується і містить прізвища студентів та їх коди, формується третя таблиця, де вже зіставляються оцінки з прізвищами студентів. На основі останньої таблиці та даних системи “Контингент” формуються групові відомості у вигляді документів Word, які роздруковуються;

б) програма розсилки електронних повідомлень студентам. На основі останньої таблиці формуються та розсилаються електронні листи, які доводять студентам такі оцінки за модулі: середня поточна успішність, оцінка за тестовий іспит, загальна оцінка за модуль.

ННВ незалежного тестування знань студентів. До складу підрозділу на даний час входять начальник, заступник начальника відділу та три інспектори. Відбувається активна співпраця з іншими структурними підрозділами університету, в першу чергу відділом інформаційних технологій. На час сесії у відділі працюють також 7 робочих груп (по 4 особи) незалежної екзаменаційної комісії та 5 інженерів-програмістів.

Основні завдання, які стояли перед відділом, визначені в Положенні про відділ. Вони передбачають:

– організаційно-методичну роботу щодо створення, обліку і належного зберігання тестових завдань для проведення незалежного тестування знань студентів;

- планування та організацію централізованого незалежного оцінювання знань студентів;
- контроль ефективності та якості проведення централізованого оцінювання знань студентів;
- впровадження нових науково обґрунтованих підходів до організації незалежного тестування знань студентів;
- статистичний аналіз результатів тестових іспитів.

Безпосередня робота відділу з підготовки до семестрового тестового іспиту відбувається в три етапи:

- формування кафедральних баз тестових завдань;
- формування загальноуніверситетської бази тестових завдань;
- створення буклетів тестових завдань напередодні проведення іспиту.

На кожному етапі дотримується відповідний рівень захисту інформації.

Для захисту електронної інформації на третьому етапі відділ належним чином оснащено: встановлено сучасну множильну техніку для створення буклетів тестових завдань для кожного студента; створено програмно-апаратний комплекс на основі термінальних станцій і спеціального комп'ютера-сервера із системним блоком підвищеної потужності, який має механічну та електронну систему захисту від несанкціонованого доступу. Сервер зберігається у спеціальній шафі, що опечатується і відкривається під час сесії тільки у присутності членів екзаменаційних комісій. До комп'ютера-сервера під'єднані усі станції, які встановлені у відділі. Слід зазначити, що з цих термінальних станцій (це фактично просто монітори з клавіатурою) неможливо вилучити будь-яку інформацію і неможливо її зберегти. Це забезпечує повну ізоляцію комп'ютерної мережі відділу. Крім того, у відділі встановлено відеоспостереження з цілодобовим записом інформації та заборонено користуватися будь-якими електронними пристроями – мобільними телефонами, флеш- та іншими картами пам'яті, камерами і ін.

На даний час перевірку листків-бланків здійснюють три робочі групи, в розпорядженні кожної з яких є сканер, комп'ютер та принтер.

Зведені результати семестрового тестового іспиту осіннього семестру 2009-2010 навчального року. Проведення іспиту відзначалося тим, що ухвалою Вченої ради університету вперше відсоток правильних відповідей під час складання семестрових комплексних тестових іспитів було піднято до державного стандарту (50,5 %), за яким уже 10 років Міністерство охорони здоров'я України здійснює централізований державний контроль за якістю підго-

товки студентів та випускників медичної та фармацевтичної галузей за допомогою ліцензійних інтегрованих іспитів “Крок”.

Після складання семестрового тестового іспиту було проведено аналіз з метою встановлення успішності навчання студентів по різних навчальних дисциплінах, виявлення залежності оцінок тестових іспитів з поточною успішністю на кафедрах, визначення валідності завдань тестових іспитів.

Так, на **1-му курсі медичного факультету** із 271 студента, що складав іспит, – 237 (87 %) склали певні модулі на незадовільно. Згідно з статистичним аналізом по модулях розходження між середнім балом поточної успішності та середнім балом за іспит було в межах 1-2 балів за 5-бальною чи 3-4-х – за 12-бальною шкалою оцінювання. Найсуттєвіше розходження спостерігалось з іноземної, латинської мови, медичної біології (у 2-му модулі розходження становило навіть більше 4-х балів) та анатомії людини. Найвище розходження (більше 5-ти балів) та найбільший відсоток незадовільних оцінок (до 73,4 %) були з хімії. З біології, анатомії та хімії спостерігався також високий відсоток невалідних запитань, переважно за рахунок надто важких. Найменші розходження та відсоток невалідних запитань – з фізики. Відсоток незадовільних оцінок в середньому – 47 %.

На перескладанні відсоток незадовільних оцінок коливався по модулях від 32,4 до 64,3 % (в середньому – 48,6 %). Частка добрих та відмінних оцінок складала – 20 %.

На **2-му курсі медичного факультету** із 227 студентів, що складали іспит, – 166 (73 %) склали його на незадовільно. Згідно з статистичним аналізом I потоку по модулях розходження між середнім балом поточної успішності та середнім балом за іспит було також в межах 1-2 балів за 5-бальною чи 3-4-х – за 12-бальною шкалою. Найсуттєвіше розходження з філософії, анатомії, гістології та хімії. Найбільший відсоток невалідних питань (переважно за рахунок надважких) та незадовільних оцінок (до 55,7 %) з біохімії (2-й модуль). Найменші розходження та відсоток невалідних питань – з медицини надзвичайних ситуацій.

Та ж тенденція спостерігалась на 2 потоці. Загалом тут менше розходження між середнім балом поточної успішності та середнім балом за іспит (більший відсоток невалідних питань за рахунок надто легких).

На перескладанні, зокрема I потоку, відсоток незадовільних оцінок по модулях складав в середньому – 61,2 %.

На **3-му курсі медичного факультету** із 250 студентів, що склали іспит, – 116 (46,4 %) склали його на незадовільно. Слід відмітити дуже незначне розходження між середнім балом поточної успішності та середнім балом за іспит – в межах 1-го бала за 5-бальною чи 1-2-х – за 12-бальною шкалою (лише з патологічної фізіології та пропедевтики внутрішньої медицини більше 2-х балів). Найбільший відсоток невалідних питань з мікробіології та патологічної фізіології (переважно за рахунок надто важких). Найвищий відсоток незадовільних оцінок з патологічної фізіології (28,8 %) та радіології (23,2 %).

На перескладанні 3-го курсу відсоток незадовільних оцінок по модулях складав в середньому – 39,2 %.

На **4-му курсі медичного факультету** із 242 студентів, що склали іспит, – 73 (30 %) склали його на незадовільно. Згідно з статистичним аналізом I потоку по модулях спостерігалось дуже незначне розходження між середнім балом поточної успішності та середнім балом за іспит. Воно було також в межах 1 бала за 5-бальною чи 1-2-х – за 12-бальною шкалою. Найбільший відсоток невалідних питань (переважно за рахунок надто легких) був з дерматовенерології та комбустіології. Із цих же дисциплін був невеликий відсоток незадовільних оцінок, відповідно, 0,8 % і 4,1 %.

Згідно з статистичним аналізом II потоку 4 курсу по модулях також спостерігалось дуже незначне розходження між середнім балом поточної успішності та середнім балом за іспит (в межах 1-го бала за 5-бальною чи 1-2-х – за 12-бальною шкалою). У порівнянні з I потоком тут був менший відсоток невалідних питань. Найменший відсоток незадовільних оцінок з урології (5 %), найбільший – з біостатистики (20 %). Слід зазначити невеликий відсоток невалідних питань з біостатистики – 0,69 %.

На перескладанні I потоку 4 курсу відсоток незадовільних оцінок по модулях складав в середньому – 44,6 %, II потоку – 24,5 %. Відсоток добрих та відмінних оцінок по модулях складав в середньому по I потоці – 30 %, по II потоці – 40,8 %.

На **5-му курсі медичного факультету** із 189 студентів, що склали іспит, – 77 (41 %) склали його на незадовільно. Згідно з статистичним аналізом I потоку по модулях спостерігалось дуже незначне розходження між середнім балом поточної успішності та середнім балом за іспит, яке було в межах 1-го бала за 5-бальною чи 1-2-х – за 12-бальною шкалою. Спостерігався великий відсоток невалідних питань із всіх дисциплін (переважно за рахунок надто легких). Невеликий відсоток незадовільних оцінок з

травматології, основ стоматології. В середньому по потоку він становив 5 %.

Та ж тенденція спостерігалась і на II потоці 5 курсу. По модулях також спостерігалось незначне розходження між середнім балом поточної успішності та середнім балом за іспит – в межах 1-го бала за 5-бальною чи 1-2-х – за 12-бальною шкалою (лише з інфекційних хвороб і дитячої хірургії – більше 2-х балів). У порівнянні з I потоком спостерігався менший відсоток невалідних питань. Найменше невалідних питань було з соціальної медицини та педіатрії (генетики). В середньому по потоку відсоток незадовільних оцінок складав також 5 %.

На перескладанні 5 курсу відсоток незадовільних оцінок складав в середньому по 2-х потоках 23 %. При перескладанні I потоку, 5 курсу, відсоток незадовільних оцінок по модулях складав в середньому – 6 %, II потоку – 35 % (добрих і відмінних оцінок по I потоку – 58,3 %, по II потоку – 41,3 %).

Прослідковується зниження частки студентів, що не складають іспит за першим разом від молодших до старших курсів. Та ж тенденція має місце і на стоматологічному факультеті (в порівнянні між 4-м та молодшими курсами). На фармацевтичному факультеті спостерігається зворотна закономірність, що, очевидно, пов'язано із складністю дисциплін, які вивчаються на старших курсах.

На **1-му курсі стоматологічного факультету** спостерігалось незначне розходження між середнім балом поточної успішності та середнім балом за іспит. Мав місце невеликий відсоток невалідних питань.

На перескладанні I курсу стоматологічного факультету відсоток незадовільних оцінок складав в середньому – 30,7 %, добрих та відмінних оцінок – 31,2 %.

На **2-му курсі стоматологічного факультету** спостерігалось суттєве розходження між середнім балом поточної успішності та середнім балом за іспит (більше 3-х балів за 12-бальною шкалою). Відсоток незадовільних оцінок – 55,7 %. Мав місце і великий відсоток невалідних питань (12,2 %), переважно за рахунок надто складних.

На перескладанні 2-го курсу стоматологічного факультету відсоток незадовільних оцінок складав – 67,7 %, добрих та відмінних оцінок – 2,9 %.

На **3-му курсі стоматологічного факультету** спостерігалось суттєве розходження між середнім балом поточної успішності та середнім балом за іспит (більше 4-х балів за 12-бальною шкалою) з патологічної фізіології та фармакології. Відсоток незадовільних оцінок з цих дисциплін відповідно складав –

66,1 % та 68,5 %. По них мав місце і великий відсоток невалідних питань.

На перескладанні 3-го курсу стоматологічного факультету відсоток незадовільних оцінок складав – 23,2 %. При цьому мав місце значний відсоток добрих та відмінних оцінок – 52 %.

На 4-му курсі стоматологічного факультету не спостерігалось розходження між середнім балом поточної успішності та середнім балом за іспит (в межах 1-го бала за 12-бальною шкалою). Мав місце і невеликий відсоток невалідних питань.

На перескладанні 4 курсу стоматологічного факультету відсоток незадовільних оцінок складав – 19,7 %, відсоток добрих та відмінних оцінок – 21,8 %.

На 1-му курсі фармацевтичного факультету не спостерігалось суттєвого розходження між середнім балом поточної успішності та середнім балом за іспит (в межах 2-х балів). Мав місце невеликий відсоток невалідних питань.

На перескладанні 1 курсу фармацевтичного факультету відсоток незадовільних оцінок складав – 18,8 %, відсоток добрих та відмінних оцінок – 6,3 %.

На 2-му курсі фармацевтичного факультету не спостерігалось суттєвого розходження між середнім балом поточної успішності та середнім балом за іспит (в межах 2-х балів). Мав місце великий відсоток невалідних питань.

На перескладанні 2 курсу фармацевтичного факультету не було незадовільних оцінок, відсоток добрих та відмінних оцінок – 45 %.

На 3-му курсі фармацевтичного факультету спостерігалось суттєве розходження між середнім балом поточної успішності та середнім балом за іспит з мікробіології (в межах 4-х балів).

На перескладанні 3-го курсу фармацевтичного факультету незадовільних оцінок – 66 %. При цьому не було добрих та відмінних оцінок.

На 4-му курсі фармацевтичного факультету спостерігалось розходження між середнім балом поточної успішності та середнім балом за іспит в межах 2-х балів. Мав місце великий відсоток невалідних питань.

На перескладанні 4-го курсу фармацевтичного факультету відсоток незадовільних оцінок складав – 34,6 %, відсоток добрих та відмінних оцінок – 16,8 %.

В цілому студенти бюджетної форми навчання показали хороший рівень знань під час семестрового тестового контролю, про що свідчить те, що 69,7 % з них отримуватимуть в наступному семестрі стипендії.

Як найбільш ймовірні причини розходження поточної успішності студентів на кафедрах та оцінок на семестровому тестовому іспиті встановлено таке.

У випадку, якщо оцінка на семестровому тестовому іспиті вища за середній бал поточної успішності, то причинами можуть бути:

- надто легкі тестові завдання (відсоток невалідних питань вище середнього рівня з переважанням надто легких);

- недостатній обсяг тестів із дисципліни (відсоток невалідних питань вище середнього рівня з переважанням надто легких);

- недостатня “закритість” кафедральних баз тестових завдань (відсоток невалідних питань вище середнього рівня з переважанням надто легких);

- висока вимогливість викладачів на заняттях (відсоток невалідних питань в межах середнього рівня або менше з перевагою легких чи однаковим відсотком легких та складних).

У випадку, якщо екзаменаційна оцінка менша за середній бал поточної успішності, то мають місце такі причини:

- висока складність тестів із дисциплін, які вивчаються на кафедрі (відсоток невалідних питань вище середнього рівня (≥ 5 %) з переважанням надто важких);

- недостатня вимогливість викладачів на заняттях (відсоток невалідних питань в межах середнього рівня 1-4 % або ≤ 1 % з перевагою надто складних).

Висновки. В роботі було представлено організацію та проведено аналіз впровадження семестрового комплексного тестового іспиту в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського. При цьому за основу було взято методичку європейських ВМ(Ф)НЗ, зокрема Віденського медичного університету.

Показано, що методика семестрового тестового іспиту сприяє об’єктивізації оцінювання знань студентів в умовах вищих медичних навчальних закладів. Така об’єктивізація досягається завдяки тому, що:

- формуються об’ємні бази тестових завдань, рівномірно представлені усі модулі навчальних дисциплін;

- варіанти тестів створюються на основі рандомізованих вибірок, згенерованих комп’ютерними програмами. Отже, усі студенти на іспиті потрапляють в рівні умови.

Такий підхід також спрямований на недопущення проявів зловживань та корупції у вищій медичній освіті при оцінюванні та контролі знань студентів, оскільки:

- використання комп’ютерної програми при розшифруванні та оцінюванні листків-бланків студентів виключає контакт студента з викладачами;

- усі роботи студентів перевіряються комп’ютером в зашифрованому вигляді. Це забезпечує неможливість зовнішніх втручань в роботу комп’ютерної програми оцінювання;

– перевірка та оцінювання робіт здійснюються публічно в присутності студентів відразу після завершення іспиту.

Європейський досвід щодо проведення тестових випробувань для українських медичних університетів слід було би використати таким чином.

Для забезпечення своєчасної підготовки необхідної кількості тестів слід запровадити плани підготовки тестових завдань по модулях.

З метою виявлення якості тестових завдань потрібно запровадити статистичний аналіз тестів на основі гістограм валідності.

Для орієнтації студента у власному рейтингу на курсі потрібно надсилати студентам інформацію про результат іспиту у вигляді – кількість правильних відповідей по модулю, відсоток студентів з таким же показником та середній результат студентів по курсу.

Відповідальним за аудиторії необхідно збирати під час іспитів інформацію від студентів щодо зауважень до тестових запитань.

Література

1. Кадрова політика у галузі охорони здоров'я та рух вищої медичної освіти України до європейського освітнього простору / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Феценко та ін. // Медична освіта. – 2006. – № 2. – С. 6-14.
2. Сучасний розвиток вищої медичної та фармацевтичної освіти й проблемні питання забезпечення якісної підготовки лікарів і провізорів / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Феценко та ін. // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 5-13.
3. Біоетика як навчальна дисципліна у вищій медичній школі України / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.С. Вітенко, І.В. Мельник // Медична освіта. – 2007. – № 3. – С. 8-10.
4. Сучасний розвиток вищої медичної та фармацевтич-

ної освіти та проблемні питання забезпечення якісної підготовки лікарів і провізорів / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Феценко та ін. // Впровадження засад Болонської системи освіти: український та зарубіжний досвід: Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції. – Тернопіль: ТДМУ, 2007. – С. 3-12.

При підготовці тестових завдань необхідно звертати увагу на те, що тестові питання повинні бути орієнтовані не на відтворення інформації (фактів, положень, класифікацій), а на вміння застосовувати її для логічних висновків та прийняття рішень.

Вбачаються такі основні напрямки подальшої роботи ННВ незалежного тестування знань студентів:

- удосконалення методик та технології проведення незалежного тестування знань студентів;
- постійне поновлення та підвищення якості бази тестових завдань;
- регулярна перевірка тестових завдань на валідність із редагування чи заміною невалідних тестів;
- подальше технічне оснащення відділу, зокрема встановлення на сервер додаткового програмного забезпечення, що дасть можливість контролю за переміщенням файлів у сервері та унеможливить дистанційне зчитування інформації.

5. Досвід Віденського медичного університету в реформуванні системи освіти. Перспективи співпраці / За ред. Л.Я. Ковальчука. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 290 с.

6. Медсестринська освіта в Університеті Південної Кароліни Апстейт (США) / За ред. Л.Я. Ковальчука. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 398 с.

УДК 378.147.001.76+61(477-25)

ДОСВІД НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ЗА ЄВРОПЕЙСЬКОЮ КРЕДИТНО-ТРАНСФЕРНОЮ СИСТЕМОЮ В НМУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ ЯК ОСНОВА ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

EXPERIENCE OF TRAINING STUDENTS IN ACCORDANCE WITH ECT SYSTEM AT THE NATIONAL O. BOHOMOLETS MEDICAL UNIVERSITY AS THE BASIS FOR IMPROVEMENT OF THE MEDICAL EDUCATION QUALITY

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

National Medical University by O.O. Bohomolets

У роботі відображено перетворення у вищій медичній освіті (в тому числі в НМУ) за узгодженою системою європейських критеріїв, висвітлені проблемні питання і шляхи їх вирішення.

In the article are considered reforms of higher medical education (including those in the NMU) in accordance with concerted system of the European criteria, there are also elucidated problematic matters and ways of their solution.

Вступ. Сьогодні Болонський процес – це робоче середовище для колективів вищих медичних навчальних закладів України, в якому наявні як досягнення, так і проблеми. П'ятирічний досвід перебудови медичної освіти в Україні, в т. ч. в НМУ, за принципами європейської кредитно-трансферної системи (ЄКТС) свідчить, що робити висновок про високу ефективність її реалізації в цілому поки що зарано.

До глибокого аналізу здобутків та проблем як результату навчання за ЄКТС на медичних факультетах ВМНЗ України спонукає її впровадження з 1 вересня 2010 р. для організації навчання студентів за всіма спеціальностями напрямів “Медицина” та “Фармація”.

Звертає на себе увагу обережне і помірковане ставлення до реформування європейської вищої професійної освіти медичними школами Європи, що пов'язано з розумінням високої ціни можливих помилкових дій і, відповідно, порушення національних систем освіти, зниження рівня медичної допомоги та погіршення стану здоров'я мільйонів людей [1].

Мета роботи. З врахуванням п'ятирічного досвіду організації навчального процесу за ЄКТС: переглянути парадигму навчання з врахуванням соціального замовлення на випускника, потреб самого ви-

пускника; при формуванні модульно-розвивального навчання орієнтувати навчальний процес на забезпечення набуття майбутнім лікарем набору професійних та соціальних компетентностей відповідно до галузевих стандартів вищої освіти (ГСВО).

Основна частина. Впровадження засад Болонського процесу і його основної складової – європейської кредитно-трансферної системи відкрило можливість здійснення ряду перетворень в організації освітнього процесу за узгодженою системою європейських критеріїв, стандартів і характеристик, що дозволить Україні стати визнаною частиною європейського освітнього і наукового простору. Це перш за все:

– створення, запровадження нових навчальних планів за кращими зразками понад 40 медичних факультетів європейських університетів (за активною участю фахівців НМУ);

– оновлення змісту і структури навчальних програм з навчальних дисциплін (понад 150 програм нового покоління розробили фахівці НМУ);

– впровадження таких принципів ЄКТС, як кредитність, модульність, методичне консультування, діагностичність, індивідуалізація навчання; зміна форми суб'єктно-об'єктних взаємовідносин між викла-

дачами і студентами на суб’єктно-суб’єктні, що збільшує їх взаємну відповідальність і зацікавленість в позитивних результатах. Можна навіть констатувати наявність своєрідного “студентоцентризму” при КМС;

– запровадження більш стандартизованої системи оцінювання результатів навчання студентів, яка мотивує і заохочує до систематичного навчання, оскільки результати поточного контролю є вагомим часткою кінцевої оцінки з навчальної дисципліни;

– створення нового інформаційного і навчально-методичного забезпечення (впродовж 5 років фахівцями НМУ видано 101 підручник, 371 посібник нового покоління); близько 200 найменувань навчальних посібників та методичних розробок – англійською мовою. Фінансові витрати університету на закупівлю навчальної літератури (2005-2009 рр.) становить понад 5 млн грн;

– опанування науково-педагогічними працівниками навчальної програми “Вища медична освіта та Болонський процес”, нових дидактичних технологій, зміна світогляду викладацького корпусу;

– модернізація матеріально-технічної бази (в університеті придбано за 5 років 1733 одиниці комп’ютерної та оргтехніки – 1,5 одиниці на одного науково-педагогічного працівника; функціонують 22 комп’ютерні класи, в т. ч. у гуртожитку і бібліотеці);

– інтенсифікація міжнародної співпраці (в НМУ щорічно: понад 50 студентів проходять виробничу практику за кордоном, виконується 50 науково-дослідних грантових робіт; відбувається 100 закордонних відряджень викладачів і 25 відряджень студентів).

Безумовно, зазначені вище надбання є результатом модернізації вищої медичної освіти за європейськими вимогами. В той же час, запровадження засад Болонського процесу з березня 2004 р. [2] на медичних факультетах ВМНЗ не забезпечило значного покращення якісних показників медичної освіти. Про це свідчать результати складання студентами, які навчаються за КМСОНП, ліцензійного інтегрованого іспиту “Крок 1. Загальна лікарська підготовка”: національний показник (середнє по ВМНЗ значення відсотка правильних відповідей) у 2008 р. становив 71,8 %, у 2009 р. – 73,9 %, що відповідає показникам минулих років у студентів, які навчалися за традиційною системою. Глибокий щорічний посеместровий аналіз результатів навчання студентів НМУ також свідчить про відсутність суттєвих відмінностей якісних показників успішності студентів, які сьогодні навчаються за традиційною та кредитно-модульною системами.

В цілому ці результати можна вважати позитивними з таких міркувань:

– глибока перебудова організації навчального процесу на засадах Болонського процесу не призвела до порушення національної системи вищої медичної освіти, що вже склалася;

– вищі медичні навчальні заклади успішно опанували основні елементи європейської кредитно-трансферної системи і отримані результати є основою для визначення проблемних питань у вищій медичній освіті та пошуку шляхів підвищення якості підготовки лікарів.

Вченою радою НМУ як Головного ВМНЗ з питань навчально-методичної роботи визначені найбільш **проблемні питання і шляхи вдосконалення якості освітньо-виховного процесу в умовах подальшої євроінтеграції.**

I. Аналіз моделі професійної компетентності лікаря в чинних ГСВО свідчить про її принципову адекватність та еквівалентність зарубіжним моделям, в той же час методика розробки і зміст освітньо-кваліфікаційної характеристики погребують коригування та доповнення в питаннях уточнення процедури визначення здатностей, передбачення повного спектра вмінь з відповідною класифікацією, формування особистих і соціальних якостей майбутнього лікаря [3].

Під час розробки нового покоління ГСВО доцільно внести зміни в назви навчальних дисциплін, визначити в Освітньо-професійних програмах види та назви виробничої практики, інакше ОПП не матимуть юридичної сили. Бажаною є одночасна розробка ГСВО для двох етапів підготовки лікарів (до дипломного та післядипломного в інтернатурі), що дозволить чітко визначити кінцеві та конкретні цілі кожного з етапів та завдання з набуття компетентностей – професійних і загальних.

II. Зважаючи на те, що за вимогами ЮНЕСКО науково-педагогічна діяльність сьогодні повинна бути “висококваліфікованою професією” для забезпечення якості освітнього процесу, ми визначили ряд факторів, які не сприяють сьогодні якісному підвищенню кваліфікації викладачів ВМНЗ України: відсутність можливості вибору викладачами ВМНЗ України факультету підвищення кваліфікації; застаріла (з 1993 р.) Концепція підвищення кваліфікації викладачів ВМНЗ I-IV рівнів акредитації (далі – Концепція) та чинна програма “Вища медична освіта і Болонський процес” (2004 р.), яка не враховує набутий шестирічний досвід впровадження ЄКТС; відсутність методичних концепцій розвивального навчання, методичних розробок з грифами МОН та

МОЗ з упровадження нових дидактичних технологій в медичній освіті.

Вирішенню проблеми сприяло б створення нової Концепції на конкурсній основі та відкриття факультетів підвищення кваліфікації викладачів ВМНЗ у 3-5 медичних університетах України, які впродовж останніх трьох років посідають 1-5 місця в державному рейтингу ВНЗ України та серед вищих медичних навчальних закладів, а також за результатами складання ЛП “Крок”. Це підвищить їхній статус і відповідальність, створить можливість для науково-педагогічних працівників обміну досвідом, опанування нових технологій навчання.

Чинна система атестації НПП і адміністративних працівників не передбачає стандартизованих показників оцінки за звітний період результатів навчально-методичної, наукової організаційної, лікувально-консультативної діяльності викладачів, як це уже запроваджено в систему післядипломної безперервної освіти лікарів. Введення “портфоліо” викладача, як сукупності його досягнень за звітний період, поновлення анкети “викладач очима студентів” – вагомими стимулами підвищення професійної компетентності НПП.

III. Запровадження КМСОНП з 1 вересня 2010 р. в систему підготовки лікарів за всіма спеціальностями потребує перебудови чинної системи підготовки лікарів-стоматологів, яка є унікальною, самобутньою, чітко відпрацьована і орієнтована на набуття професійних компетентностей.

Національний показник складання студентами ЛП “Крок-1. Стоматологія” (середнє по ВМНЗ України значення відсотка правильних відповідей) погіршується з року в рік впродовж останніх чотирьох років і становить: 2007 – 70,6 %, у 2008 – 67,4 %, у 2009 – 63,3 % [4]. Причину цього явища ми бачимо не лише у низькій мотивації до вивчення фундаментальних дисциплін майбутніми лікарями-стоматологами, але й у надмірному перевантаженні та відсутності профілізації навчальних програм з природничо-наукових дисциплін, у “щільності” навчальних планів 2-3 років навчання за спеціальністю “Стоматологія”, коли поруч з природничо-науковими, в значному об’ємі вивчаються клінічні, в т. ч. стоматологічні дисципліни. Ці моменти необхідно врахувати при створенні типових навчальних програм нового покоління за ЄКТС.

IV. Важлива складова успішності освітньої діяльності – врахування особливостей соціологічного портрета сучасного студента, якому сьогодні притаманні такі характеристики [5]:

- споживацьке ставлення до життя, в т. ч. до освіти (дискредитація споживацького мотиву до навчання – важливе завдання справжньої освіти);
- орієнтація на розваги, відсутність старанності, інертність;
- нестриманість бажань, нерозбірливість у засобах їх задоволення;
- життєва короткозорість, невміння та небажання планувати свої дії наперед;
- не виправдана висока самооцінка;
- інтелектуальна байдужість, оскільки студент мало часу проводить за підручниками, мало цікавиться художньою літературою.

Слід також зауважити, що сьогодні середня школа не формує компетенцій, необхідних для успішного навчання у вищих навчальних закладах: навчально-пізнавальної, інформаційної, комунікативної.

В НМУ затверджена та реалізується Концепція виховної роботи та організація навчального процесу з врахуванням цих характеристик сучасної студентської молоді.

V. Організація самостійної роботи студентів (СРС) – її навчально-методичне забезпечення, контроль з боку викладачів та застосування методів оцінювання, які не лише контролюють і карають студентів, але й мотивують до навчання – саме це спрямовує дії суб’єктів навчання до оптимізації навчальної діяльності. Важливою складовою СРС є регулярне повторювання навчального матеріалу з природничо-наукових дисциплін, що стосується конкретної теми заняття на клінічній кафедрі і дозволяє формувати так звані тематичні “вертикальні” змістові модулі. Цій же меті сприяє читання в НМУ комплексних лекцій на випускаючих клінічних кафедрах за участю анатомів, патофізіологів, патологоанатомів і клініцистів.

Висновок. Отримання випускниками медичних факультетів ВМНЗ України у 2011 р. Diploma supplement, запровадження ЄКТС як єдиної системи навчання студентів за всіма медичними спеціальностями вимагає розробки нової Концепції медичної освіти України з врахуванням набутого досвіду і формуванням стратегічних завдань для подальшого її розвитку на національних та європейських засадах.

НМУ бачить своє завдання в подальшому впровадженні передових методів менеджменту освітніх послуг, створенні дієвої системи моніторингу якості освітньо-виховного процесу в університеті, створення власної дієвої системи забезпечення якості освіти.

Література

1. Казаков В.М., Талалаєнко О.М., Первак М.Б. Новітні тенденції розвитку європейської медичної освіти // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 40-44.
2. Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації у системі вищої медичної та фармацевтичної освіти: Наказ МОЗ України № 148 від 22.03.2004.
3. Мруга М.Р. Структурно-функціональна модель професійної компетентності майбутнього лікаря як основа діаг-

ностування його фахових якостей: Автореферат. – Київ: Автореферат, 2007. – 20 с.

4. Аналітичні довідки до результатів складання ліцензійного іспиту “Крок 1. Стоматологія”. Центр тестування при МОЗ України. 2007, 2008, 2009 рр.

5. Подольська Є. Соціологічний портрет сучасного студента: теоретико-методологічні підходи // Вища школа. – 2010. – № 2. – С. 22-33.

УДК 614.2.07:378:61:681.3

СТАН МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ – ОЧЕВИДНІСТЬ ГЛИБОКОГО РЕФОРМУВАННЯ Й НЕОЧЕВИДНІСТЬ ШЛЯХІВ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ

Ю.В. Вороненко, О.П. Мінцер

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

ON STATE OF MEDICAL EDUCATION: THE EVIDENCE OF SIGNIFICANT REFORMING AND AMBIGUOUS WAYS OF PROBLEM SOLUTIONS

Yu.V. Voronenko, O.P. Mintser

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

Розглянуті питання необхідності глибокого реформування медичної освіти. Запропоновано використання контент-аналізу та коллокейт-аналізу для систематизації медичних знань і цілеспрямованого використання медичних знань при самостійній роботі протягом безперервного професійного розвитку. Показано, що такий підхід дозволяє не тільки впорядкувати уявлення щодо фахової площини, а також виявити нові смислові інтерпретації.

The different questions of the Long Life Learning are discussed. The content-analysis and the Collocation analysis are offered for the systematization and purposeful investigation of perspective of application Medical knowledge. It is supposed, that the similar approach will allow to order not simply representations about subject knowledge, but also to reveal new semantic interpretations.

Вступ. Необхідність зміни системи медичної освіти абсолютно очевидна й зумовлена численними факторами: стрімким зростанням обсягів медичних відомостей і швидкою зміною самого розуміння подій, фактів, явищ, недостатнім часом для передачі необхідних знань, нескінченною розмаїтістю фізіологічних і патологічних станів організму людини.

Серед шляхів вирішення перелічених проблем в першу чергу називають інформаційну децентралізацію освіти. Вона сприяє вкрай актуальному вирішен-

ню проблем щодо забезпечення соціальної рівності, а саме: створення рівних можливостей для отримання медичної допомоги та медичної освіти незалежно від місця проживання, а також стану здоров'я і соціального статусу.

При цьому докорінно змінюється роль викладача. Дистанційна освіта розширює і оновлює роль викладача, робить його наставником-консультантом, який повинен координувати пізнавальний процес, постійно вдосконалювати ті курси, які він викладає, підвищу-

© Ю.В. Вороненко, О.П. Мінцер

вати творчу активність і кваліфікацію відповідно до нововведень та інновацій.

Інший шлях пов'язаний з концептуальним переходом на зміну мети навчання і впровадження логіки компетенцій.

Вочевидь, впровадження концепції компетенції в післядипломну медичну освіту змінить всю педагогічну систему професійної медичної школи шляхом переходу до нового типу навчання і виховання. Однак у реалізації цього процесу потрібна опора на розвинену психолого-педагогічну теорію або комплекс теорій, яких на теперішній час немає. Більш того, суспільство й сама освіта досі не готові до такого кардинального зрушення. Окрім того, без серйозних інвестицій у медичну освіту перейти до нової моделі організації процесу навчання неможливо.

Метою роботи є розглянути питання необхідності глибокого реформування медичної освіти та запропонувати використання контент-аналізу та колокейт-аналізу для систематизації медичних знань і цілеспрямованого використання медичних знань при самостійній роботі протягом безперервного професійного розвитку.

Основна частина. Нові технології відчиняють шлях до нового виду освіти, заснованого на розвитку системи викладання з використанням електронних засобів навчання (е-освіта). Даний термін охоплює широку палітру форм застосування таких технологій, починаючи з роботи на комп'ютерах у класі й закінчуючи розвиненою системою дистанційного навчання. Віртуальна освіта припускає індивідуальну роботу в поєднанні з гнучким управлінням процесами навчання і з більшою самостійністю в процесі отримання знань.

Передбачається, що е-освіта може повністю й остаточно витиснути традиційну систему освіти (у тому числі університети) як місце отримання знань. З іншого боку, важливішого значення набувають університети як елемент соціальної системи передачі знань і як інтегратори знань. Проте у цьому випадку принципове значення мають проблеми єдиного (принаймні, близького) розуміння переданої інформації. Зумовлені подібними проблемами труднощі одержали назву когнітивної асиметрії (когнітивного розірвання). Поряд з іншими видами асиметрій, наявних у задачах передачі знань (вікової, гендерної, соціальної тощо), питання щодо інтерпретації медичної інформації є досить важливим.

Одним із шляхів вирішення проблем реформування медичної освіти є впровадження безперервного професійного розвитку із забезпеченням самонавчання.

Здавалося, що впровадження Інтернету дозволяє кожному суб'єкту навчання досить легко отримувати потрібну навчальну інформацію. Проте в дійсності цього не трапилося. Неймовірна кількість нових знань практично блокує витяг інформативної та валідної інформації. Виникла проблема, пов'язана з відстеженням потоку інформації в навчальній і науковій літературі для вибору необхідних відомостей і наукових напрямків. Більш того, велика частина літературних джерел фокусується на якісних особливостях методології та заключному резюме досліджень. Дискусії відносно характеру досліджень присутні нечасто, що, у свою чергу, залишає невеликий простір для дискусій стосовно індивідуалізації клінічних рекомендацій. Концептуальні питання організації досліджень і впровадження результатів дослідних робіт також залишаються поза матеріалами статей, підручників, посібників. Намагання ідентифікувати різні варіанти (моделі) тієї ж самої події призводять до помилок або поверхневих висновків.

Відповідно, суб'єкт навчання (дослідник) мусить продовжувати пошук даних літератури, щоб отримати автентичні валідні висновки. Час, що витрачається, більший показника, що прогнозується, в 5-6 разів. Структуровані дані становлять лише 20 %, і зростання їх обсягу важко прогнозувати.

Щодо динаміки змін неструктурованої інформації (80 % загального обсягу відомостей), то, на думку багатьох учених, протягом року спостерігається двократне збільшення їх обсягу. Фахівці з управління знаннями витрачають 35 % робочого часу на пошук інформації, при цьому 40 % важко знайти необхідну для роботи інформацію навіть в корпоративній Інтранет-мережі.

Вкрай потрібні нові інформаційні підходи. Такі можливості надають контент-аналіз і колокейт-аналіз [1-4].

Контент-аналіз – це вербальний або аналіз змісту – стандартна методика досліджень, предметом якої є зміст текстових масивів (у тому числі продуктів комунікативної кореспонденції).

У вітчизняній літературі контент-аналіз визначається як кількісний аналіз текстів та текстових масивів з метою наступної змістовної інтерпретації закономірностей, що виявлені.

Колокейт-аналіз, згідно з визначенням, означає класифікацію, впорядкування, зіставлення слів чи інших компонентів, в першу чергу тих, що спільно зустрічаються. Він являє собою *метод концептуалізації та розуміння вербальної інформації*.

Висновки: 1. Зрозуміло, що суб'єкту навчання (або фахівцеві, науковцеві) необхідний універсальний і повний інтерфейс доступу до будь-якої інформації

незалежно від форматів документів та їх розміщення. При цьому інструментарій, що використовується, повинен забезпечити сумісність із більшістю баз даних, інформаційну безпеку процесу пошуку необхідних даних і підтримку засобів щодо розмежування доступу до них.

2. Відсутність прямого контакту між викладачем і суб'єктом навчання приводить до того, що постає питання: наскільки знання суб'єкта навчання відповідають певним вимогам і як надійно й ефективно ці

знання перевірити. Отже, проблема перевірки якості підготовки спеціалістів для всіх структур освіти стає однією з актуальних і порівнянню з проблемою державного масштабу.

3. Вкрай важливо визначити поняття індивідуальної навчальної траєкторії суб'єкта навчання при всіх його видах (дистанційному, самостійному, контактному), запропонувати методи встановлення послідовності навчальних курсів із використанням технології планування освітніх процесів.

Література

1. Баранов А.Н. Введение в прикладную лингвистику. – М.: Наука, 2000. – 246 с.
2. Григорьев С.И., Растов Ю.Е. Основы современной социологии: Учебное пособие. – Барнаул: АГУ, 2001. – 314 с.

3. К обществам знаний. Доклад ЮНЕСКО // ЮНЕСКО. – Париж, 2005. – 78 с.
4. Україна на шляху до суспільства знань: освіта, наука, культура / За ред. А.В. Пазюка. – К.: Прайвесі Юкрейн, 2005. – 69 с.

УДК 378.147+378.961(477.62-61)

П'ЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТАХ ДОНЕЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

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

Донецький національний медичний університет імені М. Горького

5-YEAR EXPERIENCE OF CREDIT-MODULE SYSTEM IMPLEMENTATION AT MEDICAL FACULTIES OF DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY: PROBLEMS AND PROSPECTS

V.N. Kazakov, A.N. Talalaenko, M.B. Pervak

Donetsk National Medical University by M. Horky

У статті проаналізовано п'ятирічний досвід впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу на медичних факультетах Донецького національного медичного університету. Визначені результати реалізації цієї новітньої освітньої технології, а також основні проблеми, що перешкоджають її ефективності. Запропоновані шляхи вирішення цих проблем.

In the article the analysis of 5-year experience of credit-module system implementation at medical faculties of Donetsk National Medical University was given. The main results and problems were formulated, and the ways of decision of these problems were proposed.

Вступ. 19 травня 2005 року на конференції у Бергені Україна офіційно приєдналася до країн-учасниць Болонського процесу, і таким чином формально було розпочато новий етап реформування вітчизняної вищої освіти. Цьому передувала значна підготовча робота відповідних міністерств та відомств. Зокрема, ще у березні 2004 р. МОЗ України було видано наказ “Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої медичної та фармацевтичної освіти”. В тому документі педагогічний експеримент з впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу (КМСОНП) у медичних та фармацевтичних ВНЗ передбачався лише як один з заходів, але вже через рік він вийшов на передній план реформування вітчизняної вищої медичної школи, затьмаривши всі інші, не менш важливі, його аспекти. Зараз, наприкінці п’ятого року впровадження згаданої системи, необхідно ретельно проаналізувати результати цього педагогічного експерименту та вирішити питання про доцільність та умови його продовження.

Основна частина. Донецький національний медичний університет ім. М. Горького (ДонНМУ) на знак визнання нашого лідерства серед українських медичних ВНЗ був призначений МОЗ України одним з базових закладів у реалізації реформ болонської спрямованості. Розуміючи свою відповідальність, ще на початку 2005 р. ми розробили оригінальну систему оцінювання навчальної діяльності студентів при КМСОНП, яка відповідає сучасним європейським тенденціям в освіті [1, 2, 3, 10] і базується на багаторічному досвіді ДонНМУ з впровадження компетентнісного підходу і проведення рейтингового контролю [4, 5, 6]. У зв’язку з наявністю принципових відмінностей нашої системи [7] від такої, що була запропонована робочою групою МОЗ України, нами з вересня 2005 р. по лютий 2007 р. за завданням МОЗ було проведено експеримент з порівняння обох систем. Аналіз результатів проведеного експерименту показав переваги системи оцінювання, розробленої в ДонНМУ, і дозволив зробити такі висновки: 1) система оцінювання, запропонована ДонНМУ, є простою в застосуванні для викладача і не вимагає від нього додаткового часу на переведення традиційних оцінок в умовні бали і ведення “подвійної бухгалтерії”; 2) використання єдиної шкали оцінювання із заданими “жорсткими” критеріями робить процедуру оцінювання прозорою для студентів і стимулює їх до активації навчальної діяльності і підвищення успішності; 3) система оцінювання ДонНМУ дозволяє оцінювати динаміку успішності студентів і порівнювати показники успішності (по модулях, по предметах, по

курсах, по факультетах та ін.) і тим самим сприяє управлінню якістю підготовки фахівців; і, нарешті, 4) наявність “жорстких” заданих критеріїв виставляння оцінок і відсутність заданої питомої ваги відмінних, хороших і задовільних оцінок в загальній структурі позитивних відміток визначає більшу об’єктивність системи оцінювання, запропонованої ДонНМУ.

Результати експерименту та висновки були оприлюднені у статті в журналі “Медична освіта” [9], а також представлені і обговорені на нараді проректорів медичних ВНЗ з питань впровадження КМСОНП (Київ, лютий 2007 р.). Більшість учасників наради підтримала пропозицію щодо впровадження системи оцінювання, запропонованої ДонНМУ, в інших медичних ВНЗ країни.

Враховуючи суттєве збільшення при КМСОНП частки позааудиторної самостійної роботи студентів і відповідне зростання ролі методичного забезпечення навчання як одного із засобів управління якістю підготовки майбутніх фахівців, нами в 2005 р. було створено методичні рекомендації “Розробка методичних вказівок для студентів вищих медичних навчальних закладів відповідно до сучасних державних стандартів та принципів Болонського процесу” [8]. Ці рекомендації були затверджені та видані Центральним методичним кабінетом з ВМО МОЗ України і розіслані у всі медичні ВНЗ країни.

Ще в лютому 2005 р. в нашому університеті, за рішенням ректорату, на базі галузевої науково-методичної лабораторії з питань додипломної підготовки лікарів, навчального відділу і навчально-методичного кабінету було відкрито постійно діючу школу-семинар. Її метою є висвітлення різних аспектів КМСОНП і підготовка професорсько-викладацького складу університету до роботи в нових умовах. Завдяки цьому ще задовго до отримання проектів типових програм в ДонНМУ було визначено модулі і змістові модулі для всіх дисциплін, передбачених експериментальним планом для вивчення студентами 1 курсу, створено робочі програми вивчення дисциплін, тематичні плани лекцій, практичних занять, підготовлено навчальні завдання, засоби контролю і методичні матеріали. У подальшому аналогічну роботу було проведено з викладачами кафедр, що викладають на 2-5 курсах, в поточному навчальному році – з викладачами кафедр 6 курсу медичних факультетів, а також 1-2 курсів стоматологічного та фармацевтичного факультетів.

Важливим моментом підготовчої роботи вважаємо створення в університеті Тимчасового положення щодо навчального процесу за кредитно-модуль-

ною системою навчання, яке за умови відсутності цілісного комплексу нормативних документів МОН з питань КМСОНП регламентує навчальну діяльність кафедр та інших підрозділів університету за нових умов. Крім питань методичного забезпечення та організації навчального процесу при КМСОНП, у цьому документі чітко визначені аспекти щодо проведення підсумкового модульного контролю та порядку оформлення відомостей успішності з модуля та дисципліни в цілому, порядку ліквідації академічної заборгованості, відрахування студентів та переривання їх навчання у зв'язку з академічною відпусткою.

Для підготовки студентів до КМСОНП на всіх факультетах були прочитані відповідні лекції, розроблені та роздані інформаційні довідники і індивідуальні плани.

Таким чином, в ДонНМУ були проведені і проводяться всі необхідні, на наш погляд, заходи, щоб забезпечити готовність професорсько-викладацького складу і студентів до впровадження КМСОНП та запобігти зниженню якості навчання, ймовірно при будь-яких реформах освітнього процесу.

Ретельний аналіз теперішньої ситуації, порівняно з даними до введення КМСОНП, дозволив нам виявити такі позитивні зміни, як: зменшення кількості пропусків практичних занять та лекцій, більш регулярна підготовка студентів до практичних занять, зменшення кількості боржників по завершених дисциплінах, стабільність або навіть невелике підвищення середнього бала з дисципліни в цілому. Втішно здається і динаміка результатів складання ліцензійного іспиту “Крок 1. Загальна лікарська підготовка”. В 2007 р., коли цей іспит востаннє складала студенти, що навчалися за традиційною системою, середній результат у вітчизняних студентів медичних факультетів нашого університету дорівнював 81,9 %, а в наступних 2008 та 2009 рр., коли його вже складали “вихованці” КМСОНП, цей показник дорівнював 83,7 та 84,5 % відповідно.

Але, на жаль, за таким гарним фасадом допитливому оку відкривається дещо інша картина. Через відсутність належного фінансування і необхідність викладачу щоденно проводити оцінювання студентів у великих групах контроль поступово почав відтісняти на другий план найбільш важливу частину занять – самостійну професійно-орієнтовану роботу студентів з наступним її обговоренням. Як результат, наш теперішній “середній студент” добре навчився вирішувати тести, але в нього бракує клінічного мислення та практичної підготовки, знання його стали більш фрагментарними та менш стійкими. Цьому сприяє відсутність інтегрального контролю по завершенні дисципліни, а також нормативно зумовлене право

студента, який ще не склав попередній модуль, продовжувати вивчення наступного. Зрозуміло, що лише “сильні” студенти у змозі водночас успішно завершити засвоєння минулих розділів та оволодівати поточним матеріалом, для всіх інших така ситуація стає схожою на сніговий ком: нерозуміння та помилки з попереднього розділу “покриваються” шаром нерозуміння та помилок поточного модуля. Отже, навіть якщо такий студент подолає всі труднощі та з другої чи третьої спроби складе всі модулі, навряд чи інтегральний рівень знань-умінь з даної дисципліни буде в нього достатній для подальшого навчання та майбутньої професійної діяльності. Ретельний моніторинг та аналіз результатів навчання студентів медичних факультетів за останні 5 років показав, що основною складовою стабільності або навіть невеликого зростання середнього бала з дисципліни є не підвищення показника якісної успішності (питома вага оцінок “відмінно” та “добре”), а зменшення після всіх перескладань кількості незадовільних оцінок.

Як свідчать дані анкетних опитувань студентів, що постійно проводяться в нашому ВНЗ, для більшості з них навчання у теперішньому форматі не є складним. Більш того, студенти, які повернулися з академічної відпустки і звикли до традиційної системи, навчання за КМСОНП вважають більш простим та легким, але навряд чи воно є результативнішим.

Ще одним фактором, який погіршує якість підготовки майбутніх лікарів за нових умов, є необґрунтований розподіл дисциплін між циклами та суб’єктивне визначення обсягу вивчення окремих дисциплін. Так, в чинному навчальному плані до циклу природничо-наукової підготовки було віднесено такі предмети, як “Основи біостатистики та біобезпеки”, “Іноземна мова за професійним спрямуванням” (при наявності просто “Іноземної мови” в циклі гуманітарної та соціально-економічної підготовки), до циклу професійної підготовки – “Біостатистику”, “Цивільний захист”, “Безпеку життєдіяльності та основи охорони праці”, “Основи психології та педагогіки”. При встановлених обсягах всіх 3 циклів це призвело до зменшення питомої ваги суто медичних (медико-біологічних та клінічних) дисциплін. Так, на вивчення іноземної мови в цілому відведено 14 кредитів, інформатики і біостатистики – 5 кредитів, а на вивчення фізіології – лише 10. Зрозуміло, що володіння іноземною мовою, навички управління інформацією і уміння працювати з комп’ютером надзвичайно важливі для мобільності наших студентів в Європейському освітньому просторі, але ж формування цих компетенцій має відбутися ще на довузівському етапі, а в

медичному ВНЗ студент має засвоїти лише їх медичні аспекти. Разом із тим, фізіологія є однією з базисних дисциплін, необхідною для розуміння інших медико-біологічних і клінічних предметів. Навряд чи буде позитивно оцінена у європейській медичній школі підготовка прибулого для продовження навчання українського студента, що блискуче володіє іноземною мовою і комп'ютерними технологіями, але не має належного обсягу знань і умінь з медико-біологічних і клінічних дисциплін.

Тим більше, що говорити зараз про академічну мобільність наших студентів є щонайменше передчасно, тому що з усіх механізмів, потрібних для її забезпечення, реалізується поки що лише один – кредитно-модульна система. Отже, найголовніше, про що ми маємо думати при її впровадженні, – це якість підготовки майбутніх фахівців для вітчизняної системи охорони здоров'я. Саме тому, на нашу думку, навряд чи є виправданим, не завершивши цей масштабний педагогічний експеримент на медичних факультетах і не вирішивши питань з його оптимізації, вводити КМСОНП на стоматологічних та фармацевтичних факультетах.

Література

1. Болонский процесс: бергенский этап. – Москва, 2005. – 173 с.
2. Болонский процесс: середина пути. – Москва, 2005. – 378 с.
3. Болонский процесс: результаты обучения и компетентностный подход / Под научн. ред. В.И. Байденко. – Москва, 2009. – 534 с.
4. Система безперервної медичної освіти / В.М. Казаков, О.М. Талалаєнко, М.Г. Гаріна, М.С. Каменецький. – Донецьк: Здоров'я, 1994. – 174 с.
5. Методологія і реалізація системи управління якістю медичної освіти / В.М. Казаков, О.М. Талалаєнко, М.Г. Гаріна та ін. – Донецьк, 2001. – 213 с.
6. Управление качеством подготовки специалистов: программно-целевой подход / В.Н. Казаков, Н.А. Селезнёва, А.Н. Талалаєнко и др. – Москва-Донецк, 2003. – 215 с.
7. Методологія та технологія оцінювання навчальної діяль-

Висновок. Підсумовуючи все наведене вище, ми хочемо підкреслити, що, незважаючи на всі описані вище недоліки, ми не пропонуємо зараз відмовитися від КМСОНП і повернутися до традиційної системи навчання – точка звороту вже залишилась позаду. Але для забезпечення ефективності впровадження цієї новітньої освітньої технології вважаємо необхідним цілий комплекс різнорівневих заходів, таких, як: 1) реалізація державної програми підтримки освіти, що передбачає цільове фінансування реформ і посилення матеріально-технічної бази університетів як центрів реформування; 2) розробка МОН України пакета нормативно-правових документів, що регламентують всі аспекти навчального процесу і педагогічної діяльності у ВНЗ при КМСОНП; 3) вирішення МОН та МОЗ України питання про зменшення співвідношення викладач-студент у медичних ВНЗ до 1/6; 4) створення МОЗ України нового покоління державних стандартів медичної освіти і нових навчальних планів, відповідних сучасним європейським освітнім тенденціям і змісту європейської медичної освіти; 5) розробка МОЗ України Положення про навчальний процес у медичних ВНЗ при КМСОНП.

ності студентів медичних ВНЗ при кредитно-модульній організації навчального процесу / В.М. Казаков, О.М. Талалаєнко, М.Б. Первак, О.В. Котлубей // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 58-63.

8. Розробка методичних вказівок для студентів вищих медичних навчальних закладів відповідно до сучасних державних стандартів та принципів Болонського процесу / В.М. Казаков, І.С. Вітенко, О.М. Талалаєнко та ін. – Київ-Донецьк, 2005. – 158 с.

9. Порівняльний аналіз систем оцінювання навчальної діяльності студентів медичних ВНЗ при кредитно-модульній організації навчального процесу / В.М. Казаков, О.М. Талалаєнко, М.Б. Первак, Е.Ф. Барінов // Медична освіта. – 2007. – № 1. – С. 12-16.

10. Abstracts of Conference of Association for Medical Education in Europe. – Prague, 2008. – 330 p.

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В НАЦІОНАЛЬНОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

В.П. Черних, І.С. Гриценко, С.В. Огарь, Л.М. Віннік

Національний фармацевтичний університет, Харків

RESULTS DEALING WITH CREDIT AND MODULE SYSTEM IN THE ORGANISATION OF TRAINING PROCESS IN THE NATIONAL UNIVERSITY OF PHARMACY

V.P. Chernykh, I.S. Grytsenko, S.V. Ogar', L.M. Vinnik

National University of Pharmacy, Kharkiv

У статті наведено результати впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу в Національному фармацевтичному університеті. Отримані дані відображають позитивні тенденції: адаптація до зарубіжних систем освіти, систематичний контроль та діагностика знань, індивідуальний підхід, спрямованість на самостійну творчу роботу.

Results dealing with credit and module system in the organisation of training process in the National University of Pharmacy have been discussed in the article. Obtained results have reflected positive tendencies in our university training process: adaptation to foreign system of education, systematic knowledge monitoring and diagnostics, individual approach, self-guided creative work.

Вступ. Основне завдання вищої освіти – формування особистості спеціаліста, який здатний до саморозвитку, самоосвіти, інноваційної діяльності. Вирішення цього завдання навряд можливе тільки шляхом трансляції знань у готовому вигляді від викладача до студента. Необхідно перевести студента із пасивного отримувача знань в активного їх творця, який вміє формулювати проблему, проаналізувати шляхи її вирішення, знайти оптимальний результат та довести його правильність [1].

Основна частина. Мета статті полягає на основі аналізу проведення педагогічного експерименту з кредитно-модульної системи навчального процесу та на підставі результатів соціологічного дослідження узагальнити практичний досвід для покращання організації навчального процесу відповідно до вимог підвищення якості підготовки спеціалістів фармацевтичної галузі.

Реалізація основних засад кредитно-модульної системи полягає у прозорості навчального процесу, повній інформованості студентів про зміст навчальних планів та навчальних програм.

Студенти вже на початку семестру знають:

- зміст навчального матеріалу;
- критерії оцінювання знань;

– кількість балів під час поточних та підсумкових контрольних занять.

В електронних читальних залах на відповідних файлах з кожної дисципліни навчального плану розміщено відповідні навчально-методичні матеріали, складовими яких є:

- перелік питань, що охоплюють зміст робочої програми дисципліни;
- приклади типових завдань, що виносяться на іспит;
- порядок поточного і залікового модульного контролю знань з дисципліни;
- список рекомендованої літератури.

Критерії оцінювання та методи і способи контролю визначаються в додатку до робочої навчальної програми кожної дисципліни.

Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу пов'язане з переходом від парадигми навчання до парадигми освіти. В цьому плані слід визнати, що самостійна робота студентів (СРС) є не просто важливою формою освітнього процесу, а повинна стати його основою [2]. Це передбачає орієнтацію на активні методи оволодіння знаннями, розвиток творчих здібностей студентів, перехід від поточного до індивідуалізованого навчан-

ня з урахуванням потреб та можливостей особистості. Мова йде не просто про збільшення кількості годин на самостійну роботу. Посилення ролі самостійної роботи студентів означає принциповий перегляд організації навчального процесу в Національному фармацевтичному університеті, який повинен будуватися так, щоб розвивати вміння вчитися, формувати у студента здібності до саморозвитку,

розвивати вміння творчо використовувати отримані знання, формувати способи адаптації до професійної діяльності у сучасному світі.

Керуючись відповідними наказами МОН і МОЗ України, Національний фармацевтичний університет є учасником експерименту щодо реалізації положень Болонської декларації. Сьогодні в експерименті задіяні студенти напряму “Фармація” (табл. 1).

Таблиця 1. Кількість студентів, які навчаються за КМСОНП

Спеціальність	Кількість студентів
Фармація (вітчизняні студенти)	1651
Фармація (іноземні студенти)	700
Клінічна фармація	111
Технологія парфумерно-косметичних засобів	153
Технологія фармацевтичних препаратів	106

Якість освіти в теперішній час відіграє важливу роль та розглядається як необхідна умова конкурування випускників на ринку праці.

Завдання, які сьогодні стоять перед вищою фармацевтичною освітою, – перетворити особисті цілі студента в зміст і технологію навчального процесу. Коли випускник фармацевтичного навчального закладу отримав у процесі навчальної діяльності певні навички та уміння, які дають йому можливість самостійно виконувати свої професійні обов’язки та творчо застосовувати отримані знання, можна вважувати, що він отримав якісну освіту.

Результатом впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу та рейтингової системи оцінки знань студентів є:

– інтенсифікація навчального процесу та підвищення якості підготовки фахівців;

- систематичність засвоєння навчального матеріалу;
- встановлення зворотного зв’язку з кожним студентом на визначених етапах навчання;
- контроль та своєчасне коригування навчально-виховного процесу;
- підвищення мотивації учасників навчально-виховного процесу;
- зменшення пропусків навчальних занять;
- підвищення відповідальності студентів за результати навчальної діяльності.

За результатами роботи з впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу та рейтингової оцінки знань студентів підвищилась якість навчання (рис. 1).

Організація навчального процесу в університеті визначає якість підготовки студентів та є вирішальним фактором формування майбутніх спеціалістів. Вив-

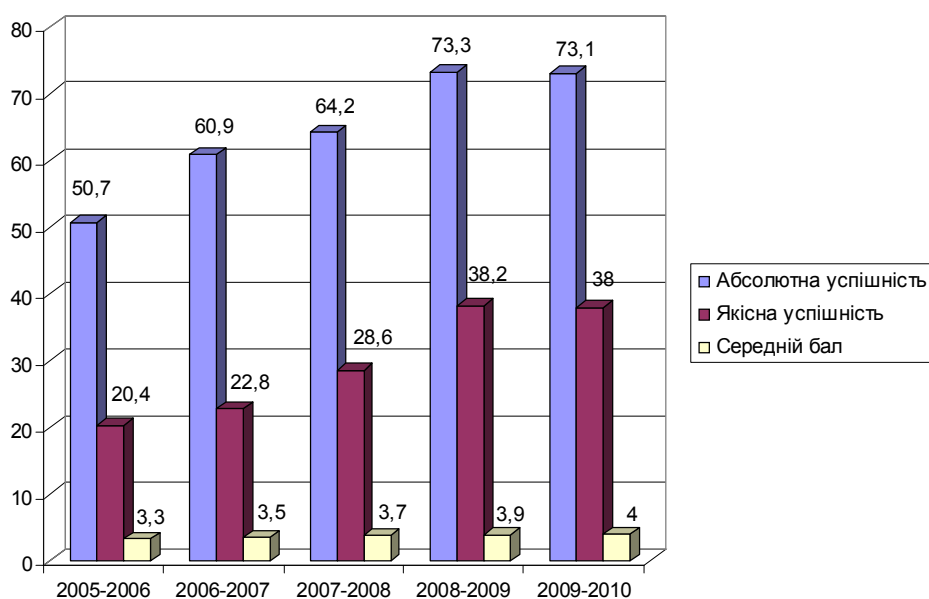


Рис. 1. Результати успішності студентів напряму “Фармація” за роки проведення експерименту.

чення думки студентів щодо процесу впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу дозволяє визначити сильні та слабкі сторони навчального процесу та сформулювати комплекс заходів для усунення його недоліків.

У процесі впровадження кредитно-модульної системи та рейтингової оцінки знань у Національному фармацевтичному університеті проводилися соціологічні дослідження з питань кредитно-модульної системи організації навчального процесу. В опитуванні брали участь студенти 2-5 курсів спеціальностей “Фармація”, “Клінічна фармація”, “Технологія парфумерно-косметичних засобів”, “Технологія фар-

мацевтичних препаратів”. Вибірка складала 21,4 % респондентів чоловічої статі та 78,6 % – жіночої.

У ході опитування вивчалась думка студентів з низки питань, основними з яких є: відрізок часу, що приділяється для самостійної роботи при підготовці до занять; за допомогою яких джерел проводиться самостійна робота; завдяки чому можливе підвищення якості освіти у ході впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу; чи сприяє процес впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу підвищенню рівня професійної підготовки. Результати досліджень представлені на рисунках 2-5.

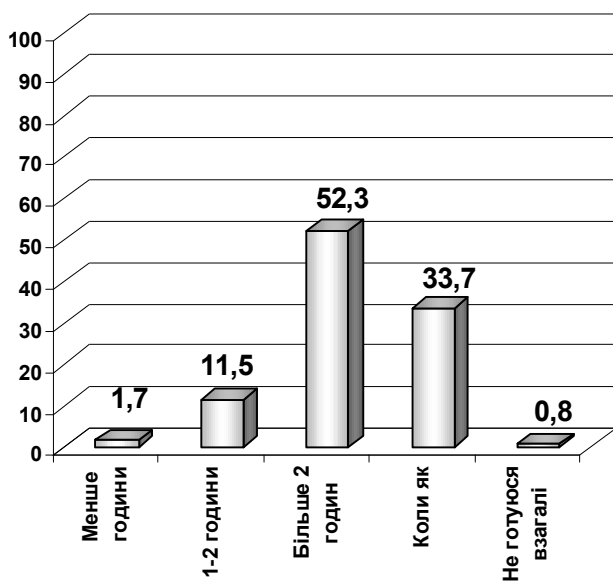


Рис. 2. Час, який щодня приділяється підготовці до занять.

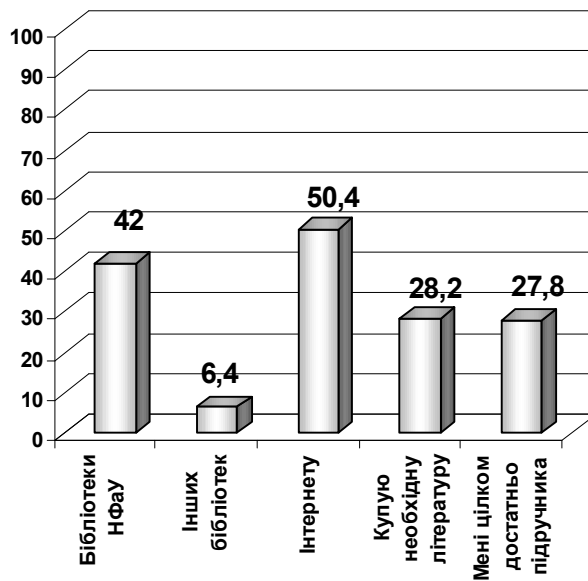


Рис. 3. Джерела, до яких звертається студент при виконанні самостійної роботи.

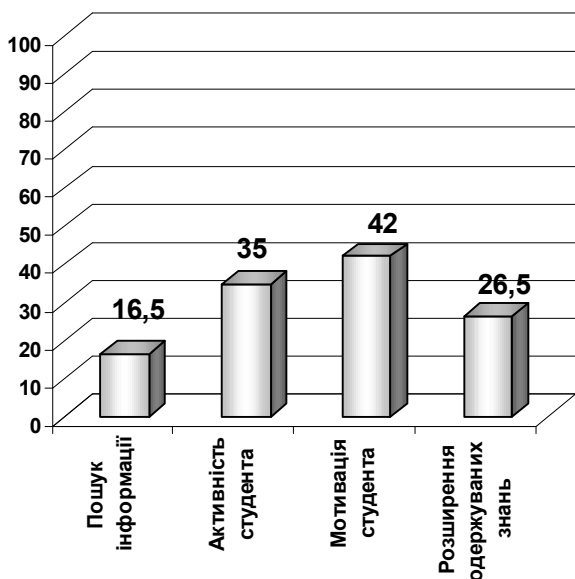


Рис. 4. Критерії підвищення якості освіти у ході впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу.

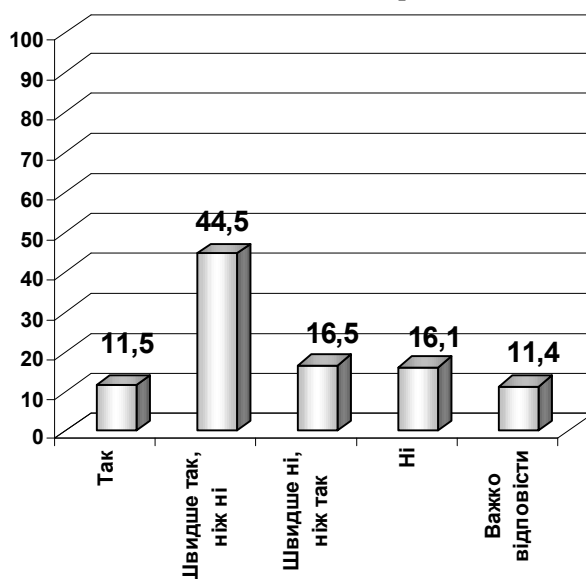


Рис. 5. Вплив кредитно-модульної системи організації навчального процесу на підвищення рівня професійної підготовки.

За результатами проведеного дослідження, враховуючи вищезазначені та інші фактори, які вивчалися, необхідно здійснити такі заходи:

- пропагувати серед студентів переваги кредитно-модульної системи навчання перед традиційною системою в нових умовах інтеграції України до Європейського освітнього простору;
- збільшувати кількість спеціально обладнаних класів для проведення комп’ютерного тестування;
- спрямовувати студентів на самостійну творчу роботу.

Самостійна робота студентів є одним з методів оволодіння навчальним матеріалом, невід’ємною складовою освітнього процесу, регламентується навчальним планом і становить не менше 1/3 і не більше 2/3 обсягу навчального часу, відведеного для вивчення конкретної дисципліни. Зміст самостійної роботи студентів з конкретної дисципліни визначається навчальною програмою та робочою навчальною програмою дисципліни.

Матеріально-технічне забезпечення самостійної роботи студентів в НФаУ:

- бібліотека з читальним залом, укомплектована відповідно до чинних норм;
- комп’ютерні класи з можливістю роботи в Інтернеті;
- аудиторії (класи) для самопідготовки;
- навчальна та навчально-методична література, розроблена з урахуванням частки самостійної роботи студентів конкретної дисципліни.

У кредитно-модульній системі навчання теми самостійної роботи входять до підсумкового модульного контролю, результати якого враховуються під час виставлення підсумкових балів. Самостійна робота студента, яка передбачена заняттям поряд з аудиторною роботою, оцінюється під час поточного контролю теми на відповідному занятті.

Література

1. Основні засади розвитку вищої освіти України в контексті Болонського процесу (документи і матеріали 2003-2004 рр.) / М.Ф. Степко, Я.Я. Болюбаш, В.Д. Шинкарук та ін.; За ред. В.Г. Кременя. – Тернопіль: Тернопільський державний педагогічний університет імені Володимира

Активна самостійна робота студентів можлива тільки при наявності серйозної мотивації. Найсильніший мотивуючий чинник – підготовка до подальшої ефективної професійної діяльності, що визначається:

- участю студентів у науково-дослідній роботі, що проводиться на кафедрах університету;
- участю в університетських та міжнародних курсах науково-дослідних робіт студентів;
- виконанням індивідуальних науково-дослідних завдань;
- виявленням творчих та професійних здібностей під час виробничої практики;
- допомогою викладача у розкритті та розвитку потенціалу студента.

Висновки. За роки експерименту впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у Національному фармацевтичному університеті встановлені позитивні тенденції у навчальному процесі, що визначаються:

- адаптацією до зарубіжних систем освіти;
- систематичним контролем засвоєння студентами знань з кожної теми і дисципліни в цілому;
- діагностуванням знань студентів у контрольних точках завдяки структуруванню дисциплін на змістові та залікові модулі;
- індивідуальним підходом до навчання;
- спрямованістю на самостійну творчу роботу.

Реформування вітчизняної системи освіти з метою зближення з європейською освітою, використовуючи кредитно-модульну систему організації навчального процесу як засіб за умов збереження фундаментальних цінностей і конкурентних переваг вітчизняної системи вищої фармацевтичної освіти, означає визнання випускників нашого університету в університетах різних країн, дає можливість переходу в інші навчальні заклади із збереженням досягнутих знань.

Гнатюка, 2004. – 147 с.

2. Михайловський А.В. Традиційні і нові технології у навчальному процесі // <http://www.management.com.ua/be/be022.html>

НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ОСНОВ НАНОФАРМАКОЛОГІЇ СТУДЕНТАМ МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ

I.C. Чекман

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

SCIENTIFIC-METHODICAL ASPEKTS TEACHING NANOPHARMACOLOGY STUDENTS OF MEDICAL FACULTY

I.S. Chekman

National Medical University by O.O. Bohomolets

Нанофармакологія вивчає фізико-хімічні, фармакодинамічні, фармакокінетичні властивості, розроблені на основі нанотехнологій нанопрепаратів, показання, протипоказання до їх застосування, можливі побічні ефекти. Викладання студентам медичного факультету цього нового напрямку сучасної науки має важливе науково-педагогічне значення.

Nanopharmacology is a science about physical and chemical, pharmacodynamic, pharmacokinetic properties of developed on the basis of nanotechnology drugs, as well as indications, contraindications to their use, possible side effects. Teaching students of medical faculty of the new direction of modern science has important scientific and educational value.

Вступ. Одним із видатних досягнень людства кінця минулого сторіччя слід вважати вивчення властивостей біологічних і синтетичних матеріалів нанорозмірів. Слова “нанонаука”, “нанотехнології”, “наномедицина”, “нанофармакологія” та інші з префіксом “нано” стали вживати спеціалісти різних напрямків діяльності [1, 3–7]. Своєрідний бум у сфері нанонауки, що розпочався близько 30 років тому, викликав необхідність в дослідженнях наноб’єктів, які мають своєрідні, часто несподівані, техногенні, фізичні, хімічні, фізико-хімічні, біологічні, фармакологічні, токсикологічні властивості, відмінні від частинок макророзмірів і, навіть, мікророзмірів (перша особливість нанонауки). Застосування методів прямої візуалізації наноматеріалів і наночастинок, таких, як тунельна електронна мікроскопія, мікроскопія атомних сил, рентгеноструктурний аналіз, а також відомих спектроскопічних методів дозволило більш детально вивчити властивості нанорозмірних структур. Наноматеріали почали застосовувати для профілактики, діагностики та лікування різних захворювань.

Студенти медичних ВНЗ мають ще під час навчання знати про основні досягнення нанонауки, нанотехнологій, наномедицини, нанофармакології і нанофармації у світі для подальшого впровадження їх результатів у практичну діяльність. Є актуальним

питання методичних основ викладання цих напрямків науки.

Основна частина. Дослідження фізико-хімічних, колоїдно-хімічних, фармакологічних, біохімічних механізмів взаємодії наночастинок з біологічними об’єктами (клітинами макро- та мікроорганізму) дозволило встановити не тільки їх позитивний чи негативний вплив на біоструктури та навколишній світ, але можливість широкого застосування у техніці, сільському господарстві, медицині як ефективні препарати, а також як носії для цільової доставки лікарських засобів і фізіологічно активних речовин до патологічного процесу. Завдяки цим дослідженням деякі наноматеріали вже знайшли застосування у практичній діяльності. Наприклад, надтверді сплави металів у техніці, ліпосоми у медицині, фулерени і дендримери для діагностики захворювань і цільової доставки лікарських засобів.

На лекціях і практичних заняттях необхідно акцентувати увагу студентів на тому, що фізіологічно активні речовини організму людини та лікарські засоби мають такі нанорозміри: антитіла – 10 нм, ангіотензинперетворюючий фермент – 10 нм, гемоглобін – 7 нм, фібриноген – 5 нм, дигоксин – 2,6 нм, ДНК у діаметрі – 2,5 нм, інсулін – 2,2 нм, ергокальциферол – 1,6 нм, кверцетин – 1,2 нм, ретинол – 1,0 нм, АТФ –

0,95 нм, ацетилхолін – 0,8 нм. Розміри альбуміну людини від 4 нм до 10 нм і знаходяться, відповідно, внизу нанорозмірного діапазону. Розмір наночастинок менше 10 нм зумовлює їх виражену біологічну активність. Амінокислоти, з яких синтезується білок, завдяки тому, що розмір їх менше одного нанометра, легко проникають через біологічні мембрани, беруть участь в регуляції діяльності органів і систем організму, обміні речовин, сприяючи синтезу білка, а також беруть участь в обміні речовин, проявляють виражену фармакологічну активність.

Наночастинки золота володіють особливими фізичними, хімічними та фармакологічними властивостями, які дозволили застосовувати їх біосенсиори, каталізатори для діагностики захворювань. Наночастинки золота застосовують у лікуванні захворювань (злоякісні пухлини, інфекційні захворювання) шляхом фототермальної терапії. Однією із актуальних проблем сучасної нанотехнології є отримання наночастинок органічного і неорганічного походження з фіксованим розміром, а також застосування їх у нанобіо-

технологіях, у медичній практиці [2, 10–12]. На кафедрі фармакології та клінічної фармакології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця протягом останніх 7-ми років проводяться дослідження з нанофармакології – нанодисперсного кремнезему [8]. У січні 2009 року з ініціативи президента НАН України академіка Б.Є. Патона та ректора Національного медичного університету імені О.О. Богомольця члена-кореспондента АМН України В.Ф. Москаленка створена спільна лабораторія з електронно-променевої технології неорганічних матеріалів для медицини [9].

Висновок. Аналізуючи дослідження вітчизняних і зарубіжних вчених з нанофармакології, можна зробити узагальнення – у світі проводяться інтенсивні дослідження з розробок нових технологій отримання нанопрепаратів. Зокрема, наноліпосоми уже застосовують у кардіологічній практиці. Викладання студентам здобутків вчених з нанофармакології сприятиме вивченню сучасних напрямків світової і вітчизняної науки.

Література

1. Нанохімія. Наносистеми. Наноматеріали / С.В. Волков, С.П. Ковальчук, В.М. Генко, О.В. Решетняк. – Київ: Наукова думка, 2008. – 422 с.
2. Мовчан Б.А. Электронно-лучевая гибридная нанотехнология осаждения неорганических материалов в вакууме // Актуальные проблемы современного материаловедения. – Киев: Изд. Академперіодика, 2008. – Т. 1. – С. 227-247.
3. Нанонаука і нанотехнології: технічний, медичний та соціальний аспекти / Б. Патон, В. Москаленко, І. Чекман, Б. Мовчан // Вісн. НАН України. – 2009. – № 6. – С. 18-26.
4. Наукові основи наномедицини, нанофармакології та нанофармації / В.Ф. Москаленко, В.М. Лісовий, І.С. Чекман і співавт. // Вісник Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. – 2009. – № 2. – С. 17-31.
5. Нанонаука і нанотехнології: технічний, медичний та соціальний аспекти / Б. Патон, В. Москаленко, І. Чекман, Б. Мовчан // Вісн. НАН України. – 2009. – № 6. – С. 18-26.
6. Чекман І.С. Нанофармакологія: експериментально-клінічний аспект // Лікарська справа. Врачебное дело. – 2008. – № 3-4. – С. 104-109.
7. Фармакологічний, токсикологічний і клінічний аспекти наномедицини / І.С. Чекман, С. Каплинський, Т.Ю. Небесна, А.О. Терентьев // Фармакологія та лікарська токсикологія. – 2008. – № 4(5). – С. 3-9.
8. Медицинская химия и клиническое применение диоксида кремния / А.А. Чуйко, В.К. Погорельый, А.А. Пентюк и соавт. – К.: Наукова думка, 2003. – 415 с.
9. Шпак А.П. Звіт про діяльність НАН України у 2008 році. – Київ, 2009. – 298 с.
10. Caruthers S.D., Wickline S.A., Lanza G.M. Nanotechnological application in medicine // Current Opinion in Biotechnology. – 2007. – Vol. 18. – P. 26-30.
11. Jain K.K. Nanomedicine: application of nanobiotechnology in medical practice // Med. Princ. Pract. – 2008. – Vol. 17, №2. – P. 89-101.
12. Medina C., Santos-Martinez M.J., Radomski A. et al. Nanoparticles: pharmacological and toxicological significance // Br. J. Pharmacol. – 2007. – Vol. 150. – P. 552-558.

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ 7.110106 “СТОМАТОЛОГІЯ”

В.М. Ждан, В.М. Бобирьов, С.М. Білаш, А.І. Сидорова

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

PERSPECTIVE OF CREDIT-MODULAR SYSTEM INTRODUCTION OF EDUCATION ON THE SPECIALITY 7.110106 “STOMATOLOGY”

V.M. Zhdan, V.M. Bobyryov, S.M. Bylasch, A.I. Sidorova

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

У статті висвітлено особливості структурування деяких навчальних дисциплін на стоматологічному факультеті відповідно до кредитно-модульної системи організації навчального процесу. Представлено нові навчальні плани на кафедрі внутрішніх хвороб, хірургічних хвороб з травматологією та ортопедією та на кафедрі терапевтичної стоматології.

In article features of some subject matters structurization of stomatologic faculty according to credit-modular system of the educational process organisation are reflected. New curriculums on internal illnesses, surgical illnesses with traumatology and orthopedy and of therapeutic stomatology department are presented.

Вступ. Одним з ключових моментів вступу України до Європейського Союзу стало підписання урядом Болонської декларації, до якої входять 47 держав Європи. Ключовою особливістю Болонської декларації є запровадження кредитно-модульної системи навчання. Запровадження цієї новачії неможливе без ґрунтового методологічного супроводу та розробки основних документів, які затверджені ЦМК МОЗ України, а саме: типових навчальних планів та на їх основі робочих навчальних програм з навчальних дисциплін [1–3].

Основна частина. Згідно з наказом МОЗ України за № 929 від 7.12.2009 року затверджений навчальний план підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “лікар-стоматолог”, який вводиться до запровадження з 2009-2010 навчального року. Цей навчальний рік є перехідним етапом, навчальні години вже складені відповідно до кредитно-модульних, але форми підсумкового контролю залишилися ті, які діяли у 2008-2009 навчальному році.

З 2010-2011 навчального року вводиться кредитно-модульна система організації навчального процесу, починаючи з 1-го курсу прийому 2010-2011 навчального року та 2-го курсу прийому 2009-2010 навчального року. Тобто з 1 вересня 2010 року за кредитно-модульною системою організації навчаль-

ного процесу будуть навчатися студенти 1 та 2 курсів стоматологічного факультету.

Враховуючи специфіку викладання за кредитно-модульною системою, можливо допустити, що особливих труднощів з розробкою та методологічним супроводом навчання за кредитно-модульною системою на кафедрах, які викладали вже для студентів медичного факультету, не буде, але існує низка кафедр, які вперше будуть працювати за даною методикою. Це кафедри стоматологічного профілю: пропедевтика внутрішньої медицини, пропедевтика терапевтичної стоматології, пропедевтика ортопедичної стоматології, пропедевтика дитячої стоматології та кафедра хірургічних хвороб. З метою ознайомлення із ключовими особливостями Європейської кредитно-трансферної системи для викладачів цих кафедр були прочитані курси лекцій, які стосувались особливостей запровадження кредитно-модульної системи кількістю 30 годин. Але, враховуючи новий навчальний план, потрібно відмітити, що студенти-стоматологи на першому курсі будуть вивчати 17 навчальних дисциплін, а другого курсу – 18, тому потрібно активізувати роботу кафедр щодо структурування своїх робочих програм до вимог європейської кредитно-трансферної системи та розробити методологічний супровід своїх навчальних дисциплін.

Враховуючи, що деякі кафедри академії є опорними за фахом “Стоматологія”, а саме кафедри: хірургічних хвороб, внутрішньої медицини, терапевтичної стоматології, постає завдання щодо створення колективами кафедр типових навчальних програм з цих дисциплін та затвердження їх на ЦМК МОЗ України з метою координації роботи профільних кафедр ВМНЗ України. У зв'язку з цим, дозволимо собі зупинитись на особливостях структурування цих навчальних дисциплін відповідно до кредитно-модульної системи організації навчального процесу.

Вивчення основ внутрішньої медицини має першочергове значення для підготовки лікарів усіх спеціальностей. Викладання внутрішніх хвороб повинно інтегрувати знання, здобуті на медико-біологічних кафедрах (анатомія, гістологія, фізіологія, біохімія), в навички семіотичного мислення.

Новий навчальний план передбачає збільшення навчальних годин на вивчення внутрішньої медицини, введення нових дисциплін: “Медицина надзвичайних ситуацій” на 4 курсі та “Екстрена та невідкладна медична допомога” на 5 курсі, що буде сприяти покращанню підготовки випускників у цих важливих для практичної діяльності лікаря-стоматолога напрямках.

На 2 курсі (4 семестр) викладають пропедевтику внутрішніх хвороб, заняття проводять на базах загальнотерапевтичних та спеціалізованих відділень клінічних лікарень. Аудиторні практичні заняття проводяться у вигляді клінічних розборів, самостійної курації хворих з написанням фрагментів історій хвороб, вирішення тестових завдань, роботи у діагностичних кабінетах. Позааудиторні самостійні заняття включають реферати навчальної літератури за планом, складеним викладачем, у вигляді контрольних питань за темою та вирішення тестових завдань. Рекомендується переважно письмове виконання позааудиторної самостійної роботи. Для цього використовуються навчальні посібники (сілабуси), затвержені ЦМК МОЗ України.

При вивченні пропедевтики внутрішніх хвороб широко впроваджуються елементи навчально-дослідницької роботи студентів з проведенням підсумкових науково-практичних конференцій клініки або залучення студентів до наукового пошуку в гуртках СНТ.

Згідно з наказом МОЗ № 929 виробнича практика по догляду за хворими проводиться після 4 семестру протягом двох тижнів (60 аудиторних та 45 позааудиторних годин) на базі стаціонарів загального профілю. Аудиторні години студенти проводять у різних відділеннях стаціонару під наглядом та за інструкцією

викладача, відповідального за проведення практики. Позааудиторні години відпрацьовуються у вигляді самостійних чергувань. За період практики студенти повинні скласти конспект або заповнити сілабус з теорії по догляду за хворими, користуючись затвердженими підручниками. Виконати певний (затверджений) перелік обов'язкових практичних навичок у необхідній (затвердженій) кількості, що відображається у щоденнику практики.

Самостійна робота у вигляді вечірніх або нічних чергувань. Щоденник практики контролює та підписує відповідальний працівник стаціонару та викладач – керівник практики. Залік з виробничої практики проводиться до початку 5 семестру.

Навчальна дисципліна “Внутрішня медицина” викладається на III та IV курсах (5-8 семестри). Мета навчання: вміти розпізнавати за зовнішніми ознаками та даними анамнезу найбільш поширені внутрішні хвороби і їх ускладнення, які загрожують життю пацієнтів, та знати тактику лікаря-стоматолога по відношенню до хворих із соматичною патологією. Вміти оцінювати її значення для виникнення та перебігу хвороб органів ротової порожнини та роль патології органів ротової порожнини в розвитку соматичних захворювань. При вивченні внутрішніх хвороб на всіх курсах широко впроваджуються елементи навчально-дослідницької роботи студентів з проведенням підсумкових (річних) науково-практичних конференцій клініки або залучення студентів до наукового пошуку в гуртках СНТ.

Після закінчення курсу студенти повинні знати: основи законодавства та основні директивні документи про охорону здоров'я; питання етіології, клінічної діагностики основних внутрішніх хвороб та їх ускладнень згідно з переліком ОПП, принципи сучасної медикаментозної та немедикаментозної терапії невідкладних станів; роль лікаря-стоматолога в профілактиці внутрішніх хвороб; питання санітарно-просвітницької роботи.

У процесі навчання студенти повинні оволодіти: методами діагностики патології внутрішніх органів за синдромним та нозологічним принципами, формулювання клінічного діагнозу захворювань, які потребують особливої тактики лікаря-стоматолога та надання невідкладної лікарської допомоги при станах, що загрожують життю та здоров'ю хворих, згідно з переліком, наведеним в ОПП.

Кафедрою хірургічних хвороб з травматологією та ортопедією, як опорною, запропонований новий типовий навчальний план з дисципліни “Загальна хірургія” для студентів стоматологічного факультету з

урахуванням того, що в підготовці сучасного фахівця-стоматолога курс хірургії посідає важливе місце.

Належне засвоєння хірургії можливе при застосуванні сучасних методів викладання. Кредитно-модульна система, як модель організації навчального процесу, ґрунтується на поєднанні модульних технологій навчання та залікових одиниць (залікових кредитів). Курс загальної хірургії є першим при вивченні хірургічних хвороб та хірургії надзвичайних станів.

Вивчення загальної хірургії включає 6 модулів: “Загальні вчення та догляд за хірургічними хворими”; “Загальні хірургічні термінові стани”; “Хірургічна інфекція та хірургічні аспекти хвороб”; “Хірургічна інфекція”; “Змертвіння. Основи онкології та аномалій розвитку”; “Обстеження та курація хірургічних хворих”. Кожен модуль включає від 3-х до 7-ми змістових модулів.

Згідно з навчальним планом, основними видами навчальних занять є лекції, практичні заняття, самостійна теоретична робота студентів, практична робота в перев’язувальних та операційних, участь у чергуваннях в клініці, консультації. Крім того, практичні заняття за методикою є клініко-лабораторними і передбачають обстеження хворого з хірургічною патологією, практичне використання хірургічних методів діагностики та лікування, вирішення клінічних ситуаційних задач та тестів.

При завершенні вивчення загальної хірургії, як частини освітньо-професійної програми, студент повинен вміти: демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації у загальній хірургії; демонструвати володіння навичками організації режиму і догляду за хірургічним хворим, виконувати необхідні медичні маніпуляції; застосовувати основні принципи асептики, антисептики, анестезії; аналізувати результати лабораторних та інструментальних методів дослідження; проводити опитування і фізикальне обстеження хірургічних хворих та аналізувати їх результати.

Вивчення терапевтичної стоматології в умовах кредитно-модульної системи організації навчання розпочинається на 2-му році навчання (III та IV семестри) з її основ – пропедевтики терапевтичної стоматології.

Дана дисципліна структурується на 2 модулі. У модулі 1 “Будова зубів та препарування каріозних порожнин” (2 кредити – 60 год) доцільно виділити 2 змістових модулі.

При вивченні змістового модуля № 1 “Анатомо-гістологічні та клініко-топографічні особливості будови зубів” студенти засвоюють анатомо-гістологі-

чну будову та хімічний склад емалі, дентину, цементу та пульпи, їх вікові зміни, вплив функціонування слинних залоз на стан твердих тканин зуба. Знання клініко-анатомічних особливостей будови зубів різних груп та їх прикмет дають можливість визначити належність зубів до тієї чи іншої групи, сторони, верхньої чи нижньої щелепи.

Змістовий модуль № 2 “Препарування каріозних порожнин” передбачає вивчення призначення стоматологічного інструментарію для обстеження та лікування пацієнтів, класифікацію каріозних порожнин за Блеком. Найважливішою частиною цього модуля є отримання практичних навичок та вмінь щодо препарування каріозних порожнин різними методиками (класична, М.І.-терапія, ART-терапія, тунельне препарування), дотримання режиму та їх етапів.

Модуль 2 “Пломбувальні матеріали та ендодонтія” (2,5 кредити – 75 год) містить наступний змістовий модуль № 3 “Пломбувальні матеріали”, в якому вивчаються склад, фізико-хімічні властивості, позитивні та негативні якості пломбувальних матеріалів різних груп для тимчасових та постійних пломб, механізм дії матеріалів для лікувальних прокладок. Студенти набувають вміння визначити показання та використовувати матеріали різних груп для пломбування каріозних порожнин всіх класів за Блеком. Особлива увага приділяється вивченню різновидів адгезії та сучасному трактуванню її механізму в сучасних композиційних матеріалах.

Завершує вивчення пропедевтичного курсу змістовий модуль № 4 “Ендодонтія”, у якому вивчаються види та призначення ендодонтичного інструментарію вітчизняного виробництва та за системою ISO, анатомо-топографічні особливості будови порожнин зубів різних груп. Студенти засвоюють етапність проведення таких ендодонтичних маніпуляцій, як: трепанація зуба, ампутація, екстирпація пульпи, видалення гнилого розпаду, отримують практичні навички щодо механічної обробки кореневих каналів, їх пломбування матеріалами різних груп залежно від їх прохідності, ступеня інфікування.

Дисципліна “Терапевтична стоматологія” вивчається протягом 3-го, 4-го та 5-го років навчання (V – X семестри). Вона структурується на 6 модулів. 1-й модуль “Обстеження стоматологічного хворого та захворювання твердих тканин зуба” (120 год – 4 кредити) складається з 2-х змістових модулів.

При вивченні змістового модуля № 1 “Обстеження стоматологічного хворого з одонтопатологією” приділяється увага засвоєнню основних клінічних та додаткових методів обстеження стоматологічних

пацієнтів, їх інформативності та значимості при діагностиці одонтопатології.

Змістові модулі № 2, № 3, № 4 “Карієс та некаріозні ураження зубів”, “Захворювання ендодонта” (150 год – 5 кредитів) передбачають вивчення причин розвитку та механізм утворення дефектів твердих тканин зуба каріозного та некаріозного походження, пульпіту, періодонтиту, їх класифікацію, клінічні прояви. Студенти навчаються використовувати різні методи лікування карієсу та його ускладнень залежно від форми нозологічної одиниці, перебігу патологічного процесу.

Модуль 3 “Захворювання пародонта” та модуль 4 “Захворювання слизової оболонки порожнини рота”, кожен з яких поділяється на 2 змістових модулі, пе-

редбачає вивчення механізму розвитку, клінічних проявів пародонтиту та захворювань слизової оболонки порожнини рота, сучасних методів терапевтичного лікування в поєднанні з хірургічним та ортопедичним, а також причини виникнення помилок та ускладнень при діагностиці та лікуванні одонто- та пародонтопатології, методів їх запобігання та виправлення.

Висновок. Таким чином, структурування дисципліни та методологічний підхід при вивченні терапевтичної стоматології в умовах кредитно-модульної системи організації навчання дає можливість студентам стоматологічного факультету – майбутнім лікарям отримати цілісне бачення проблеми діагностики та лікування основних стоматологічних захворювань.

Література

1. Ждан В.М., Бобирьов В.М., Шешукова О.В. Підготовка стоматологів в Україні і Болонський процес // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 37-39.

2. Порівняльний аналіз систем оцінювання навчальної діяльності студентів медичних ВНЗ при кредитно-модульній організації навчального процесу / В.М. Казаков, О.М. Та-

лаласнко, М.Б. Первак, Е.Ф. Барінов // Медична освіта. – 2007. – № 1. – С. 12-16.

3. Байденко В.И., Дж. ван Зантворт. Модернизация профессионального образования: современный этап. Европейский фонд образования. – М., 2003. – 186 с.

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ НА БАЗІ ІНФЕКЦІЙНОЇ КЛІНІКИ

М.А. Андрейчин, Н.Ю. Вишнеvsька, Н.Г. Завіднюк, О.Л. Івахів, Н.А. Васильєва,
В.С. Копча, Ю.О. Івахів, Н.А. Ничик, І.С. Ішчук, В.О. Качор, О.С. Луцук
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ORGANIZATION OF EDUCATION BY CREDIT-MODULE SYSTEM ON BASE OF INFECTIOUS CLINIC

M.A. Andreychyn, N.Yu. Vyshnevskaya, N.H. Zavidnyuk, O.L. Ivakhiv, N.A. Vasylieva,
V.S. Kopcha, Yu.O. Ivakhiv, N.A. Nychyk, I.S. Ishchuk, V.O. Kachor, O.S. Lutsuk
Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Визначено переваги застосування кредитно-модульної системи (КМС) навчання. За результатами її апробації у навчальному процесі кафедри інфекційних хвороб автори дійшли висновку, що все ж таки на практиці виникають певні об'єктивно і суб'єктивно зумовлені труднощі, тому вважають необхідним здійснення постійного моніторингу її реалізації з метою оперативної ідентифікації та своєчасної ліквідації “вузьких місць”. Неприпустимо “сліпо” копіювати і наслідувати навіть кращі зарубіжні зразки організації освіти і науки. Необхідно послідовно формувати унікальну, адаптовану до наявних умов нашого ВНМЗ ефективну систему навчання і виховання висококваліфікованих медичних працівників.

The advantages of realization the credit-module system (CMS) of education are marked. By the results of its approbation in educational process of the infectious diseases department the authors arrived at a conclusion, that some objective and subjective hardship appear, and that's why the necessity of realization of the permanent monitoring after introduction of CMS is needed with the aim of operative identification and liquidation of “narrow places”. It is not allowed “blindly” to copy and borrow even the best methodological receptions of organization the education and science. It is necessary to form unique, adopted to present conditions of our high educational medical institutions the effective system of teaching the highly qualified medical workers.

Вступ. На сучасному етапі розвитку вищої освіти в Україні актуальним є проведення заходів, спрямованих на формування якісно нового освітнього простору, адаптацію національної системи освіти відповідно до європейських принципів, норм і стандартів. Створення належних умов функціонування вищих навчальних закладів (ВНЗ) дозволить підвищити ефективність організації навчального процесу, повною мірою реалізувати інтелектуальний потенціал професорсько-викладацького складу, активізувати студентів, суттєво підвищити рівень їх знань і практичних навичок. У цьому контексті важливим стратегічним завданням на макро- і мікрорівнях є забезпечення високої якості підготовки фахівців та їх конкурентоспроможності на міжнародному ринку праці. Створення єдиного Європейського освітнього і наукового простору, уніфікація критеріїв і стандартів вищої освіти, формування інноваційного освітнього середовища передбачають зміни в організації та змісті національної освіти. Сутність останніх полягає, перш

за все, в оптимізації кадрового забезпечення ВНЗ, комплексному вдосконаленні та модернізації навчального процесу шляхом впровадження інноваційних технологій навчання.

Основна частина. Першочерговим заходом у напрямі освітньої євроінтеграції є запровадження у вищих навчальних медичних закладах (ВНМЗ) КМС навчання, спрямованої на підвищення якості підготовки майбутніх медичних працівників. Це сприятиме уніфікації контролю засвоєння знань студентами і акредитації ВНЗ, виробленню порівняльних та оціночних критеріїв і методик на рівні ВНЗ Європи, взаємовизнання країнами-учасницями українських дипломів про вищу освіту, мобільності наших студентів, пошуку ефективніших способів засвоєння ними теоретичних знань і практичних навичок.

Відповідно до Болонської декларації, МОЗ України розроблено Концепцію реформування системи підготовки лікарів в Україні [1–3]. Нова модель трансформації освіти об'єднує інноваційні модульні техно-

логії, які полягають у впровадженні структурованого в кредитах навчального плану, модульної системи викладання, рейтингової системи оцінювання за багатобальною шкалою системи ECTS (European credit transfer system). Це означає перехід від пасивних форм навчання до активних, виділення значно більше, ніж раніше, часу для самостійної роботи студентів – до 40 % від загального обсягу [3].

Відповідно до наказів МОН і МОЗ України у всіх вищих навчальних медичних закладах України з 2005-2006 рр. запроваджено КМС навчання.

Метою впровадження КМС є реалізація положень Болонської декларації, інтенсифікація навчального процесу, підвищення мотивації учасників навчально-виховної системи, якості підготовки фахівців і забезпечення на цій основі конкурентоспроможності випускників ВНЗ не лише в Україні, а й за кордоном.

На підставі цих наказів навчальний процес у Тернопільському державному медичному університеті ім. І.Я. Горбачевського з 2004-2005 навчального року за всіма напрямками підготовки фахівців денної форми навчання здійснюється відповідно до Положення про організацію навчального процесу за КМС [1]. Паралельно у нашому університеті було запроваджено систему єдиного дня, що передбачає перехід до нової моделі організації навчально-методичного процесу. Суть цієї методики полягає у максимальному практичному спрямуванні роботи студента під час заняття, як на теоретичних, так і на клінічних кафедрах.

У межах навчальних програм, в тому числі й програм післядипломної освіти, ECTS варто розглядати як:

- засіб підвищення мобільності студентів для переходу з однієї навчальної програми на іншу, включаючи й програми післядипломної освіти;
- багатоцільовий інструмент реформування навчальних програм;
- засіб передачі кредитів ВНЗ інших країн.

Використання ECTS дає можливість враховувати всі досягнення студента за час навчання, зокрема: участь у наукових дослідженнях, конференціях, предметних олімпіадах, асистування під час операцій, самостійно виконані медичні маніпуляції тощо, а не лише засвоєні відповідно до програми дисципліни.

Впровадження європейської системи поточного і підсумкового контролю на основі залікових кредитів ECTS, застосування КМС навчання, перенос акценту з аудиторної на СРС, їх ґрунтовну практичну підготовку суттєво сприятимуть підвищенню фахової майстерності майбутніх працівників медичної сфери, підвищенню їх суспільного статусу через визнання не лише в Україні, але й за кордоном.

Надзвичайно велике значення має оволодіння студентами-медиками практичними навиками, яке доцільно організувати і здійснювати постійно. На кафедрі інфекційних хвороб з епідеміологією студенти опановують практичні навиками у декілька етапів. Перший етап передбачає, передусім, теоретичну підготовку студентів, їх ознайомлення з методикою збору потрібної інформації від пацієнта (скарги, анамнез захворювання, анамнез життя, епідеміологічний анамнез), його клінічного обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация), доцільність та інформативність проведення діагностичних, у тому числі загальноклінічних і специфічних (бактеріологічних, вірусологічних, імунологічних та молекулярно-біологічних), і лікувальних маніпуляцій. Оскільки особливістю більшості інфекційних хвороб є те, що вони заразні для оточуючих, викладачі кафедри значну увагу приділяють навчанню студентів профілактичних і протиепідемічних навиків. Насамперед, студент повинен знати, як працювати з хворим, щоб не заразитися самому і унеможливити поширення інфекції, засвоїти правила роботи із заразним матеріалом. Значні зусилля викладачі кафедри приділяють навчанню студентів медичної деонтології. На другому етапі студенти самостійно виконують діагностичні і лікувальні маніпуляції на манекенах і муляжах під керівництвом викладачів. В обладнаних кабінетах майбутні лікарі навчаються правил роботи з апаратурою і техніки безпеки. Третій етап – це самостійна робота студентів (СРС) із хворими під керівництвом викладача. Вона починається на практичному занятті, під наглядом викладача. Згодом кожний студент отримує на курацію хворого, оформлює історію хвороби, яку згодом захищає у професора чи доцента кафедри. Наприкінці навчального року студент повинен скласти об'єктивний структурований клінічний іспит (ОСКІ), який є своєрідним логічним завершенням опанування практичних навичок протягом року [3].

СРС є основним видом засвоєння навчального матеріалу у вільний від аудиторних занять час. Зміст СРС визначається робочою навчальною програмою, навчально-методичними матеріалами, завданнями та вказівками викладача. Під час самостійної роботи студент опрацьовує теоретичний матеріал, виконує індивідуальні завдання, проводить науково-дослідну роботу тощо.

Практична підготовка студентів є невід'ємною складовою процесу підготовки фахівців усіх освітньо-кваліфікаційних рівнів і здійснюється на оснащених відповідним чином базах університету, різних лікувально-профілактичних закладів, медичних громадсь-

ких організацій. Контрольні заходи щодо перевірки якості підготовки фахівців у медичному університеті є необхідним елементом зворотного зв'язку в навчальному процесі. Вони забезпечують визначення рівня досягнення завдань навчання і дозволяють корегувати, за необхідності, хід навчального процесу.

У нашому університеті використовуються такі види контролю: вхідний, поточний, модульний (проміжний) та підсумковий.

З метою забезпечення об'єктивності оцінювання і прозорості контролю набутих студентами знань, вмійн і навиків семестровий контроль здійснюється у письмовій формі або з використанням комп'ютерних технологій (програмно-технічних засобів).

Перевага нової системи навчання полягає у тому, що протягом усього робочого дня студенти зайняті на одній кафедрі. Це дозволяє їм виконувати більший, ніж раніше, об'єм практичної роботи: курувати тематичного хворого, брати участь у проведенні інструментальних і апаратних методів обстеження, а також у лікувальних процедурах, оперативних втручаннях тощо. Після закінчення практичного заняття студент здає звіт викладачу у вигляді протоколу обстеження пацієнта з встановленням попереднього клінічного діагнозу, призначенням плану обстеження, у тому числі з використанням специфічних для інфекційних хвороб методів, і адекватного комплексного лікування з використанням етіотропних ліків, сироваток й імуноглобулінів, і патогенетичних середників. За такої системи організації навчального процесу у викладача є можливість обговорити зі студентами найважливіші питання теми. За наявності відповідної мотивації і належного матеріально-технічного забезпечення клінічної кафедри навіть непідготовлений до початку заняття студент отримує достатній рівень знань. Студенти можуть вільно пересуватися у клініці, за необхідності – користуватися бібліотекою чи інтернет-ресурсами у комп'ютерному класі.

У процесі викладання інфекційних хвороб у силу тих чи інших об'єктивних причин (сезонний характер ряду захворюваності на певні хвороби, природна осередкованість низки інфекцій тощо) іноді неможливо надати студентам можливість самостійного огляду тематичних хворих, що, безсумнівно, дещо знижує якість засвоєння навчального матеріалу на практиці. Однак за таких обставин на нашій кафедрі демонструються тематичні відеофільми, а також пропонуються копії історій хвороб, пацієнти з іншими недугами, які нагадують хворобу, що вивчається, і потребують проведення ретельної диференційної діагностики.

Під час семінарської частини практичного заняття обговорюються актуальні й складні питання теми, аналізується отримана інформація, розбираються ситуаційні задачі, питання ліцензійного іспиту “Крок”, проводяться ділові ігри.

Щоденний контроль знань студентів здійснюють протягом останньої академічної години практичного заняття у письмовій формі. Об'єм і кількість контролюючих завдань є оптимальними для розв'язування їх студентами протягом 40–45 хвилин. Студенти також мають можливість перевірити якість засвоєних під час самостійного опрацювання теми знань за допомогою електронного тестового контролю (Moodle), який можна здати напередодні у відповідні години в системі інтранету.

Обов'язковим також є опанування певного переліку практичних навичок, які об'єднані у “Матрикули”, що можливе за умови достатніх знань і стимулює до активного опрацювання додаткової літератури.

Такий комплексний підхід до навчального процесу сприяє професійній зацікавленості студентів-медиків, значно підвищується критерій значущості отриманої інформації, що у майбутньому сприятиме подальшому самовдосконаленню медичного працівника. Складні клінічні завдання спонукають до самостійного пошуку інформації, розвивають творчі та когнітивні здібності, а головне – стимулюють наукову активність.

Поряд із очевидними перевагами реалізації КМС на практиці проявляються й певні труднощі, зумовлені такими причинами: МОН України не затверджено Положення про впровадження кредитно-модульної системи у ВНЗ, немає чітко узгодженої нормативної документації, відсутнє положення про стипендіальне забезпечення студентів. Часто матеріально-технічна база ВНЗ не відповідає вимогам КМС – немає університетських клінік, велике навантаження на викладачів, співвідношення “викладач – студент” не відповідає критерію 1:5 (особливо це відчувається на кафедрах клінічного профілю). При викладанні клінічних дисциплін значна частка навчальних годин припадає на самостійне опанування студентами практичних навичок. При цьому не враховується специфіка їх опанування під наглядом і керівництвом викладача [4, 5].

Болонська декларація – це не міжнародна конвенція, яка підлягає ратифікації національними парламентами, і через це її положення не є юридично обов'язковими. Кожна країна, реформуючи свою систему вищої освіти, має повне право враховувати специфіку як національної системи освіти, так і медичної освіти в цілому. Усі положення Болонської конвенції є рекомендаційними [2]. У країнах Європи їх розглядають

не як привід відмовитися від своєї національної системи освіти, а для того, щоб взяти з неї те, що буде слугувати її покращенню.

Висновок. Для належної адаптації вимог Болонського процесу, зокрема запровадження КМС органі-

зації навчального процесу в Україні, необхідно здійснювати постійний моніторинг за нею, запозичувати і впроваджувати кращі методологічні прийоми, вивчати зарубіжний досвід, обов'язково враховуючи особливості національної системи освіти.

Література

1. Волосовець О.П. Питання якості освіти в контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 12-16.

2. Івченко В.К., Меженський П.С., Швець О.І. Про деякі проблеми практичної підготовки фахівців // Проблеми медичної науки та освіти. – 2001. – № 3. – С. 32-33.

3. Перцева Т.О., Тищенко І.В., Богацька К.Є. Виробнича практика як важлива складова підготовки лікаря // Медична освіта. – 2003. – № 3. – С. 29-32.

4. Болонский процесс: нарастающая динамика и многообразии (документы международных форумов и мнения европейских экспертов). – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2002. – 408 с.

5. Вища медична освіта і Болонський процес: Навч.-метод. та інф.-довідк. матеріали наради-семінару для науково-педагогічних працівників, аспірантів, магістрів (17-19 січня 2005 р.). – К., 2005. – Частина I. – 98 с.

УДК 643:378.147:378.3

КОНЦЕПЦІЯ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРИНЦИПИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

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

Харківський національний медичний університет

CONCEPTION AND METHODOLOGICAL PRINCIPLES OF TRAINING' PERFECTION FOR DOCTORS OF PREVENTIVE MEDICINE

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

Kharkiv National Medical University

Розглядається актуальність підвищення якості підготовки лікарів медико-профілактичного фаху відповідно до потреб практичної охорони здоров'я України.

Actual questions of raise the level of professional training for doctors of preventive medicine are considered in accordance with the necessities of the service of public health of Ukraine and taking into account international standards.

Вступ. Одним з найактуальніших питань сучасної охорони здоров'я України є удосконалення системи профілактичної медицини, у першу чергу діяльності державної санітарно-епідеміологічної служби, пріоритетним завданням якої є забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, збереження здоров'я населення та первинної профілактики захворювань.

Виключно важлива роль у цих програмах належить лікарям медико-профілактичного профілю, що здійснюють регулярний санітарно-гігієнічний моніторинг умов життєдіяльності, умов праці, водопостачання та ін. В умовах нової економічної ситуації і реформування охорони здоров'я України діяльність держсанепідслужби характеризується виникненням

© О.М. Біловол, В.М. Лісовий, В.А. Капустник та ін.

багатьох нових проблемних питань, що безпосередньо стосуються системи додипломної і післядипломної підготовки санітарних лікарів і епідеміологів. Розширена Колегія державної санітарно-епідеміологічної служби України від 29.04.2009 р. визначила комплекс актуальних життєво важливих проблем стосовно подальшого розвитку й підвищення ефективності діяльності служби в системі охорони здоров'я держави. Одним з найважливіших пріоритетних завдань є удосконалення додипломної підготовки лікарів медико-профілактичного профілю на основі міжнародних норм ВООЗ. У сучасних складних соціально-економічних умовах рівень фахової підготовки санітарних лікарів є необхідним фактором успішного вирішення багатьох актуальних проблем санітарно-епідемічного благополуччя населення як важливої ланки державної системи охорони здоров'я України [1–4]. Підготовка лікаря-профілактика виходить перш за все з тієї реальної ситуації, що склалася в охороні здоров'я, яка об'єктивно визначає соціальне замовлення на спеціаліста та зміст його додипломної і післядипломної підготовки.

Актуальність цієї проблеми в останні роки суттєво зросла у зв'язку зі складним кадровим забезпеченням санепідслужби і наявністю кадрового дефіциту у галузі [2]. Програми додипломної і післядипломної освіти лікарів медико-профілактичного профілю повинні забезпечувати адекватну підготовку фахівців та їх готовність до виконання державних програм санітарно-епідеміологічного нагляду.

Основна частина. Міжгалузєва комплексна програма “Здоров'я нації на 2002-2011 роки” визначає актуальні напрями, які є постійним пріоритетом діяльності санітарно-епідеміологічної служби України: проблема довкілля та охорони здоров'я; якість води; якість і безпека продуктів харчування; боротьба з забрудненням ґрунту, водойм та підземних вод; екологія людини і населені пункти; здоров'я працюючого населення; здоров'я дітей і молоді; скорочення поширеності інфекційних хвороб. Виходячи з цього, Концепція розвитку державної санітарно-епідеміологічної служби України на 2009–2013 роки підкреслює, що діяльність санепідслужби має здійснюватись відповідно до сучасних потреб суспільства з урахуванням регіональних особливостей умов проживання населення та природно-антропогенних детермінантів здоров'я. Такими завданнями є: систематичне проведення державного соціально-гігієнічного моніторингу; вивчення, оцінка і прогнозування показників здоров'я населення залежно від стану середовища життєдіяльності; встановлення факторів вироб-

ничого, навколишнього середовища, що шкідливо впливають на здоров'я; визначення небезпечних в екологічному плані об'єктів, оцінка їх можливого негативного впливу на здоров'я працюючих та населення і визначення ступеня створюваного ними ризику для здоров'я населення; реалізація політики у сфері охорони здоров'я щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, поліпшення умов життєдіяльності людини та зниження ризиків для її здоров'я, пов'язаних із забрудненням та шкідливим впливом небезпечних факторів; удосконалення оцінки ризику для здоров'я людини негативного впливу радіаційного фактора, зокрема оцінки та прогнозу дозових навантажень на населення та персонал відповідних об'єктів.

Головним принципом додипломної і післядипломної підготовки лікаря медико-профілактичного профілю повинна бути висока професіоналізація навчання, відповідно до якої майбутні лікарі мають отримати підготовку за усіма проблемами, що безпосередньо стосуються фахової діяльності санітарного лікаря і епідеміолога. На це мають бути спрямовані усі традиційні і нові методи навчання. В аспекті нових соціально-економічних умов, що склалися в Україні, в програмі професійно орієнтованої додипломної і післядипломної підготовки фахівців санітарно-епідемічної служби мають бути у повному обсязі відображені нові міжнародні медико-санітарні правила ВООЗ. Зростаюче ускладнення практичних завдань санепідслужби стосовно санітарного та епідемічного благополуччя вимагає суттєвого поглиблення додипломної та післядипломної підготовки лікарів - профілактиків, запровадження у навчання новітніх медико-профілактичних технологій на засадах доказової медицини з урахуванням міжнародних програм ВООЗ відповідно до євроінтеграційних процесів і продовження входження вищої медичної освіти України у міжнародну систему освіти [1]. Так, у програмі ВООЗ “Здоров'я-21. Політика досягнення здоров'я для всіх в європейському регіоні: ВООЗ-21 завдання на 21 століття” визначається широке коло проблемних питань, що є постійним пріоритетним напрямком діяльності лікарів санепідслужби України, у яких повинні здійснюватись санітарно-профілактичні та оздоровчі програми; від своєчасної їх реалізації безпосередньо залежить здоров'я населення: атмосферне повітря; питна вода та стічні води; тверді відходи; радіація та ін. Майбутні санітарні лікарі мають знати, що наведена програма ВООЗ з гігієни навколишнього середовища та охорони здоров'я передбачає значне зменшення впливу фізичних, мікробних та

хімічних забруднювачів у водному й повітряному середовищі, а також у відходах і ґрунті, що представляють загрозу для здоров'я; забезпечення загального доступу населення до питної води задовільної якості та ін.

За даними ВООЗ, в останні роки ця проблема суттєво загострилася, що пов'язано зі створенням нових й потенційно більш небезпечних для здоров'я технологій і тому потребує здійснення цільових програм стосовно оздоровлення та охорони навколишнього середовища. Усі ці положення програми ВООЗ на етапі додипломної підготовки лікарів медико-профілактичного фаху мають ретельно вивчатись при викладанні усіх профільюючих дисциплін.

Додипломна і післядипломна підготовка медичних кадрів санітарно-епідеміологічної служби має проводитись відповідно до потреб охорони здоров'я населення України з урахуванням державних вимог до медичних спеціальностей служби та освітніх стандартів [5]. В останні роки у зв'язку з введенням кредитно-модульної системи навчання відбулося суттєве і необґрунтоване скорочення навчального часу для вивчення гігієнічних дисциплін та епідеміології, а також ліквідація профільних гігієнічних кафедр, що значно ускладнює систему додипломної підготовки, досягнення кінцевих цілей навчання лікарів медико-профілактичного фаху і суттєво загострює проблему кадрового забезпечення санепідслужби [2, 4]. Зважаючи на це, Концепція розвитку державної санітарно-епідеміологічної служби України на 2009-2013 роки, а також рішення розширеної Колегії санітарно-епідеміологічної служби України від 29.04.2009 р. визначають невідкладні заходи, спрямовані на поліпшення фахової підготовки лікарів-профілактиків з урахуванням штатного розпису санітарно-епідеміологічних станцій: збільшення державного цільового набору та пріоритетної підготовки лікарів за базовою спеціальністю “Медико-профілактична справа” відповідно до потреб первинної ланки державної санітарно-епідеміологічної служби; створення нових кафедр з гігієнічних спеціальностей та медичного права; відновлення виробничої практики студентів з гігієни та епідеміології після закінчення 4-5 курсів; збільшення кількості годин на викладання профільних гігієнічних дисциплін та епідеміології; введення на 6 курсі субординатури за спеціальностями “Комунальна гігієна”, “Радіаційна гігієна”, “Гігієна праці”, “Гігієна дітей та підлітків”, “Гігієна харчування”; зміни структури питань для державного атестаційного іспиту “Крок-2”; зміни іспиту після закінчення інтернатури з “Невідкладних станів” на “Гігієна, епідеміологія, невідкладні стани”. Зміст фахової підго-

товки санітарного лікаря та лікаря-епідеміолога має відповідати вимогам Державного стандарту вищої медичної освіти України (2003). Стандарт узагальнює вимоги з боку держави, світового співтовариства та замовників випускників до змісту освіти лікаря, його компетентності, а також професійне призначення і умови використання випускників в структурі господарства і держави. Освітньо-кваліфікаційна характеристика (ОКХ) Стандарту послідовно визначає виробничі функції, типові задачі діяльності та уміння, якими обов'язково повинен володіти випускник ВМНЗ за фахом 7.110.105 “Медико-профілактична справа”. Відповідно до кінцевих цілей професійно орієнтованої підготовки лікаря медико-профілактичного профілю дидактична мета навчання має забезпечити оволодіння випускниками усіма базовими професійними лікарськими вміннями: вміти самостійно проводити професійно грамотну гігієнічну діагностику санітарної або епідеміологічної ситуації з визначенням основних умов, причин та чинників, що обумовлюють її розвиток; вміти в кожному випадку визначити ступінь та види реальної або потенційної загрози впливу несприятливої санітарно-епідеміологічної ситуації на здоров'я населення, її найближчих і віддалених наслідків; з урахуванням етіологічних чинників запропонувати ефективні заходи, спрямовані на ліквідацію та оздоровлення несприятливої санітарно-епідеміологічної ситуації та її наслідків; обґрунтувати комплексні санітарно-профілактичні та санітарно-протиепідемічні заходи, спрямовані на ефективне попередження виникнення небезпечної ситуації у подальшому та захист населення від впливу несприятливих чинників довкілля, виробничого середовища та ін. На основі викладеного з метою удосконалення фахової підготовки лікарів медико-профілактичного профілю слід забезпечувати обов'язкове виконання таких організаційно-методичних принципів.

Принцип професіоналізації. Теоретичне і практичне навчання має бути чітко структуроване і відповідно до освітньо-професійних вимог до лікарів медико-профілактичного профілю передбачати цілеспрямоване вивчення пріоритетних питань, що постійно вимагаються у повсякденній практичній діяльності санітарного лікаря і епідеміолога. Викладання гігієнічних дисциплін та епідеміології має бути чітко орієнтованим на формування в студентів лікарських умінь, пов'язаних з вирішенням практичних проблем санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Принцип діяльності. Цей принцип є концептуальною основою професійно орієнтованої підготовки лікаря, який дозволяє найбільш успішно поєднувати опанування знаннями та практичними лікарськими умі-

ннями одночасно з розвитком професійної самостійності. Досвід педагогіки вищої школи свідчить, що у найбільш повному обсязі досягнення кінцевих цілей навчання лікарів забезпечується тільки в умовах самостійної діяльності. Саме цього вимагає Болонська система – збільшення обсягу контрольованої самостійної роботи та активних форм навчання студентів. Такий підхід у навчанні забезпечує у подальшому успішність професійної роботи, а також професійної адаптації санітарного лікаря.

З метою посилення профілізації додипломного навчання і максимального наближення підготовки майбутніх санітарних лікарів і епідеміологів до умов професійної діяльності санепідслужби практичні заняття із спеціальних профілюючих дисциплін слід обов’язково проводити на базі санітарно-епідеміологічних установ, що підвищує навчальну активність студентів і забезпечує найбільш успішне засвоєння ними усіх методів практичної роботи санітарних

лікарів, формування професійної самостійності. В усіх формах контролю знань студентів на основі кредитно-трансферної системи навчання необхідно проводити системну регулярну перевірку рівня фахових лікарських знань і умінь на кожному етапі додипломної підготовки санітарного лікаря. Ці вимоги набувають особливого значення у зв’язку з введенням у систему додипломної підготовки модульного контролю, іспитів “Крок-1”, “Крок-2”, а також комплексного практично орієнтованого державного іспиту, які визначають готовність випускників до самостійної лікарської діяльності випускника за спеціальністю “Медико-профілактична справа”.

Висновок. Вказані методологічні принципи і організаційні підходи визначають основні напрямки і зміст додипломної підготовки лікарів медико-профілактичного фаху на наступну перспективу з урахуванням потреб сучасної охорони здоров’я і галузі забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Література

1. Банчук М. Проблеми кадрового забезпечення галузі // Медична газета України “Ваше здоров’я”. – 2009. – № 40 (09.10).
2. Проблематичність додипломної підготовки лікарів – гігієністів / М.П. Гребняк, Д.О. Ластков, О.Б. Ермаченко та ін. // Довкілля та здоров’я. – 2009. – № 2(49). – С. 74.-77.
3. Лазоринець В. Якість медичних кадрів – стратегічний напрям розвитку галузі // Медична газета України “Ваше

здоров’я”. – 2009. – № 39 (02.10).

4. Омельчук С. Під запитанням рівень підготовки санітарного лікаря // СЕС. Профілактична медицина. – 2008. – № 6. – С. 19.

5. Пономаренко А. Принципи і стратегія розвитку держсанепідслужби України // СЕС. Профілактична медицина. – 2008. – № 6. – С. 12-15.

УДК [615+616-056]:378.14

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ВИКЛАДАННІ КЛІНІЧНОЇ ІМУНОЛОГІЇ ТА АЛЕРГОЛОГІЇ

В.М. Бобирьов, Л.А. Муляр, Т.А. Петрова, О.В. Власова, В.І. Ляховський,
М.М. Рябушко, Г.Ю. Островська, А.В. Вахненко

Українська медична стоматологічна академія

EXPERIENCE OF INTRODUCTIONS OF THE CREDIT MODULAR SYSTEM AT THE TEACHING OF CLINICAL IMMUNOLOGY AND ALLERGOLOGY

V.M. Bobyriov, L.A. Mulyar, T.A. Petrova, O.V. Vlasova, V.I. Lyakhovsky,
M.M. Ryabushko, G.Yu. Ostrovska, A.V. Vakhnenko

Ukrainian Medical Stomatological Academy

У статті «Досвід впровадження кредитно-модульної системи при викладанні клінічної імунології та алергології» наведений досвід впровадження кредитно-модульної системи в навчальний процес при викладанні клінічної імунології та алергології. Удосконалення самостійної роботи студентів є необхідною умовою для покращення засвоєння знань.

In the article the experience of introduction of the credit modular system in the educational process at teaching of clinical immunology and allergology is resulted. The improvement of independent work of students is a necessary condition for the improvement of knowledges mastering.

Вступ. Сучасний інформаційний вибух в науково-освітньому просторі диктує свої умови для зміни технології навчання. Інноваційні входження України в освітньо-науковий простір Європи передбачають нові гнучкі моделі організації педагогічного процесу. Використання у навчальному процесі кредитно-модульної технології підвищує мотивацію, самостійність та пізнавальну активність студентів при вирішенні навчальних завдань, сприяє розвитку професійного інтересу та подальшому підвищенню якості знань. Інноваційні процеси, а саме впровадження у вищій медичній школі кредитно-модульної системи, відбиваються на теорії та методах викладання клінічної імунології та алергології [1]. Кафедра експериментальної та клінічної фармакології з клінічною імунологією та алергологією Української медичної стоматологічної академії не залишилась осторонь від шляху вдосконалення викладання клінічної імунології та алергології в рамках Болонського процесу.

Основна частина. Одним із наріжних каменів сучасної медичної науки є імунологія. Треба відмітити, що в Європі немає такого поділу медичних дисциплін, як в Україні, і клінічна імунологія та алерголо-

гія вивчаються в рамках внутрішньої медицини. У зв'язку з цим тактичні задачі вивчення цієї галузі медицини передбачають не тільки введення нового навчального плану, але і кадрове, матеріально-технічне, методичне забезпечення всього процесу, адаптацію до європейського рівня викладання предмета [2]. Цей процес супроводжується використанням нових інформаційних технологій, що в цілому передбачає підвищення мотивації студентів до навчання.

Викладання клінічної імунології та алергології в рамках кредитно-модульної системи проводиться з вересня 2009 року.

На п'ятий рік навчання заплановані три кредити ECTS (European Credit Transfer System), що включають всього 90 годин навчального часу, із них 50 – аудиторних і 40 – самостійної роботи студентів, курс за вибором “Основи трансплантології”, що має безпосереднє відношення до вивчення клінічної імунології. При такій кількості годин необхідно переглянути співвідношення викладач/студент. В країнах Євро-союзу воно складає 1:5, в Україні ж – 1:8, що визначено постановою Кабінету Міністрів України від 18 серпня 2002 року № 1134 для направлення “Медицина”. Реально ж у групі п'ятого курсу 10-11 студентів, що

надзвичайно утруднює роботу, особливо біля ліжка хворого.

Загальною тенденцією Болонської системи освіти є різке збільшення самостійної роботи студентів [3]. Роль її суттєво зростає, оскільки кредити ECTS включають всі види навчальної роботи студентів: аудиторну, самостійну, підготовку до залікового контролю, “доклади” хворих, участь у конференціях та науковій роботі кафедр, написання статей, оглядів, доповіді на науково-практичних конференціях лікарні, відділення, асоціації і т. п.

При вивченні предмета широко впроваджена самостійна робота студентів, які регулярно беруть участь у клінічних розборах складних випадків, науково-практичних та патологоанатомічних конференціях лікарень. Студенти 5 курсу активно залучаються до участі в таких засіданнях, обговореннях та ін. Асоціація алергологів та клінічних імунологів Полтавської області щороку проводить засідання, де в рамках самопідготовки студенти виступають із доповідями.

З власного досвіду можемо сказати, що для удосконалення самостійної роботи студентів є актуальним активне впровадження електронних методів навчання.

На жаль, на сьогодні ми маємо недостатню кількість нової навчальної літератури з даного предмета і тому важливою перевагою комп’ютерних технологій є можливість підключення до мережі Internet для отримання і передачі інформації. За допомогою цих систем доступними стають контакти в режимах on-line і off-line з іншими навчальними закладами країни та віртуальна участь у наукових симпозиумах, семінарах.

Використання мультимедійного електронного способу навчання не здатне замінити того, що може і повинен отримати студент на практичних заняттях безпосередньо біля ліжка хворого. В цьому плані ще одним стимулом прояву рівня творчого пізнання є курація хворого та наступне написання історії хвороби.

Робота з хворим дає студенту відчуття власної професійної гідності, примушує більш глибоко вивчати конкретну патологію. В процесі спілкування пацієнт завжди ставить ряд складних питань і відповісти на них повинен сам студент. Одночасно удосконалюється деонтологічний характер занять, коли в процесі виникнення різного типу клініко-соціальних ситуацій студенту доводиться приймати самостійне рішення під керівництвом викладача. Активна участь у лікувальному процесі (маніпуляції, інструментальні дослідження, постановка алергологічних тестів тощо) викликає у молодих фахівців формування професій-

ного самоствердження. Проведення диференційної діагностики дозволяє студентам охоплювати широке коло пограничних станів в імунному статусі, знаходити спільні і відмінні прояви алергійних та аутоімунних захворювань, робити обґрунтовані висновки. Викладач може бачити не тільки теоретичний об’єм знань студента, але і має можливість логічного використання отриманої інформації. Також активно залучаються до навчального процесу такі прийоми оволодіння знаннями, що належать до сучасних технологій, як:

а) самостійна розробка діагностичних чи лікувальних алгоритмів по конкретних нозологічних формах алергічних чи імунних захворювань;

б) активна участь в міжкафедральних конференціях з клінічними “розборами” хворих з подальшим складанням діагностичного, лікувального та прогностичного алгоритмів конкретного клінічного випадку;

в) імітаційні (ділові) ігри;

г) клінічні задачі IV (творчого) рівня, вирішення яких є нетиповими і потребують від студентів та лікарів-інтернів самостійного формулювання проблеми та її вирішення.

Загальною тенденцією на курсі клінічної імунології та алергології нашої академії є значне збільшення самостійної роботи студента під контролем викладача. Студент повинен добре знати основи дисципліни і самостійно вирішувати багато завдань: вміти самостійно отримувати інформаційно значимі дані при обстеженні пацієнта з алергологічними або імунозалежними захворюваннями, скласти план обстеження, проаналізувати його і на основі проведеного аналізу призначити не просто лікування, а те лікування, яке відповідало б вимогам сьогодення.

Такий комплексний підхід з поєднанням традиційних клінічних методів навчання та використання сучасних електронних технологій дозволяє підвищити мотивацію навчання, стимулювати бажання кожного студента збільшити об’єм вивчення теми з клінічної імунології та алергології, а викладачу, у свою чергу, у світі модульної системи оцінок дає можливість об’єктивніше оцінювати їхні знання і вміння.

Викладачами кафедри експериментальної та клінічної фармакології з клінічною імунологією та алергологією ведуться роботи з удосконалення навчально-методичних матеріалів, які б полегшували самопідготовку студентів.

На кафедрі оформлені методичні розробки для самостійної роботи студентів з клінічної імунології та алергології відповідно до вимог вищої школи, де чітко визначені навчальні цілі та зв’язок теми з іншими клінічними

дисциплінами, детально висвітлений не тільки зміст теми, а наведені матеріали для аудиторної та позааудиторної самостійної роботи й питання для самоконтролю. Методичні розробки включають ситуаційні задачі та перелік необхідних практичних навичок з кожної окремої теми, наводиться список рекомендованої літератури – основної, допоміжної та методичної. У кожного викладача на циклі клінічної імунології та алергології є власний архів імунограм та ситуаційних задач для самостійної роботи студентів. Набори імунограм скомпоновано відповідно до тематичного плану, що значно полегшує підготовку студентів.

При вивченні англomовними студентами ми орієнтуємо увагу на відповідні електронні адреси з тематичною навчальною інформацією, пропонуємо активно використовувати віртуальний лекційний матеріал.

Використання комп'ютерних технологій та Інтернет-ресурсів в системі навчання дозволяє займатись

професійним саморозвитком в зручний для них час. Саме тому ми акцентуємо увагу на переваги широкого використання віртуального простору.

Студенти мають можливість користуватися бібліотекою кафедри, де широко представлені матеріали з клінічної імунології та алергології (монографії, підручники, журнали вітчизняні та зарубіжні, збірники тез конференцій).

Висновок. Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу при вивченні клінічної імунології та алергології відкриває перспективи підвищення ефективності підготовки та інформованості студентів, індивідуалізації навчання, систематизації знань, оволодіння сучасними комп'ютерними технологіями роботи та, особливо, вдосконалення самостійної роботи студентів є необхідною умовою для подальшого покращення професійних якостей майбутнього лікаря.

Література

1. Вища медична освіта і Болонський процес: Навчально-методичні та інформаційно-довідкові матеріали наради-семінару для науково-педагогічних працівників, аспірантів, магістрантів (17-19 січня 2005 р.). – Київ, 2005. – Ч. 1. – С. 97.

2. Каленюк І., Корсак К. Рух Європи до суспільства знань, Болонський процес і Україна // Вища освіта України. – 2004. – № 3. – С. 22-28.

3. Вища освіта України і Болонський процес / За ред. В.Г. Кременя. – Тернопіль, 2004.

УДК 378.61:378.147(477)

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НА КАФЕДРІ РАДІОЛОГІЇ

І.П. Вакуленко, М.Б. Первак, Н.В. Танасічук-Гажисєва, О.В. Губенко,
О.В. Котлубей, І.П. Скриннікова, Г.Д. Ткаченко, О.Л. Оборнєв, І.М. Долгополова
Донецький національний медичний університет імені М. Горького

EXPERIENCE OF INTRODUCTION OF CREDIT-MODULE SYSTEM AT DEPARTMENT OF RADIOLOGY

I.P. Vakulenko, M.B. Pervak, N.V. Tanasichuk-Gazhyeva, O.V. Gubenko, O.V. Kotlubei,
I.P. Skrunikova, G.D. Tkachenko, O.L. Obornyev, I.M. Dolgopolova
Donetsk National Medical University by M. Horky

Представлений досвід викладання радіології в умовах кредитно-модульної системи організації навчального процесу. Відображені досягнення і труднощі впровадження даної системи.

Article deals to the experience of the credit-module system introduction at Department of Radiology. Achievements and problems of the introduction were described.

Вступ. Головною метою болонських реформ є створення єдиного Європейського освітнього простору і підвищення якості освіти, зокрема вищої професійної [1, 3]. В Донецькому національному медичному університеті ім. М. Горького вже понад 25 років реалізується унікальна система управління якістю підготовки лікарів, яка відповідає сучасним європейським освітнім тенденціям [2]. Однак на шляху впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу (КМСОНП) виникли деякі проблеми, які потребують вирішення.

Метою публікації є прагнення відобразити особливості викладання радіології в умовах КМСОНП.

Основна частина. На першому етапі підготовки до викладання в умовах КМСОНП співробітниками кафедри сумісно з кафедрою радіології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця був створений проект типової програми, затверджений ЦМК МОЗ України [4]. На основі цього документа була створена робоча програма з дисципліни. В робочій програмі було виділено три логічно завершених модулі: “Основи променевої терапії” (0,5 кредиту), “Методи променевого дослідження і основи променевої семіотики” (1,5 кредиту), “Основи променевої діагностики” (2 кредити).

Основною проблемою при впровадженні КМСОНП виявилась невідповідність виділених на вивчення предмета лекційних і аудиторних годин – з однієї сто-

рони і обсягу необхідного для вивчення матеріалу – з іншої. Згідно з вимогами КМСОНП одна третина всього навчального часу має бути відведена на самостійну роботу студентів. Але на кафедрі радіології дуже мало тем, які можна вивчити самостійно. В зв'язку з цим до позааудиторної роботи ми віднесли тільки підготовку студентів до практичного заняття і до модульного контролю.

Різка зниження кількості аудиторних годин привело до перенасиченості кожного заняття новою інформацією. Студент протягом двох аудиторних годин має освоїти, наприклад, ультразвукову, радіонуклідну, магнітно-резонансну семіотику захворювань органів травлення (а це не тільки весь шлунково-кишковий тракт, але і печінка з жовчними протоками та підшлункова залоза). При цьому в студентів зникла можливість закріпити отримані знання в зв'язку з неможливістю ввести міні-підсумкові заняття, які дозволили б своєчасно систематизувати отриману інформацію. Студент повторює вивчений матеріал тільки при підготовці до модульного контролю.

Найбільша проблема виникає при вивченні тем “Невідкладні стани” і “Вибір найбільш інформативного методу дослідження при захворюваннях різних органів і систем”. Знання, отримані на цих заняттях, є основними з променевої діагностики для лікаря будь-якої спеціальності. Але студенти третього курсу ма-

ють ще недостатній рівень знань з хірургічних і терапевтичних дисциплін, щоб правильно оцінити зміни, які вони визначають на радіологічних зображеннях. Студент змушений в більшості випадків запам'ятовувати правильні варіанти відповідей, а не доходити висновків шляхом логічних висновків.

Ще однією проблемою, яка виникла при введенні КМСОНП, є необхідність забезпечення студентів сучасними навчально-методичними матеріалами, які б відповідали чинним державним стандартам медичної освіти та болонським реформам. В ОКХ за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа” зазначено, що випускник медичного вищого навчального закладу (ВНЗ) повинен вміти оцінювати результати променевого дослідження органів грудної порожнини, органів черевної порожнини, кісток та суглобів, сечостатевої системи, центральної нервової системи, щитоподібної залози. Засвоєння цих вмінь відбувається при вивченні студентами радіології, яка включає променеву діагностику та променеву терапію і відповідно до її місця в процесі навчання у медичному ВНЗ є пропедевтичною дисципліною. Тому цілі вивчення променевої діагностики в освітньо-професійній програмі сформульовано таким чином: 1) уміти обрати оптимальний метод променевого дослідження для виявлення функціонально-морфологічних змін при патології різних органів і систем; 2) уміти аналізувати променеву семіотику функціонально-морфологічних змін при патології різних органів і систем.

В Україні до останнього часу не було національного підручника, в якому були б представлені всі сучасні можливості рентгенологічного дослідження (у тому числі комп'ютерної томографії), ультразвукового, радіонуклідного досліджень та магнітно-резонансної томографії у діагностиці патології різних органів та систем, а також основи променевої терапії. У зв'язку з необхідністю такого підручника для студентів медичних ВНЗ та суттєвим збільшенням у програмі радіології питань променевої діагностики колективом авторів, який очолили співробітники нашої кафедри, був підготовлений перший том підручника – “Радіологія. Том 1. Променева діагностика”, який відповідає навчальному плану, типовій навчальній програмі з радіології, вимогам “Методичних рекомендацій щодо структури, змісту та обсягів підручників і навчальних посібників для вищих навчальних закладів” і отримав гриф МОЗ України [5].

Побудова підручника орієнтує студента на вивчення променевої діагностики у процесі виконання ним

елементів професійної діяльності, тобто вперше питання променевої діагностики викладені з позицій компетентнісного підходу. Для цього на початку кожного розділу наводяться цілі навчання, що відображають цю діяльність. Навчальна інформація подається в логічній послідовності до цих цілей. Крім того, пропонуються завдання, які вже на позааудиторному етапі дають студенту можливість освоювати елементи професійної діяльності. Отже, побудова підручника відповідає принципам Болонського процесу і з самого початку спрямована на самостійне оволодіння елементами лікарських умінь.

Підручник складається з двох частин – “Методи променевої діагностики” та “Променева дослідження органів і систем”. Остання, в свою чергу, підрозділяється на 8 розділів: “Легені та середостіння”, “Серце і судини”, “Опорно-рухова система”, “Органи травлення”, “Сечовидільна та статеві системи”, “Центральна нервова система”, “Щитоподібна залоза”, “Придаткові пазухи носа”. На початку кожного розділу висвітлюються питання променевої анатомії і фізіології органів і систем. При розгляді питань променевої діагностики кожної системи наводяться порівняльні можливості всіх методик променевого дослідження. Всі розділи закінчуються підрозділом “Вибір найбільш інформативних методів променевого дослідження для діагностики патології систем”, в якому наводиться алгоритм такого вибору. Ці дані будуть корисні студентам не тільки при їх навчанні у медичному ВНЗ, але і у майбутній професійній діяльності при направленні того або іншого пацієнта на конкретне променеве дослідження.

Система контролю на кафедрі суттєво не змінилась при впровадженні КМСОНП. Також, як і раніше, на кожному занятті викладач оцінює підготовку кожного студента. Завдання уніфіковані і стандартизовані. Із переліку питань, на які необхідно відповісти студенту при виконанні завдання, виділені провідні. Неправильна відповідь на них виключає позитивну оцінку знань студента. У кожному завданні наведена шкала оцінювання, що виключає суб'єктивізм зі сторони викладача. Завдяки методичним вказівкам студенти ще на позааудиторному етапі працюють з завданнями, аналогічними тим, що пропонуються їм на заняттях.

Висновок. Методичне забезпечення навчального процесу в умовах КМСОНП на кафедрі радіології вирішує більшість проблем та сприяє підвищенню якості підготовки майбутніх лікарів.

Література

1. Байденко В.И. Болонский процесс: структурная форма высшего образования Европы. – 3-е изд. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, Российский Новый Университет, 2003. – 128 с.
2. Управление качеством подготовки специалистов: программно-целевой подход / В.Н. Казаков, Н.А. Селезнева, А.Н. Талалаенко и др. – 2-е изд. – Москва–Донецк, 2007. – 215 с.
3. Казаков В.Н., Талалаенко А.Н., Первак М.Б. Болонские реформы в высшем медицинском образовании Украины: достижения, проблемы, перспективы // Университетська клініка. – 2007. – № 2. – С. 3-7.
4. Програма навчальної дисципліни радіології (променевої діагностики і променевої терапії) для студентів III курсу медичних факультетів вищих медичних закладів освіти III-VI рівнів акредитації. – К., 2006. – 40 с.
5. Радіологія. Том 1. Променева діагностика / За ред. М.С. Каменецького. – Донецьк: Вебер, 2009. – 401 с.

УДК 616.89:378-001.85

ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ В ПРОЦЕС ВИКЛАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ IV РІВНЯ АКРЕДИТАЦІЇ: ПЕРЕВАГИ І ПРОБЛЕМИ

І.С. Вітенко, Л.М. Гуменюк

*Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України,
Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського*

INTRODUCTION CREDIT-MODULE SYSTEMS STUDIES IN PROCESS OF TEACHING OF MEDICOPSYCHOLOGY IN HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS OF IV LEVEL OF ACCREDITATION: ADVANTAGES AND PROBLEMS

I.S. Vitenko, L.N. Gumenyuk

*Central Methodical Cabinet for Higher Medical Education of MPH of Ukraine,
Crimean State Medical University of the name of S.I. Georgievskogo*

У статті висвітлено результати аналізу переваг і проблем впровадження кредитно-модульної системи відповідно до вимог Болонського процесу в організацію навчального процесу з медичної психології студентів вищих медичних закладів освіти України.

This article deals with the results of the analyzing of the advantages problems occurring at the time of credit-module system penetration according to the demands of Bolonian process in the organization of the educational procedure among the students on Medical psychology in higher on medical institutions in Ukraine.

Вступ. Кредитно-модульна система організації навчального процесу (КМСОНП) виникла у відповідь на вимоги прогресуючого інтегрованого навчання. Апробація моделі здійснювалася у великій кількості вищих медичних закладів освіти України (Н.В. Денисенко). Вітчизняні вчені І. Вітенко, Р. Басій, Г. Кир’-

якулов, С. Забара, М. Степко, І. Бабін, Т. Цукатова активно досліджують питання впровадження кредитно-модульної системи навчання, яка активно використовується у навчальному процесі, поступово реформуючи існуючу систему навчання. Для науковців і фахівців, які цікавляться організацією навчального

© І.С. Вітенко, Л.М. Гуменюк

процесу з медичної психології, набуло актуальності питання порівняння новітньої і традиційної систем організації навчального процесу для визначення позитивних результатів і проблем, які виникають при впровадженні КМСОНП.

Основна частина. Метою статті є висвітлення результатів аналізу переваг і проблем впровадження кредитно-модульної системи відповідно до вимог Болонського процесу в організацію навчального процесу з медичної психології студентів вищих медичних закладів освіти України.

Опитування фахівців, які викладають медичну психологію у вищих медичних закладах, показало, що більшість з них (86,2±1,2 %) віддають перевагу кредитно-модульній системі організації навчального процесу порівняно з традиційною, незважаючи на деяку його складність та динамічність. Аналіз даних практики впровадження КМСОНП з медичної психології свідчить як про переваги, так і про деякі проблеми, пов'язані з переходом від традиційної системи вивчення дисципліни до кредитно-модульної як перспективної і обов'язкової.

Насамперед фахівцями визначено значні переваги нової моделі навчання, до яких віднесено такі: 1) програма для студентів “Медична психологія” складена на досвіді надання медичної допомоги у більшості цивілізованих країн світу згідно з сучасною концепцією розвитку людини у суспільстві, а саме – комплексним впливом біопсихосоціальних чинників, а також Міжгалузевою комплексною програмою “Здоров'я нації” на 2002–2011 рр. (Постанова КМ України № 14 від 10.01.2002 р.) та Європейським планом дій з охорони психічного здоров'я (Європейська конференція ВООЗ на рівні міністрів з охорони психічного здоров'я, 2005 р.).

Програма відповідає сучасним вимогам до викладання проблем медичної психології та передбачає проведення лекцій, практичних занять, самостійну позааудиторну роботу студентів, підсумковий залік або іспит. У процесі її вивчення звернув на себе увагу об'єктивно аргументований зміст програми, який повністю відповідає меті вивчення навчальної дисципліни “Медична психологія”: вивчення психологічних особливостей людей, які страждають від різних захворювань, методів і способів діагностики психічних відхилень, диференціації психологічних феноменів і психопатологічних симптомів і синдромів, психології взаємовідношень пацієнта і медичного працівника, психопрофілактичних, психокорекційних і психотерапевтичних способів допомоги пацієнтам, а також теоретичних аспектів психосоматичних і соматопсихічних взаємовпливів; теми, які не входили до програ-

ми з медичної психології при традиційній системі організації навчального процесу, а увійшли до новітньої (психологія лікувально-діагностичного процесу, суїцидальна поведінка, психологічні аспекти умирання та смерті), викликають у студентів значний інтерес до поглибленого вивчення дисципліни; 2) кредитно-модульна система організації навчального процесу з дисципліни “Медична психологія” побудована за принципом горизонтальної міждисциплінарної інтеграції, що більш відповідає сучасним вимогам, дозволяє здійснити об'єктивно-орієнтоване навчання (головним елементом цієї технології стають об'єкти майбутньої лікарської діяльності) і досягти вищого рівня міжпредметної інтеграції. Даний підхід дозволяє вивчити не окремі дисципліни, а одночасно, системно, комплексно вивчати окремі функціональні системи, органи в морфофункціональному, семіотичному аспектах в нормі і патології. Це забезпечує насамперед здобуття знань, необхідних для професійної діяльності, водночас сприяє розвитку високого рівня культури особистості і дозволяє майбутнім лікарям зрозуміти хворобу як єдиний процес, не обмежуючи свої завдання тільки світом суб'єктивного; 3) зростання ролі самостійної роботи студентів, яка полягає у самостійній структуризації змісту теми, виділенні у ній головного, другорядного, визначенні логічних зв'язків між основними елементами та їх характеристиками і допомагає оволодіти універсальними прийомами раціональної переробки великих масивів інформації та лаконічної фіксації їх у своїй пам'яті; 4) акумулююча кредитна система надає можливість урахувати всі досягнення студента (не тільки навчальне навантаження, але й його участь у наукових дослідженнях, конференціях, олімпіадах та іншому), що розвиває креативні здібності і сприяє здоровій конкуренції; 5) відміна іспитів, що підвищує мотивацію студентів до систематичної роботи на практичних заняттях; 6) акцентуація на діяльності студента, що спонукає його більш самостійно контролювати результати своєї роботи, незважаючи на те, що оцінювання знань залишається за викладачем; 7) рейтингова система оцінювання знань студентів, сутність якої полягає в тому, що студент виконує всі види навчальних робіт у межах залікової одиниці, на основі чого виводиться підсумкова оцінка (вилучено помилку урахування лише результатів підсумкового контролю). Загальна оцінка виставляється згідно із сумарною кількістю балів як за всі види робіт у межах залікової одиниці, так і за результати підсумкового контролю. Рейтингова система передбачає як додавання, так і віднімання балів.

Серед проблем застосування КМСОНП з медичної психології визначені такі: 1) зменшення часу на фундаментальну підготовку; 2) недостатній рівень матеріально-технічного забезпечення навчального процесу; 3) відсутність психологічної підготовки студента до навчання за новітньою системою.

Таким чином, аналіз результатів опитування фахівців, які викладають медичну психологію, стосовно переваг і проблем впровадження КМСОНП показав, що модульна форма організації навчання сприяє позитивним змінам у навчальному процесі:

- враховує інтереси і здібності студентів;
- посилює індивідуалізацію взаємостосунків викладача зі студентами;
- підвищує мотивацію студентів до навчання медичної психології та їх відповідальності за його результати;
- сприяє зростанню та закріпленню самостійності, самопізнанню процесу і результату своєї діяльності за рахунок самостійної роботи, яка є базовою формою навчання відповідно до концепції Болонської системи освіти;
- гарантує об’єктивність оцінювання знань студентів.

Кредитно-модульна система навчання забезпечує здобуття знань, необхідних для професійної діяльності,

водночас сприяє розвитку високого рівня культури особистості і дозволяє майбутнім лікарям зрозуміти хворобу як єдиний процес, не обмежуючи свої завдання тільки світом суб’єктивного (“немає клініки – немає захворювання”). Саме об’єктивні скарги часто є найважливішими, а нерідко і єдиним феноменом хворобливого стану людини, змін біологічної ситуації.

Висновок. Впровадження нових технологій є складним процесом, бо вимагає перебудови кафедральних структур, радикальної перебудови навчальних програм, психологічної підготовки студентів до навчання за даною системою. Але педагогічний досвід свідчить про те, що застосування КМСОНП в організації навчального процесу з медичної психології за кредитно-модульною системою відповідно до вимог Болонського процесу для студентів вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації за спеціальністю 7.11001 “Лікувальна справа” та 7.110104 “Педіатрія” дозволить підняти лікаря на якісно новий рівень клінічного мислення, здатного з позицій міждисциплінарного підходу системно та комплексно вирішувати діагностичні, профілактичні, лікувальні і реабілітаційні завдання лікарської практики на основі широкого інтегрування даних різноманітних дисциплін.

Література

1. Медична психологія. Програма навчальної дисципліни для студентів вищих медичних закладів III-IV рівнів акредитації / Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України. – Київ, 2006. – 19 с.
2. Первый опыт внедрения кредитно-модульной системы обучения на кафедре анатомии человека / Р. Басий, Г. Кирьякулов, О. Зенин, Э. Крюков // Матеріали міжвузівської науково-практичної конференції “Питання впровадження кредитно-модульно-рейтингової системи у навчальний процес”: У 2 т. – Київ. – Т. 2. – С. 193-205.
3. Вища освіта України і Болонський процес: Навч. посіб. / За заг. ред. В.Г. Кременя. – Київ-Тернопіль: Богдан, 2004. – 368 с.

4. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки і проведення навчальних занять в медичних вузах (методичний посібник). – Київ: Хрещатик, 2004. – 80 с.
5. Доповідна записка Колегії Міністерства освіти і науки України про стан проведення педагогічного експерименту щодо впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації. – http://www.mon.gov.ua/education/higher/bolon/r_coll.doc
6. Забара С. Організація самостійної роботи студентів в умовах кредитно-модульної системи // Матеріали науково-практичного семінару “Кредитно-модульна система організації навчального процесу”. – Київ, 2007. – С. 112-114.

УДК 378.147 + 614.253.1

СПОСОБИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ РОБОТИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Л.В. Глушко, Н.В. Чаплинська, Н.З. Позур, Т.Ю. Гавриш

Івано-Франківський національний медичний університет

METHODS OF PERFECTION OF INDIVIDUAL WORK OF INTERNSHIP-STUDENTS

L. V. Glushko, N. V. Chaplynska, N. Z. Pozur, T. Yu. Gavrysh

Ivano-Frankivsk National Medical University

На кафедрі терапії і сімейної медицини ФПО Івано-Франківського національного медичного університету запроваджено проведення науково-практичних конференцій як однієї з форм індивідуальної роботи інтернів. Такий спосіб навчання розвиватиме клінічне мислення, вміння працювати з літературними джерелами, аналізувати інформацію, сприятиме вдосконаленню практичних навиків. Виступаючи з доповіддю, молоді лікарі зможуть поділитися отриманим досвідом, вислухати думки опонентів та виступити в дискусії. Правильно організований контроль зі сторони викладача дозволить скерувати самостійну діяльність інтернів у необхідному руслі. Крім практичного, індивідуальна робота має велике виховне значення: вона розвиває ініціативу, формує такі якості особистості, як самостійність, цілеспрямованість, наполегливість.

On the department of therapy and family medicine of faculty of postgraduate education of Ivano-Frankivsk national medical university realization of scientific and practical conferences is entered, as one of forms of individual work of internship-students. Such method of studies will develop clinical thought, ability to work with literary sources, analyse information, assist perfection of practical skills. Coming forward with a lecture, young doctors will be able to share by the got experience, to hear out opinions of opponents and come forward in a discussion. The correctly organized control from the side of teacher will allow to send independent activity of internship-students in a necessary direction. Besides practical, individual work has a large educational value: she develops initiative, forms such features of personality, as independence, purposefulness, persistence.

Вступ. За роки незалежності України вища медична освіта реформується відповідно до вимог Болонського процесу. У цьому контексті сучасні принципи післядипломного навчання в інтернатурі зводяться до використання досягнень науково-технічного прогресу, які б дозволили лікарям використовувати новітні діагностично-лікувальні методики, надавати медичну допомогу на якісно новому рівні [1, 2].

Про необхідність підвищення кваліфікації лікарських кадрів свідчать стандарти ВООЗ, нові технології, сучасні алгоритми, які вимагають безперервного покращення якості медичної допомоги та максимальної її ефективності. Провідне місце у цьому належить саме рівню кваліфікації фахівців [2].

Обсяг наукової інформації щороку зростає, підвищуються вимоги до рівня підготовки спеціалістів, хоча навчальний процес в інтернатурі не може бути значно збільшений. Вирішення цієї суперечності може бути лише одне – інтенсифікувати навчання. Основним напрямом інтенсифікації має бути перехід від

механічного заучування готових завдань до всебічної активізації навчальної і, взагалі, розумової діяльності [5]. Сам принцип навчання за типом пояснювального або повідомлювального на теперішній час має певні недоліки. Життя і стрімкий розвиток науки ставлять під сумнів ефективність класичних форм передачі знань “від викладача до особи, яка навчається”, тим більше, що саме на етапі інтернатури починається формування лікаря-клініциста, відбувається перехід від аналітичного “студентського” мислення до інтегративного діагностичного пошуку лікаря [6]. Ці обставини спонукають викладачів до побудови системи навчального процесу в якісно новому руслі з урахуванням здібностей лікарів-інтернів та постійного запиту їх на нові знання і оволодіння новими технологіями.

Важлива роль у цьому процесі відводиться індивідуальній роботі лікарів-інтернів. Це один із найскладніших моментів в організації навчального процесу. У порівнянні з аудиторними формами роботи (лекції,

семінари) самостійна робота виконується без участі викладача, але за його завданням у спеціально відведений для цього час. При цьому індивідуальна робота повинна бути раціонально організованою, мати конкретні змістові характеристики, контролюватися, перевірятися й оцінюватися. Лише тоді вона стане ефективною формою навчального процесу в інтернаті, потужним резервом удосконалення [3, 4].

Основна частина. На кафедрі терапії і сімейної медицини факультету післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету проводиться підготовка лікарів-інтернів за спеціальностями “Внутрішні хвороби”, “Загальна практика – сімейна медицина”, “Медицина невідкладних станів”. Як один із методів індивідуального навчання за вказаними спеціальностями нами запроваджено проведення науково-практичних конференцій із найважливіших питань діагностики, лікування і профілактики захворювань внутрішніх органів. Тематика конференцій визначається згідно з календарно-тематичними планами, рекомендаціями викладачів та практикуючих лікарів відділень, які є клінічними базами кафедри, власними побажаннями інтернів. Для участі в науково-практичній конференції лікарі-інтерни готують реферати, підбирають, по можливості, відповідних хворих, виступають на внутрішньогрупових круглих столах із доповідями, регламентованими тематикою циклу. Для кожного доповідача призначаються рецензенти й опоненти з кола слухачів. При підготовці до висвітлення питання інтерни самостійно працюють над літературними джерелами, узагальнюють професійні навички при огляді пацієнтів із захворюваннями за темою роботи. У такий спосіб вони вчать не просто шукати необхідну інформацію, але й обробляти її, класифікувати та аналізувати певні факти. Ряд інтернів впродовж навчання на очному і заочному циклах отримують практично-орієнтовані теми досліджень, із результатами яких виступають на щорічній підсумковій вузівській науково-практичній конференції. Тези цих доповідей публікуються у науковому збірнику.

Вміти висловлювати свою думку, поділитися отриманим досвідом, бути готовим до дискусії, вислухати іншу точку зору для спеціаліста будь-якого

профілю є необхідними якостями, які слід розвивати з самого початку навчання. Саме цього можна досягти у процесі обговорення теми на науково-практичній конференції. Цей вид індивідуальної роботи допоможе виховати вдумливого, всебічно розвинутого фахівця, який зможе працювати в команді і зважати на погляди своїх колег.

Аналіз вимог щодо організації індивідуальної роботи говорить про те, що належним чином має бути здійснений контроль знань та вмінь інтернів, які готують науково-практичні конференції. Через процедуру контролю викладач має можливість керувати діяльністю молодого лікаря, спрямовувати її в необхідне русло.

Ефективність перевірки й оцінювання навчально-пізнавальної діяльності забезпечується певними вимогами. До них належать: індивідуальний характер та систематичність контролю, дотримання об'єктивності, єдності вимог оцінювання, всебічність і тематична спрямованість контролю. Важливе значення у процесі перевірки має дотримання етичних норм, педагогічний такт – доброзичливість і делікатність, відчуття міри в заохоченні й покаранні, вміння визнавати свої помилки. Така форма роботи спонукає до самовдосконалення і викладацький колектив також. Саме злагоджена спільна діяльність викладача й інтерна у процесі як аудиторної, так і індивідуальної роботи дозволить забезпечити високий професійний рівень навчання на післядипломному етапі освіти у вищому навчальному закладі.

Висновок. Правильна організація індивідуальної роботи інтернів не тільки допомагає активізувати пізнавальну діяльність та сприяє самоосвіті, але й забезпечує повноцінне засвоєння тематичного матеріалу, відповідних практичних навичок, отримання додаткової наукової інформації, сприяє розвитку клінічного мислення. Крім практичного, самостійна робота має велике виховне значення: вона розвиває ініціативу, формує такі якості особистості, як самостійність, цілеспрямованість, наполегливість. Маємо надію, що такий вид роботи з лікарями-інтернами сприятиме зростанню нового покоління висококваліфікованих фахівців, подарує нашій медицині гуманних і етичних професіоналів.

Література

1. Вища освіта України і Болонський процес: навч. посіб. / [В.Г. Кремень, М.Ф. Степко, Я.Я. Болобаш та ін.]. – Тернопіль: ВЕЖА, 2004. – 384 с.

2. Каленюк І. Рух Європи до суспільства знань, болонський процес і Україна / І. Каленюк, К. Корсак // Вища освіта

України. – 2004. – № 3. – С. 22-27.

3. Онищенко В.С. Удосконалення організації самостійної роботи при післядипломному навчанні лікарів-стоматологів / В.С. Онищенко, П.В. Леоненко, Г.П. Леоненко // Современная стоматология. – 2006. – № 3. – С. 151-153.

4. Педагогіка вищої школи: навч. посіб. / [З.Н. Курлянд, Р.І. Хмелюк, А.В. Семенова та ін.]. – К.: Вища школа, 2005. – 399 с.

5. Саржевська Л.Е. Організація проведення самостійної роботи інтернів / Л.Е.Саржевська//www.nbuu.gov.ua/Portal/

Soc_Gum/Pfto/.../ped_01_09_Sarzhavska.pdf.

6. Солнцева Т.А. Современные методы оптимизации обучения в структуре последилового образования / Солнцева Т.А., Белоклицкая Г.Ф., Шовкун Э.В. // Современная стоматология. – 2007. – № 3. – С. 142-144.

УДК 387.56

ПЕДАГОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ОСОБИСТОГО ДОСВІДУ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ НА РОЗВИТОК СУБ'ЄКТИВНИХ ХАРАКТЕРИСТИК КОМУНІКАТИВНОГО ПРОСТОРУ “ЛІКАР- ПАЦІЄНТ”

О.М. Гуменюк¹, С.Б. Цюра², В.В. Гуменюк³

¹Львівський медичний інститут,

²Львівський національний університет імені Івана Франка,

³Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

PEDAGOGICAL ANALYSIS OF INFLUENCE OF THE PERSONAL EXPERIENCE OF FUTURE DOCTOR ON DEVELOPMENT OF SUBJECTIVE DESCRIPTIONS OF COMMUNICATIVE SPACE “DOCTOR-PATIENT”

O.M. Humenyuk¹, S.B. Tsyura², V.V. Humenyuk³

¹Lviv Medical Institute,

²Lviv National University by Ivan Franko,

³Lviv National Medical University by Danylo Halytsky

У статті конкретизовано загальні напрями розвитку особистісного досвіду студента – майбутнього лікаря – в умовах педагогічного середовища, створеного для рефлексивного аналізу складових особистого комунікативного простору “лікар-пацієнт”.

In the article a directions of development of experience of student – a doctor in future, – are specified in the conditions of pedagogical environment, which is created for the reflexive analysis of constituents of the personal communicative space “doctor-patient”.

Вступ. Комунікативна складова професійної діяльності привертала увагу багатьох вітчизняних і зарубіжних дослідників, у першу чергу, Е. Берна, А. Бодальова, М. Вудкока, Ф. Зімбардо, М. Кагана, Г. Келлі, М. Ляйппе. Загальнотеоретичні дослідження функцій, параметрів, структури і цілей спілкування знаходимо у працях Г. Андреевої, А. Добровича, В. Мясіщева, Я. Коломінського, В. Куніциної, Н. Казарінової,

Н. Обозова, В. Погольші. Спілкування як складову професійної діяльності у призмі різних фахів і сфер соціальної взаємодії розглядали В. Агєєв, С. Грабовська, Л. Буєва, І. Горелов, Л. Орбан-Лембрик, М. Лебедева, А. Панасюк, А. Панфілова, В. Рижов, Т. Яценко.

Метою нашої статті є аналіз напрямів розвитку особистісного досвіду майбутнього лікаря у сфері його

фахової підготовки, а саме спрямованість змісту комунікативної складової його професійної підготовки.

Основна частина. Задовго до початку професійної підготовки у вищому медичному закладі освіти дитина зустрічається із багатьма зразками виконання професійних дій різними медичними працівниками, ймовірно і близькими людьми. Сценарна теорія Е. Берна у руслі психоаналізу трактує досвід зустрічі маленької дитини із виконанням професійних ролей у двох ракурсах – “людина-професія” та “переможець-переможений”. Парадигма “лікар” для студента означає не просто його майбутню професію. Вона наповнена не лише досвідом емоційних переживань, пов’язаних із хворобою, але із проживання середовища взаємодії з турботливою, уважною, зібраною, знаючою людиною, що прийшла тобі на допомогу і переймається твоєю проблемою.

Спілкування як різновид людської діяльності і спілкування, як складова будь-якої професійної діяльності розрізняються між собою пріоритетами. Аналізуючи види професійної діяльності, що орієнтовані на роботу у сфері “людина-людина” (лікувальна, педагогічна, психотерапевтична, соціальної допомоги тощо), науковці схильні розглядати спілкування як фонову структуру, що творить сприятливе середовище суб’єктивної реальності для професійних дій.

Суб’єктивна реальність професійних дій

Сенс оцінюється у процесі рефлексивного аналізу – суть якого повернення у свій внутрішній світ – процесів, явищ, спогадів. Для утворення нового сенсу потрібні дії, розуміння ситуації і осмислення цілей. Виходячи із етимології поняття (*гр.* – пояснення, тлумачення) термін “герменевтика” трактується її представниками саме у ключі організації процесу розуміння (вияву, інтерпретації, осягнення) об’єктивної та суб’єктивної реальності [1].

Вивчаючи проблему готовності майбутнього професіонала до фахових дій, сучасні дослідники дійшли висновку, що цей процес може бути ефективним лише при умові, якщо професійний розвиток буде результатом внутрішньої спрямованості самого студента. У роботах Д. Ануфрієва, А. Бодальова, М. Поташника, Ф. Терегулова, Я. Турбовського, І. Ярошевської, Л. Фрідмана узагальнюються характеристика та процедури аналізу особистого досвіду як професійного, спрямованість та завдання. При цьому виділяється особливий комплекс умінь самоаналізу особистого досвіду.

Комунікативний простір “лікар-пацієнт”, якщо його розглянути у руслі методології самоорганізовуваних систем, характеризується як вихід двох нелінійних

систем у єдиний темпоритм, де дія структури з дефіцитом енергії компенсуються дією структур з її надлишком. При цьому ефективність синергетичного зв’язку буде забезпечена не лише сучасними характеристиками систем, але й потенційно досяжними можливостями із запасу преадаптивних властивостей систем.

Суб’єктивна реальність кожної із систем структурно пов’язана не лише із її станом на момент організації взаємодії, але із особистим досвідом такої організації у минулому.

Якщо метою навчання у вищій школі вважати сформоване цілісне ставлення до професійної діяльності як до важливої, особисто значимої галузі знань і позитивне ставлення до перспектив власної професійної діяльності, то головним способом його формування вважаємо пошук особистої доцільності й сенсу, всього того, що впливає із сенсів реального життя людини – сьогоденішнього студента-завтрашнього лікаря.

Сучасна вища школа – це насамперед школа самонавчання. Наведемо з даного проводу цитату сучасного російського педагога І.П. Підкасістого: “Навчання у сучасній вищій школі – це нова, така, що перебуває у розвитку, форма організації учіння студентів у навчальному процесі. Вона відзначається головною особливістю – ця форма орієнтована на самостійну роботу того, хто навчається” [2].

Власний досвід – найдорожчий вчитель.

У визначеннях навчання, що ґрунтується на власному досвіді, здебільшого розглядають як таке, в якому той, хто навчається, перебуває у безпосередньому контакті з виучуваними сферами реальності. Його протиставляють навчання, в якому той, хто вчиться, тільки читає, чує, говорить або пише про ці сторони дійсності, але не стикається з ними у процесі навчання.

Наприкінці 1970-х років Д. Колб, спираючись на психологічні і психолого-педагогічні погляди Д. Дьюї, К. Левіна і Ж. Піаже, запропонував узагальнену модель навчання, що ґрунтується на власному досвіді. Вихідним моментом у навчанні і, відповідно, у розгортанні навчального процесу є конкретний досвід того, хто навчається. Досвід стає основою для спостережень і рефлексії, які становлять другу фазу навчання. Спостереження є підставою для формування абстрактних уявлень і понять (третя фаза). Останні виступають як гіпотези і підлягають перевірці у різних ситуаціях, зокрема реальних (четверта – активне експериментування).

Кожна фаза циклу навчання передбачає певні якості, здібності і уміння:

фаза конкретного досвіду – здібності високої сприйнятливості щодо нового досвіду; **фаза рефлексивного спостереження** – здатність до рефлексії над досвідом, бачення альтернативи у його інтерпретації; **фаза абстрактної концептуалізації** – здатність до ціннісного розуміння-охоплення, вироблення понять і уявлень, що вбудовують дані спостережень у послідовну, логічну теорію; **фаза активно-експериментування** – використовувати свої теоретичні погляди для прийняття рішень, вирішення проблем, що, у свою чергу, веде до набуття нового досвіду.

Наприкінці 80-х років ХХ ст. Д. Боуд, Р. Кеог і Д. Уокер намітили фази навчального процесу на основі рефлексивного життєвого досвіду того, хто навчається, щодо практики навчання дорослих:

– звернення до досвіду (на цій фазі педагог допомагає тому, хто навчається, максимально об’єктивно фіксувати те, що відбувалося, без аналізу або інтерпретації);

– звернення до почуттів і переживань, що супроводжували даний фрагмент життєвого досвіду, їх оглядова констатація;

– повторне звернення до життєвого досвіду, його переосмислення.

Авторську технологію розвивального навчання на основі актуалізації і “окультурення” досвіду розробила у 80-х роках І. Якиманська [3].

Вона зосереджує увагу на тому, що суб’єктний досвід життєдіяльності людина набуває безпосередньо у процесі сприймання і розуміння оточуючого світу. Він виявляється у вибірковості сприймання і стійкості цієї вибірковості; опанованих способах опрацювання інформації, її осмислення; системі установлених відношень до об’єктів реальності.

Зона найближчого розвитку рівня суб’єктності конкретної особистості у вивченні може бути використана для:

– окреслення перспективи “виходу” на реконструкцію мотиваційно-орієнтувальної сфери особистості майбутнього лікаря;

– орієнтації студента у змісті і суті, соціальній спрямованості професійної діяльності;

– вироблення у студента осмисленого підходу до вправ з рефлексивного аналізу особистого досвіду як таких, що забезпечують синтез наукових знань і підходів із знаннями і сенсами, що є його безпосереднім надбанням.

Визначають основні можливі напрями аналізу життєвого комунікативного досвіду у сфері “лікар-пацієнт”, які студент може використовувати, як на

заняттях, так і самостійно, без допомоги викладача. Як зазначалося вище, вихід на межі актуального розвитку потребує допомагаючих взаємин. Відповідно навчальні завдання, що визначаються для самостійної роботи з дисциплін психолого-педагогічного циклу, частково виконують функцію допоміжних конструкцій, виводять систему на перспективу, але не завжди можуть замінити живе слово наставника.

Особистий досвід і навіть цілісно життєвий сценарій людина аналізує сама, з другом, викладачем, духівником, психотерапевтом, психологом. Аналіз ведуть різними способами, виходячи із різних цілей.

Студентам здебільшого доцільно пропонуватись стратегія побудови, що відповідає вимогам загальнонаукової методології синергетичного підходу. Для рефлексивного аналізу нами були визначені такі головні напрями побудови змісту і навчальних завдань:

– визначення головних тенденцій, що домінували у розвитку особистості в різні періоди;

– виявлення периферійних векторів, що не стали тенденціями, але наявні у кожен конкретний момент розвитку (як його ймовірні варіанти);

– орієнтація у змісті й сенсі пройдених людиною криз і формування бачення криз розвитку як способів перебудови внутрішнього світу на новий рівень;

– орієнтація у суті (сенсі) періодів стабільного гармонізованого розвитку підсистем структури особистості;

– орієнтація у змісті суператракторів – метастабільних структур, які в час перебудови системи зберігаються, відповідаючи за стабільність системи;

– місця розташування “дивних атракторів”, звідки систему, за визначенням синергетиків, завжди легко лихоманить.

Аналіз наукових джерел з проблеми дослідження дозволяє узагальнити, що основними напрямками з розвитку комунікативної складової підготовки лікаря як майбутнього фахівця у вищій школі слід віднести створення педагогічних умов для рефлексії і подальшого осмислення студентом у професійній діяльності:

– мотиваційної структури – внутрішніх мотивів, соціальної мотивації, мотиву досягнення у міжособистісних стосунках; рівня розвитку потреби у міжособистісних стосунках, що базуються на довірі, потреби у допомагаючих взаєминах, милосерді, що у цілому характеризується психологічним терміном потреби аффіліації;

– індивідуально-психологічних особливостей організації комунікації, у першу чергу, використання мовлення як засобу утвердження соціального статусу; вив-

чення й урахування особливостей організації повсякденної комунікації, що у майбутній професійній діяльності знайде своє вираження у спілкуванні лікаря з середнім і молодшим медперсоналом, адміністративними службами, родичами хворих, колегами тощо;

– потенційних можливостей для розвитку індивідуальних особливостей мови і мовлення у соціально орієнтованому професійному спілкуванні – навиків кодування і декодування інформації у взаємодії із комунікантами різного віку, статі, рівня володіння інформацією; вияву семантичних, синтаксичних, логічних бар’єрів в організації мовлення;

– розвиток досвіду і навиків рефлексивного та емпативного слухання і розуміння, довільне володіння психічними реакціями, які К. Роджерс охарактеризував як типові для лікаря (психотерапевта, вчителя): оцінна реакція; той, хто слухає, оцінює ступінь важливості, складності проблеми, дії того, хто звернувся за допомогою, у шкалі “правильно – неправильно”, дає поради, пробує підказати, як робити правильно; реакція-інтерпретація – людина, яка допомагає іншій, керується бажанням навчити її бачити те, що ховається за проблемою, що відбувається насправді, при цьому інтерпретує подію так, як сама її інтерпретує, розуміє, може зрозуміти; реакція-підтримка – той, хто допомагає, прагне заспокоїти співбесідника, відвернути його увагу від проблеми, навіяти йому необхідність позбавитися негативних переживань, взяти себе у руки – тобто не відчувати те, що він відчуває; реакція-зондування – той, хто допомагає, прагне отримати якомога більше інформації про те, що реально відбувається, задає уточнюючі питання, даючи тим самим можливість співбесіднику говорити про те, що його турбує; демонстрація розуміння; людина, до якої звертаються за

допомогою, переказує своїми словами те, що почула, уточнює, чи правильно вона зрозуміла співбесідника, його думки, почуття, виражає своє співчуття і розуміння його проблем;

– власного досвіду психодіагностики; розуміння проблем і завдань інтерпретації невербальної поведінки; вільне володіння індивідуальними каналами невербальної комунікації;

– досвіду особистісного впливу, пізнання власних можливостей у сфері комунікативно-особистісного потенціалу впливу;

– розуміння і розвитку досвіду міжособистісної атракції, спектра внутрішніх і зовнішніх її факторів;

– аналізу власних індивідуальних особливостей міжособистісного спілкування – труднощів, бар’єрів, помилок у сприйманні тощо; ймовірні труднощі, що можуть виникнути у середовищах агресивно-конфліктного спілкування, взаємодії із людьми з дефіцитом спілкування;

– осмислення досвіду і факторів організації позитивної взаємодії у її розвитку, наприклад на десятки років, особливостей власного стилю у професійній взаємодії та використання допустимих рівнів професійної комунікації.

Висновок. Визначаючи загальні напрями розвитку особистісного досвіду студента – майбутнього лікаря, в умовах педагогічного середовища, створеного для рефлексивного аналізу складових його особистого комунікативного простору “лікар-пацієнт”, доцільним вважаємо дотримання підходів та технологій, що створені на основі трактування розвитку особистості фахівця як розгортання самоорганізованої системи і вимог герменевтики до розуміння та трактування суб’єктивно-об’єктивної реальності, сутності процесів та явищ.

Література

1. Ануфриева Д.Ю. Развитие личного опыта учителя: герменевтический подход: Монография. – Новосибирск, 2009. – 150 с.
2. Підкасистый П.И. Организация учебно-познаватель-

ной деятельности. – М., 2004. – 109 с.

3. Селевко Г.К. Технологии развивающего образования. – М., 2005. – С. 122-128.

ПРО НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ

Г.В. Дзяк, Т.О. Перцева, Л.Ю. Науменко, Г.В. Горбунова, Г.С. Канюка

Дніпропетровська державна медична академія

ABOUT DIRECTIONS OF IMPROVEMENT OF QUALITY OF PREPARATION OF STUDENTS

G. V. Dzak, T. O. Pertseva, L. Yu. Naumenko, G. V. Gorbunova, G. S. Kanyuka

Dnipropetrovsk State Medical Academy

У статті подано основні напрямки підвищення якості підготовки студентів у сучасних умовах.

The basic directions of improvement of students' quality education are presented in modern conditions.

Вступ. Підвищення якості підготовки майбутніх лікарів у сучасних умовах є не тільки важливим завданням, але й пріоритетним напрямом діяльності професорсько-викладацького складу вищих медичних навчальних закладів (ВМНЗ) [1, 2]. Саме від рівня підготовки спеціалістів залежить ефективність надання медичної допомоги населенню країни, забезпечення конкурентоспроможності випускників. Підвищення якості навчання студентів у ВМНЗ обумовлено великою кількістю чинників, які визначають кінцевий результат навчально-виховного процесу. Під час навчання у ВМНЗ важливо студентам, особливо першокурсникам, надавати психологічну допомогу як у процесі адаптації, так і в процесі самовизначення та самопідготовки до майбутньої професійної діяльності. Час навчання у ВМНЗ насичено психологічними труднощами, які пов'язані з адаптацією в новому соціальному статусі, в нових умовах життя та навчання. Вирішення цих питань закладено у наказі МОН України № 1248 від 30.12.2009 р. “Про покращення соціально-педагогічного і психологічного супроводу навчально-виховного процесу у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації”.

Основна частина. Два роки тому академія відповідно до рішення ДАК визнана акредитованою за статусом ВМНЗ IV рівня акредитації. За цей час зусилля професорсько-викладацького складу направлені на вирішення питань створення університетської клініки, удосконалення інформаційно-аналітичного забезпечення навчального процесу на кафедрах, створення сайтів

кожною кафедрою, подальшого розвитку міжнародної співпраці на основі договорів ДДМА з 8 закладами освіти. В рамках підписаної угоди у 2009 році відбувся взаємний обмін професорсько-викладацьким складом та студентами з метою проведення практики та стажування у Вейфанській медичній академії. Вирішення проблем підвищення якості навчання включає декілька напрямів: впровадження системи формування вмінь та практичних навичок відповідно до державного стандарту, впровадження інноваційних та комп'ютерних технологій у навчальний процес, удосконалення методичного забезпечення навчального процесу, оптимізація самостійної роботи студентів, впровадження незалежного від кафедр ректорського контролю рівня знань студентів тощо. Особлива увага приділяється щорічному анкетуванню студентів. Систематичне проведення соціологічних опитувань серед студентів дає можливість виявити питання, вирішення яких спрямоване на подальше підвищення якості навчального процесу.

В академії більш ніж 10 років існує лабораторія психофізіологічних досліджень, спеціалістами якої створена і успішно застосовується програма психофізіологічного тестування першокурсників, яка включає оцінку інтелектуальної лабільності, загального інтелектуального розвитку, а також оцінку рівня екстраверсії (спілкування), як професійно важливої якості лікаря, тощо. На основі тестування студенти отримують консультації психологів, відвідують тренінги щодо формування навичок спілкування, заняття щодо

іншої корекції, консультування з особистих питань тощо. З метою підвищення якості навчання ретельно вивчається психологічний портрет сучасного студента-першокурсника. Так, серед першокурсників 2009 року вступу до ДДМА 64,2 % мешкають у Дніпропетровській області, інші приїхали із 8 областей України. Обрання медичного ВНЗ опитані пов'язують з порадами батьків (40 %) та престижем професії лікаря у суспільстві (26,3 %) тощо. Анкетування показало, що 80 % першокурсників мають високий інтерес до медицини, 37 % – постійно цікавляться питаннями психології та педагогіки. Кожний четвертий першокурсник знайомий з основами програмування, а 71,6 % є постійними користувачами комп'ютерних програм. Кожний п'ятий першокурсник вільно володіє англійською мовою. Кожен третій постійно займається спортом. 88,4 % першокурсників вважають обрану професію престижною у сучасному суспільстві; 76,8 % бажають займатися науковими дослідженнями в галузі медицини. 80 % опитаних головною мрією вважали вступ до медичного ВНЗ та бажають присвятити своє життя професії лікаря. Під час опитування з'ясувалося негативне ставлення першокурсників до дисциплін, які мають важливе значення у підготовці лікаря, а саме до фізики (72 %), хімії (32 %), спорту (21 %) тощо. При обробці анкет виявилось, що тільки 30 % опитаних подавали документи на прийом в один ВМНЗ, 27 % – у два, 20 % – у три, 18 % – у чотири, 5 % – у п'ять ВНЗ. Але у 58 % опитаних один ВНЗ був обов'язково медичним, у 18 % – два медичних, у 13 % – три, у 9 % – чотири, а 2,5 % опитаних подавали документи у 5 ВМНЗ. На бюджетну форму навчання пода-

вали заяву випускники шкіл, які мали результати тестування 180 і більш балів з хімії (20 %), біології (86,3 %), з української мови (70,5 %) опитаних. На контрактній формі навчання 180 і більш балів за результатами тестування мали з біології 19 %, з хімії – 1,3 %, з української мови – 4 %. Зараховані на бюджетну форму навчання відрізняються від прийнятих на контрактне навчання за багатьма параметрами. Встановлено, що на бюджетній формі навчання найбільш висока група інтелектуальної еліти і найменша група ризику щодо навчання. Незважаючи на те, що більшість студентів має високий рівень комунікативних здібностей, але у кожного третього спостерігається високий нейротизм (роздратованість), а у кожного 4-го – низький рівень емпатії (вміння співчувати людям). При контрактній формі навчання результати відрізняються за психологічними показниками: низький відсоток інтелектуальної еліти і дуже високий відсоток групи ризику щодо навчання, студенти мають проблеми щодо спілкування, що так необхідно у професії лікаря. Порівняння з результатами тестування першокурсників 10 років тому показує, що в сучасних умовах збільшилась група ризику щодо навчання, зменшилась група еліти, збільшилась група студентів з високим рівнем нейротизму.

Висновок. Підвищення якості навчання потребує посилення професійно-орієнтаційної роботи з пошуку свого абітурієнта, психологічного та соціально-педагогічного супроводу протягом всього навчання, підвищення педагогічної майстерності викладацького складу, оптимізації навчального процесу згідно з результатами тестування першокурсників.

Література

1. Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітний простір: Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції. – Тернопіль: ТДМУ, 2009. – 314 с.

2. Актуальні проблеми підготовки у вищих медичних та фармацевтичних закладах України: Матеріали науково-методичної конференції (Чернівці, 20-22 листопада 2002 р.). – Чернівці, 2002. – С. 616.

УДК 61:378.147

ПРОБЛЕМИ ЕФЕКТИВНОГО ВПРОВАДЖЕННЯ КМСОНП В МЕДИЧНИХ ВНЗ

В.М. Запорожан, В.Й. Кресюн, Ю.І. Бажора, С.Ф. Гончарук, О.В. Чернецька

Одеський державний медичний університет

PROBLEMS OF CREDIT-MODULE EDUCATIONAL SYSTEM EFFECTIVE IMPLEMENTATION AT MEDICAL HIGH SCHOOLS

V.N. Zaporozhan, V.I. Kresyun, Yu.I. Bazhora, S.F. Goncharuk, O.V. Chernetska

Odessa State Medical University

У статті узагальнено досвід роботи університету протягом п'яти років у КМСОНП. Відображено проблеми та шляхи їх вирішення.

The article summarizes five - years experience on exploration of. Problems and approaches to their resolving are under discussion.

Вступ. Кредитно-модульна система організації навчального процесу (КМСОНП) введена в ВМНЗ України п'ять років тому. Але робота в цьому напрямку була розпочата ще раніше і вона була нелегкою як для МОЗ, так і для кожного ВМНЗ. Вчитися було необхідно керівникам, зав. кафедрами, навчати кожного викладача, створювати програми, інформаційні матеріали, індивідуальні плани тощо. Зрештою, оболонка КМСОНП була створена і в ній ми працюємо вже п'ять років. В наступному році буде здійснено перший випуск лікарів, які з першого по останній курс навчалися за КМСОНП.

Чи досягли ми кінцевої мети, яку ставили перед собою, здійснюючи реформу організації навчального процесу? Які труднощі виникли і що необхідно здійснити щодо їх усунення? Для вирішення цих питань у січні місяці 2010 року в ОДМУ проведено навчально-методичну конференцію “Проблеми впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу” [2]. Нами узагальнені пропозиції усіх доповідачів, основні з яких викладені в цій статті.

Основна частина. В Україні вже багато зроблено для інтеграції системи вищої медичної освіти в загальноєвропейський процес освіти [1]. Проте існують множинні проблеми. Так, наприклад, надто часто змінюються навчальні плани. Сьогодні, наприклад, зі спеціальності “Лікувальна справа” у наявності чотири діючі навчальні плани, з яких за трьома на-

вчаються студенти в умовах КМСОНП і між ними є суттєві розбіжності.

У зв'язку з цим протягом шести років кафедрам доводилося змінювати і створювати нові програми. Чи можна говорити про їх якість і особливо про якість навчально-методичної бази, які мають їх супроводжувати? Навряд чи.

Слід відмітити і різне трактування обсягу 1-го кредиту з різних спеціальностей (лікувальна справа – 30 годин педагогічного навантаження, стоматологія – 30 годин, а фармація – 36). При введенні КМСОНП ми говорили про 27-29 аудиторних годин, враховуючи військово-медичну підготовку. Зараз вона відсутня, а кількість годин в об'ємі кредиту зросла.

Досвід роботи в КМСОНП свідчить також про необхідність перегляду навчальних програм. Це стосується як їх змісту, так і об'єму. Нова система організації навчального процесу вимагала в свій час складення навчальних програм за новою формою, не до кінця розуміючи особливості нових форм, елементів навчального процесу і, природно, допускали помилки. Основні з них, на нашу думку, такі:

– програми, як правило, перевантажені обсягом інформації. Для засвоєння навчального матеріалу пропонується значний перелік навчальної літератури. У навчальних планах, за якими ми почнемо працювати з 1 вересня 2010 року, на СРС відведено 40 % часу зі спеціальності “Лікувальна справа”, 36 % –

“Стоматологія” і 50 % – “Фармація”. Виходячи з цього, в програмах з кожної дисципліни мусить бути спеціальний розділ з відповідними поясненнями для викладача і студента. Насправді, багато викладачів розуміють під СРС самопідготовку до аудиторних занять. Бали за індивідуальну роботу нараховують взагалі усім студентам, розуміючи при цьому написання, а також подання рефератів, знайдених в Інтернеті. У зв’язку зі значним обсягом програмного матеріалу, який студенти мають опанувати самостійно, виникає необхідність серйозно опрацювати питання самостійної роботи студентів медичних ВНЗ. Можливо, робочій групі МОЗ України необхідно зібрати інформацію, що стосується усіх аспектів цієї проблеми у ВНЗ, узагальнити її і розглянути СРС як окреме питання на наступній науково-методичній конференції. Проблема СРС є актуальною як для кафедр блоку природничих наук, так і для клінічних кафедр, особливо 1-го, 3-го і 4-го курсів;

– кількість контрольних питань, що виносяться на модульний контроль, іноді перевищує кількість питань, які виносилися на екзамен з цієї дисципліни;

– не завжди обґрунтовується необхідність значної кількості модульних контролів, що, в подальшому, стає тягарем для студентів і зайвими проблемами для викладачів. Наприклад, сьогодні у студентів 1-го курсу (“Лікувальна справа”) 24 модулі, на 2-му курсі – 19, а на 3-му – 23 модулі. Незважаючи на розуміння цієї проблеми, ми переносимо її в нові програми 1-го курсу зі спеціальності “Стоматологія”, де вже 26 модульних контролів.

У зв’язку з цим виникає проблема, яка пов’язана з одночасним складанням модульних контролів з дисципліни. Досвід показує, що напередодні і в день складання модульного контролю студенти не готуються до занять з інших дисциплін, які передбачені розкладом занять. Навчальним відділам важко скласти розклад таким чином, щоб уникнути збігу дат складання модульних контролів, особливо наприкінці навчального року. В середньому на модульні контролі відводиться 48 годин аудиторного часу, що складає приблизно два тижні. Якщо до цього додати два тижні так званого додаткового часу для ліквідації заборгованості наприкінці навчального року, то ми одержимо 1 місяць з 10, що витрачено на контрольні заходи. Фактично, це ті ж семестрові контролі;

– відсутні чіткі критерії оцінки як поточної успішності, так і заключного контролю знань студентів. Стандартизація модульного контролю зведена, практично, до тестового контролю знань. Викладачам це зручно, бо для їх перевірки необхідно докласти

мінімум зусиль. Студенти заучують тестові завдання, щоб одержати високі бали. Не виправдовує себе і розподіл в оцінці знань за модуль співвідношення 120/80 балів. Відповідальність за якість оцінки знань стає більш розмитою.

Всі ці питання необхідно вирішувати в комплексі.

За минулі п’ять років ми створили формальну оболонку КМСОНП. А чи дозволила вона підвищити якість знань студентів, чи створила для них додаткові труднощі?

Найважче працювати в цій системі студентам першого курсу. По-перше, у багатьох з них відсутня відповідна база знань і, зокрема, з тих предметів, з яких вони проходили зовнішнє незалежне тестування і показали, зважаючи на бали їх сертифікатів, достатні знання. Якщо відсутні відповідні базові знання, то опанувати об’ємну та насичену інформацією вузівську програму вони просто не в змозі.

По-друге, у більшості абітурієнтів зовсім відсутні навички самостійної роботи для самопідготовки до занять. До чого це приводить? Поточна успішність у студентів складається задовільна, чому іноді сприяють викладачі, виставляючи позитивні оцінки, щоб не створювати собі додаткових проблем. Але з модульними контролями, під час яких необхідно відтворити ті ж знання, не говорячи про їх аналіз, виникають значні труднощі. Як приклад можна навести результати перших модулів з деяких фундаментальних дисциплін, які показали студенти медичного факультету в минулому і в цьому навчальному році. Кількість студентів, не допущених до модульних контролів, приблизно, однакова (3,3 – 3,7 % за останні два роки), але кількість тих, хто не склав, зростає приблизно на 10 %. Це при тому, що кафедри першого курсу працюють в КМСОНП п’ятий рік поспіль і почали розуміти, що підвищення вимогливості призведе до негативних результатів. Прикладом тому можуть слугувати результати перших модулів з цих же предметів у студентів теперішнього четвертого курсу (не допущених було приблизно 5 %, показник тих, хто не склав з першого разу, досягав 40 %).

Нескладання перших модулів з однієї або декількох дисциплін і перехід до вивчення наступних модулів призводить до накопичення боргів, які студентам важко ліквідувати. В ряді випадків це призводить до заборгованості з наступних модулів.

В умовах роботи при КМСОНП значно зростає роль опірних кафедр, які мають узагальнювати досвід роботи споріднених кафедр усіх ВМНЗ України, надавати методичні рекомендації щодо удосконалення викладання дисциплін, вирішувати багато інших пи-

тань, що стосуються навчального процесу, в тому числі і видання навчальної літератури, проведення студентських олімпіад тощо. Імовірно, назріла необхідність в оновленні положення про опірні кафедри і підвищенні їх відповідальності за доручену справу.

Відкритим залишається питання, що стосується введення наскрізних програм з провідних дисциплін професійно-орієнтованого блоку (внутрішня медицина, хірургія, педіатрія, акушерство та гінекологія). Остаточне ранжирування з них необхідно здійснити наприкінці XII семестру перед початком державної

атестації. Таким чином, ані студенти, ані кафедри не можуть оцінити якість знань після 4-го і 5-го курсу.

Висновок. МОЗ України здійснені вагомі кроки з метою інтеграції вищої освіти України в світовий освітній простір; усіма ВНЗ проведено значну роботу щодо переведення навчального процесу на кредитно-модульну систему. Необхідно активізувати взаємний обмін досвідом педагогічної і виховної роботи в умовах КМСОНП та сприяти створенню творчих колективів науково-педагогічного складу ВНЗ України для усунення недоліків та впровадження кращих досягнень.

Література

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

2. Проблеми впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу: тези доп. Навчально-методичної конференції, присвяченої 110-й річниці ОДМУ. – Одеса, 2010. – 224 с.

УДК 378(100)+371.133

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, І.І. Солонинко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

THE EFFECTIVENESS ANALYSIS OF EUROPEAN CREDIT TRANSFER SYSTEM IMPLEMENTATION

B.S. Zimenkovsky, M.R. Gzhegotsky, I.I. Solonynko

Lviv National Medical University by Danylo Halytsky

У статті проаналізовано п'ятирічний досвід та ефективність роботи медичних факультетів Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького в умовах кредитно-модульної системи організації навчального процесу, наведено основні проблеми і шляхи вдосконалення якості підготовки фахівців.

The article highlights the five-year outcomes of Credit Transfer System of Education functioning at medical faculties of Danylo Halytsky Lviv National Medical University. The essential problematic issues and the ways for improving specialist training are presented.

Вступ. На сучасному етапі розвитку держави питання реформування вищої медичної та фармацевтичної освіти залишається одним з основних інструментів, що визначають стратегію і тактику формування нової генерації українських лікарів і про-

візорів. Потреби і запити сучасного суспільства вимагають від фахівця знаходити рішення в будь-яких професійних та життєвих ситуаціях, незалежно від локального чи глобального контексту ринку праці.

Компетентнісний підхід як сучасна парадигма формування медичних кадрів передбачає залучення до системи комплексної стандартизації якості вищої освіти таких елементів, як конкурентоспроможність і конкурентноздатність, що є освітньо-професійними та особистісними індикаторами визначення ступеня готовності випускника до професійно-особистісної конкуренції в умовах ринку праці. Вказані елементи гіпотетично здатні інтегрувати ключові і предметні компетенції випускника та характеризувати поліфункціональність, надпредметність, міждисциплінарність, багатокомпетентність, рефлексивність результатів підготовки фахівців у їх індивідуальному, міжособистісному, інституційному контекстах [1 – 5].

Сучасний стан реформування і перебудови системи вищої медичної освіти в Україні супроводжується внесенням суттєвих змін у систему організації навчального процесу, у змістове забезпечення підготовки медичних і фармацевтичних кадрів, а також у процес впровадження активних технологій навчання студентів. Тому дослідження ефективності запровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу, осмислення досвіду і практики проведення освітньої реформи допоможе усвідомити здобутки і врахувати помилки освітніх перетворень.

Основна частина. Напередодні приєднання України до Болонського процесу Львівський національний медичний університет активно включився у експеримент щодо запровадження кредитно-модульної

системи організації навчального процесу, а у 2004 році став базовим навчальним закладом Західного регіону України з координації впровадження цієї нової методології навчання. У співпраці з іншими вищими медичними навчальними закладами регіону було затверджено програму дій; створено координаційну раду і постійно діючу робочу групу; організовано наради, постійнодіючий науково-методичний семінар, тренінги для викладачів; видано методичні посібники для викладачів, аспірантів, студентів; проведено підвищення кваліфікації всього науково-педагогічного персоналу за програмою “Вища медична освіта і Болонський процес”, оновлено навчально-методичне забезпечення та матеріально-технічну базу кафедр.

Починаючи з 1 вересня 2005 року, відповідно до наказу МОЗ України № 52 від 31.01.2005 р. в університеті запроваджено кредитно-модульну систему організації навчального процесу та новий навчальний план підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “лікар”, який побудований на зразок європейської кредитно-трансферної системи ECTS: вивчення дисциплін структуроване на модулі, навчальне навантаження студента вимірюється заліковими кредитами ECTS, для контролю знань студентів використовується рейтингова шкала успішності. У навчальному процесі за КМСОНП задіяні 56 кафедр університету. Динаміку чисельності студентів медичних факультетів, які навчаються за кредитно-модульною системою організації навчального процесу (КМСОНП), представлено у таблиці 1.

Таблиця 1. Чисельність студентів медичних факультетів, які навчаються за КМСОНП

Форма навчання	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010
Державне замовлення	274	422	585	733	903
Контракт	64	119	166	233	324
Іноземні студенти	74	164	265	370	452
Всього	412	705	1016	1336	1679

На перший погляд видавалось, що кредитно-модульна система організації навчального процесу стимулює студентів до активного щоденного навчання та систематичного відвідування навчальних занять. Впродовж 2005-2007 навчальних років кількість пропусків на першому та другому курсах зменшилась втричі, однак з переходом студентів на старші курси виявлено тенденцію до збільшення кількості пропусків та перескладань підсумкових модульних контролів, що можна пояснити великою кількістю модулів.

Навчальним планом підготовки лікарів 2005 року передбачено вивчення 68 навчальних дисциплін, з яких студентів за весь період навчання, відповідно до навчальних програм, необхідно скласти 140 підсумкових модульних контролів, в середньому 24

в рік (для порівняння: у навчальному плані 2002 р. – лише 28 іспитів і 21 диференційований залік за такий же період – 6 років навчання).

Таке перевантаження студентів, на нашу думку, виникло у зв'язку з тим, що при структуруванні дисципліни на модулі кафедри-розробники навчальних програм намагались створити надто деталізовану схему контролю знань студентів. Ця ситуація та відкрита система моніторингу, яка постійно використовується в університеті, спонукала до перегляду навчальних планів і програм з огляду на неадекватне у ряді випадків збільшення кількості модулів з дисципліни.

Починаючи з 2007 р., внесено зміни до навчальних планів і програм підготовки лікарів: підсумковий модульний контроль з ряду дисциплін замінено формою конт-

ролю “залік”, зменшено кількість модулів з деяких нормативних дисциплін. Порівняльний аналіз якісної успішності студентів 1-го курсу показує ефективність запроваджених змін: якщо у 2005-2006 н. р. якісна успішність була на рівні 41 %, то у 2007-2008 н. р. вона зросла до 71,2 %, що відповідає показникам якісної успішності при традиційній системі. Ефективність запровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу підтверджують і результати ліцензійних іспитів “Крок 1. Загальна лікарська підготовка” як державний моніторинг якості підготовки.

Порівнюючи результати семестрової успішності студентів 1-5 курсів при новій системі організації

навчального процесу бачимо, що показники якісної успішності за семестр змінюються пропорційно до кількості дисциплін, вивчення яких завершилось у семестрі (табл. 2). Такі зміни можна вважати закономірними, враховуючи вимоги, встановлені рейтинговою шкалою оцінювання ECTS, де якісна успішність з дисципліни є сумою оцінок А, В, С і складає 65 %. Тому якісна успішність студентів III курсу, що визначена за результатами модульного контролю з однієї дисципліни, становить 64,9 %. Чим більше дисциплін виноситься на семестровий контроль, тим нижчою є якісна успішність студентів.

Таблиця 2. Якісна успішність студентів за роками навчання при КМСОНП

Роки навчання	I курс	II курс	III курс	IV курс	V курс
Кількість завершених дисциплін у семестрі	2	5	1	7	7
Якісна успішність (%)	56,2	41,5	64,9	41,8	40,3

Тенденція до зниження якісної успішності студентів за тривалий період навчання в цілому закономірно супроводжується зменшенням кількості відмінників і така особливість характерна для Європейського простору вищої освіти, де якість підготовки майбутнього фахівця визначається його рейтингом на курсі відповідного навчального закладу, а не відсотками відмінних оцінок у додатку до диплома. Адже шкала оцінювання при КМСОНП є рейтинговою і дозволяє визначати 10 % найкращих студентів, тому, на нашу думку, у документах про освіту слід відображати цей рейтинг. У нових умовах організації навчального процесу необхідна подальша коадаптація національних та європейських модульних технологій, зокрема приведення у відповідність вимог до документів про освіту з міжнародними нормами.

Висновки. Ефективність реформування вищої медичної освіти залежить як від загальнореформаторських завдань, серед яких: стратегічні, тактичні і

оперативні, так і від технологічних змін. Визначальними для успіху освітньої реформи є такі умови:

1. Концепція реформи повинна мати цілісний характер, тобто охоплювати навчальні програми, організацію, методи і засоби навчально-виховного процесу, пов'язані зі структурою системи освіти, а також – варіативний і перспективний плани.

2. Реформування потребує здійснення попередніх досліджень, пов'язаних із соціологічними і психологічними аналізами та економічними розрахунками. Проведення таких досліджень має випереджати реформу і постійно її супроводжувати.

3. Ефективність реформування освіти на сучасному етапі визначається належною взаємодією науки і освіти, розширенням академічного міжнародного співробітництва, впровадженням високих інформаційних технологій. Без належного фінансування видатків на медичну освіту за рівнем потреб, обумовлених практикою, не може бути мови про модернізацію, трансформацію чи інновацію.

Література

1. Стан підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників і завдання вищої медичної школи щодо її інтеграції до світового освітнього простору / В.В. Лазоришинець, М.В. Банчук, О.П. Волосовець та ін. // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 5-10.
2. Моніторинг якості медичної освіти: результати тестових державних ліцензійних іспитів / М.В. Банчук, І.С. Булах, О.П. Волосовець та ін. // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 14-23.

3. Андрущенко В., Боднар В. Модернізація педагогічної освіти відповідно до викликів XXI століття // Вища освіта України. – 2009. – № 2. – С. 17-23.
4. Павловський К. Трансформації вищої освіти в XXI столітті: польський погляд. – Київ, 2005. – 228 с.
5. Василюк А. Проблеми аналізу освітніх реформ // Вища школа. – 2009. – № 9. – С. 76-82.

ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМИ ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ

В.К. Івченко, Ю.І. Налапко

Луганський державний медичний університет

PERSPECTIVE TRENDS OF IMPROVEMENT OF STUDY QUALITY IN THE INTERNSHIP

V.K. Ivchenko, Yu.I. Nalapko

Luhansk State Medical University

Проведено комплексне анкетування лікарів-інтернів щодо якості навчання в інтернатурі. Показано, що одним із головних чинників, що обумовлюють якість оволодіння професійними знаннями, є мотивація та соціальний захист майбутньої професії. Також визначено перспективні напрями поліпшення навчання в межах кафедри, факультету, університету.

The complex interns survey about study quality in the internship was done. It was shown that one of the most important factors defined the quality of study of the professional knowledge are motivation and social defense of the future profession. Perspective trends of the improvement of study quality were determined in frames of a chair, faculty and university.

Вступ. Найголовнішим напрямом роботи деканату факультету післядипломної освіти є не тільки забезпечення організації якісного навчального процесу, координація та контроль за його проведенням, а й пошук нових методів його поліпшення.

На факультеті післядипломної освіти Луганського державного медичного університету в 2009 навчальному році підготовку в інтернатурі проходили 590 лікарів-інтернів за 25 спеціальностями. З них 357 інтернів навчались за держзамовленням та 233 за умовами контракту, 8 інтернів поєднували навчання в інтернатурі з магістратурою. За підсумками державної атестації про присвоєння звання “лікар-спеціаліст” та “провізор-спеціаліст” було атестовано 279 інтернів – 100 % з тих, хто був допущений до заключної атестації.

Контроль успішності навчання протягом очного циклу інтернатури проводиться кафедрами шляхом щоденних практичних занять, семінарів, заліків та проміжних атестацій. Слід зазначити, що для післядипломного етапу оцінка, що виставляється в журнал, на відміну від додипломної підготовки, має суто символічне значення. Вона не впливає ані на стипендію, ані на рейтинг та подальший розподіл на роботу. Переважна більшість інтернів не сприймає відмітку викладача навіть як аргумент для самооцінки, оскільки для молодого спеціаліста більш важливим є

те, що він вміє, ніж те, що він знає. В цьому сенсі функцію оцінки виконує дозвіл викладача до виконання складних маніпуляцій, асистенцій та самостійних операцій, і тільки заради цього інтерн готовий оволодіти теорією виконання цих маніпуляцій.

Про неадекватність звичайної оцінки успішності навчання як дзеркала рівня знань говорить відсутність кореляції між середнім балом на проміжній атестації та результатами складання іспиту “Крок 3”. Інтерни, що мають добру поточну успішність, іноді демонструють низький рівень складання ліцензійного іспиту і навпаки.

Таким чином, для оцінки успішності навчання в інтернатурі слід проводити не тільки аналіз відміток за поточні заняття або проміжні атестації, а й більш принципово підходити до оцінки практичних навичок, адже в очах інтерна саме оцінювання практичної роботи є стимулюючим та виховним дидактичним інструментом.

Основна частина. З метою аналізу якості навчання інтернів було проведено анонімне анкетування інтернів різних спеціальностей першого року навчання. В анкетуванні брали участь 188 інтернів 23 спеціальностей. З них 27 осіб навчаються на контрактних умовах, 161 – за держзамовленням.

Одним із найпотужніших стимуляторів до якісного оволодіння обраною спеціальністю є мотивація. 58 лікарів (31 %) зазначили, що навчаються в інтерна-

турі не за тією спеціальністю, яку мріяли отримати. Найбільша кількість таких інтернів на спеціальностях “Загальна практика – сімейна медицина”, “Внутрішні хвороби”, “Педіатрія”. Саме ці спеціальності демонструють відносно низький рівень підготовки при складанні іспиту “Крок 3”.

Дуже важливим є питання про плани випускників закінчення інтернатури продовжувати роботу за обраною спеціальністю. Лише 64,4 % інтернів (121 особа) планують працювати в медицині, 52 (27,7 %) мають сумнів в можливості своєї подальшої лікарняної діяльності. Мають чіткий намір не працювати далі за спеціальністю 15 (8 %) інтернів. Таким чином, кожний 12-й випускник університету після закінчення інтернатури не бачить себе в подальшому у ролі лікаря. Таке демонструють лікарі-інтерни спеціальностей “Педіатрія”, “Внутрішні хвороби”, “Загальна практика – сімейна медицина”. Головною причиною такого ставлення до медицини кореспонденти відмічали дуже низьку заробітну плату та соціальну незахищеність професії лікаря.

Для характеристики якості викладання дисципліни інтерни оцінювали за 5-бальною шкалою якість лекцій, семінарів та практичних занять. Загальна тенденція є такою, що якість читання лекцій виявляється вищою за якість проведення семінарів, а якість практичних занять нижча за семінарські. Абсолютно чітко простежується тенденція: чим більш активна роль інтерна в занятті, тим нижче “задоволення” отримує суб’єкт навчання.

Щоденник – це головний документ лікаря-інтерна. Якість його ведення відображає ставлення майбутнього спеціаліста до медичної документації в цілому. Тільки 20,7 % інтернів відмічають, що ведуть щоденники щодня, 42 % – щотижня, решта – щомісячно. Серед інтернів практично кожної спеціальності є особи, які не ведуть щоденники та не бачать, за їх словами, сенсу у цьому занятті.

Обов’язковим елементом навчання на очному циклі є суміжні дисципліни. В цілому якість суміжних циклів була оцінена позитивно, але зауваження до суміжних циклів однотипні: неефективне витрачання часу, у викладачів немає зацікавленості викладати суміжні дисципліни. Понад 10 % інтернів вважає, що такі цикли зовсім не мають сенсу, а час треба віддати на основні за спеціальністю очні цикли.

Підбиваючи підсумки ефективності навчання на очному циклі першого року, інтерни доволі критично оцінили свої знання та вміння, які в цілому, за їх власними оцінками, складають 3,2 та 3,6 бала відповідно (за 5-бальною шкалою).

Які ж причини заважають лікарям-інтернам оволодівати обраною спеціальністю? Показово, що жоден з інтернів не відмітив вартість навчання як фактор припинення навчання в інтернатурі. Більш того, 36 % вважають, що плата за навчання стимулює їх до якісного оволодіння спеціальністю.

Ключовим в анкетуванні став той факт, що основну причину недостатньо якісного навчання інтерни бачать саме в собі: неспроможності працювати систематично та з повною самовіддачею, слабкій мотивації до роботи в медицині, відсутності міцних базових знань за 6 років. 22 % респондентів зауважили, що після початку навчання в інтернатурі сприймають необхідність вивчення теоретичних та клінічних дисциплін по-іншому, з більш високою мотивацією. Цей факт обов’язково повинен знайти відображення в повсякденній роботі студентських кафедр.

Важливою формою навчання та професійного виховання спеціаліста є його участь в засіданнях професійних асоціацій. Більшість інтернів використовує це повною мірою. Не відмітили такого виду навчання лише інтерни-хірурги.

Можливість ознайомлення з Клінічними протоколами, затвердженими МОЗ України, відзначили більшість лікарів-інтернів. Поодинокі випадки незнання клінічних протоколів та відсутність інформації про їх існування продемонстрували деякі інтерни, що є приводом звернути увагу відповідних кафедр.

Проаналізовано погляди інтернів на підготовку до іспиту “Крок 3”. Більшість респондентів зазначає, що якість готовності інтернів до іспиту залежить як від рівня знань, так і від частоти тренінгів на кафедрах. Практично на всіх кафедрах інтернів тестують щотижня або частіше. Як складова підготовки до іспиту протягом 4 років проводяться загальнофакультетські лекції. Лекції з невідкладних станів в хірургії, акушерстві і гінекології, терапії, інфекційних хвороб та педіатрії інтерни вважають за доцільне проводити в подальшому.

На думку інтернів, для якісної підготовки до іспиту “Крок 3” потрібно:

- перенести час тестування з квітня на кінець першого очного циклу, тобто на січень-лютий;
- виділити окремий цикл для підготовки до нього;
- частіше проводити тренінги з розбором разом з викладачем неправильних відповідей;
- перед екзаменом давати час на самопідготовку.

Висновок. Проблема якісної підготовки компетентного лікаря виходить за межі вищої медичної школи. Це питання не тільки освітнє, але й соціальне та державне. Чого не вистачає майбутнім лікарям, щоб бути кваліфікованими спеціалістами? Слабка

мотивація, непопулярність медичної спеціальності серед населення, низький рівень оплати праці, відсутність вільного часу для підготовки, низький рівень знань, який був отриманий за 6 років навчання в університеті, відсутність доступної сучасної літе-

ратури, слабка заінтересованість завідувачів баз інтернатури у роботі з інтернами, слабка теоретична підготовка. Це основні зауваження та проблеми, які підкреслювали інтерни, пояснюючи низький рівень своєї підготовки.

УДК 378.147: 617 – 089

ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ХІРУРГІВ НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

І.В. Іоффе, Н.А. Шор, І.В. Андрєєва, Ю.А. Хунов, І.І. Зельоний, В.І. Жаданов

Луганський державний медичний університет

PROBLEMS OF EDUCATION OF SURGEONS IN POSTGRADUATE STAGE

I.V. Ioffe, N.A. Shor, I.V. Andreeva, Yu.A. Khunov, I.I. Zelyony, V.I. Zhadanov

Luhansk State Medical University

У процесі післядипломної освіти лікарів-хірургів перспективними є сучасні технології навчання, створення університетських клінік та центрів, збільшення ефективності навчально-виховної роботи, зацікавленості хірургів у навчанні, постійне самовдосконалення викладачів кафедри.

Modern technologies of education, formation of University clinics and surgical centers, decreasing of effectiveness of study and interest of surgeons in studying in Luhansk State Medical University are perspective directions in process post diploma education of surgeons.

Вступ. Однією з актуальних проблем сучасної вищої освіти є підготовка лікарів-хірургів на етапі післядипломної освіти. Тимчасом як Міністерство освіти і науки України працює над програмами реформування системи вищої освіти в Україні, майбутні хірурги мають цілу низку труднощів як соціально-економічного, так і навчально-практичного характеру. Допомогти їм вирішити ці проблеми повинні саме кафедри хірургії післядипломної освіти.

Стратегічна мета сучасної системи реформування освіти – створення конкурентоспроможного фахівця, що має рівень знань, достатній для інтеграції в систему вищої освіти країн Західної Європи та отримання диплома міжнародного взірця [1, 2]. Загальноприйнятим є факт дуже високого рівня підготовки медичних кадрів у Радянському Союзі. Тому реформування діяльності вищих медичних навчальних за-

кладів може бути проведене лише з урахуванням даних аналізу і пропозицій всіх розділів роботи як теоретичних, так і клінічних кафедр медичних вузів. Крім того, будь-яка система навчання відповідає рівню розвитку суспільства та адаптована до нього, тому зміна системи навчання вимагає зважених кроків, а також реальної оцінки своїх можливостей, інакше можна втратити набуте і не здобути нового [2].

Мета роботи – проаналізувати найважливіші проблеми підготовки лікарів-хірургів на кафедрі хірургії ФПО ЛугДМУ.

Основна частина. Навчальна робота на кафедрі хірургії ФПО ЛугДМУ включає підготовку лікарів-інтернів хірургічного профілю (первинна спеціалізація), передатестаційні та тематичні цикли удосконалення для лікарів-хірургів м. Луганська та області, а також післядипломну освіту лікарів-інтернів за спе-

ціальністю “Сімейна медицина” та “Медицина невідкладних станів”. В останні роки на кафедрі проводиться й навчання-перепідготовка дільничних терапевтів та педіатрів, які працюють у селі, з метою формування контингенту сімейних лікарів.

Проведення передатестаційних циклів для лікарів-хірургів стало обов’язковим видом підготовки спеціалістів перед черговою атестацією на лікарські кваліфікаційні категорії. Це навчання завершується складанням уніфікованого тестового екзамену й оцінкою вмінь та оволодіння професійними практичними навичками на відповідність певній лікарській кваліфікаційній категорії. Ми згодні з думкою Т.В. Кебало та А.Б. Кебало (2003), що такий підхід дозволяє підняти рівень кваліфікації фахівців у Луганській області [3].

Крім того, кафедра працює над розробкою програм безперервної післядипломної освіти хірургів м. Луганська та області в міжатестаційний період. Для отримання вищої кваліфікаційної категорії необхідним є навчання на циклах тематичного удосконалення з різних розділів хірургії.

Також до навчальної програми передатестаційних циклів з хірургії були введені актуальні питання СНІДу та вірусних гепатитів, питання невідкладних станів в медицині, організація невідкладної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях. Слухачі передатестаційних циклів також відвідують Луганську обласну станцію переливання крові, де з ними проводяться заняття з сучасних питань трансфузіології.

Основною проблемою підготовки фахівців під час передатестаційних циклів є неможливість демонстрації на одній кафедрі хворих з видами патології, що передбачається програмою. Ця проблема частково вирішується за рахунок циклів тематичного удосконалення.

Другою складною проблемою стає відсутність сучасної діагностичної та лікувальної апаратури для навчання фахівців, що приводить до необхідності навчання їх за межами кафедри, а іноді й України.

Ще більше труднощів виникає під час підготовки хірургів в інтернатурі. 85 % інтернів указують на недостатню підготовку зі суміжних дисциплін у зв’язку з невеликою кількістю навчальних часів, особливо з дитячої хірургії, урології, гінекології. В останні роки стало неможливим проведення навчальних операцій на тваринах на кафедрі оперативної хірургії та на трупах у патологоанатомічних відділеннях. Ці проблеми виникли в результаті введення нових положень з біоетики. Це, на наш погляд, не дає можливості інтернам відпрацьовувати деякі оперативні прийоми.

60 % інтернів вважають, що занадто багато часу вони витрачають на підготовку до теоретичних занять. Це пов’язане з необхідністю роботи в бібліотеці, відсутністю необхідних монографій.

Інтерни позитивно оцінювали активні методи навчання на кафедрі (самостійні чергування в хірургічному відділенні, доповіді основних положень періодичних видань з питань хірургії, участь у патологоанатомічних конференціях, засіданнях Асоціації хірургів Луганської області). Більшість з них вважає необхідним застосувати сучасні комп’ютерні технології в навчальному процесі [5].

У навчальному процесі викладачами кафедри використовується величезний арсенал засобів для глибокого опанування лікарями-інтернами як теоретичними знаннями, так і практичними навичками. Майбутні хірурги беруть активну участь у лікувальному процесі, який включає участь в оперативних втручаннях, перев’язках, обстеженнях. Також як елемент навчального процесу застосовується реферат. Як вважають А.Н. Радзіховський та співавт. (2003), засвоєння матеріалу лікарями-інтернами значно вище при викладанні з використанням рефератів та їх публічного захисту [6].

На думку О.Т. Прокази, О.В. Грицьких (2009), необхідно відмовитися від традиційного тлумачення навчання тільки як процесу оволодіння професійними знаннями. Сутність професійного самостановлення, саморозвитку, самоактуалізації та самореалізації полягає не тільки в тому, які і в якому обсязі знання набувають майбутні фахівці, скільки в тому, яким чином вони їх набувають. Студент має стати суб’єктом своєї власної самостійної роботи, тобто ставити мету, планувати свою діяльність, самоорганізуватися на виконання запланованої діяльності, постійно здійснювати самоконтроль, а також нести відповідальність за результати свого професійного зростання [4].

На жаль, неможливо підготувати фахівця з усіх розділів сучасної хірургії на одній кафедрі. У європейських університетах кожна кафедра складається з загальної хірургічної клініки та значної кількості вузькопрофільних хірургічних клінік. В Луганську, на жаль, вузькопрофільних клінік мало, вони застосовуються під час навчання студентів в університеті або вони є приватними. Тому за прикладом Національного медичного університету необхідно кожній хірургічній кафедрі шляхом офіційного створення центрів чи без відповідного оформлення їх формувати вузькоспеціалізовані відділення чи центри [1]. Ця система створює оптимальні умови практичної підготовки лікарів

з усіх як старих, так і нових, розділів хірургії. Для цього необхідно внесення відповідних коректив у робочі плани, що складає труднощі організаційного характеру і потребує постійного контролю.

Висновок. Таким чином, у процесі післядипломної освіти лікарів-хірургів перспективними є сучасні технології навчання, створення університетських клінік та центрів, збільшення ефективності навчаль-

но-виховної роботи, зацікавленості хірургів у навчанні в Луганському медичному університеті, постійне самовдосконалення викладачів кафедри. Вирішення цих проблем, на жаль, неможливе без фінансування навчально-лікувальної та наукової роботи кафедр.

У перспективі подальших розробок у даному напрямку потрібно впроваджувати досвід провідних клінік України та країн Західної Європи.

Література

1. Братусь В.Д. Шляхи інтеграції медичних університетів в систему медичної освіти країн Заходу / В.Д. Братусь, П.Д. Фомін // Мистецтво лікування. – 2003. – № 6. – С. 15-21.
2. Викладання хірургії у Віденському медичному університеті / [Л.Я. Ковальчук, А.Р. Вайда, І.К. Венгер та ін.] // Медична освіта. – 2006. – № 1. – С. 5-7.
3. Кебало Т.В. Підготовка лікарів-хірургів в Україні та шляхи удосконалення їх післядипломної освіти / Т.В. Кебало, А.Б. Кебало // Хірургія України. – 2003. – № 2 (6). – С. 4-7.
4. Проказа О.Т. Науково-педагогічні дослідження студентів

як важливий компонент модульно-рейтингової педагогічної системи (МРПС) / О.Т. Проказа, О.В. Грицьких // Освіта Донбасу – 2009. – № 3-4 (134-135). – С. 8-13.

5. Пути оптимизации подготовки хирургов в интернатуре / Шор Н.А., Грищенко Е.Е., Левина В.П. // Метод. рекомендации для преподавателей. – Луганск: Из-во ЛугГМУ, 2000. – 21 с.

6. Роль рефератів у навчальному процесі по підготовці лікарів-інтернів / [А.П. Радзіховський, О.О. Біляєва, П.І. Гордійчук, Л.О. Стюта] // Хірургія України. – 2003. – № 4 (8). – С. 227-228.

УДК 808.2:378.147.33] 054.6

ПРОБЛЕМИ ВПРОВАДЖЕННЯ БОЛОНСЬКОЇ КОНВЕНЦІЇ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОСТОРИ УКРАЇНИ

Л.Я. Ковальчук, А.Д. Беденюк, О.В. Олійник, В.В. Гнатів, І.В. Чепіль, О.І. Костів

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

THE PROBLEMS OF INCALCATION OF BOLOGNA CONVENTION IN EDUCATIONAL SPACE OF UKRAINE

L. Y. Kovalchuk, A. D. Bedeniuk, O. V. Oliynyk, V. V. Hnativ, I. V. Chepil, O. I. Kostiv

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Стаття присвячена аналізу досвіду впровадження засад Болонської конвенції в навчальний простір України, порівнянню навчальних програм в медичних навчальних закладах Європи.

The article is devoted to the analysis of the experience of incalcation of principles of Bologna convention in educational area of Ukraine, comparison of educational programs of medical institutions of Europe.

Вступ. Після підписання Україною в 2005 році Болонської конвенції у вищих навчальних закладах з'явилося багато нових можливостей для розвитку і

підвищення кваліфікаційного рівня. Головна ідея конвенції – створення до 2010 року стандартної загальноєвропейської системи вищої освіти. Після підпи-

© Л.Я. Ковальчук, А.Д. Беденюк, О.В. Олійник та ін.

сання документа в українських студентів не буде необхідності у стажуванні і перескладанні іспитів, якщо вони продовжуватимуть навчання за кордоном: всі дипломи будуть єдиного зразка.

Метою даної статті є дослідження відмінностей в системі медичної освіти України та інших країн Європи.

Основна частина. Прийняття Болонської угоди означає збільшення мобільності студентів і викладачів. Під час навчання можна буде змінювати країну або університет. Єдиний європейський диплом спрощує працевлаштування наших громадян за кордоном, і це є однією із основних стимулів впровадження запропонованої системи навчання у нашій країні [1]. Однак для цього Україна повинна серйозно змінити власну систему освіти, щоб адаптувати її до євростандартів.

Перш за все, Болонська конвенція передбачає триступеневу систему навчання [1, 2]. Перший ступінь – бакалавр. Досягається вона після закінчення чотирирічного навчання. У світовій практиці, за твердженнями експертів, абсолютну більшість людей з вищою освітою становлять ті, хто має ступінь бакалавра.

Далі йде рівень магістра. У Лісабонській конвенції і Болонській декларації підкреслюється, що для навчання на цьому рівні студент повинен оволодіти кваліфікацією бакалавра. Для отримання другого ступеня – магістра – потрібно навчатися ще два роки. Вважається, що на цьому етапі і відбувається відбір найуспішніших студентів, тому що кількість бюджетних місць в магістраті складатиме всього 15-20 відсотків від кількості бакалаврів.

Третій рівень – це навчання в аспірантурі майбутніх науковців.

Система присвоєння вчених ступенів у нашій країні та за кордоном також має свої відмінності: для от-

римання звання доктора наук, що визнається в Європі, науковцю потрібно захистити не дві (як в Україні – кандидатську і докторську), а тільки одну дисертацію.

Болонська конвенція передбачає прозорість критеріїв оцінки знань [1, 2]. З цією метою вводиться кредитно-модульна система навчання, яка існує сьогодні вже у 23 українських ВНЗ. Модулі (або блоки тем) об'єднуються в кредит. За наслідками вивчення кожної дисципліни студенту присуджується певна кількість кредитів. За рік навчання кожен студент повинен відвідати і відпрацювати чітко певну кількість навчальних годин, іншими словами, набрати 60 кредитів. Якщо громадянин вирішив продовжити навчання у ВНЗ іншого міста або іншої країни Європи, він має можливість доплюсувати до раніше отриманих кредитів нові. При цьому автоматичного взаємного визнання дипломів по всій території Болонського процесу не передбачається. Згідно з розділом III Лісабонської конвенції, кваліфікації (дипломи), видані в одній з країн-підписантів, підлягають обов'язковій переоцінці.

Тому виникає потреба в уніфікації робочих планів і програм, оскільки у вищих навчальних закладах різних країн у відповідні роки навчання студенти вивчають різні дисципліни [3]. Для прикладу приведемо навчальні плани Боннського медичного університету (Німеччина), Московського медичного університету (Росія) та Тернопільського державного медичного університету (Україна).

Зокрема, предмети, які вивчають студенти на доклінічному етапі навчання, представлено у таблицях 1–3.

Предмети, які вивчають студенти на клінічних базах університетів, представлено у таблицях 4–12.

Таблиця 1. Порівняльна характеристика навчальних планів I (доклінічного) семестру

Боннський медичний університет	Медична термінологія, Біологія, Хімія, Вступний курс – медична психологія і соціологія, Вступ до анатомії, Клінічні демонстрації (вступ до спеціальності), Міждисциплінарний модуль за вибором
Московський медичний університет	Латинська мова, основи медичної термінології, Біологія, Загальна і біоорганічна хімія, Фізика, Математика, Анатомія людини, Іноземна мова, Фізичне виховання, Курс за вибором
Тернопільський медичний університет	Іноземна мова, Латинська мова і медична термінологія, Ділова українська мова, Культурологія, Основи економічної теорії, Історія медицини, Соціальна та медична соціологія, Основи психології, Основи педагогіки, Медична біологія, Медична та біологічна фізика, Медична хімія, Біологічна та біоорганічна хімія, Анатомія людини, Гістологія, цитологія та ембріологія, Курс за вибором, Європейський стандарт комп'ютерної грамотності, Військова підготовка

Таблиця 2. Порівняльна характеристика навчальних планів II (доклінічного) семестру

Боннський медичний університет	Фізика, Мікроанатомія, Біохімія / Молекулярна біологія, Біологія, Міждисциплінарний модуль, вибір
Московський медичний університет	Фізика, Анатомія людини, Гістологія, ембріологія, цитологія, Біологія, Загальна хімія, Латинська мова, основи медичної термінології, Іноземна мова, Фізичне виховання
Тернопільський медичний університет	Іноземна мова, Латинська мова і медична термінологія, Ділова українська мова, Культурологія, Основи економічної теорії, Історія медицини, Соціальна та медична соціологія, Основи психології, Основи педагогіки, Медична біологія, Медична та біологічна фізика, Медична хімія, Біологічна та біоорганічна хімія, Анатомія людини, Гістологія, цитологія та ембріологія, Курс за вибором, Європейський стандарт комп'ютерної грамотності, Військова підготовка

Таблиця 3. Порівняльна характеристика навчальних планів III (доклінічного) семестру

Боннський медичний університет	Фізіологія клітини і фізіологія, Медична психологія і соціологія, Вступ до медичних професій
Московський медичний університет	Нормальна фізіологія, Психологія, педагогіка, медична психологія, Культурологія, Історія Вітчизни, Філософія, Біохімія, Мікробіологія, Загальний догляд за хірургічними хворими, Іноземна мова, Фізичне виховання
Тернопільський медичний університет	Анатомія людини, Гістологія, цитологія та ембріологія, Фізіологія, Біологічна та біоорганічна хімія, Мікробіологія, вірусологія та імунологія, Загальна хірургія (з оперативною хірургією та топографічною анатомією), Медична інформатика, Догляд за хворими (практика), Курс за вибором, Європейський стандарт комп'ютерної грамотності, Військова підготовка, Іноземна мова, Філософія

Таблиця 4. Порівняльна характеристика навчальних планів I клінічного семестру

Боннський медичний університет	Хірургія, Ортопедія, Урологія, Анестезіологія, Міждисциплінарний семінар
Московський медичний університет	Пропедевтика внутрішніх хвороб, Загальна хірургія, Інформатика, медична інформатика, Мікробіологія, Фармакологія, Патологічна анатомія, Патологічна фізіологія, Історія медицини, Екстремальна медицина
Тернопільський медичний університет	Іноземна мова, Філософія, Анатомія людини, Гістологія, цитологія та ембріологія, Фізіологія, Біологічна та біоорганічна хімія, Мікробіологія, вірусологія та імунологія, Загальна хірургія (з оперативною хірургією та топографічною анатомією), Медична інформатика, Догляд за хворими (практика), Курс за вибором, Європейський стандарт комп'ютерної грамотності, Військова підготовка

Таблиця 5. Порівняльна характеристика навчальних планів II клінічного семестру

Боннський медичний університет	Терапія, Неврологія, Психіатрія, Психосоматика, Фармакологія і токсикологія, Міждисциплінарний семінар
Московський медичний університет	Пропедевтика внутрішніх хвороб, Загальна хірургія, Радіологія, Патологічна анатомія, Патологічна фізіологія, Топографічна анатомія і оперативна хірургія, Гігієна з основами екології людини, Історія медицини, Екстремальна медицина, Фармакологія
Тернопільський медичний університет	Мікробіологія, вірусологія та імунологія, Патоморфологія, Патофізіологія, Фармакологія, Гігієна та екологія, Пропедевтика внутрішньої медицини, Пропедевтика педіатрії, Загальна хірургія, Топографічна анатомія, Радіологія, Медична психологія, Сестринська практика, Курс за вибором, Нутриціологія, Комбустіологія, Військова підготовка

Таблиця 6. Порівняльна характеристика навчальних планів III клінічного семестру

Боннський медичний університет	Акушерство і гінекологія, Педіатрія, Практичний курс (спеціальний модуль за вибором), Паліативна медицина, Міждисциплінарний семінар
Московський медичний університет	Внутрішні хвороби, Хірургічні хвороби, Акушерство і гінекологія, Неврологія, нейрохірургія, Медична генетика, Урологія, Радіологія, Гігієна з основами екології людини, Топографічна анатомія і оперативна хірургія, Правознавство, Екстремальна медицина
Тернопільський медичний університет	Мікробіологія, вірусологія та імунологія, Патоморфологія, Патофізіологія, Фармакологія, Гігієна та екологія, Пропедевтика внутрішньої медицини, Пропедевтика педіатрії, Загальна хірургія, Топографічна анатомія, Радіологія, Медична психологія, Сестринська практика, Курс за вибором, Нутриціологія, Комбустіологія, Військова підготовка

Таблиця 7. Порівняльна характеристика навчальних планів IV клінічного семестру

Боннський медичний університет	Хірургія, Ортопедія, Урологія, Анестезіологія, Міждисциплінарний семінар
Московський медичний університет	Внутрішні хвороби, Хірургічні хвороби, Стоматологія, Неврологія, нейрохірургія, Офтальмологія, Оториноларингологія, Акушерство і гінекологія, Педіатрія, Суспільне здоров'я, охорона здоров'я, Курси за вибором
Тернопільський медичний університет	Внутрішня медицина (в тому числі ендокринологія), Фтизіатрія, Педіатрія, Хірургія, Акушерство і гінекологія, Соціальна медицина, організація охорони здоров'я, Біостатистика, Урологія, Оториноларингологія, Офтальмологія, Неврологія, Психіатрія, наркологія, Дерматологія, венерологія, Фізична реабілітація, спортивна медицина, Судова медицина, медичне законодавство, Курси за вибором: Клінічна біохімія з лабораторною діагностикою, Медичне рятівництво та швидка допомога, Інформаційні технології в медицині, Військова підготовка

Таблиця 8. Порівняльна характеристика навчальних планів V клінічного семестру

Боннський медичний університет	Терапія, хірургія і додаткові дисципліни за вибором
Московський медичний університет	Внутрішні хвороби, Ендокринологія, Інфекційні хвороби, Епідеміологія, Професійні хвороби, Психологія, педагогіка, медична психологія, Хірургічні хвороби, Травматологія і ортопедія, Реаніматологія, інтенсивна терапія, Акушерство і гінекологія, Педіатрія, Суспільне здоров'я, охорона здоров'я
Тернопільський медичний університет	Внутрішня медицина (в тому числі ендокринологія), Фтизіатрія, Педіатрія, Хірургія, Акушерство і гінекологія, Соціальна медицина, організація охорони здоров'я, Біостатистика, Урологія, Оториноларингологія, Офтальмологія, Неврологія, Психіатрія, наркологія, Дерматологія, венерологія, Фізична реабілітація, спортивна медицина, Судова медицина, медичне законодавство, Курси за вибором: Клінічна біохімія з лабораторною діагностикою, Медичне рятівництво та швидка допомога, Інформаційні технології в медицині, Військова підготовка

Таблиця 9. Порівняльна характеристика навчальних планів VI клінічного семестру

Боннський медичний університет	Терапія, хірургія і додаткові дисципліни за вибором
Московський медичний університет	Акушерство і гінекологія, Внутрішні хвороби, Поліклінічна терапія, Фтизіатрія, Хірургічні хвороби, Онкологія, Травматологія і ортопедія, Інфекційні хвороби, Клінічна фармакологія, Суспільне здоров'я, охорона здоров'я, Екстремальна медицина, Курси за вибором
Тернопільський медичний університет	Внутрішня медицина, Інфекційні хвороби, Епідеміологія, Професійні хвороби, Онкологія, Клінічна фармакологія, Педіатрія, дитячі інфекції, Медична генетика, Соціальна медицина, організація охорони здоров'я, Хірургія, дитяча хірургія, Травматологія і ортопедія, Акушерство, гінекологія, Клінічна імунологія, алергологія, Анестезіологія та інтенсивна терапія, Радіаційна медицина, Нейрохірургія, Основи стоматології, Секційний курс, Курси за вибором: Клінічна біохімія, Інструментальні методи функціональної діагностики, Військова підготовка, Комбустіологія

Таблиця 10. Порівняльна характеристика навчальних планів VII клінічного семестру

Боннський медичний університет	Терапія, хірургія і додаткові дисципліни за вибором
Московський медичний університет	Терапія, Хірургія, Анестезіологія, Клінічна фармакологія, Дерматологія і венеричні хвороби, Неврологія, Епілептологія, Геріатрія, Нейрохірургія, Ядерна медицина, Акушерство і гінекологія, Офтальмологія, Ортопедія, Оториноларингологія, Педіатрія, Психіатрія, Дитяча психіатрія, Психосоматика, Рентгенологія, Радіотерапія, Урологія
Тернопільський медичний університет	Внутрішня медицина, Інфекційні хвороби, Епідеміологія, Професійні хвороби, Онкологія, Клінічна фармакологія, Педіатрія, дитячі інфекції, Медична генетика, Соціальна медицина, організація охорони здоров'я, Хірургія, дитяча хірургія, Травматологія і ортопедія, Акушерство і гінекологія, Клінічна імунологія та алергологія, Анестезіологія та інтенсивна терапія, Радіаційна медицина, Нейрохірургія, Основи стоматології, Секційний курс, Курси за вибором: Клінічна біохімія, Інструментальні методи функціональної діагностики, Військова підготовка, Комбустіологія

Таблиця 11. Порівняльна характеристика навчальних планів VIII клінічного семестру

Боннський медичний університет	Терапія, хірургія і додаткові дисципліни за вибором
Московський медичний університет	Внутрішні хвороби, Хірургічні хвороби, Поліклінічна терапія, Судова медицина, Дерматовенерологія, ЛФК і ВК, Екстремальна медицина, Акушерство і гінекологія, Психіатрія, наркологія, Секційний курс
Тернопільський медичний університет	Внутрішня медицина, Педіатрія, дитячі інфекції, Хірургія, дитяча хірургія, Акушерство і гінекологія, Загальна практика (сімейна медицина), Гігієна та екологія, Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я, Курси за вибором

Таблиця 12. Порівняльна характеристика навчальних планів IX клінічного семестру

Боннський медичний університет	Терапія, хірургія і додаткові дисципліни за вибором
Московський медичний університет	Внутрішні хвороби, Хірургічні хвороби, Поліклінічна терапія, Епідеміологія, Інфекційні хвороби, Клінічна анатомія, Клінічна патологія, Акушерство і гінекологія, Педіатрія
Тернопільський медичний університет	Внутрішня медицина, Педіатрія, дитячі інфекції, Хірургія, дитяча хірургія, Акушерство і гінекологія, Загальна практика (сімейна медицина), Гігієна та екологія, Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я, Курси за вибором

Як видно із представлених таблиць, в українському ВНЗ студенти вивчають в декілька разів більше предметів, ніж у відповідних закладах за кордоном. Зокрема, у наших програмах представлена достатньо велика кількість суспільних наук, які не вивчають студенти-медики навіть в Російській Федерації. Ймовірно, доцільно було б уніфікувати наші навчальні програми та назви дисциплін з адаптацією їх до загальноєвропейських.

Згідно з представленими таблицями, навчальні програми включають, окрім обов'язкових дисциплін, і такі, які студент може вибирати за власним бажанням. Впровадження вимог Болонської конвенції в європейських країнах поки що викликає ряд труднощів [4, 5, 6]. Кредити, отримані в одному ВНЗ, часто не визнаються в іншому, і студенти вимушені повторно проходити один і той же курс.

Поки не зовсім зрозуміло, за якими саме критеріями порівнювати національні методики освіти – є відмінності в назвах спеціальностей: в Україні, Росії та інших країнах Європи. Наводимо список спеціальностей, які визнаються всіма країнами Євросоюзу. Це: анестезіологія, загальна хірургія, нейрохірургія, акушерство і гінекологія, внутрішні хвороби (терапія), офтальмологія, оториноларингологія, педіатрія, пульмонологія, урологія, ортопедія, патологічна анатомія, неврологія, психіатрія, рентгенодіагностика, променева терапія, клінічна біологія, біологічна гематологія, мікробіологія- бактеріологія, біохімія, імунологія, пластична хірургія, торакальна хірургія, дитяча хірургія, судинна хірургія, кардіологія, гастроентерологія, ревматологія, загальна гематологія, ендокринологія, фізіотерапія, стоматологія, нейропсихіатрія, дерматовенерологія, дерматологія, венерологія, радіологія, тропічна медицина, дитяча психіатрія, геріатрія, нефрологія, інфекційні хвороби, громадська медико-санітарна допомога, фармакологія, професійна гігієна, алергологія, гастроентерологічна хірургія, медична радіологія, медицина надзвичайних ситуацій і катастроф, клінічна нейрофізіологія, щелепно-лицева хірургія, хірургічна стоматологія.

Література

1. <http://www.murst.it/convegni/bologna99>
2. Alexander Shishlov: Russia's admission to the Bologna process will become an important political step. Press release, March 7, 2003.
3. Ковальчук Л.Я. Впровадження сучасних технологій в навчальний процес // Медична освіта. – 2000. – № 1. – С. 18-20.
4. Ковальчук Л.Я. Впровадження нової методики навчального процесу в Тернопільському державному медично-

Професіями, які не визнаються в Євросоюзі, є: генетика, клінічна лабораторна діагностика, лікувальна фізкультура і спортивна медицина, наркологія, швидка медична допомога, соціальна гігієна і організація охорони здоров'я, судово-медична експертиза, токсикологія, лабораторна генетика, мануальна терапія, рефлексотерапія, сурдологія-оториноларингологія, психотерапія, сексологія, фтизіатрія, неонатологія, бактеріологія, вірусологія, загальна гігієна, дезінфектологія, дієтологія, трансфузіологія, ультразвукова діагностика, функціональна діагностика, колопроктологія, онкологія, ендоскопія, діабетологія, дитяча онкологія, дитяча ендокринологія, гігієна дітей і підлітків, гігієнічне виховання, гігієна харчування, комунальна гігієна, радіаційна гігієна, соціальна гігієна і організація санепідслужби, санітарно-гігієнічні лабораторні дослідження, епідеміологія, стоматології: дитяча, терапевтична, ортопедична; управління і економіка фармації, фармацевтичні технології, фармацевтична хімія і фармакогнозія; сестринська справа, валеологія, біофізика – медична біофізика, біофізика – медична кібернетика, медична біохімія.

Суттєво відрізняються і мінімальні терміни професійної підготовки фахівців у західноєвропейських країнах після закінчення медичного ВНЗ. Зокрема, протягом трьох років проводиться навчання за спеціальностями: анестезіологія; офтальмологія; оториноларингологія. Протягом чотирьох років – за спеціальностями: акушерство і гінекологія; педіатрія; неврологія; психіатрія; рентгенодіагностика; променева терапія; протягом п'яти років – за спеціальностями: загальна хірургія; нейрохірургія; терапія (внутрішні хвороби); урологія; ортопедія; пластична хірургія; медицина надзвичайних ситуацій і катастроф.

Висновок. Незважаючи на великі зміни, які відбуваються в системі освіти України, приєднання до Болонської конвенції все ще вимагає значних нововведень, без яких не будуть вирішені мета і завдання Болонської угоди.

му університеті імені І.Я. Горбачевського // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 16-20.

5. Deputies of the State Duma call on Prime Minister Mikhail Kasyanov to sign the Bologna convention. МК-Novosti, June 21, 2003.

6. Васецька Л.І. Особливості викладання мови іноземним студентам-медикам з англійською формою навчання // Медична освіта. – 2007. – № 3. – С. 93.

БОЛОНСЬКИЙ ПРОЦЕС ТА ШЛЯХИ ПОКРАЩАННЯ РІВНЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ

Ю.М. Колесник, Ю.М. Нерянов

Запорізький державний медичний університет

BOLOGNA PROCESS AND WAYS OF IMPROVEMENT OF SPECIALISTS TRAINING LEVEL

Yu.M. Kolesnyk, Yu.M. Neryanov

Zaporizhzhian State Medical University

Мова йде про необхідність покращання підготовки резерву викладацького складу, подальше вдосконалення системи підготовки фахівців та оцінювання рівня їх підготовки, впровадження новітніх технологій, вдосконалення самостійної роботи студентів та рівня їх практичної підготовки.

The article deals with the necessity of improvement of preparation of teaching staff reserve, subsequent perfection of the system of training of specialists and evaluation of their preparation level, introduction of the newest technologies, perfection of independent work of students and level of their practical preparation.

Вступ. Однією із передумов входження України до єдиного Європейського освітнього простору є реалізація ідей Болонського процесу [1–5]. Цей період складний і потребує вирішення багатьох законодавчих та організаційних питань і, в першу чергу, істотного підвищення якості підготовки фахівців. Особливо складним передбачається наступний навчальний рік, коли, згідно з новими навчальними планами, всі спеціальності будуть переведені на КМСОНП. Реалізація положень Болонського процесу у вищій медичній школі неможлива без якісних змін цілої низки напрямів її роботи.

Виникає необхідність якісної підготовки нового покоління викладацького складу з новим мисленням та новими підходами до організації навчального процесу, які ґрунтуються на досвіді кращих традицій української вищої школи у поєднанні з використанням новітніх технологій і досвіду країн Європи. Подальшого удосконалення потребує практична підготовка студентів, їх забезпечення навчально-методичними матеріалами та інформаційними технологіями. Існує необхідність подальшої оптимізації системи оцінювання знань студентів.

Основна частина. На нашу думку, основною складовою успіху організації та проведення навчального процесу на засадах КМСОНП є його кадрове забезпечення, тому виникає необхідність запровад-

ження системи нових підходів до формування науково-педагогічних кадрів.

В університеті проводиться значна підготовча робота до повного переведу навчального процесу на засади кредитно-модульної системи. 26 березня 2010 року в університеті проведено навчально-методичну конференцію, на якій вивчено досвід медичного факультету та відпрацьовані перспективні шляхи впровадження КМСОНП в університеті в повному обсязі.

Протягом останніх п'яти років співробітниками університету захищено 25 докторських та 126 кандидатських дисертацій. Сьогодні в університеті працює 90 докторів та 355 кандидатів наук, що на 16 докторів та 68 кандидатів більше, ніж у 2005 році. З січня 2010 року виконується 42 докторські та 97 кандидатських дисертацій.

Питання кадрового резерву кафедр неодноразово обговорювалось на засіданнях вчених рад факультетів, а в листопаді 2009 р., після аналізу стану кадрового забезпечення на розширеному засіданні Вченої ради університету, затверджено перспективний план підготовки кадрового резерву.

Впровадження засад Болонського процесу диктує необхідність тотального вивчення студентами та викладачами іноземних мов, які відкривають нові можливості в стосунках з європейськими партнера-

ми: використання навчальної та наукової літератури, стажування, обмін базами практики, спільне виконання наукових проєктів, проведення конференцій, обмін студентами та викладачами. З цією метою в університеті п'ятий рік працюють курси вивчення іноземних мов для студентів та викладачів (окремо), на яких працюють сертифіковані викладачі медичного та Національного класичного університету. Формування груп слухачів здійснюється на основі комп'ютерного тестування, при цьому для визначення початкового рівня використовуються матеріали, розроблені Кембриджським університетом. Термін навчання залежить від початкового рівня знань мови, тобто від 1 до 5 років. Після закінчення вивчення програми курсів слухачам пропонується комп'ютерне тестування, за наслідками якого вони проходять заключну співбесіду.

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

Рівень підготовки фахівців значною мірою залежить від якісного складу контингенту студентів. На жаль, в останні роки, в зв'язку з введенням зовнішнього незалежного тестування та наданням значних пільг ряду категорій абітурієнтів, якісний склад зарахованих в університет далеко не кращий. Особливо складна ситуація в університеті з контингентом першого курсу: пропуски занять, низький рейтинг успішності, дисциплінарні порушення, що обумовлює значні втрати першокурсників через зазначені причини, а також через відрахування за заявами в зв'язку з відсутністю професійної орієнтації. Тому університет робить акцент на залучення до навчання випускників медичних та фармацевтичних коледжів, а також спеціалізованих хіміко-біологічних класів, підготовка учнів в яких здійснюється із залученням викладачів університету та використанням його бази.

Колективом співпрацівників університету створена власна комп'ютерна програма рейтингової оцінки діяльності всіх видів робіт кафедр та кожного викладача окремо, що дозволяє ректорату щорічно визначати слабкі місця в діяльності кафедральних колек-

тивів та факультетів, корегувати їх роботу та раціонально розподіляти кошти.

Значна увага колективу університету приділяється методичному забезпеченню навчального процесу та використанню новітніх комп'ютерних технологій. Співпрацівники університету активно працюють над створенням власних підручників, навчальних посібників, монографій, збірників тестових завдань та лекцій, які широко використовуються в навчальному процесі, як і новітні комп'ютерні технології. Функціонує 30 комп'ютерних класів (6 створені протягом останнього року), що значною мірою задовольняє потреби університету.

В умовах впровадження КМСОНП значно зростає роль самостійної роботи, яка, на нашу думку, повинна стати ключовою в підготовці студентів. Актуальним є питання удосконалення форм і змісту самостійної роботи та розробки засобів її здійснення і контролю. На жаль, ще існує проблема повноцінного забезпечення самостійної роботи студентів. Якою мірою це обумовлено недостатнім розвитком виробництва фантомів, тренажерів, інших віртуальних засобів навчання та навчально-контролюючих програм.

Вже неодноразово обговорювалось питання стосовно стандартизації визначення рівня підготовки студентів. Навчальні заклади самотужки вживають певних заходів, але, мабуть, у таких випадках не зовсім можна говорити про стандартизацію навчального процесу на рівні країни. Було б доцільним опорним кафедрам за допомогою інших кафедр створити колективи для розробки стандартизованих тестів, відповідно до програм дисциплін, та ліцензійних навчально-контролюючих програм, уніфікованих для всієї країни.

Важливе місце в організації навчального процесу займає надання студентам можливостей отримувати науково-практичну інформацію через постійно зростаючий бібліотечний фонд, новітні періодичні видання, комп'ютерні інформаційні мережі Інтернет, впровадження навчально-контролюючих програм. Розроблена Концепція розвитку бібліотеки ЗДМУ на 2010-2015 роки, в якій визначені сучасні напрями її роботи. Придбане та встановлене нове програмне забезпечення IRBIS-64, яке введено на бібліотечний портал університету для пошуку літератури в електронному каталозі. Традиційні карткові каталоги замінені “Електронним каталогом”. Створена структура АБІС (власна база даних бібліотеки), в яку внесена база даних “Читачі бібліотеки”, введено в роботу АРМ “Каталізатор”. Облік і обробка нових надходжень літератури та довідково-бібліографічне обслуговування читачів виконується в автоматизо-

ваному режимі. Протягом року бібліотека оснащена сервером, сучасними комп'ютерами, принтерами, високошвидкісним багатофункціональним лазерним апаратом Canon та копіром. Для користувачів бібліотеки введено в дію читальний зал на 20 автоматизованих робочих місць з наданням безкоштовного доступу до інформаційних ресурсів Інтернет.

З метою об'єктивізації оцінки знань, рішенням Вченої ради університету введені комплексні іспити на всіх курсах, окрім першого, які в повному обсязі проводяться у формі тестового контролю, в першу чергу з широким використанням комп'ютерних технологій. На клінічних кафедрах тестовий контроль є складовою комплексного іспиту, поряд з визначенням рівня практичної підготовки.

Значна роль в підготовці фахівців відводиться всім видам практики, і колектив університету задоволе-

ний поверненням практики в літній період, навіть в скороченому варіанті. В цьому напрямі постійно проводиться робота щодо оптимізації вибору баз практики, розподілу студентів та підготовки навчально-методичного забезпечення всіх видів практики. В останні роки покращено забезпечення відпрацювання практичних навичок необхідними фантомами та муляжами.

Висновок. Ретельний підбір та підготовка викладацьких кадрів, володіючих іноземними мовами, впровадження в навчальний процес та самостійну роботу студентів новітніх технологій, стандартизація визначення рівня підготовки студентів та вдосконалення їх практичної підготовки – реальні шляхи впровадження положень Болонського процесу у вищих навчальних закладах України та підвищення рівня підготовки фахівців.

Література

1. Кадрова політика у галузі охорони здоров'я та рух вищої медичної освіти України до Європейського освітнього простору / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Фещенко та ін. // Медична освіта. – 2006. – № 2. – С. 6-14.
2. Волосовець О.П. Забезпечення якості вищої медичної освіти – нагальна вимога часу // Матеріали наради проректорів з навч. роботи ВМ(Ф)НЗ IV рівня акредитації МОЗ України. – К.: НМУ ім. О.О. Богомольця, 2007. – С. 9-15.
3. Державна програма інформатизації охорони здоро-

в'я України на 2006-2010 роки.

4. Коломієць М.Ю., Пішак В.П., Геруш І.В. Нові кроки медичної освіти України на шляху інтеграції в Європейський простір // Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції. – Тернопіль: ТДМУ, “Укрмедкнига”, 2007. – С. 96-100.
5. Передерий В.Г. Болонский процесс и будущее Украины // Therapia. – 2010. – № 2 (44).

УДК 378.1

ЯКІСТЬ ОСВІТИ В КОНТЕКСТІ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

В.М. Лісовий, В.А. Капустник

Харківський національний медичний університет

THE QUALITY OF EDUCATION IN THE MOVEMENT OF THE BOLOGNAS PROCESS: ACTUALITY & OUTLOOK

V.M. Lisovy, V.A. Kapustnyk

Kharkiv National Medical University

У статті розглянуто проблеми впровадження принципів Болонської декларації в Україні та запропоновано можливі шляхи удосконалення системи надання освітніх послуг.

In this article were considered the problems of the introduction of principles of the Bolognas declaration in Ukraine and were proposed possible ways of improvement of the system of educational services.

Вступ. Інноваційний розвиток будь-якої країни в першу чергу залежить від якості системи підготовки професійних кадрів: саме випускники вищих навчальних закладів є носіями науково-технічних та інноваційних зрушень. Усвідомлюючи це, наприкінці ХХ століття вищі навчальні заклади Європи під гаслами Болонської декларації розпочали створення спільного в межах Європи ринку праці та ринку освітніх послуг і наукових досліджень.

Основна частина. Кожна країна по-своєму відчувала і відчуває складність процесу впровадження принципів Болонської декларації, бо цей процес вимагає певних економічних та соціально-економічних дій. Адже саме інноваційно-орієнтована економіка має стимулювати й розвиток вищої освіти. Мабуть, через це імплантація ідеології Болонського процесу до національних систем вищої освіти країн Західної Європи була більш природною (хоч і там немає єдиної думки щодо доцільності їх реформування), ніж для України, у якій не було й немає сталого підґрунтя для її реалізації.

Разом з тим приєднання України до Болонської декларації було, безумовно, прогресивним кроком в декларуванні необхідності змін в системі вищої освіти, особливо в такій її консервативній частині, як медицина, що зумовлено об'єктивним ходом розвитку людства – процесами глобалізації, інтеграції, окреслення світової освіти як спеціальної сфери діяль-

ності людства, яка спонукає до відкритого міжнародного співробітництва [2, 3].

Наразі, розуміючи незворотність Болонського процесу та враховуючи досвід його п'ятирічного впровадження, маємо усвідомлювати, що для нашої системи вищої освіти, у тому числі і медичної, він є дуже непростим.

Незважаючи на гучномовні гасла, Європа не сприймає Україну як повноцінного учасника Болонського процесу. По-перше, Україна не бажана Європі не тільки як конкурент на ринку освіти, але й на ринку праці [1]. А по-друге, за кордоном наша національна ідентичність аж ніяк не асоціюється з новітніми технологічними укладами або з високоякісною вищою освітою. Органи визнання іноземних кваліфікацій з вищої освіти країн Західної Європи мають багато претензій щодо якості вищої освіти в Україні.

Всесвітнє визнання нашої освіти та висока якість навчання – це досягнення попередньої епохи. Сьогодні можна констатувати, що ми наздогнали європейську освітню спільноту насамперед у тому, що “переодягнули” весь навчальний процес у кредитно-модульну форму, а якість освіти, незважаючи на деякі досягнення, які забезпечує нова соціополітична система (демократичність, гнучкість, незаідеологізованість), у масовому вимірі стала меншою.

Враховуючи вищенаведене, ми спробували проаналізувати деякі аспекти такого багатогранного поняття, як “якість освіти”, з метою визначення можливих

шляхів удосконалення системи надання освітніх послуг в умовах сьогодення.

Звичайно, найголовнішою передумовою для забезпечення якості освіти є **якість соціально-економічних інституцій суспільства**, що забезпечує вищим навчальним закладам фінансову стабільність та незалежність, і в першу чергу за рахунок коштів, які сплачують за навчання контрактні студенти. Бо ситуація “необхідності виживання” за рахунок збереження будь-яким чином цієї категорії контингенту створює врешті-решт негативний імідж не тільки конкретному навчальному закладу та сфері вищої освіти, але й країні в цілому. Одним із кроків на цьому шляху за даних соціально-економічних умов має бути, на нашу думку, законодавче забезпечення вільного доступу вузів до зароблених коштів, скасування жорсткої регламентації використання коштів спеціального фонду.

Якість освіти – це якість професорсько-викладацького складу, і не лише професійна (медична), а й педагогічна компетенція викладачів, бо більшість професорсько-викладацького складу медичних вузів – це лікарі, для яких викладацька справа не була покликанням при виборі професії. Тому постійне підвищення педагогічної компетенції професорсько-викладацького складу – проблема нагальна та здійсненна. У Харківському національному медичному університеті з цією метою:

- запроваджено обов’язкову підготовку молодих викладачів з державної, іноземної мов, комп’ютерних технологій, основ психології та педагогіки з наступним тестовим контролем знань;

- для співробітників університету організовано курси з іноземної мови з метою підвищення мовної компетентності;

- створено систему підвищення педагогічної кваліфікації професорсько-викладацького складу, яка передбачає: навчання всіх аспірантів та викладачів зі стажем роботи до 5 років у “Школі молодого викладача”; участь в університетських семінарах з проблем впровадження кредитно-модульного навчання в рамках програми “Вища медична світа і Болонський процес” для професорсько-викладацького складу різних ланок; проходження ФПК з основ педагогіки та психології кожним викладачем університету; здобуття другої вищої освіти зі спеціальності “Педагогіка вищої школи” за освітньо-кваліфікаційним рівнем “магістр”.

Якість освіти, під якою розуміється сукупність якостей випускника, багато в чому визначається якістю абітурієнта. Освітнє сере-

довище, яке складається, як мінімум, з двох компонентів – середньої та вищої освіти, є єдиним цілим. Тож, який би досконалий механізм вищої освіти ми би не запровадили, навряд чи вища школа зможе “виробити” високоякісний конкурентоспроможний освітній продукт без високоякісної “сировини”, тобто без підготовленого для навчання в умовах вищого навчального закладу абітурієнта.

У Європі престиж вищої освіти традиційно дуже високий. Там знають і розуміють, що отримати її спроможна не кожна людина. Середню освіту на високому рівні завершують лише ті випускники, які мають намір вступити до вищих навчальних закладів. Це приблизно 15-25 % усіх учнів середніх шкіл. А кількість студентів, які завершують навчання у вищих навчальних закладах Європи, становить 50-60 % від набору.

В Україні ж практично всі випускники шкіл з повною загальною середньою освітою мотивовані на отримання вищої освіти. Так, у 2009 р. реальна кількість претендентів на вступ до вищих навчальних закладів за результатами тестування становила 397 тис. осіб, а студентами перших курсів вищих навчальних закладів України III-IV рівнів акредитації стали 370,5 тис. осіб, тобто майже 100 %, що приблизно у 10 разів більше, ніж дозволяє природний розподіл інтелекту.

І хоч масова освіта підсилює ознаки цивілізаційної ідентичності нації, з іншого боку, суспільству потрібні високоосвічені фахівці, котрі б вирішували як актуальні, так і перспективні завдання економіки та культури, і отримували б за це вищу, у порівнянні з іншими, зарплатню. А така освіта може ґрунтуватися тільки на базі природного інтелекту. Про які високі матерії вищої школи можна розповідати першокурснику, прохідний бал якого дорівнює 124 балам (трійка з мінусом за п’ятибальною системою)? Але це, на жаль, реалії нашої вищої освіти, яка сьогодні, в період фінансової кризи, відсутності робочих місць і т. п., все більше і більше спрямовується не на високоякісну освіту, а на виконання соціальної функції утримання молоді в організованих колективах.

Така ситуація визначає, на наш погляд, такі задачі:

1. Перший курс, особливо перший семестр, **необхідно зробити адаптаційним**, а саме: з урахуванням невідповідності знань першокурсників та вимог навчальної програми розглянути питання щодо збільшення годин з фундаментальних дисциплін (медичної хімії, медичної біології та анатомії людини тощо) за рахунок виключення з навчального плану фізичного виховання (на наш погляд, ефективніше створення спортивних секцій, у тому числі і при гур-

тожитках, спортивних студентських клубів тощо) та зменшення кількості дисциплін гуманітарного блоку, які разом з фізичним вихованням сьогодні становлять близько 40 % навчального часу 1 курсу.

Доцільним вбачається перерозподіл вивчення гуманітарних дисциплін по курсах (від 1 до 5) за ступенем складності (на першому – більш легкі для сприйняття, можливо, історія України, історія української культури, які вивчались у школі, на п’ятому – філософія, коли студент з урахуванням набутого життєвого досвіду у змозі свідомо опанувати філософські категорії).

2. Кероване виховання у ВНЗ інтелектуальної еліти. З цією метою поширити практику створення “елітних груп”, тобто груп з поглибленим вивченням навчальних дисциплін, індивідуальним навчанням. Цього року такі групи було створено й у нашому університеті з числа студентів - першокурсників з найвищими результатами ЗНО. Звичайно, як у всього нового, тут існує багато проблем, зокрема невідповідність реального рівня знань і здібностей студентів цих груп критеріям відбору (лише 30 % відповідають високим балам ЗНО та атестатів). Але, на нашу думку, виявлення обдарованих дітей та індивідуальна робота з ними – один із шляхів формування національної інтелектуальної еліти, майбутні здобутки якої дозволять нам посісти гідне місце в європейському науковому та освітньому співтоваристві.

Якість підготовки іноземних студентів – міжнародний імідж навчального закладу. Харківський національний медичний університет має найбільший в Україні, майже 60-річний, досвід роботи з підготовки фахівців для зарубіжних країн. Сьогодні наш університет – один з лідерів (2 місце серед вузів України) за кількістю іноземних студентів (1868 осіб, з них 840 (45 %) – з англійською мовою навчання). Це становить майже 30 % всього контингенту університету.

Треба констатувати, що іноземці за рівнем знань теж вимагають адаптаційної програми на 1 курсі, особливо з мовної підготовки. З цією метою для студентів, тестування яких виявило недостатній рівень мовної підготовки, у ХНМУ проводяться додаткові заняття з української, англійської та російської мов понад обсяг навчального плану.

Підготовка іноземних студентів потребує інновацій, зокрема в розробці більш гнучких навчальних планів та програм з урахуванням особливостей національних систем охорони здоров’я; перегляду наповнення гуманітарного блоку підготовки; розробки уніфікованої англійської термінології відповідно до міжнародних вимог; спеціальної психолого-педагогічної підготовки професорсько-викладацького складу тощо.

Якість освіти – якісна система оцінювання. Відомо, що забезпечення своєчасного та якісного контролю знань, умінь і навичок – один із вирішальних чинників підвищення якості навчальної роботи ВНЗ.

У ХНМУ було розроблено систему контролю знань студентів, основним критерієм якої стала **здатність до творчої роботи**: якщо студент здатний тільки на репродукцію навчального матеріалу, він не може претендувати на оцінку більш ніж “3”, якщо ж він здатний до вирішення завдань проблемно-пошукового характеру, він заслуговує на оцінку “4” або “5”. При цьому використовуються різні види контролю: тестування у письмовій або комп’ютерній формі при претендуванні студента на оцінки “3” та “4”, усне опитування – при претендуванні студента на оцінку “5”. Щоб отримати “3”, треба відповісти, як мінімум, на 90 % із 40 тестів з банку питань, які покривають весь зміст теоретичного курсу та практичних занять за даною темою. Тільки тоді студент має право претендувати на вищу оцінку. Така система досить прозора, логічна, знижує до мінімуму суб’єктивізм в оцінюванні, а головне – надає оцінюванню не лише контролюючий, а перш за все навчальний характер.

Складовою управління якістю освіти є моніторинг. Сьогодні серед пріоритетних завдань державної політики щодо розвитку освіти, визначених в Указі Президента України від 25.09.2008 р. № 857 “Про забезпечення дальшого розвитку вищої освіти України”, у відповідних документах Кабінету Міністрів, МОН та МОЗ України, моніторинг освітнього процесу, який дає можливість прийняття ефективних і своєчасних управлінських рішень для оптимізації діяльності будь-якого навчального закладу, займає чинне місце.

Практика використання різних видів дослідження й оцінки змісту, перебігу навчального процесу, якості системи оцінювання з метою визначення тенденцій розвитку та шляхів оптимізації навчально-виховного процесу широко використовується і в нашому університеті.

Серед кроків щодо створення системи внутрішнього аудиту якості навчального процесу треба зазначити такі: створення Центра незалежної оцінки знань студентів для оцінювання ПМК та іспитів; проведення “ректорських” контрольних робіт для заміру залишкових знань студентів з гуманітарного, фундаментального та фахового циклів дисциплін навчального плану; контроль знань якірних питань ліцензійних іспитів “КРОК 1”, “КРОК 2” та “КРОК 3” студентами та інтернами; соціологічні дослідження за такими напрямками: проблеми запровадження та функціонування кредитно-модульної системи організації навчання на кафедрах клінічного профілю; удоскона-

лення системи оцінювання знань студентів; оптимізація виховної роботи; “Університет очима першокурсників”; “Університет очима випускників”.

Вважаємо дуже своєчасним і доцільним рішення про створення в кожному навчальному закладі структурних підрозділів з моніторингу освітнього процесу для системного дослідження за різними ланками навчально-виховного процесу та прийняття зважених управлінських рішень, що дасть змогу зменшити до

мінімуму педагогічні експерименти та збільшити до максимуму ефективність навчального процесу.

Висновок. Запровадження засад Болонського процесу в систему вищої медичної освіти є складним, неоднозначним, але незворотним. І основна задача сьогодення – перенести акцент з удосконалення форми на удосконалення змісту навчання, зокрема через забезпечення якості освітніх послуг, що можливо за умов надання вузам справжньої автономії.

Література

1. Домніч В.М. Вища освіта в економіці ринкових відносин України // Економіка ринкових відносин. – 2008. – № 2 (2). – С. 85-90.
2. Національна стратегія розвитку “Україна–2015” // За

ред. В.М. Гесця, В.П. Семиноженка, чл.-кор. НАНУ Б.Е. Кваснока. – Київ, 2008. – 74 с.

3. Передерий В.Г. Болонский процесс и будущее Украины // Therapia. – 2010. – № 2 (44). – С. 8-10.

УДК 378.1:61(477.84)

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

І.Р. Мисула, Г.Я. Загречук, Л.Б. Унольт, А.Г. Шульгай, Я.П. Нагірний, Л.В. Соколова, Л.Т. Котляренко, А.М. Пришляк

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

THE PROBLEMS AND PROSPECTS OF IMPLEMENTATION OF CREDIT-MODULE SYSTEM EDUCATION IN I.YA. HORBACHEVSKYY TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY

I.R. Mysula, H.Ya. Zahrychuk, L.B. Unolt, A.H. Shulhay, Ya.P. Nahirnyy, L.V. Sokolova, L.T. Kotlyarenko, A.M. Pryshlyak

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті відображено досвід впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу на медичному факультеті університету та перспективи і проблеми цієї системи на стоматологічному та фармацевтичному факультетах. Висвітлено особливості організації навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського.

The article is dedicated to experience of implementation of credit-module system in the medical faculty of the university and the prospects and problems of its implementation in the dentistry and pharmaceutical faculties. Organization of educational process in I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University is described.

Вступ. Процеси інтеграції в сучасному світі охоплюють дедалі більше сфер життєдіяльності. Освіта України в цілому і вища школа, зокрема, не можуть стояти осторонь, поза межами європейської інтеграції. Упродовж семи років освітнє співтовариство мобілізується задля спільної мети – формування загальноєвропейського освітнього простору. Зона європейської вищої освіти повинна базуватися на спільних фундаментальних принципах і підходах в організації вищої освіти. Відкрита зона європейської вищої освіти несе багато нових позитивних спільних перспектив, і разом з тим зберігає повагу до національних особливостей функціонування освіти в кожній окремій країні, докладає максимум зусиль для ліквідації бар’єрів і вироблення таких умов викладання та навчання, які б розширили мобільність студентів та посилили б співробітництво суб’єктів вищої школи.

Важливо зазначити, що для належного переходу до кредитно-модульної системи організації навчального процесу (КМСОНП), для широкого впровадження рейтингових показників якості навчання, для посилення активності та самостійності студентів викладачами вищої школи має бути використаний багаторічний досвід застосування модульно-рейтингової системи. Сьогодні суспільство зацікавлене в тому, щоб медична освіта в Україні набула поряд з високою ефективністю також високої якості на рівні міжнародних стандартів, що надало б можливість громадянам України відчувати себе повноправними членами європейського товариства.

Основна частина. Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського ніколи не стояв осторонь від всіх тих процесів, які відбуваються в суспільстві та освіті, навпаки, він завжди був серед тих, хто сміливо впроваджував різні нововведення, а тому взяв участь педагогічному експерименті щодо впровадження КМСОНП одним з перших серед усіх навчальних закладів України, і не лише медичних. Варто зазначити, що наявні значні і позитивні зміни як наслідок трансформації системи освіти в результаті проведення такого експерименту. Були проведені семінари, створені інструктивно-методичні матеріали, а вчена рада та центральна методична комісія університету зуміли переконати викладачів у доцільності та перспективності роботи по-новому [1]. Професорсько-викладацький колектив університету доклав чималих зусиль у пошуку нових форм організації навчальних занять, розробці методичного забезпечення самостійної та індивідуальної роботи студентів, вдосконаленні системи оцінювання, напрацюванні критеріїв оцінювання навчальних досягнень студентів відповідно до європейських вимог.

КМСОНП активно впроваджується у навчальний процес, поступово реформуючи існуючу систему навчання, адже мета вищої освіти на сучасному етапі полягає у підготовці фахівців, які мають перейти від індустріального до інформаційно-технологічного простору на основі інноваційності навчання, і зумовлена впровадженням кредитно-модульної системи. КМСОНП – це новітня модель національної системи вищої освіти, яка враховує засади Європейської кредитно-трансферної та акумулюючої системи (ECTS) і є найбільш оптимальним варіантом для зміни наявної системи вищої освіти України.

Важливим елементом ефективного функціонування будь-якої нової технології навчання є пристосованість її до обох боків процесу навчання: викладачів і студентів. Навчання за новою технологією спричинило різке збільшення обсягу роботи для викладача. Значно зростає значущість методичного забезпечення навчального процесу, тому що необхідно максимально повно забезпечити кожного студента необхідними підручниками, довідковою літературою, методичними рекомендаціями тощо. Для забезпечення студентів сучасною навчальною інформацією за останні роки WEB-портал нашого закладу зазнав докорінних перетворень. Зараз тут розміщено понад 24 000 навчальних текстів, електронні книги, навчальні фільми, аудіозаписи, таблиці та схеми, що постійно оновлюються. Крім того, у розпорядженні користувачів сторінки є багато розділів, а саме: “На допомогу студентам”, “На допомогу викладачам”, розділи студентського наукового товариства, відділу міжнародних зв’язків, відділу практики, видавництва “Укрмедкнига” та інші.

Досвід показує, що КМСОНП сприяє більш високому рівню систематизації у засвоєнні навчального матеріалу, мотивації і відповідальності студентів за результати навчальної діяльності. Важливим у сучасному педагогічному процесі в умовах КМСОНП є те, що, на відміну від традиційної організації навчального процесу, в якому центральною фігурою є викладач, акценти поступово переносяться на діяльність студента. Це, у свою чергу, спонукає студентів більш самостійно контролювати результати своєї роботи, хоча функція оцінювання знань залишається за викладачем. Такий підхід дозволяє розвивати креативні здібності і сприяє здоровій конкуренції, збільшенню частки науково-дослідної, творчої діяльності студентів [2].

Істотно змінилася і форма навчання: кілька років успішно функціонує система “єдиного дня”, суть якої у формуванні універсального зразка проведення занять для усіх кафедр та факультетів університету:

робочий день розпочинається о 9-й і триває до 15-ї, при цьому весь цей час студенти вивчають одну дисципліну. Практична частина триває чотири академічні години і полягає у проведенні лабораторної роботи на теоретичних кафедрах та обстеженні хворих на клінічних кафедрах. Двогодинний семінар присвячений теоретичному обговоренню актуальних проблем теми. Час з 14.15 до 15.00 визначено для проведення письмового контролю. Останній, починаючи з 2007 року, можна проходити і в дистанційній формі у системі MOODLE, яка дає змогу студентам незалежно та об'єктивно визначити свій рівень знань інтернет-тестуванням напередодні практичного заняття.

Окрім того, впровадження КМСОНП надає можливість використання більш широкої шкали оцінки знань, підвищує об'єктивність оцінювання знань студентів, адже ще одним вагомим і позитивним чинником кредитно-модульного підходу є рейтингова система оцінювання знань студентів, сутність якої полягає в тому, що студент виконує всі види навчальних робіт у межах залікової одиниці, на основі чого виводиться підсумкова оцінка. Є помилковим урахування лише результатів підсумкового контролю. Студент отримує бали за кожний вид роботи певної залікової одиниці, а також за результати підсумкового контролю. Загальна оцінка виставляється згідно із сумарною кількістю балів як за всі види робіт у межах залікової одиниці, так і за результати підсумкового контролю.

Докорінно змінився підхід до семестрових та річних іспитів: взявши за основу багаторічні західні традиції, було введено єдиний комплексний тестовий іспит з усіх пройдених дисциплін як найбільш об'єктивний спосіб перевірки знань. На підсумковий іспит в нашому університеті виносяться по 24 запитання з кожного модуля, що вивчався протягом семестру чи навчального року. Кодування студентських робіт дає змогу нівелювати викладацьку суб'єктивність і наближає такий метод оцінювання до максимально справедливого. Для того аби уникнути формування штучного розриву між теорією та практикою, перед тестовим екзаменом студенти проходять об'єктивний структурований клінічний іспит (ОСКІ), суть якого полягає в оцінюванні колегією викладачів дотримання студентами алгоритмів практичних навичок. Загальна оцінка є підсумком поточної успішності студента, результатів тестового іспиту та ОСКІ, що дає змогу всебічно оцінити рівень знань та уникнути можливих конфліктів [3].

Організація і здійснення навчального процесу – це багатогранна і складна система дії і взаємодії. Багато хто вважає, що нинішня система освіти України сформувалася в умовах інформаційного дефіциту та обме-

жених можливостей доступу до джерел інформації. Тому діяльність педагога у вищій школі зводилась, насамперед, до інформаційних функцій, він виконував роль найважливішого та найдоступнішого джерела інформації. Оскільки студент є об'єктом навчального процесу і водночас об'єктом сприйняття та засвоєння інформації, то планування навчального процесу здійснювалось таким чином, що основна частина роботи лягала на аудиторне навчання. Сучасний стан розвитку інформаційного забезпечення відкриває широкі можливості доступу до джерел інформації і тому частково зміщує акценти у плануванні навчального процесу в бік самостійної роботи. Нині у багатьох країнах світу в основу вищої освіти покладено самостійну та індивідуальну роботу студентів. Але разом з тим специфіка нашого університету не дозволяє максимізувати самостійну роботу. Дуже важливим аргументом проти різкого зміщення у бік самостійного навчання у галузі медичної підготовки є її комунікативний характер. Хоча звичайно деякі аспекти можуть базуватися на роботі студентів у лабораторіях і передбачати виконання великої кількості самостійних практичних лабораторних завдань. Отже, можна погодитись з тезою, що в сучасних умовах, коли країна входить у сфери високих технологій навчання, особливо пов'язаних з комп'ютером та Інтернетом, які дають широкі можливості і доступ до джерел інформації, інформаційна функція лектора різко зменшується. Звичайно, що диктувати лекцію і вести конспект – така форма співпраці лектора і студента втрачає свою актуальність. Зростає значущість семінарських та практичних занять, де розкривається творчий підхід студента, його вміння мислити аналітично, здатність аргументувати і відстоювати власну точку зору на базі аналізу і синтезу вивченого. Ще одним важливим аргументом збільшення частки самостійної та індивідуальної роботи є той факт, що самостійність розвиває у студента здатність глибше розмірковувати, шукати шляхи вирішення проблем. Діяти самостійно означає знаходити правильні акценти у великому розмаїтті точок зору, а все це є дуже важливим для життєдіяльності у сучасному складному суспільстві.

У Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського завжди приділялася особлива увага організації самостійної роботи студентів. Але сьогодні, у зв'язку з переходом на КМСОНП та рейтингову систему оцінювання знань та вмінь студентів в університеті переглянуто форми організації самостійної роботи, розроблено бюджет часу з кожної навчальної дисципліни, відведеного на її виконання. Кафедрами створено нові модульні ро-

бочі програми із зазначенням форм і видів самостійної роботи. Сьогодні в педагогічних колективах та в пресі часто дискутується питання перенавантаження студента, саме цим викликана необхідність розробки бюджету часу на самостійну роботу з кожної навчальної дисципліни, аргументованою трудомісткістю виконання того чи іншого завдання. Сьогодні викладачі університету для реалізації поставлених завдань використовують широкий арсенал різних видів робіт для самостійної роботи студентів: ділові ігри, ситуаційні задачі, завдання з навчальними книгами, першоджерелами, завдання з використанням допоміжних засобів (різні види конспекту, виписки, план, тези, анотація, рецензія), підготовка письмових повідомлень (різні види рефератів, повідомлення, доповідь, дайджест, статті), підготовка структурно-логічних схем лекцій, виконання різного виду творчих, підготовка мультимедійних презентацій, виконання індивідуальних завдань і контрольних робіт, розв’язання нестандартних задач, вивчення нормативних документів, написання статей, виступ з доповіддю на конференції та ін. Плануючи самостійну роботу студента, викладач завжди звертає увагу на розподіл часу, необхідного для виконання самостійних завдань. Усіляко заохочується творча ініціатива студента, прагнення до глибокого проникнення у теоретичні основи, вдосконалення практичних навичок в обраній галузі діяльності. Без сумніву, специфіка професії потребує систематичної самостійної роботи, безперервного самовдосконалення. Причому, особливого значення набуває період самостійної роботи під час навчання, коли майбутній спеціаліст може обрати правильний напрямок своєї самопідготовки за допомогою викладача. Останній має не лише передавати студентам інформацію у готовому вигляді, але й здійснювати цілеспрямоване управління їх самостійною діяльністю. Для найбільш успішних і талановитих студентів у ТДМУ існують програми “Студент – майбутній фахівець високого рівня кваліфікації” та “Студентська наука і профорієнтаційне навчання”, відповідно до яких майбутні науковці двічі на тиждень займаються науково-дослідною роботою в клініках та лабораторіях університету.

Упродовж останніх років наш університет шукає шляхи удосконалення організації та змісту навчально-виховного процесу. Кафедрами університету створено модульні робочі програми з усіх дисциплін, які викладаються на першому – п’ятому курсах; розроблені системи рейтингового контролю знань і вмінь студентів I – V курсів, які базуються на контролі основних видів навчальної діяльності студентів; визна-

чено вагові бали, рейтингові оцінки та критерії оцінювання навчальних досягнень студентів; внесено зміни до семестрового контролю.

П’ятирічні результати функціонування КМСОНП і рейтингової системи оцінювання знань та вмінь студентів у ТДМУ імені І.Я. Горбачевського дають можливість зробити декілька висновків:

- модульна організація навчального матеріалу і рейтингове оцінювання сприяють систематичному навчанню студентів, стимулюють їх до повсякденної праці, що в результаті підвищує рівень знань; кожен навчальний семестр складається з декількох модулів залежно від обсягу навчальної дисципліни.

- семестровий тестовий іспит є більш констатуючим, а не стимулюючим фактором для поліпшення знань, стає лише складовою підсумкової семестрової оцінки, що зміщує акценти на наполегливу працю студента протягом модулів, а не на два чи три дні перед екзаменом; адже безперечно відомо, що знання, набуті за декілька днів до іспитів, зникають так само швидко за декілька днів після них;

- рейтингова система оцінювання показує студенту його повсякденний рівень знань, що дає йому можливість чіткіше регламентувати свій робочий час, спрямовувати більше зусиль на необхідну дисципліну чи розділ дисципліни;

- кредитно-модульна система організації навчального процесу та рейтингова система оцінювання вимагають чіткої організації і дисципліни з боку всіх учасників навчального процесу: студентів, викладачів, кафедр, факультетів та ректорату;

- у морально-психологічному аспекті дана система організації навчального процесу знімає психологічний тиск, зриви і стреси, які, безперечно, виникають у студентів у передсесійний та сесійний періоди, тому що результат успішності стає більш прогнозованим завдяки поточному рейтингу.

Загалом вважаємо, що досвід експерименту засвідчує, що використання кредитно-модульної системи організації навчання сприяє інтенсифікації навчального процесу, конкретизує і систематизує засвоєння навчального матеріалу; прогнозованість результатів успішності підвищує мотивацію, роль і значущість студента у власній навчальній діяльності.

Узагальнюючи зазначене вище, вважаємо, що перевагами кредитно-модульної системи навчання, на нашу думку, є:

- організація навчання, за якої враховуються інтереси і здібності студентів;

- посилення індивідуалізації взаємостосунків викладача зі студентами;

– посилення контролю за діяльністю студентів викладачем протягом семестру, що активізує його роботу протягом усього періоду навчання;

– підвищення мотивації студентів до навчання та їх відповідальності за його результати;

– зростання самостійності, самовизначеності, самопізнання і самооцінки процесу і результату своєї діяльності за рахунок самостійної роботи, яка є базовою формою навчання відповідно до концепції КМСОНП;

– закріплення самостійних досягнень;

– об’єктивність оцінювання знань студентів [4].

Проблеми, що виникли в процесі впровадження КМСОНП:

– відсутність на даний час нормативно-правової бази, яка б регулювала організацію навчального процесу в умовах кредитно-модульної системи навчання;

– процес відрахування, поновлення та переведення студентів, їх стипендіальне забезпечення базується ще на старих нормативно-правових актах;

– не врегульоване питання зменшення педагогічного навантаження викладачів в умовах КМСОНП;

– залишається не вирішеним на державному рівні питання зменшення наповнюваності академічних груп та відповідного фінансування;

– при запровадженні КМСОНП на фармацевтичному факультеті виникає питання ефективності його впровадження для студентів заочної (дистанційної) системи навчання; запровадження КМСОНП на фармацевтичному факультеті базується на іншій ціні кредиту (36 год, тоді як на медичному та стоматологічному факультетах 30 год).

Висновок. Підсумовуючи результати роботи нашого університету стосовно впровадження КМСОНП, вважаємо, що у цій сфері у нас вже є вагомий досвід. Професорсько-викладацький склад навчального закладу переконався, що, незважаючи на складнощі, кредитно-модульна система організації навчального процесу наповнена великим позитивним потенціалом. Вона відкриває студентам можливість інтегруватися до європейської та світової систем навчання, дає можливість бути конкурентоздатними на світовому ринку праці, гідно представляти Україну, відкривати її для світового співтовариства.

Література

1. Ковальчук Л.Я. Впровадження новітніх методик і систем навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті ім. І.Я. Горбачевського // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 10-14.

2. Досвід впровадження практично-орієнтованого навчання для студентів медичного факультету / І.Р. Мисула, А.Г. Шульгай, Г.Я. Загричук та ін. // Медична освіта. – 2009. – № 1. – С. 14-17.

3. Опанування практичними та комунікативними навичками – невід’ємні складові підготовки висококваліфікова-

ного лікаря / І.Р. Мисула, Н.Є. Лісничук, І.Є. Сахарова та ін. // Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції “Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір” (21-22 травня 2009 р., Тернопіль). – Тернопіль, 2009. – С. 209-211.

4. Мисула І.Р., Шульгай А.Г., Панчишин Н.Я. Результати впровадження засад Болонської декларації та кредитно-модульної системи навчання у Тернопільському державному медичному університеті ім. І.Я. Горбачевського // Медична освіта. – 2008. – № 1. – С. 7-10.

УДК 61:001.8:378:004

РОЛЬ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА ЕТАПАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

О.П. Мінцер

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

ROLE OF INFORMATION TECHNOLOGIES ON THE STAGES OF MEDICAL EDUCATION REFORMATION

O.P. Mintser

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

Розглядаються питання зміни системи медичної освіти у світлі концепції “Суспільство знань” та впровадження інформаційних технологій. Підкреслюється необхідність спеціальної підготовки викладачів медичних університетів в нових умовах.

Issues of changing the system of medical education are considered in the light of the concept of “A Society of Knowledge” and introducing of information technologies. Necessity of special training of teachers of medical universities under new conditions is emphasized.

Вступ. Останнім часом інформація стає стратегічним ресурсом, актуальність її обробки й узагальнення значно зростає. Знання перетворилися в предмет колосальних економічних, політичних і культурних інтересів. Освоєння знань може слугувати для визначення якісного стану суспільства, контури якого лише починають вимальовуватися перед нами.

Масштаб технологічних перетворень, що за останнє десятиліття зазнали засоби створення, передачі й обробки знань, змушує деяких експертів зробити висновок про те, що ми, очевидно, відчиняємо двері до нового століття знань. Розвиток цифрових технологій сприяв не лише зміні структур систем знань, що були засновані на усному, письмовому та друкованому слові, але й безпрецедентному поширенню інформаційних мереж у двох напрямках – прискорення швидкості передачі й ущільнення підключень. Людство входить у століття, де необхідно спілкуватися не лише більше, а й, що надзвичайно важливо, швидше, щоб можна було існувати, вижити й не вибути з гонки. Інтерактивність є ще однією характеристикою цих нових носіїв знань.

Сказане стосується і медицини. Разом з тим, не викликає ніяких сумнівів той факт, що медицина являє собою *особливу галузь* знань. Підвищена відповідальність при прийнятті рішень, як правило, обмаль часу для збору необхідних відомостей, обумовлена

цим фактором недостатня й неточна інформація про патологічний процес, що від нього страждає пацієнт, змушують говорити про професійну роботу лікаря в умовах *вираженої невизначеності*.

Зазначимо, що обсяг (навіть далеко не повний) зібраної біля ліжка хворого інформації в сучасних умовах настільки великий, що робить практично неможливою ефективну обробку отриманих відомостей. Якщо ж враховувати, що лікареві доводиться зіставляти діагностичні і лікувальні дані з накопиченою у медицині інформацією з передбачуваним у пацієнта захворюванням, то стає зрозумілим широко розповсюджений жарг про існуючий у медицині “інформаційний кошмар”.

Досить часто наводиться відомий факт, що за останні кілька років на людство звалилося стільки нових медичних відомостей, скільки воно не мало за всю довгу історію свого розвитку. Тому сьогодні практично всі медичні фахівці, і особливо ті, які працюють у хірургічних стаціонарах, говорять про необхідність зменшення наявної інформації, виділення найбільш інформативних і валідних симптомів, моделювання патологічних процесів.

Отже, необхідність зміни системи медичної освіти абсолютно очевидна й зумовлена численними факторами: стрімким зростанням обсягів медичних відомостей і швидкою зміною самого розуміння подій,

© О.П. Мінцер

фактів, явищ, недостатнім часом для передачі необхідних знань, нескінченною розмаїтістю фізіологічних і патологічних станів організму людини.

Основна частина. Серед шляхів вирішення окреслених проблем, в першу чергу, називають інформаційну децентралізацію освіти. Вона сприяє вкрай актуальному вирішенню проблем щодо забезпечення соціальної рівності, а саме: створення рівних можливостей для отримання медичної допомоги та медичної освіти незалежно від місця проживання, а також стану здоров'я і соціального статусу.

Наголошується можливість отримання медичної освіти або телемедичної послуги в медичних центрах, навчальних закладах, діагностичних центрах будь-якого міста України або іноземних держав, не виїжджаючи зі своєї зони мешкання.

Докорінно змінюється і роль викладача. Освіта на відстані (дистанційна освіта) розширює й оновлює роль викладача, робить його наставником-консультантом, який повинен координувати пізнавальний процес, постійно вдосконалювати курси, що він викладає, підвищувати творчу активність і кваліфікацію відповідно до нововведень та інновацій.

Інший шлях пов'язаний із концептуальним переходом на зміну мети навчання і впровадження логіки *компетенцій*.

Вочевидь, впровадження концепції компетенцій у післядипломну медичну освіту змінить всю педагогічну систему професійної медичної школи шляхом переходу до нового типу навчання і виховання. Перехід до освіти, що базується на вимірі компетенції, потребує певного процесу осмислення, досліджень, розробок і прийняття науково обґрунтованих та адміністративно зважених рішень. Проте у реалізації цього процесу необхідна опора на розвинену психолого-педагогічну теорію або комплекс теорій, яких сьогодні ще немає. Більш того, суспільство й сама освіта досі не готові до такого кардинального зрушення. Окрім того, без серйозних інвестицій у медичну освіту перейти до нової моделі організації процесу навчання неможливо.

Нові технології відчиняють шлях до нового виду освіти, оснований на розвитку системи викладання з використанням електронних засобів навчання (е-освіта). Даний термін охоплює широку палітру форм застосування таких технологій, починаючи з роботи на комп'ютерах у класі і закінчуючи розвиненою системою дистанційного навчання. Віртуальна освіта припускає індивідуальну роботу в поєднанні з гнучким управлінням процесів навчання і з більшою самостійністю в процесі набуття знань. Надаючи можливості інституційних

форм навчання, Інтернет поступово стає також найважливішим засобом самоосвіти, пропонуючи різноманітні інструменти для неформального пізнання і дозволяючи створювати віртуальні класи.

Передбачається, що е-освіта може повністю й остаточно витиснути традиційну систему освіти (у тому числі університети) як місце набуття знань. З іншого боку, важливішого значення набувають університети як елемент соціальної системи передачі знань. Найскладніші процеси зміни структури освіти розглядаються в рамках створеної зараз концепції “суспільства знань” [1, 2]. У цьому випадку принципове значення мають проблеми єдиного (принаймні близького) розуміння переданої інформації. Обумовлені подібними проблемами труднощі отримали назву когнітивної асиметрії (когнітивного розірвання). Поряд з іншими видами асиметрій, наявних у задачах передачі знань (вікової, гендерної, соціальної тощо), питання щодо інтерпретації медичної інформації є досить важливим.

Одним із шляхів вирішення проблем реформування медичної освіти є впровадження безперервного професійного розвитку з забезпеченням самонавчання. В той же час, виникла проблема, пов'язана з відстеженням потоку інформації у навчальній і науковій літературі з метою вибору необхідних відомостей і наукових напрямків. Зазначимо, що структуровані дані становлять всього 20 % і зростання їхнього обсягу важко прогнозувати. Якщо обговорювати динаміку змін неструктурованої інформації (80 % загального обсягу відомостей), то, на думку багатьох учених, протягом року спостерігається двократне збільшення їхнього обсягу. Фахівці з управління знаннями витрачають 35 % робочого часу на пошук інформації, при цьому 40 % важко знайти необхідну для роботи інформацію в корпоративній Intranet-мережі.

Більша частина наявних літературних джерел акцентують свою увагу на якісних особливостях методології й узагальнюючому резюме досліджень, а дискусії щодо *характеру аналізу даних* наявні не часто. Останнє залишає обмаль можливостей для розуміння концептуальної сторони проблеми.

Намагаючись ідентифікувати різні варіанти (моделі) тієї самої події, як викладачі, так і суб'єкти навчання, досить часто роблять помилки або ж поверхневі висновки. Відповідно, різко збільшується час, пов'язаний із продовженням вивчення джерел інформації для забезпечення основ розуміння роботи й автентичності висновків.

Висновки. Очевидно, що суб'єкту навчання (або фахівцеві, науковцеві) необхідний універсальний і повний інтерфейс доступу до будь-якої інформації незалежно

від форматів документів та їхнього розміщення. При цьому інструментарій, що використовується, повинен забезпечити сумісність із більшістю баз даних, інформаційну безпеку процесу пошуку необхідних даних і підтримку засобів щодо розмежування доступу до них.

Відсутність прямого контакту між викладачем і суб'єктом навчання призводить до того, що постає

питання: наскільки знання суб'єкта навчання відповідають певним вимогам і як надійно й ефективно ці знання перевірити. Отже, проблема перевірки якості підготовки спеціалістів для всіх структур освіти стає однією з актуальних і порівнянною з проблемою державного масштабу. Саме вона і є найбільш слабкою ланкою в реформуванні вищої школи.

Література

1. К обществам знаний. Доклад ЮНЕСКО. – Париж: ЮНЕСКО, 2005. – 78 с.

2. Україна на шляху до суспільства знань: освіта, наука,

культура / За ред. А.В. Пазюка. – К.: Прайвесі Юкрейн, 2005. – 69 с.

УДК 378.147+61+378

ОСНОВНІ ПРІОРИТЕТИ МІЖНАРОДНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Є.М. Нейко, Л.В. Глушко, С.В. Федоров, М.І. Мізюк

Івано-Франківський національний медичний університет

THE MAIN PRIORITIES OF INTERNATIONAL ACTIVITY OF THE IVANO-FRANKIVSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY: REALITIES AND PERSPECTIVES

Ye.M. Nejko, L.V. Glushko, S.V. Fedorov, M.I. Mizuk

Ivano-Frankivsk National Medical University

У статті розглядаються основні аспекти інтеграції системи вищої медичної освіти України в європейський простір на прикладі Івано-Франківського національного медичного університету. Подані дані про міжнародну діяльність університету, де особливої уваги заслуговують спільні міжнародні проекти у сфері освіти, науки та лікувально-профілактичної роботи; стан підготовки фахівців для зарубіжних країн.

The main aspects of integration of high medical education of Ukraine into European space on example of Ivano-Frankivsk National Medical University were observed at this article. We showed the data of international relation of university, especially general international projects in education, scientific sphere and treatment and prevention work. The foreign citizens training process was described also.

Вступ. Європа, як і світ, у XXI сторіччі переживає інтенсивний розвиток інтеграційних процесів постіндустріального суспільства, яке потребує відповідної освіти, оскільки вона зачіпає як технічні й економічні, так і політичні, соціальні та

культурні процеси [1]. “Європа освіти” – це шлях до побудови єдиного європейського простору, в якому, попри відмінності в національних освітніх системах, присутнє прагнення узгодити їх ключові елементи [2].

© Є.М. Нейко, Л.В. Глушко, С.В. Федоров, М.І. Мізюк

Розпад Радянського Союзу та здобуття Україною у 1991 році незалежності обумовили кардинальну зміну пріоритетів у галузі системи вищої освіти щодо розширення зв'язків із зарубіжними партнерами та підготовки висококваліфікованих фахівців для іноземних країн. Розроблена у 2002 році Національна доктрина розвитку освіти в Україні чітко окреслює один із напрямків діяльності: “Як важливий засіб утвердження авторитету України на міжнародній арені, розвитку міжнародного співробітництва та залучення додаткових джерел фінансування освіти держава розглядає можливість збільшення обсягів підготовки спеціалістів з числа іноземців та осіб без громадянства”.

За даними Міністерства освіти і науки України, в минулому навчальному році державі вдалось ввійти у десятку країн, лідерів щодо обсягів підготовки іноземних фахівців. Найбільший контингент іноземних студентів приймає вища школа США (понад 30 % від загального світового числа іноземних студентів). Україна посіла дев'яте місце із кількістю 43 тисячі осіб при загальній чисельності студентів – 2,4 млн (1,8 %).

Основна частина. Серед іноземних громадян популярністю користуються інженерні та медичні спеціальності. Підготовка майбутніх фахівців-медиків проводиться на засадах основних положень Болонського процесу, який спрямований на формування єдиного відкритого європейського простору у сфері освіти, впровадження кредитних технологій на базі європейської системи трансферу кредитів, стимулювання мобільності і створення умов для вільного пересування студентів, викладачів, науковців в межах європейського регіону, спрощення процедури визначення кваліфікацій, що сприятиме працевлаштуванню випускників і студентів на європейському ринку праці.

Підготовка іноземних громадян у Івано-Франківському національному медичному університеті проводиться з 1992 року. На той час в університеті навчались вихідці з Росії, Румунії, Пакистану, Камеруну. Впродовж десяти років загальна кількість іноземних студентів щорічно не перевищувала двох десятків. Це обумовлювалось об'єктивними причинами: в часи Радянського Союзу Івано-Франківська область була закрита для вільного відвідування іноземними громадянами та Україна, як молода самостійна держава, не була відома на світовому ринку освітніх послуг. Починаючи з 2002 року, число студентів-іноземців зросло в 54,3 раза. У поточному навчальному році в університеті навчається 806 іноземних громадян з 43 країн світу (найбільша кількість – із Йорданії, Болгарії, Іраку, Сирії, Польщі, Індії, Росії). В ген-

дерному аспекті переважають чоловіки – 72,3 %. З 2003 року функціонує підготовче відділення для іноземних громадян з ліцензованим обсягом прийому 300 осіб, де проводиться навчання за двома профілями: медико-біологічним та інженерно-технічним. Враховуючи євроінтеграційні процеси, які мають місце в державі, в тому числі – і в галузі освіти, з 2004 року започаткований навчальний процес також і англійською мовою (спеціальність “Лікувальна справа”, з 2007 року – “Стоматологія”).

Важливим елементом міжнародної діяльності Івано-Франківського національного медичного університету є налагодження двосторонніх зв'язків із науковими та освітніми партнерами за кордоном. Аналізуючи показники минулих років, можна стверджувати про значну активізацію цього напрямку діяльності. Зокрема, у 2009 році 67 аспірантів та співробітників і 141 студент університету взяли участь у різноманітних програмах стажування за кордоном, отримано грантів на суму близько 2,2 млн доларів США. В поточному році міжнародна співпраця регламентувалась 102 договорами про співробітництво (в рамках міжнародних наукових проектів, всебічних угод про співпрацю з закладами вищої освіти).

Співпраця з закордонними закладами вищої освіти передбачає розробку спільних проектів щодо запровадження новітніх діагностично-лікувальних технологій в університетські клініки, проведення спільних наукових досліджень в галузі охорони здоров'я, обмін студентами та молодими викладачами (стажування, проходження навчально-виробничої практики). З 2010 року Івано-Франківський національний медичний університет бере участь (разом з Національним медичним університетом імені О. Богомольця) в міжнародному проекті по реформуванню вищої медичної освіти на додипломному етапі зі спеціальності “Лікувальна справа”, який підтримується Європейським Союзом (TEMPUS IV- Development of an Integrated Medical Education Model for EU Eastern Neighboring Area).

Університет бере активну участь у транскордонних програмах партнерства з найближчими сусідами України, які прямо чи опосередковано межують з Івано-Франківською областю (Румунія, Польща). Головними напрямками згаданої співпраці є покращення рівня первинної ланки медичної допомоги населенню Прикарпаття, створення мережі спеціалізованої малоінвазивної кардіологічної допомоги, усунення негативного впливу чинників довкілля на здоров'я.

Значна увага надається молодіжним міжнародним проектам. В університеті функціонує регіональне

відділення Інтернаціональної асоціації федерацій студентів-медиків та Європейської медичної студентської асоціації, в рамках яких проведені взаємні стажування вітчизняних та іноземних студентів, здійснені численні благодійні акції.

Поряд з цим університет активно бере участь в міжнародних освітянських виставках, рекламуючи свої послуги у сфері вищої освіти, що дає змогу залучати на навчання більшу кількість студентів-іноземців.

Література

1. Ковальчук С.П. Інтеграція України до Європи – освітній аспект // Наукові записки. – 2003. – Т. 22. – С. 199-204.
2. На шляху до Європейського простору вищої освіти:

Висновок. Таким чином, партнерська співпраця з зарубіжними навчальними та науковими установами дозволяє сформувавши модель більшого рівня освіченості, що в кінцевому результаті забезпечив би вищий рівень відповідальності та здатності самостійно ухвалювати рішення. Усе це могло б сприяти вихованню нової генерації українських професіоналів та інтелектуалів, спроможних утворювати політичні, економічні та наукові еліти в нашому суспільстві.

відповіді на виклики глобалізації (Комюніке Конференції міністрів європейських країн м, Лондон, 16-19 травня 2007) // Освіта України. – 2007. – № 41(829). – С. 5-6.

УДК 61:378

ВПРОВАДЖЕННЯ МОДУЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ У ПРАКТИКУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

О.С. Никоненко, С.Д. Шаповал, С.М. Дмитрієва

Запорізька медична академія післядипломної освіти

INTRODUCTION OF MODULE TECHNOLOGIES OF ORGANIZATION OF STUDIES IS IN PRACTICE OF POSTGRADUATE EDUCATION

O.S. Nykonenko, S.D. Shapoval, S.M. Dmytriyeva

Zaporizhzhian Medical Academy of Postgraduate Education

У статті висвітлено особливості впровадження модульних технологій організації навчання у практику післядипломної освіти.

In the article the features of introduction of module technologies of organization of studies are reflected in practice of postgraduate education.

Вступ. Важливою умовою реалізації освітньої реформи в Україні є приведення системи підготовки медичних фахівців у відповідність до міжнародних освітніх стандартів, у тому числі за сучасними організаційними формами і технологіями навчання, з використанням позитивних рис європейських освітніх моделей. Впровадження Європейської кредитно-модульної трансферної системи (ECTS) спрямоване на підвищення рівня знань та мотивації всіх суб'єктів навчання та є важливою складовою діючої програми

реформування системи вищої медичної освіти. У ВНЗ додипломної медичної підготовки здійснюється етапне опрацювання та удосконалення науково-методичного супроводу навчальних програм, що створені за принципами кредитно-модульної системи організації навчального процесу (КМСОНП).

Основна частина. У післядипломній медичній освіті застосування принципів КМСОНП сьогодні поєднано з низкою проблемних питань, які вимагають конструктивного опрацювання. Так, при форму-

ванні нових навчальних програм з підготовки лікарів-інтернів на базі КМСОНП вважається необхідним перегляд та перебудова їх структури за модульними складовими відповідно до принципів сучасного клінічного (практично орієнтованого) навчання із суттєвою самостійною роботою інтернів та з чітким урахуванням потреб цільової групи. Тим паче, чинні програми навчання лікарів-інтернів за різними спеціальностями передбачають різні строки підготовки, й треба заздалегідь відпрацювати систему підрахунку кредитів за повний цикл навчання в інтернатурі з кожного фаху. Тому особливості науково-методичного забезпечення сучасної підготовки лікарів-інтернів мають бути обговореними в колі компетентних фахівців з післядипломного навчання лікарів.

Безперервний професійний розвиток лікарів-спеціалістів (в руслі концепції “навчання протягом всього життя”) на даний час має інструмент якісно-кількісної оцінки власної освітньої активності кожного лікаря, а саме – “Шкалу значень різних видів і форм післядипломної освіти лікарів (провізорів) в період між передатестаційними циклами” (наказ МОЗ України від 07.07.2009 р. № 484). Розробка та опробування нових організаційних форм безперервного професійного розвитку лікарів (БПРЛ) вимагає впровадження в педагогічну практику принципів сучасного клінічного навчання, доказової медицини, біоетики та клініко-економічних стандартів з найбільш медико-соціально значимих нозологій відповідно до міжнародного досвіду.

З технологічних складових КМСОНП за вимогами часу у БПРЛ може бути застосовано модульне навчання, яке передбачає організацію освітньої діяльності за програмами, що складаються з логічно завершених блоків навчального матеріалу (модулів) із структурованим змістом кожного модуля та системою контролю.

На виконання стратегічних завдань освітньої реформи в Запорізькій медичній академії післядипломної освіти впроваджуються інноваційні освітні технології, розроблюються та проходять апробування нові сучасні форми професійної підготовки лікарів (дистанційне навчання, телемедичні технології, проведення інтерактивних семінарів-тренінгів та короткостро-

кових циклів інформації, очно-заочна підготовка; розробка та удосконалення технічних засобів навчання тощо). Модульні технології дають можливість формування гнучкого графіка організації занять з раціональним комбінуванням окремих модулів на виконання навчальної мети та визначених завдань. Наприклад, на даний час в академії розроблена структура й апробується методика проведення інтенсивного курсу інформації і стажування з майстер-класом, який складається з дистанційного (підготовчого) та очного (практичного) модулів.

Як пілотний проект в ЗМАПО проходить апробування нова організаційна форма професійного розвитку лікарів – постійно діючі проблемні семінари. Пріоритетною цільовою групою для навчання на постійно діючих семінарах є лікарі первинної ланки медико-санітарної допомоги. Тематичний зміст постійно діючих семінарів для лікарів обирається згідно з медичними пріоритетами Національного плану дій щодо реформування галузі охорони здоров'я. Організаційна структура постійно діючих семінарів побудована за модульним принципом і передбачає проведення тематичних занять (конференції, майстер-класи, лекції, семінари, круглі столи тощо), а також надання консультативної та організаційно-методичної допомоги закладам практичної охорони здоров'я. На черзі формування пакета пропозицій ЗМАПО щодо забезпечення гнучкості в регламентованих термінах та організаційних формах традиційних циклів підготовки лікарів (спеціалізація, тематичне удосконалення, стажування), які за основними рисами вже не задовольняють концептуальні вимоги освітньої реформи.

Висновок. Сьогодні задачі забезпечення якості підготовки лікарів визначають пріоритетні напрями розвитку галузі зі створення цілісної системи на базі стратегічного планування дій із забезпеченням всебічної підготовки медичних фахівців за принципами сучасного клінічного навчання з відповідністю змісту навчання реальним умовам роботи лікаря, використанням різноманітних організаційних навчальних форм та інноваційних освітніх технологій з об'єднанням безперервного професійного розвитку лікарів і розвитком організаційної культури всіх медичних інституцій.

ПОБУДОВА САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ВІДПОВІДНО ДО ЄВРОПЕЙСЬКИХ СТАНДАРТІВ

О.О. Притуло, Н.В. Проніна, Ю.В. Сосновський, М.В. Чірський

Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського

THE STUDENTS' SELF-STUDY ARRANGEMENT IN ACCORDANCE WITH EUROPEAN STANDARDS

O.O. Prytulo, N.V. Pronina, Yu.V. Sosnovsky, M.V. Chirsky

Crimean State Medical University of the name of S.I. Georgievskogo

Навчання студентів у режимі самостійної роботи є основним видом діяльності, тому важливо надати студентам методичну підтримку й забезпечити належний контроль за рівнем засвоєння самостійно вивченого теоретичного матеріалу.

Вивчення питань теорії з використанням комп'ютерних моделей реальних процесів і властивостей біологічних структур з елементами досліджень як форма організації самостійної роботи студентів є ефективним і відповідає європейським стандартам підготовки сучасних фахівців-медиків з теоретичних дисциплін, які повинні приймати рішення на підставі аналізу результатів досліджень з усвідомленням своєї відповідальності.

The students self-study is the part of their University study that is of the University responsibility. Consequently, this students' activity methodological support, as well as its control with score gained are of the University duty

The theory study using computer models of the real biological objects processes and properties in the form as their investigations are suggested as to be effective in the theoretical medical disciplines teaching in case of future medical specialists training that should be responsible for their decisions proved.

Вступ. Реформа вищої освіти в Україні, згідно з підписаною в 2005 році Болонською конвенцією, змінила як структуру навчального процесу, так і акценти в ньому. Зокрема, відповідно до європейських стандартів самостійна робота студентів віднесена до основних видів їх навчальної діяльності. Тоді як до цього самопідготовка виконувала допоміжну функцію для основних (аудиторних) занять студентів з викладачем. Більше того, самостійна робота становить до половини кредитної міри дисциплін [1].

Практична реалізація нового підходу до організації навчання студентів вузів виявила такі не вирішені проблеми, як:

- не визначено увесь перелік видів й етапів самостійної діяльності студентів;
- не зроблена об'єктивна оцінка часу на самостійну роботу студентів;
- адміністративно не регламентовано, яку матеріально-технічну базу й персонал повинні надати студентам кафедри, а так само, у якій формі повинна бути забезпечена методична підтримка студентів.

З перших двох питань автори висловили свої пропозиції щодо можливої структури самостійної роботи сту-

дентів і навели результати порівняльного аналізу регламентованого й необхідного часу для її реалізації [2].

Мета цього повідомлення – запропонувати вирішення третьої проблеми. Тобто, враховуючи попередній позитивний досвід, доповнити концепцію національної освітньої системи новими підходами щодо організації самостійної роботи студентів.

Основна частина. Проведений авторами порівняльний кількісний аналіз [2] показує, що реальний об'єм самостійної роботи, яку студенти повинні виконати відповідно до навчальних програм дисциплін, вимагає значно більшого часу, ніж передбачає регламент навчального процесу. У зв'язку з цим, необхідно, по-перше, запропонувати студентам методичні рекомендації в такій формі, що забезпечує максимальну ефективність самостійної роботи в межах часу, відведеного на неї, по-друге, структура й зміст методичних рекомендацій повинні передбачати можливість кількісної оцінки викладачем результату, досягнутого студентом при самопідготовці.

Відмінною рисою електронних джерел наукової та навчальної інформації є, зокрема, наявність ілюстрацій в анімаційній формі. Такі ілюстрації, в ряді випадків, є ком-

п'ютерними програмами, що моделюють поведження або властивості біологічних об'єктів, що вивчаються.

Останнє спонукало авторів сформулювати та реалізувати концептуально новий підхід до побудови самостійної роботи студентів як до локального дослідження, яке студенти повинні провести, використовуючи комп'ютерні моделі досліджуваних біологічних структур.

Варто підкреслити, що самостійна робота студентів, яка включає елементи досліджень, відповідає стандартам європейських освітніх систем.

На кафедрі медичної фізики й інформатики Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського за зазначеним принципом були розроблені рекомендації для самопідготовки студентів до практичних занять з ряду тем, передбачених типовою навчальною програмою дисципліни “Медична й біологічна фізика”. Методичні рекомендації з кожної теми підготовлені в електронному вигляді й сформовані у вигляді електронних папок з уніфікованими файлами-вкладеннями:

– “Інструкція” – файл, що містить інформацію про тему й постановку завдання вивчення теми як дослідження процесу або властивостей біологічного об'єкта за допомогою його комп'ютерної моделі;

– “Біофізична модель” – комп'ютерна програма – модель, доповнена анімаційними можливостями для демонстрації досліджуваного процесу або властивостей біологічної структури;

– “Теоретичні відомості” – опис основних положень біофізичної теорії, необхідних для дослідження заданого процесу або властивостей біологічної структури. У даному файлі зазначені також електронні адреси й опубліковано перелік джерел повної інформації з питань біофізичної теорії.

Представлена концепція підготовки й організації самостійної роботи студентів дозволяє реально впро-

вадити проблемно-орієнтовану форму навчання, що особливо актуально для теоретичних кафедр медичних вузів.

Джерелом для підготовки рекомендацій послужили кафедральні розробки програмних продуктів й анімаційні матеріали, пропонувані Internet-виданнями.

Висновок. Методичні рекомендації для самостійної роботи, розроблені в електронній формі як дослідницькі проекти, відповідають рівню підготовки студентів та дають можливість повноцінно використовувати комп'ютерні технології.

Представлена форма методичних рекомендацій дозволяє частково вирішити проблему відсутності механізму підрахунку навантаження викладачів з організації самопідготовки студентів безпосередньо на кафедрах. Крім того, методичні матеріали в електронній формі з використанням комп'ютерних моделей дозволяють вирішити проблему матеріальної забезпеченості навчального процесу.

Автори вважають, що представлена концепція підходу до організації самостійної роботи студентів відповідає європейським вимогам кредитно-модульної системи вищої медичної освіти й забезпечує реалізацію проблемно-орієнтованого викладання.

Перспективами подальших розробок у даному напрямку автори вважають впровадження комп'ютерних моделей, які забезпечують елементи досліджень, в аудиторну роботу з персоніфікованими завданнями для студентів. Таким чином можна забезпечити індивідуальне навчання студентів різного рівня підготовки. Цілісний проблемно-орієнтований підхід щодо організації усіх видів діяльності студентів сприятиме формуванню спеціалістів з аналітичними здібностями та новим типом професійного мислення, які зможуть успішно вирішувати сучасні комплексні проблеми медицини.

Література

1. Медична освіта у світі та в Україні. Додипломна освіта. Післядипломна освіта. Безперервний професійний розвиток / Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерій, О.П. Волосовець та ін. – Київ: Книга плюс, 2005. – С. 282.

2. Пронина Н.В., Чирский Н.В. Самостоятельная работа студентов: обоснование регламента времени // Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. – 2009. – Т. 145, ч. IV. – С. 57-61.

ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ 4 І 5 КУРСІВ МІЖНАРОДНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА Й ГІНЕКОЛОГІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Ю.О. Талалаєнко, Є.Д. Мірович, Л.П. Дабіжа, Н.В. Князева

Донецький національний медичний університет імені М. Горького

FEATURES OF TRAINING SYSTEM FOR THE 4TH AND 5TH YEAR STUDENTS OF THE INTERNATIONAL FACULTY AT OBSTETRICS AND GYNECOLOGY DEPARTMENT IN CREDIT - MODULE EDUCATIONAL SYSTEM

J.A. Talalaenko, Ye.D. Mirovich, L.P. Dabizha, N.V. Knyazeva

Donetsk National Medical University by M. Horky

У статті представлений досвід організації навчально-методичної роботи у студентів четвертого й п'ятого курсів міжнародного факультету, що навчаються на кафедрі акушерства і гінекології в умовах кредитно-модульної системи. Ефективність роботи підвищується за умови використання сучасних форм і методів навчання студентів. Велика увага приділяється тестовому контролю, самостійній роботі студентів, курації пацієнток у процесі оволодіння практичними навичками, написанню історії хвороби, організації й проведенню підсумкового модульного контролю.

The experience of the organization of educational-methodical work for the fourth and fifth year students of the international faculty studying obstetrics and gynecology in credit - module system is given in the article. The efficiency raises with usage of modern forms and methods of students' training. Much attention is given to the test control, students' independent work and management of patients for mastering practical skills, taking case history, the organization and carrying out the final modular control.

Вступ. У травні 2005 року на конференції в Бергені Україна приєдналася до Болонського процесу. Розвиток медичного навчання в Україні, приєднання вищих навчальних закладів до Болонського процесу вимагає вирішення завдань, які ставлять перед вищими навчальними закладами МОЗ і МОН України. Вища школа України здійснює модернізацію освітньої діяльності в контексті європейських вимог. У центрі навчання знаходиться студент-медик як суб'єкт навчального процесу, а на першому місці серед усіх цілей, передбачених стандартами ВООЗ, стоїть рівень підготовки фахівця [1].

У Донецькому національному медичному університеті здійснений перехід до кредитно-модульної системи навчання студентів з першого по п'ятий курс. Навчання акушерства й гінекології іноземних студентів здійснюється на кафедрі акушерства й гінекології № 2 як національною, так і англійською мовою.

Навчання іноземців викликає певні труднощі, в першу чергу, через наявність мовного бар'єра як при навчанні національною мовою, так і англійською, а іноді

й через низький вихідний загальноосвітній рівень студентів. Усе це диктує необхідність організації науково обґрунтованої системи навчання акушерства й гінекології в медичному вузі в умовах кредитно-модульної системи [1]. Для реалізації мети, передбаченої стандартами ВООЗ, а саме підготовки фахівця, необхідні забезпечення високої якості самостійної й аудиторної роботи студента, чітка мотивація теми, з'ясування її значення для майбутнього лікаря. Однак фахівець повинен володіти не тільки лікарськими знаннями, але й керуватися засадами й нормами моралі, деонтології й етики, знайти підхід до кожної пацієнтки.

Основна частина. Основоположним методологічним принципом системи навчання в ДонНМУ, що передбачає професійно-діяльнісний підхід до організації педагогічного процесу, став принцип орієнтації навчання на професійну діяльність [2]. Викладання в студентів міжнародного медичного факультету не є виключенням.

Для досягнення цілей навчання на кафедрі акушерства й гінекології № 2 зроблені певні зміни у формі

проведення практичних занять і викладу лекційного матеріалу з акушерства на IV курсі й з гінекології на V курсі.

Модуль 1 “Фізіологічний, ускладнений і патологічний перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду” проводиться на IV курсі й включає 74 години – 16 практичних занять і 10 лекційних тем, останнє заняття – фінальний модульний контроль. Модуль 2 “Хвороби жіночої репродуктивної системи. Планування сім’ї” проводиться на V курсі й включає 36 годин – 7 практичних занять і 5 лекційних тем, останнє заняття – фінальний модульний контроль.

На кафедрі акушерства й гінекології № 2 цю систему навчання впроваджено й зорієнтовано, у першу чергу, на засвоєння професійних навичок. Кожне заняття починається з перевірки вихідного рівня знань-умінь, для чого створені комплекти тестів формату А. Розроблено методичні матеріали з акушерства й гінекології для студентів IV і V курсів як головний засіб керування самостійною роботою іноземців та рекомендації для викладачів з кожної теми. У методичних вказівках обґрунтовано актуальність вивчення кожної теми, визначено цілі навчання, основні теоретичні питання та навчальний матеріал, необхідний для досягнення поставлених цілей. До кожної теми додаються алгоритм і граф логічної структури. Використовуються також інші орієнтувальні основи діяльності – схеми, таблиці, інструкції, навчаючі програми, котрі, по суті, виконують роль алгоритмів.

На кожному практичному занятті студенти працюють безпосередньо біля ліжка хворої (вагітної, породіллі, породіллі або гінекологічної пацієнтки), освоюють методики обстеження пацієнтки, встановлюють попередній діагноз, вчать інтерпретувати результати лабораторних, інструментальних обстежень, проводити диференційний діагноз. Практичне заняття закінчується перевіркою досягнення конкретних цілей навчання за допомогою набору тестових завдань формату А й виставленням загальної оцінки з практичної частини та за тестовим контролем.

Література

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

2. Методология преподавания клинических дисциплин в

І на IV і на V курсі студент захищає історію хвороби, на IV курсі для цього відведене ціле заняття. Оцінка за захист історії хвороби (пологів) враховується при оцінюванні поточної навчальної діяльності.

Підсумковий модульний контроль на всіх кафедрах ДонНМУ стандартизований [3]. На кафедрі акушерства й гінекології № 2 підсумковий модульний контроль проводиться на останньому занятті модуля й складається із двох частин – тестового контролю й перевірки засвоєння практичних навичок. До модульного контролю допускаються студенти, що засвоїли всі теми та набрали мінімальну кількість балів за модулем, з урахуванням оцінки з історії хвороби. Тестовий контроль на підсумковому модулі проводиться з використанням наборів тестових завдань, що включають тести з усіх аудиторних і позааудиторних тем. Виконання практичних навичок включає оцінку із засвоєння стандартизованої кількості практичних навичок із обстеження вагітної, роділлі, породіллі, гінекологічної пацієнтки, інтерпретації методів обстеження тощо. Загальна оцінка за модульний контроль визначається з урахуванням оцінок за два етапи на підставі співвідношення 2/3 загальної оцінки – за рахунок тестового контролю й 1/3 – за рахунок оцінки за контроль засвоєння практичних навичок.

Оцінювання модуля проводиться відповідно до стандартів ДонНМУ з урахуванням суми балів за поточну навчальну діяльність, балів за індивідуальну роботу й балів за підсумковий модульний контроль [3].

Висновок. Таким чином, система навчання з акушерства й гінекології в іноземних студентів у ДонНМУ має адекватну оцінку завдяки інструменту державного стандарту, вона корелює з курсом МОЗ і МОН України, взятим на підвищення контролю за якістю навчання у вищих медичних вузах України, дозволяє активно впроваджувати в навчальний процес основні положення Болонської концепції навчання.

системе непрерывного медицинского образования / [Казак В.Н., Талалаенко А.Н., Каменецкий М.С., Гарина М.Г.]. – Донецк, 2001. – 72 с.

3. План організації навчально-методичної роботи. – Донецьк: Донецький національний медичний університет, 2008. – 65 с.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА СИСТЕМУ ПІДГОТОВКИ ІНТЕРНІВ ІЗ ХІРУРГІЇ НА ХІРУРГІЧНІЙ КАФЕДРІ

П.Д. Фомін, Є.М. Шепетько, О.А. Повч, О.Б. Бельський

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

THE MODERN VIEW ON THE TRAINING OF INTERNS IN SURGERY AT THE SURGICAL DEPARTMENT

P.D. Fomin, Ye.M. Shepetko, O.A. Povch, O.B. Belsky

National Medical University by O.O. Bohomolets

Проведений аналіз навчання студентів-випускників в інтернатурі з хірургії. Вироблені рекомендації для проведення практичних занять, самостійної роботи майбутніх лікарів для засвоєння ними комплексних знань і становлення особистості хірурга-фахівця. Досліджено важливість раціональної взаємодії викладача та лікаря-інтерна на професійному рівні, що сприяє найбільш ефективному навчанню.

The analysis of training graduate students in internships in surgery. Recommendations to conduct practical exercises, independent work of future doctors for the assimilation of complex knowledge and personality formation surgeon specialist. Investigated the importance of good interaction of the teacher and doctor-intern at a professional level, which contributes the most effective learning.

Вступ. Навчання студента в інтернатурі з хірургії та завершення її – результат багаторічного втілення в життя та реалізація мрії колишнього студента про отримання спеціалізації лікаря-хірурга. Реалії нашого часу ставлять перед викладачами та інтернами нові завдання і головне серед них – підготовка висококваліфікованого, думуючого, розсудливого лікаря-хірурга, якому скоро доведеться самостійно вирішувати нелегкі питання щодо надання допомоги хірургічним хворим [1]. Надзвичайно корисним, на нашу думку, є те, що в інтернатуру з хірургії приходять, в переважній більшості, випускники, які хочуть присвятити себе даній спеціальності, хто розуміє, що тільки завдяки наполегливій, тривалій роботі можна отримати базові знання, які стануть фундаментом у наступному підвищенні кваліфікації, а отже, будуть визначальними протягом всього життя [2, 4]. Завдання ж викладача – забезпечити можливість отримання інтернами-хірургами максимуму знань, створити такі умови для навчання, коли колишній студент самостійно буде прагнути до самовдосконалення [3].

Основна частина. На кафедрі хірургії № 3 НМУ імені О.О. Богомольця вироблений значний досвід створення оптимальних умов для досконалого отримання практичних навичок і поглиблення теоретичних знань із вибраної спеціальності. В роботі викори-

стовуються багаторічні напрацювання колишнього керівника кафедри професора В.Д. Братуся, який останні роки свого життя присвятив питанню навчання фахівців у інтернатурі з хірургії. Характерною особливістю цієї форми підготовки молодого хірурга є представлення лікарю-інтерну максимальної самостійності в роботі. З першого дня перебування в клініці шефство над молодими колегами беруть найбільш досвідчені фахівці. Щоранкові огляди пацієнтів, визначення схеми обстеження та лікування хворих, участь у виконанні оперативних втручань, перев'язках, написання протоколів операцій, – ось далеко не повний перелік тих заходів, у яких бере найбільш активну участь майбутній хірург. Водночас на нього покладається відповідальність за розширення знань у діагностиці, взаємовідносинах з хворими, в лікувальному процесі. При цьому вся його робота перебуває під контролем викладача і лікарів, що працюють поряд з ним.

Окремо стоїть участь интерна-хірурга у проведенні чергування у хірургічному відділенні. Не є таємницею, що саме під час чергування молодий фахівець має можливість вперше зіткнутись із більшістю гострих хірургічних захворювань, бачити на власні очі методи надання невідкладної допомоги при цьому. Впевнені, що це відкладеться у голові майбутнього

спеціаліста на все життя, зробить перші шляхи для формування, необхідного для успішної роботи, хірургічного досвіду. Більшість інтернів-хірургів стають членами колективу на період навчання, беруть активну участь у тому, що роблять старші колеги. Нерідко їх допомога під час складних оперативних втручань чи в екстрених випадках надання ургентної допомоги є надважливою.

Один раз на тиждень з інтернами, замість лекцій, проводяться семінарські заняття. Доповідь у вигляді, як правило, мультимедійної презентації на певну, згідно з програмою, тему, на 30-40 хвилин, робить по черзі один з інтернів, але до заняття готуються всі. Професор чи доцент, що керує семінаром, доповнює, виправляє, формулює остаточні положення, висловлені доповідачем, і, нарешті, робить висновки за темою. Запитання доповідачеві ставлять також і колеги-інтерни. Семінар триває не менше двох годин за активної участі всіх слухачів і завжди викликає великий інтерес. Ця форма підвищення теоретичних знань краща за лекції, бо відбувається за активної участі всіх інтернів. Нерідко на занятті виникають дискусії між майбутніми фахівцями щодо сучасних методів вирішення певної хірургічної проблеми. На нашу думку, це є чудовим елементом відстоювання своєї ідеї, винайдення істини.

Немаловажливим у становленні особистості майбутнього хірурга є глибока теоретична підготовка. Вважаємо, що тільки фундаментальні знання з дисципліни дадуть можливість лікарю-інтерну вільно почувати себе серед старших колег, а отримана інформація з вузькоспеціалізованих розділів хірургічної дисципліни дозволить швидше впроваджувати в життя практичні навички. Тому на кафедрі надається велика увага питанню позаурочної роботи майбутніх спеціалістів у медичній бібліотеці, читанню ними хірургічної літератури. В кінці кожного року навчання хірург-інтерн представляє викладачу-куратору список опрацьованих монографій, підручників, журнальних статей. Найбільш активні інтерни беруть участь у розробці деяких розділів наукової роботи кафедри, що виливається в співавторстві у написанні наукових статей. Крім того, вважається за правило обов'язкове прослуховування всіма вільними від практичної роботи інтернами лекцій, що читаються професорами і доцентами студентам 4-го та 5-го курсів, що дозволяє “освіжити” знання з факультетської чи госпітальної хірургії.

З першого ж дня навчання інтерни залучаються і до оперативної діяльності, спочатку як асистенти, а під кінець навчання більшість із них самостійно, під конт-

ролем викладача, виконує нескладні операції при таких захворюваннях, як апендицит, неускладнені киля, захворювання вен, здійснює первинну хірургічну обробку ран тощо. Особливу увагу приділяємо залученню інтернів до планових оперативних втручань. Майбутній фахівець повинен знати всі нюанси підготовки хворих до планових операцій, доповідає план-схему оперативного втручання на ранковій конференції, бере безпосередню участь в операції та післяопераційному періоді. Крім того, у клініці введений модус обов'язкової присутності майбутніх хірургів під час операцій, що виконуються професорами кафедри. Це, на нашу думку, величезна школа для майбутніх звершень, можливість практичного навчання, ознайомлення із складними і нетиповими випадками в хірургії.

В методиці підготовки майбутніх спеціалістів ми не забуваємо, що хірург формується поступово, з обов'язковим урахуванням своїх сил, знань, досвіду. Для цього його праця повинна бути постійною і напруженою. Для розширення діапазону теоретичної і практичної підготовки направляємо майбутніх хірургів опановувати суміжні спеціальності і розділи в хірургії. Інтерни, в обов'язковому порядку, проходять короткотривале навчання з елементів лапароскопічної хірургії, проктології, судинної і торакальної хірургії.

Мабуть, кожен вже досвідчений хірург зберігає у спогадах високе почуття власної гордості після першої самостійно виконаної ним операції апендектомії. Однак після цього дуже повільно настає пора, коли хірург стає здатним до об'єктивної оцінки і своїх успіхів, і прорахунків, і невдач. Особливість нашої професії в тому, що нерідко виникає непередбаченість результату запланованого оперативного втручання, і це зобов'язує молодого хірурга звертатися за порадою до старших. Щоденно придивляючись і прислуховуючись до молодих хірургів, викладачі здатні, принаймні в останній період навчання в інтернатурі, виявити декого з випускників, яких можна рекомендувати керівникові кафедри і декану на наукову роботу в аспірантуру, магістратуру. При цьому, окрім таких якостей, як старанність, здібність, любов до наукових пошуків, обов'язково враховуються і здатність до асоціативного мислення, тобто здатність молодого хірурга до спостереження і звернення уваги на явища, на яких не зупиняють увагу інші при зустрічі з хворим, здатність побачити у хворого ті зміни, яких не бачать інші колеги. Якщо вчитель бачить, що молодий хірург проникнений величезним бажанням розгадати те, що він помітив у хворого, і при цьому здатен мислити про можливе значення побаченого, то він вважає, що від нього можна чекати значних ре-

зультатів при наукових пошуках. Для цього здібному молодому лікарю треба ще і закохатися в свою професію, та так закохатися, щоб бачити у хворого те, чого не бачать інші, і не пройти повз побаченого. З урахуванням цих обставин ми намагаємося комплектувати кадри молодих науковців у хірургії.

Довговічними є лише знання, здобуті активно і що надалі використовуватимуться в навчанні чи роботі. Тому, на наше переконання, використовувати насильницькі елементи навчання в інтернатурі з хірургії є неприпустимим. Подібні знання доживають декілька тижнів і не приживаються. Навпаки, якщо майбутній фахівець, протягом періоду перебування хворого у клініці, бачив особливості перебігу його захворювання від початку до кінця, брав безпосередню участь на всіх етапах його лікування під контролем

старшого хірурга та куратора, ці знання надовго залишаться у свідомості і знайдуть собі використання у майбутній практиці.

Висновки: 1. Індивідуалізація навчання в інтернатурі з хірургії, надання можливості молодим фахівцям брати активну участь у лікувальному процесі, залучення їх до всіх організаційних заходів, що відбуваються в колективі, сприяє формуванню в майбутніх хірургів довготривалих знань і певних умінь, що дозволить успішно розпочати свою діяльність.

2. Тісний контакт у повсякденному навчанні між викладачем-куратором та хірургом-інтерном сприяє максимально ефективному засвоєнню необхідних знань у майбутніх фахівців, дозволяє отримати перші навички хірургічної роботи, зменшити нервову напруженість перед початком самостійної роботи.

Література

1. Щодо перспектив післядипломної спеціалізації за фахом лікар-хірург / С.М. Антонюк, П.Ф. Головня, В.Б. Ахремєєв і ін. // Питання експериментальної і клінічної медицини. – 2009. – Т.2, вип. 13. – С. 222-225.

2. Братусь В.Д., Фомін П.Д. Шляхи інтеграції медичних університетів у систему медичної освіти країн Заходу // Журнал сучасного лікаря. Мистецтво лікування. – 2003. – №6. – С. 23-27.

3. Мруга М.Р., Булах І.Є. Оцінка клінічної компетентності студентів медичних навчальних закладів за допомогою стандартизованих пацієнтів // Медична освіта. – 2000. – №4. – С. 14-20.

4. Мироненко О.І. Мотивація післядипломного навчання в інтернатурі з хірургії // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2007. – Т. 7, Вип. 4. – С. 313-314.

УДК 37.046.4:61

НОВА ФОРМА ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ – ДИСТАНЦІЙНА ОСВІТА НА СТОРІНКАХ ЖУРНАЛУ

О.М. Хвисьюк, В.Г. Марченко, В.Й. Целуйко

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

NEW FORM OF POSTGRADUATE EDUCATION OF DOCTORS IS – DISTANCE EDUCATION ON PAGES OF MAGAZINE

O.M. Khvysuk, V.G. Marchenko, V.Y. Tselujko

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of MPH of Ukraine

У статті наведені результати впровадження нової форми післядипломної освіти лікарів – циклу тематичного удосконалення – “Післядипломне навчання на сторінках журналу “Ліки України”. Згідно із проектом, щомісячно в журналі були

опубліковані лекції з актуальних питань кардіології, які містили тестові питання. Понад 1000 лікарів взяли участь в проєкті та направили відповіді на тести в редакцію. Переможці проєкту пройшли заключний очний етап в ХМАПО. Перший досвід довів доцільність проведення таких циклів та поставив ряд питань, які потребують відповіді.

The results of introduction of new form of postgraduate education in medicine – a cycle of thematic improvement – “Postgraduate learning on the pages of magazine “Medications of Ukraine” are shown in the article. Concordantly to the project monthly in a magazine there were published lectures with actual cardiologic themes, which contained test questions. Over 1000 doctors, took part in a project and pointed answers at tests in a release. The winners of project took part at a final stage in KHMAPO. The first experience led to expedience of leadthrough of such cycles and put the row of questions which need answer.

Вступ. Наукові досягнення в медицині, опрацювання та впровадження нових методів діагностики та лікування зумовлюють необхідність неперервної освіти медичних працівників [1, 2]. Наявність в Україні системи післядипломної освіти сприяє отриманню нової інформації, яка дозволяє своєчасно змінювати погляди на патогенез, діагностику чи терапію. Проте тривалий час існувала практика, коли переважна більшість лікарів проходила навчання 1 раз на 5 років на передатестаційних циклах. На сьогодні такий підхід не може задовольняти [3, 4], оскільки за такий тривалий період між курсами в медицині з’являються нові методи діагностики, нові стандарти лікування, нові препарати, а лікарі не завжди встигають знайомитися з ними, та об’єктивно відрізнити рекламну інформацію від наукових результатів. Тому треба всіляко підтримувати впровадження системи, згідно з якою зарахування на передатестаційні курси можливе лише за умови наявності достатньої кількості балів, які отримані за проходження курсів тематичного удосконалення, участь в конгресах, конференціях тощо (наказ МОЗ України № 284 від 07.07.2009). Проте тут виникає інша проблема – економічна, тому що при нинішній заробітній платі лікарів та фінансуванні закладів охорони здоров’я навіть при бажанні не завжди є можливість взяти участь в науковому форумі, якщо фінансування відрядження не можливе. Залишається самотійна робота з періодичними виданнями, які, на жаль, досить часто містять переважно рекламні матеріали. Тому, на наш погляд, найбільш оптимальним розв’язанням цієї проблеми є системне викладення проблемних лекцій на сторінках журналів, які б об’єктивно висвітлювали сучасне уявлення щодо патогенезу, клініки, діагностики та містили стандарти лікування. Важливо, щоб був зворотний зв’язок, за яким можливо було б оцінити зацікавленість лікарів та опанування ними матеріалу.

Метою дослідження було оцінити можливість та ефективність дистанційної форми освіти на сторінках журналу.

Основна частина. З метою покращання професійної майстерності лікарів-кардіологів в нашій країні кафедрою кардіології та функціональної діагностики

ХМАПО з 2008 року започатковано нову форму післядипломної освіти – цикл тематичного удосконалення – “Післядипломне навчання на сторінках журналу “Ліки України”. Протягом року співробітниками кафедри кардіології та функціональної діагностики ХМАПО були підготовлені лекції з найбільш актуальних питань кардіології. Характерною особливістю цих лекцій була наявність в кінці тестових питань, відповідь на які можливо було знайти в тексті, за умови ретельного знайомства з нею. Кількість тестових питань коливалась від 16 до 22. В журналі була наведена адреса редакції журналу, за якою необхідно було відправити анкету та відповіді на тести.

Цей проєкт дистанційного вдосконалення користувався великим інтересом з боку читачів журналу. Участь у ньому взяла велика кількість лікарів з Харківської, Донецької, Дніпропетровської, Сумської, Чернігівської, Львівської, Тернопільської та інших областей України. Перевагою такого методу навчання є можливість участі в проєкті без відриву від виробництва. Для того щоб взяти участь в циклі дистанційного тематичного вдосконалення, лікарю необхідно було опрацювати матеріали, які було подано в журналі, відповісти на тестові питання та надіслати відповіді до редакції. Всього в рамках проєкту на сторінках журналу “Ліки України” в 11 послідовних номерах було опубліковано 11 лекцій з найбільш актуальних питань кардіології (“Атеросклероз”, “Миготлива аритмія” та інші).

На початок 2009 року визначилася група лідерів проєкту (учасників, які надали найбільшу кількість правильних відповідей) кількістю 40 чоловік. Слід зазначити, що активність лікарів перевищила сподівання – понад 800 лікарів взяли участь в проєкті та направили відповіді на тести. Звичайно не всі мали можливість чи бажання познайомитися зі всіма лекціями, не всі правильно відповіли на усі питання. Тому було прийнято рішення переможцями вважати 42 лікарів, які мали понад 50 % правильних відповідей за тестами до усіх лекцій. Надзвичайно приємно, що серед переможців були лікарі з різних регіонів України, зі столиці та з невеличкого села, лікарі різних спе-

ціальностей – кардіологи, терапевти, сімейні лікарі, ендокринологи та навіть гінекологи. Після підведення результатів лікарі усі переможці були запрошені на очний етап, який проходив на кафедрі кардіології ХМАПО. Рівень знань лікарів було перевірено за допомогою системи для інтерактивного контролю “SENTEO”, яка використовується на кафедрі. Усі лікарі отримали сертифікати про участь в проекті, а переможець очного етапу – приз від фармацевтичної компанії – участь в Європейському конгресі кардіологів, який проходив в Барселоні. Окрім того, 2 лікарі відвідали Угорщину, а декілька стали учасниками конгресу кардіологів України.

Протягом 2009 року проект продовжувався. При цьому кількість лікарів, які прислали хоча б одну анкету, була більше і складала 1105. При оцінці переможців критерії були більш жорсткими – 100 % правильні відповіді на усі тести. Таких “відмінників” на сьогодні 22. Серед них лікарі з різних областей (Закарпатської, Вінницької, Волинської, Дніпропетровської, Донецької, Луганської, Полтавської, Тернопільської, Харківської та інших). Цікаво, що 12 лікарів стали переможцями проекту протягом двох років.

Така активність лікарів свідчить не тільки про надзвичайну зацікавленість лікарів (слід зазначити, що проект розпочався задовго до наказу, щодо удосконалення атестування лікарів, та необхідності отримання балів), але й про те, що ця форма післядипломної освіти перспективна і має своє право на існування.

Проте починати завжди важко, тому що виникають питання, які потребують відповіді і які необхідно обговорити.

Література

1. Бершадский А.М., Кревский И.Г. Дистанционное образование: региональный аспект // Дистанционное образование. – 1998. – № 1.
2. Бершадский А.М., Кревский И.Г. Дистанционное обучение – форма или метод // Дистанционное образование.

Не вирішені питання:

1. Які критерії є найбільш прийнятні для зарахування проходження циклу дистанційної освіти? Понад 50 % чи 100 % правильних відповідей? Як і на очних циклах, слухачі, на жаль, не завжди правильно відповідають на питання. А на конференціях зовсім відсутній будь-який контроль знань.

2. Як оцінювати участь в проекті дистанційної освіти на сторінках журналу? Вважати тематичним удосконаленням тривалістю 2 тижні (кількість журналів протягом року 10-12)?

3. Чи потрібно проводити заключний очний етап і на який термін (економічна проблема)?

4. Як оцінювати педагогічне навантаження при підготовці лекцій?

5. Хто повинен здійснювати контроль заповнення тестів – редакція журналу чи співробітники кафедри?

6. Чи можемо ми зараховувати на курси лікарів інших спеціальностей? Кому погано, коли лікар анестезіолог чи швидкої допомоги поглибить свої знання з кардіології? А згідно з існуючим положенням, коло спеціалістів, які можуть проходити навчання на кафедрі кардіології, обмежене.

Висновок. Таким чином, на наш погляд, проект дистанційної освіти на сторінках журналу є надзвичайно перспективною формою післядипломної освіти, яка потребує більш широкого впровадження та опрацювання регламентних документів.

Хотілось би висловити надзвичайну подяку редакції журналу “Ліки України” і особливо члену редакційної колегії професору О.М. Барні за ініціювання проекту, його підтримку та небайдуке ставлення до лікарів.

– 1998. – № 4.

3. Борисова Н.В. От традиционного через модульное к дистанционному. – М., 2000.

4. Деражне Ю.Л. Дистанционному образованию нет альтернативы // Профессионал. – 1999. – № 2.

УДК 378.616

НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ УДОСКОНАЛЕННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ № 1

М.І. Швед, Л.П. Боднар, Л.П. Мазур, А.О. Боб, Л.В. Наумова, Л.В. Радецька,
В.М. Василюк, І.В. Смачило, С.Й. Гриценко, Р.Я. Боднар

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

NEW TECHNOLOGIES OF IMPROVEMENT OF INDEPENDENT WORK OF STUDENTS ARE ON DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE № 1

M.I. Shwed, L.P. Bodnar, L.P. Mazur, A.O. Bob, L.V. Naumova, L.V. Radetska,
V.M. Vasyluk, I.V. Smachylo, S.Y. Grytsenko, R.Ya. Bodnar

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті наводяться дані стосовно удосконалення керованої аудиторної та позааудиторної самостійної роботи студентів. Ефективність позааудиторної роботи забезпечується кейс-технологіями та інтранет-технологіями. Пізнавальний цикл самостійної аудиторної роботи здійснюється за консультативної участі викладача.

In the article “New technologies of improvement of students’ self-work in the Department of Internal Medicine No1” were showed data about students’ self-work in classrooms and out. Efficacy of their work out of classes is possible in the case of usage of such technologies as keis and intranet. Knowledge cycle of self-work in the auditorium is provided with teacher’s consultative participation.

Вступ. Консолідація українського суспільства в європейське освітнє товариство ґрунтується на удосконаленні нових технологій навчання із урахуванням кращих досягнень вітчизняної педагогічної науки та зарубіжної медичної освіти [1, 2]. У цьому контексті в педагогіці вважається, що вирішальним є спрямувати студентів на самостійне набуття ними знань із різних джерел інформації та оволодіти якомога більшим арсеналом практичних навичок [4]. Це випливає із концепції Я.А. Коменського [5], у якій вказується, що вчитель повинен менше вчити, а учень більше вчитися. Проте медична освіта має свої особливості. Якщо раніше студент вважався головним суб’єктом навчальної діяльності викладача, то в наш час вся дидактична система спрямовується на вибір студентом самостійного оволодіння знаннями, методів навчання і прийняття рішень [3, 6]. Як кожен метод навчання, самостійна робота – це багатомірне явище, результативність якого залежить від методичного забезпечення [7].

Мета – провести аналіз комплексу методичного забезпечення самостійної роботи студентів при вивченні основ внутрішньої медицини за кредитно-модульною системою навчання на кафедрі внутрішньої

медицини № 1 у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського.

Матеріали дослідження – банк навчальних і контролюючих матеріалів, розміщених на сайті кафедри внутрішньої медицини № 1: робочі програми, розклад занять, матеріали підготовки до лекцій, презентації лекцій, матеріали підготовки до практичних занять, перелік практичних навичок, тестові завдання за системою Moodle.

Основна частина. Згідно з концепцією розвитку університету (2006 р.) основними дидактичними цілями навчання студентів на клінічних кафедрах є самостійне оволодіння студентами навичками здобуття наукових даних не тільки із наявних підручників і посібників, але й електронних носіїв інформації у тісному поєднанні із оволодінням практичними прийомами роботи лікаря. З метою удосконалення самостійної роботи студентів на кафедрі внутрішньої медицини № 1 застосовується комплекс кейс-технології, інтранет-технології та інтернет-технологій. Кейс-технологія передбачає дистанційне забезпечення студента інформацією про послідовність освоєння модулів, навчальними програмами і неметодичними (інформаційними) матеріалами, а інтранет-техноло-

гія забезпечує доступ в інтранет-систему як студента, так і викладача до інформаційних ресурсів, а саме матеріалів підготовки до лекцій, презентації лекцій, підготовки до практичних занять, переліку практичних навичок. Створення на кафедрі комп'ютерного класу, крім використання кейс- та інтранет-технологій, забезпечило за допомогою інтернет-технологій можливість розвивати у студентів технічні навички і уміння користуватися пошуковими системами з метою здобуття новітніх знань.

У наш час у педагогічній літературі наводиться багато класифікацій самостійної роботи студентів. Враховуючи особливості дидактичних прийомів при оволодінні внутрішньої медицини, на нашу думку, найбільш доцільно використовувати розподіл її на позааудиторну, підготовчу і аудиторну під контролем викладача, у якого в ході виконання завдання можна отримати консультацію. Але в наш час цей розподіл слід вважати умовним, адже методичні матеріали, розміщені на Web-сторінці кафедри, забезпечують дистанційну управляючу і консультативну функції.

При позааудиторній роботі у зручний для студента час при роботі із методичними матеріалами, за даними О.І. Щоголевої [7], формується уміння виявляти те, що вимагається від них на основі даного їм алгоритму, і спрямувань на вказану діяльність, яка міститься в умові завдання. Студенти при цьому використовують, крім відомих підручників і посібників, матеріали підготовки до практичних занять, які розміщені на Web-сторінці кафедри. Особливістю її є те, що на ній подається найновіша інформація з даної теми заняття, а також окремим кольором виділяються ті фрагменти теоретичного матеріалу, що є обов'язковими для засвоєння.

Другою дидактичною метою позааудиторної роботи студента є формування знань і навичок за принципом “роби, як я”. Це досягається шляхом самостійного вивчення і розв'язання студентами розміщених на Web-сторінці кафедри ситуаційних задач із графічним зображенням (методів пальпації, вивчення рентгенограм, аналізу електрокардіограм тощо). Окрім цього реалізується концепція необхідності формування у студента-медика навичок творчої діяльності, адже кожен пацієнт – це окрема нестандартна задача, яка вимагає для її вирішення наукового підходу. Цей дидактичний захід вирішується вивченням студентом нетипових спостережень із практики, а також освоєнням алгоритму написання історії хвороби в кінці кожного змістового модуля.

Важливим розділом позааудиторної самостійної роботи студента є підготовка до прослуховування

лекцій. Слід зауважити, що це є клопіткий і вельми необхідний метод здобуття наукової інформації. На жаль, не всі студенти із розумінням ставляться до цього. Для їх послуг на Web-сторінці кафедри розміщені матеріали підготовки до лекції. Ознайомившись із ними, студент може скласти короткий конспект і занотувати незрозумілі або дискусійні питання. Постає питання, а чи доцільно це робити, коли студент може роздрукувати собі наявний матеріал. Відповідь неоднозначна, адже не тільки студенти, а і більшість досвідчених лекторів складають конспект лекції. Це розвиває не тільки творче мислення, а і дає можливість чітко сформулювати думку, наукове положення чи визначення. Особливість клінічної лекції полягає в тому, що потрібно не відтворювати теоретичний матеріал, а проводити розбір клінічного випадку. За таких умов студент, що ознайомився із матеріалами підготовки до лекцій, має можливість не відволікаючись прослідкувати весь алгоритм вирішення клінічної задачі лектором.

Кінцевим етапом позааудиторної роботи є самоконтроль. Студент користується системою Moodle, яка впроваджена в останній час на всіх кафедрах і курсах університету. Створено банк по 250 контролюючих завдань з кожної теми до всіх змістових модулів. Із них кожному студенту згідно з існуючою програмою пропонується відповісти на 24 питання. Питання сформульовані таким чином: дві третини становлять тестові завдання, одну третину – ситуаційні задачі типу Крок 2 та малюнки (рентгенограми, томограми, кардіограми тощо). Комп'ютер автоматично визначає правильність даних відповідей. Таким чином, зазначена методика забезпечує керовану викладачем дистанційну позааудиторну роботу студента. Студент, у свою чергу, має можливість оцінити ефективність її виконання.

Безпосередньо в клініці студенти за консультативної участі викладача навчаються клінічно мислити і діагностувати захворювання. Першим етапом є виконання діагностичних і практичних навичок безпосередньо біля ліжка хворого: вміння спілкуватися з пацієнтами – збір скарг, анамнезу захворювання та життя, оволодіння методикою об'єктивного обстеження пацієнта. Наступним кроком є розвиток творчого мислення студентів – де більше запитань, ніж відповідей, а також вміння відчувати страждання і біль хворого. Другий етап – це обговорення клінічної ситуації і останній – загальний підсумок із застосуванням тестового контролю набутих студентом знань та умінь.

Висновки: 1. Нові технології, що впроваджені на кафедрі внутрішньої медицини № 1, удосконалюють

самостійну роботу студентів, тому що поєднують різні форми і методи як навчання, так і контролю навчання, а також впливають на різні сфери пізнавальної діяльності.

2. Інtranет-технології дозволяють своєчасно і самостійно опрацювати великий обсяг інформації за умов кредитно-модульної системи навчання, розви-

вати творче мислення і оволодінання практичними навичками.

3. Із впровадженням нових технологій удосконалення самостійної роботи студентів викладачу відводиться роль консультанта при виконанні практичної роботи та менеджера із створення дидактичних матеріалів для забезпечення дистанційного навчання.

Література

1. Вакарчук І. Вища освіта України – Європейський вимір: стан, проблеми, перспективи // Вища школа. – 2008. – № 3. – С. 3-19.

2. Вища освіта України і Болонський процес: Навчальний посібник / За ред. В.Г. Кременя. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2004.

3. Знаенко Н.С., Коноплева И.В. Самостоятельная работа как средство организации познавательной деятельности // Тезисы научно-методической конференции “Современные технологии учебного процесса в вузе”. – Ульяновск, 2008. – С. 5.

4. Ковальчук Л.Я. Удосконалення самостійної роботи студентів – необхідна умова реалізації ідей Болонського про-

цесу // Галицький лікарський вісник. – 2008. – Т. 15, № 1. – С. 79-81.

5. Коменский Я. Великая дидактика // Избр. пед. сочинения. – М.: Педагогика, 1982. – Т. 1. – 350 с.

6. Коряковцева Н.Ф. Автономия учащегося в процессе изучения иностранного языка и культуры // Автономность в практике обучения иностранным языкам и культурам: Сборник научных трудов МГЛУ. – М., 2001. – Вып. 461. – С. 12-28.

7. Щеголева О.И. Актуализация роли самостоятельной контролируемой работы в новой образовательной парадигме. Интеграция образования. – 2007. – № 2 (47). – С. 36-40.

УДК 614.2(477)

НОВЕ ПОЛОЖЕННЯ ПРО АТЕСТАЦІЮ ЛІКАРІВ: ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАПРОВАДЖЕННЯ ТА МІРКУВАННЯ З УДОСКОНАЛЕННЯ

М.В. Гребеник, О.М. Масик, О.Є. Самогальська, Т.Б. Лазарчук, Є.Ф. Бузько

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

NEW REGULATIONS ON ATTESTATION OF DOCTORS: FIRST EXPERIENCE OF INTRODUCTION AND IDEAS TO IMPROVE

M.V. Grebenyk, O.M. Masyk, O.Ye. Samogalska, T.B. Lazartchuk, E.F. Buzko

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У роботі розглядається проблема післядипломної освіти лікарів з позицій змін до Положення МОЗ України про проведення іспитів на передатестаційних циклах. Запропоновані міркування щодо їх удосконалення.

The problem of postgraduate education of doctors from the perspective changes to the Ukraine MHC provision for pre-cycle tests have been analyzed in the article. Suggested ideas to improve them.

Вступ. Післядипломна освіта, напевне, є найбільш незмінною в усій системі вищої освіти взагалі. У той час, коли вже відбулися і продовжують запроваджуватися численні реформи головним чином у середній і вищій школі, на узбіччі цього процесу залишається професійно-технічна (як освітній рівень) та післядипломна (як спеціалізоване вдосконалення освіти та професійної підготовки) освіта. Разом з тим, наприклад у США, вважають більш далекоглядним інвестувати саме систему безперервного навчання дорослих, ніж систему шкільної освіти в силу її консервативності [1].

Найпогужнішим стимулом реформування вищої освіти стало приєднання України до Болонського процесу в 2005 році. Перші кроки модернізації вищої освіти в напрямку євроінтеграції виявили як позитивні, так і негативні явища. Переваги в першу чергу полягають у реалізації великого потенціалу розвитку української вищої освіти в межах Болонської декларації, що дозволить вивести вищі навчальні заклади та їх випускників на ринок освітніх послуг Європи та світу. Негативні, вони ж гальмівні, явища більшою мірою пов'язані із застарілою нормативно-правовою базою, яка регламентує вищу освіту, недостатністю фінансування і, на думку експертів, високим рівнем корупції, що значно заважає впровадженню принципів Болонської декларації [2]. Головним чином застарілість нормативно-правової бази разом із недостатністю фінансування (меншою мірою) гальмує розвиток саме післядипломної медичної освіти в

організаційному сенсі. Такий стан у післядипломній освіті найбільш яскраво проявляється в посиленні проявів її невідповідності в соціально-культуральному аспекті. Насамперед посилюється суперечність між зростанням поширеності ідей гуманізації та демократизації в житті суспільства, вагомості особистості в усіх сферах життєдіяльності і недостатньою реактивністю післядипломної освіти у відповідь на ці явища. Посилюється невідповідність між прогностичним, проєктивним стилем розвитку суспільства та особи і недостатньою технологічною готовністю післядипломної освіти до забезпечення ідеї випередження. В особистісному аспекті виникає конфлікт між потребою в набутті способів індивідуальної, соціальної і професійної адаптації змін у суспільстві і фрагментарністю розробки професійних засобів соціального і особистісно-професійного розвитку в післядипломній освіті, які побудовані на рефлексивних механізмах розвитку в післядипломній освіті [3]. Врешті-решт сучасні можливості доступу до глобальної всесвітньої системи інформації та накопичення досвіду, шляхом безпосереднього спілкування з ученими і викладачами інших країн, привело до копіювання зарубіжних форм і методів освіти, часто не адаптованих до українських реалій з одночасним ігноруванням прогресивних системних ідей у цій галузі.

Основна частина. У міжнародній практиці головним методичним інструментом підвищення кваліфікації лікарів є технологія безперервної медичної ос-

© М.В. Гребеник, О.М. Масик, О.Є. Самогальська та ін.

віти (continuing medical education). На жаль, у нас до останнього часу зміст поняття “безперервної освіти” переважно мав формальний характер, у тому числі, в силу недосконалості чинного законодавства. Тому, на нашу думку, дуже важливим кроком у розвитку вітчизняної післядипломної освіти лікарів стало видання наказу МОЗ України № 484 від 7 липня 2009 р. “Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах” [4]. Саме вимоги даного наказу спонукають практичних лікарів постійно працювати в плані підвищення своєї професійної підготовки в міжатестаційний період.

Перші кроки практичної реалізації “..Змін до Положення...” з початку 2010 року означили низку організаційно-методичних проблем як для фахівців післядипломної освіти, так і для лікарів-курсантів. Основна маса практичних лікарів виявилась не готовою до новопосталих вимог, як через брак інформації на місцях, недостатньо ретельний облік фактично виконаної роботи, так і через відсутність чітко визначених форм звітності поза суто лікувальною практикою та недостатню компетентність адміністрацій окремих лікувальних закладів у сфері діловодства і видачі різного виду довідок.

Стосовно ж забезпечення належного виконання “..Змін до Положення...” змісту наказу у нас виникли певні міркування. По-перше, на нашу думку, процедура отримання залікових балів повинна бути максимально рівномірною впродовж всього міжатестаційного періоду. Так, більшість курсантів передатестаційного циклу подали коректно оформлені документи для обрахування кількості балів, відповідно до шкали значень різних видів діяльності, проте усі ці залікові бали були нараховані за останній рік перед атестацією. Разом з тим, у дидактиці використовується особлива одиниця вимірювання амортизації знань спеціаліста – “період піврозпаду компетентності” [5]. Цей термін визначає часовий проміжок після закінчення ВНЗ, впродовж якого відбувається “застаріння” отриманих знань по мірі появи нової інформації і професійна компетентність зменшується на 50 %. Для медиків і біологів “період напіврозпаду компетентності” вже на межі 70-80-х років становив 3-4 роки. Таким чином, можна передбачити, що інтенсифікація діяльності лікаря з метою отримання залікових балів упродовж лише частини міжатестаційного періоду не вплине або недостатньо вплине на фактичне підвищення рівня його професійних знань. На наш погляд, лікарів слід орієнтувати на те, щоб залікові бали отримувалися принаймні щорічно. Тому, не будучи прихильниками запровадження но-

вих форм обліково-звітних документів, все ж таки, на нашу думку, слід розглянути доцільність створення стандартного документа, наприклад, “Журнал обліку заходів з самоосвіти лікаря в міжатестаційний період”, що буде сприяти посиленню самоконтролю над процесом підвищення кваліфікації. Крім того, видається доцільним класифікувати залікові види діяльності, наприклад, на “творчі” та “явочні”, зобов’язавши лікарів, які є претендентами на вищу категорію, протягом міжатестаційного періоду виконати не менше 3-х видів “творчих” заходів, а на другу – 2 видів. Зрозуміло, що більш висока категорія повинна передбачати виконання переважно “творчих” видів діяльності.

Суперечливим, на нашу думку, є і п. 4 даного Положення. Очевидно, не зовсім доречно нараховувати залікові бали “...за проведення лекцій для медсестер, пацієнтів, громадян, виступ та публікація у засобах масової інформації”. По суті, дане положення стосується більшою мірою санітарно-просвітницької роботи, яка, попри безсумнівну вагомість і необхідність, не передбачає отримання лектором суттєво нових знань та навичок з лікарської спеціальності, оскільки загальний рівень аудиторії, кому й присвячена лекція чи виступ, за визначенням володіють суттєво меншими знаннями та навичками порівняно з лектором-лікарем. Те саме стосується і п. 16 цитованого вище документа. Натомість, на нашу думку, доцільно для удосконалення системи нарахування балів доповнити шкалу такими заліковими видами діяльності, як організація і проведення клінічного розбору, організація і проведення патологоанатомічної конференції, рецензування медичної карти стаціонарного хворого, проведення майстер-класу зі спеціальності, участь чи організація документально підтвердженої інтернет-конференції та інтернет-лекції.

Враховуючи надзвичайну цінність системи Internet для процесу самоосвіти, з одного боку, та недостатню кваліфікацію суттєвого числа лікарів як користувачів цієї системи – з іншого [6], потрібні відповідні видозміни в форму і зміст робочих програм передатестаційних циклів та корекцію ролі викладача: він повинен бути не тільки ретранслятором нової інформації із спеціальності, але й повинен навчити курсанта методології пошуку необхідної інформації. Тому в робочих програмах передатестаційних циклів слід передбачити години по методології роботи в пошукових системах Internet за завданням, поставленим викладачем групи. Тим більше, що комп’ютерна інфраструктура, принаймні в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського, відповідає вимогам сьогодення.

Висновок. Наше бачення наказу МОЗ України “Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах” засвідчило його своєчасність, а практична реалізація – достатню досконалість. Разом з тим, досвід роботи з

лікарями-курсантами дозволяє висунути ряд пропозицій з його удосконалення за формою і змістом, що, на нашу думку, посприє покращанню мотивації самоосвіти, оптимізує її безперервність та дозволить більш якісно проводити атестацію лікарів.

Література

1. Суд над системой высшего образования: стратегия на будущее / Под ред. У.Д. Джонсона: Пер. с англ. – М.: Педагогика, 1991. – 264 с.
2. Даниленко Л., Паламарчук В. Європейський вибір вищої освіти // Управління освітою. – 2004. – № 18. – С. 3-6.
3. Метаева В.А. Рефлексия как метакомпетентность // Педагогика. – 2006. – № 3. – С. 57-61.
4. Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 484 від 7 липня 2009 р. [Елект-

ронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=13330>

5. Хахубия Е. Ю. Образование взрослых в США: Современное состояние и перспективы развития: Автореф. дис... канд. пед. наук. – Москва, 1999. – 16 с.

6. 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.

УДК 616-006:378.147

РОЛЬ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ У ВИВЧЕННІ ОНКОЛОГІЇ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ НА МЕДИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ

Б.І. Шумко, Л.Я. Федонюк

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

THE ROLE OF INDEPENDENT STUDENT'S WORK IN LEARNING ONKOLOGY AT THE DEPARTMENT OF MEDICINE IN CREDIT SYSTEM

B.I. Shumko, L.Ya. Fedonyuk

Bukovynian State Medical University, Chernivtsi

У 2009-2010 навчальному році на кафедрі онкології та радіології Буковинського державного медичного університету викладання онкології на медичному факультеті почало проводитись за новою навчальною програмою “Онкологія” для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації (спеціальність: лікувальна справа, педіатрія, медико-профілактична справа), затвердженою МОЗ України, Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти від 17 червня 2008 року. У роботі вказана роль самостійної роботи студентів у вивченні онкології за кредитно-модульною системою на медичному факультеті.

Teaching of oncology at the Department of Oncology and Radiology at Bukovynian State Medical University was conducted according to the new curriculum “Oncology” for medical colleges, III-IV levels of accreditation (specialities: specialists, pediatrics), approved by Health Care Ministry of Ukraine, and The Main Methodological Centre for Higher Medical Education in 2009-2010

academic year. The paper focuses on the role of independent student's work while studying oncology at the Department of Medicine according to Credit system.

Вступ. Процес навчання, як традиційно склалося у нашій освіті, не повинен бути процесом передачі знань від викладача до студента, як це відбувалось раніше, а рівень знань та вмінь студентів прямо пропорційно залежить від активної роботи та досвіду викладача [1]. Сьогодні напрямок освіти докорінно змінився з орієнтацією на світовий освітній простір, що передбачає постійне зростання самостійної роботи студентів [2]. Основною характерною рисою навчання за методикою Болонського університету, визнаного та підтриманого багатьма країнами світу, в тому числі і Україною, є активна самостійна робота студентів за чітко складеною систематизованою програмою з уніфікованим контролем за рівнем набутих знань за загальноприйнятими вимогами із метою підготовки випускника-спеціаліста [3].

Основна частина. Студенти до цього часу виступали у ролі пасивного "приймача" того об'єму інформації, що подавався викладачем. Сьогодні згідно з вимогами робочої навчальної програми з навчальної дисципліни "Онкологія", затвердженої МОЗ України, Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти від 17 червня 2008 року, 50-70 % навчального часу повинно надаватись самостійній роботі, яка з другорядної позиції, яку вона займала, виходить на той же рівень навчального процесу, що лекції і семінарські заняття. Важливим завданням є створення умов для активної участі студентів у навчальному процесі, запровадження здорової конкуренції, збільшення об'єму самостійної роботи студентів, оскільки найбільш ефективний метод навчання полягає у самостійному опрацюванні того чи іншого матеріалу.

Самостійна робота студентів повинна займати у вивченні онкології вагоме місце і бути присвячена вивченню організації онкослужби, причин раку, взаємозв'язку між виникненням пухлин і забрудненням навколишнього середовища, клініки та основ ранньої діагностики, принципів лікування найпоширеніших пухлинних захворювань (раку легень, середостіння, молочної, щитоподібної залози, травного тракту, сечовивідних шляхів, шкіри та м'яких тканин, статевих органів, злоякісних лімфом), включати, окрім позааудиторної підготовки з теоретичних питань онкології, роботу студентів у відділеннях стаціонару, операційної та поліклініки під контролем викладача, оскільки основною проблемою практичної онкології на сьогодні залишається пізнє виявлення злоякісних новоутворень в амбулаторно-поліклінічних закладах,

що пов'язано з низкою факторів організаційного характеру та низьким рівнем знань і онкологічної настороги лікарів загальної лікувальної мережі.

Незважаючи на широкий загал вже існуючих фундаментальних джерел з питань онкології, які дещо застаріли, для розширення обсягу позааудиторної підготовки та підвищення ролі самостійної роботи студента, відповідно до вимог Болонської декларації на кафедрі онкології та радіології Буковинського державного медичного університету авторським колективом кафедри створено навчально-методичний посібник, у якому викладено основний матеріал з модуля "Онкологія", який дозволить студентам якісніше підготуватися до практичних занять, звернувши увагу на сучасні аспекти епідеміології, етіології, патологічної анатомії, передпухлинних станів, клінічної семіотики і діагностики, хірургічного променевого і медикаментозного лікування хворих на злоякісні пухлини.

У посібнику у конкретній та стислій формі викладений основний матеріал практичних занять з онкології, з визначенням актуальності теми, навчальних цілей, коротким змістом матеріалу, питаннями, тестовими завданнями, клінічними ситуаційними задачами для самоконтролю за засвоєнням кожної з цих тем та еталоном правильних відповідей до них, списком основної та додаткової літератури, методичними рекомендаціями для курації онкологічних хворих, які значною мірою сприяють формуванню клінічного мислення у майбутнього лікаря. У кінці посібника наведений тематичний план лекцій, практичних занять, види самостійної роботи та її контроль, перелік питань, які студент повинен знати для успішного складання підсумкового модульного контролю з модуля "Онкологія". Викладення матеріалу у посібнику відрізняється методологічною спрямованістю, об'єктивністю, адаптованістю до вимог робочої навчальної програми і викликає зацікавленість у читача.

Висновки: 1. Незважаючи на широкий загал вже існуючих фундаментальних джерел з питань онкології, які дещо застаріли, існує нагальна потреба суттєвого оновлення навчальної літератури, яка є необхідною складовою у системі підготовки лікаря європейського зразка – людини широкої ерудиції та високих професійних якостей.

2. Процес навчання не повинен бути процесом передачі знань від викладача до студента, як це було раніше, а знання мають бути отримані у процесі активної самостійної діяльності студента.

3. Самостійна робота студента з другорядної виходить на той же рівень навчального процесу, що лекції

і семінарські заняття, і їй відводиться 50-70 % навчального часу.

Література

1. Болонський процес: проблеми модернізації освіти України у контексті Болонського процесу: Матеріали Першої Всеукр. наук.-практ. конф. (Київ, 20-21 лютого 2004 р.) / За ред. І.І. Тимошенко та ін. – К.: Видавництво Європейського університету, 2004. – 197 с.

2. Гончаров С.М., Мошинський В.С. Вища освіта Украї-

ни і Болонський процес. – Рівне: НУВГП, 2004. – 142 с.

3. Вища освіта України і Болонський процес: Навчальний посібник / М.Ф. Степко, Я.Я. Болубаш, В.Д. Шинкарук та ін. / За редакцією В.Г. Кременя. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2004. – 384 с.

УДК 371.315.6

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ОСНОВИ АКТИВІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНО-ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ

А.О. Семеренко

Тернопільський інститут соціальних та інформаційних технологій

THE PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL BASES OF ACTIVIZATION LEARNING AND COGNITIVE ACTIVITY OF STUDENTS

A.O. Semerenko

Ternopil institute of social and informative technologies

У статті розкрита суть навчально-пізнавальної діяльності студентів вищих навчальних закладів. Подано теоретичне обґрунтування проблеми активізації творчої навчально-пізнавальної діяльності студентів. Досліджено різноманітні методи стимулювання інтересу, розвитку мотивації до навчально-пізнавальної діяльності.

The essence component of students' learning and cognitive activity in the higher educational establishments are defined in this paper. The various methods of stimulation interest, development of motivation to education activity are investigations. The theoretical ground of problem of activation learning and cognitive activity of students is given.

Вступ. Європейський досвід розвитку країн переконливо свідчить: чим вищий освітній рівень населення, тим потужніша держава, тим заможніший її народ.

Актуальність дослідження чинників формування і розвитку пізнавальної діяльності студентів визначається необхідністю підвищення пізнавальної мотивації тих, хто навчається, у кого в процесі навчання, як показують практика і дослідження науковців, відбувається певне зниження пізнавальної активності.

Метою даної статті є виявлення та обґрунтування психолого-педагогічних основ активізації навчально-пізнавальної діяльності студентів ВНЗ.

Об'єктом дослідження є творча навчально-пізнавальна активність студентів.

Предметом дослідження є психологічні умови активізації творчої навчально-пізнавальної діяльності студентів у процесі навчання.

Відповідно до мети дослідження визначено такі основні *завдання* дослідження:

1. Теоретичне обґрунтування проблеми активізації творчої навчально-пізнавальної діяльності в науковій літературі.

2. Дослідження мотивації як засобу активізації навчально-пізнавальної діяльності студентів у процесі навчання.

3. Аналіз прийомів, способів і методів проведення занять, які сприяють активізації навчально-пізнавальної діяльності студентів у процесі навчання.

Особливості пізнавальної активності студентів досліджувались у працях Г.І. Щукіна, В.П. Беспалька [2] та ін. Вивчались питання розвитку творчих задатків у навчально-пізнавальній діяльності студентів (Н.А. Анимов [1], З.І. Слепкань); взаємозв'язку пізнавальної діяльності та її активізації в процесі вивчення окремих дисциплін (Л.С. Пуханова [5], А.А. Вербицький [4] і Т.І. Шамова і ін.).

Основна частина. Ринкова економіка ставить сьогодні підвищені вимоги до випускників університетів, академій, інститутів. Економічна відсталість країни пов'язана перш за все з низьким рівнем спеціалістів – випускників вищої школи. Дослідники відзначають невідповідність професійного і морального рівня молодих спеціалістів, вузькість їх духовних інтересів.

У процесі активізації навчально-пізнавальної діяльності студентів та розвитку особистих здібностей і нахилів велику роль відіграє **мотивація** діяльності та створення відповідної ціннісно-мотиваційної сфери. Слід підкреслити, що для кожної окремої особистості мотиви можуть бути по-різному співвіднесені один з одним, взаємодіяти, виступати як головні та підрядні [4, с. 19]. Аналіз наукової літератури показує, що у дослідників немає єдиної думки щодо класифікації мотивів професійної мотивації. Ми схилиємося до думки, що професійні мотивації можна розподілити за факторами впливу, а саме: на психологічні та соціально-психологічні. До психологічних факторів ми відносимо об'єктивні, тобто вікові особливості, типологічні особливості особистості та суб'єктивні. Соціально-психологічні фактори – це фактори, що характеризують виховне і професійне середовище особистості. Під мотивацією розуміємо систему психологічних факторів, що визначають активність навчально-пізнавальної діяльності студентів з витратою зазначених зусиль на рівні старанності, сумлінності [5, с. 16].

Основне призначення **активного навчання** – максимальний розвиток творчих здібностей, виховання самостійного трудового мислення студентів як активних учасників процесу навчання. За твердженнями психологів, процес розумової діяльності студента повинен сприяти не тільки засвоєнню знань, а й вихованню справжнього, самостійного, продуктивного, творчого мислення. Під активізацією навчально-

пізнавальної діяльності розуміють підвищення рівня усвідомленого пізнання об'єктивно-реальних закономірностей у процесі навчання [4, с. 37 – 39].

Розглянемо методи стимулювання пізнавальної діяльності студентів у процесі навчання.

Відомо, що **рольова гра** є умовним відтворенням її учасниками реальної практичної діяльності людей, створює умови для їх спілкування. Ігри позитивно впливають на формування пізнавальних інтересів студентів, сприяють кращому засвоєнню навчального матеріалу.

Одним з прийомів, що входить до методу емоційного стимулювання навчання, можна назвати прийом створення **ситуацій зацікавленості** на занятті – використання у навчальному процесі цікавих прикладів, досвіду, парадоксальних фактів [5, с. 78].

До методів стимулювання і мотивації до навчання належить також спосіб **створення ситуації пізнавальної суперечки** [2]. Його призначення – створення підвищеного інтересу до теми. Включення студента у ситуації наукової суперечки не тільки поглиблює його знання, але і викликає на цій основі особливий інтерес до навчання. Пізнавальний інтерес на початковій стадії формується під впливом емоційних чинників.

Цінним методом стимулювання інтересу до навчання можна назвати метод **пізнавальних ігор**, що спирається на створення ігрових ситуацій у навчальному процесі.

Ділова гра – це метод навчання вибору послідовних, оптимальних рішень в умовах, що імітують реальну практику [3]. Ділова гра – це форма відтворення предметного і соціального змісту майбутньої професійної діяльності спеціаліста, моделювання тих систем відносин, які характерні для цієї діяльності як єдиного цілого [4, с. 94].

Висновок. За динамічних умов сьогодення підготовка спеціалістів вимагає впровадження сучасних форм і методів навчання, докорінної перебудови навчального процесу та діяльності викладачів. Тільки така система забезпечує формування знань, умінь і навичок шляхом залучення студентів до активної пізнавальної діяльності.

Література

1. Аминов Н.А. Психофизиологические и психологические предпосылки педагогических способностей // Вопросы психологии. – 1988. – № 5. – С. 71 – 77.
2. Беспалько В.П. Элементы теории управления процессом образования. – Л., 1983.
3. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по пси-

хологической диагностике. – К.: Наукова думка, 1989. – 200 с.

4. Вербицкий А.А. Активное обучение в высшей школе. Контекстный подход: Метод. пособие. – М.: Высшая школа, 1991. – 207 с.

5. Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.

УДК 616.89 (075.8)

РОЗВИТОК ЕКОНОМІЧНОГО МИСЛЕННЯ У МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ-ПСИХІАТРА (ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ В ІНТЕРНАТУРІ)

Т.С. Стубайло, К.В. Аймедов, В.А. Пахмурний

*Тернопільський національний економічний університет,
Одеський державний медичний університет*

FUTURE DOCTOR-PSYCHIATRIST HAS DEVELOPMENT OF ECONOMIC THOUGHT (SOME ASPECTS OF PREPARATION OF SPECIALISTS ARE IN THE INTERNSHIP)

T.S. Stubaylo, K.V. Aymedov, V.A. Pakhmurny

*Ternopil National Economic University,
Odessa State Medical University*

У статті проаналізовано розвиток економічного мислення та менеджерських навичок у процесі підготовки лікарів-психіатрів в інтернатурі.

In the article development of economic thought and manager's skills is analysed in the process of preparation of doctors-psychiatrists in the internship.

Вступ. Сьогодні при навчанні майбутнього лікаря-психіатра навчальна програма зосереджена переважно на провідних аспектах діагностики і лікування розладів психіки та поведінки. У 1988 р. було прийнято Единбурзьку конвенцію у рамках Світової декларації медичної освіти, якою визначена перебудова медичної освіти, зокрема акцент на запобіганні захворюванням, інтеграція науки та клінічної практики, мультипрофесійна освіта та постійне післядипломне удосконалення, де навички менеджменту та економічне мислення мають бути засвоєні усіма лікарями, особливо тими, хто бере безпосередню участь у процесі комплексної медико-соціальної реабілітації. Мета дослідження – удосконалення підготовки фахівців у галузі психіатрії шляхом розвитку у них економічного мислення та менеджерських навичок. Було поставлено такі **завдання**:

1. Визначити обізнаність лікарів-інтернів з питань економіки та менеджменту.

2. Доповнити існуючу систему підготовки лікарів-психіатрів в інтернатурі колом актуальних питань економіки та менеджменту.

Основна частина. Сьогодні на тлі “успіхів” психофармакології більшість пацієнтів з психічними розла-

дами не потребує довгострокової госпіталізації – лікування можна проводити, залишивши хворого у його звичному соціальному просторі. Але практична реалізація цієї задачі покладає на лікаря-психіатра нове завдання – організацію патронажу та медико-соціальної опіки при оптимальному з точки зору співвідношення затрат та ефективності (як у соціальному, так і в економічному вимірі). Нагадаємо, що лікар-менеджер – це лікар, який займається організаторською та контрольно-розподільною роботою [1–6].

Зараз вузька спеціалізація медичних кадрів як колишній пріоритетний напрямок вітчизняної охорони здоров'я призвела до значного кадрового дисбалансу на ринку трудових ресурсів у галузі, до наявності надлишкової кількості лікарів у сфері спеціалізованої медичної допомоги і різкого дефіциту фахівців первинної ланки. Особливо непокоїть відсутність системи первинної спеціалізації для організаторів охорони здоров'я. Академік В.М. Запорожан дав оцінку майже 300 управлінських рішень організаторів охорони здоров'я та показав, що понад 90 відсотків з них були недоброякісними, а керівниками лікувальних закладів, які мали кваліфікаційні категорії, прийнято більш 67 % незадовільних управлінських рішень. Відсутність дію-

© Т.С. Стубайло, К.В. Аймедов, В.А. Пахмурний

чої системи підготовки менеджерів охорони здоров'я настійно вимагає окремого навчання майбутніх організаторів охорони здоров'я, серед яких психіатри займають не останнє місце. Ігнорування цієї вимоги має негативні наслідки і може призвести до значних проблем у разі переходу галузі до медичного страхування, реального входження її в ринкові відносини. Щоб визначитись, наскільки лікарі-інтерни обізнані у питаннях економіки та менеджменту, ми застосували розроблені нами тести контролю знань, який проведено на початку навчання в інтернатурі. У результаті виявилось, що обізнаність лікарів у питаннях економіки та менеджменту не перевищує 40 %, у той час, як цей же показник у бакалаврів-економістів склав близько 70 %. Це, безсумнівно, пов'язано зі специфікою мислення лікарів та майбутніх економістів. Надалі ті з питань, на які було отримано менше всього правильних відповідей, у наступному більше висвітлювались у лекційному матеріалі, на них зверталась увага при практичних заняттях. Після проведення відповідного навчального курсу ми отримали результати, де лікарі-психіатри майже "зрівнялись" у своїй обізнаності у питаннях менеджменту та економіки з бакалаврами-економістами. Рівень знань лікарів-інтернів психіатрів через рік склала вже

близько 60 %, що вказує на зацікавленість фахівців у вивченні економіки та менеджменту. Це свідчить про актуальність розробки єдиних кваліфікаційних освітніх стандартів по затвердженій номенклатурі медичних спеціальностей, упровадження комп'ютерного тестового контролю знань під час атестації медичних фахівців, що значною мірою сприятиме зниженню суб'єктивізму в роботі атестаційних комісій і вдосконаленню кадрового потенціалу галузі. У ці стандарти мають обов'язково увійти питання, що стосуються економіки та менеджменту. Масштабність цих задач вимагає наявності відповідним чином підготовлених фахівців-психіатрів. Підготовлених не тільки у вузькофаховому розумінні, але і у галузі економіки та менеджменту.

Висновки: 1. Навички менеджменту та економіки сприяють насамперед інтеграції хворого з розладами психіки та поведінки у суспільне життя.

2. Лікар-психіатр у своїй роботі обов'язково використовує навички управління та розрахунку ресурсів, що визначає необхідність його підготовки в інтернатурі з питань економіки та менеджменту.

3. Високий рівень знань з питань економіки та менеджменту свідчить про зацікавленість лікарів-психіатрів у цій проблематиці.

Література

1. Гримблат С.О. Проблемы оптимизации высшего образования (на модели менеджмента и психологии) / С.О. Гримблат, И.К. Сосин. – Х.: Факт, 2004. – 383 с.
2. Муллин Р. Прямой маркетинг: Поэтапное руководство по эффективному планированию и определению целей / Р. Муллин. – К.: Знання, 2005. – 334 с.
3. Simpson J. Why healthcare systems need medical managers / J.Simpson, R. Smith. – NY, 1997. – 185 p.

4. Андрушків Б.М. Основи менеджменту / Б.М. Андрушків, О.С. Кузьмін. – Львів: Світ, 1995. – 294 с.
5. Вачевський М.В. Маркетинг для менеджера / Вачевський М.В., Долішній М.І., Скотний В.Г. – Стрий: Просвіта, 1993. – 139 с.
6. Fagin L. The doctor–manager relationship / L. Fagin, A. Garelick / The Royal College of Psychiatrists. – 2004. – 147 p.

УДК 371.14

КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД ДО ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦЯ У ВИЩОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ

А.Я. Ходорчук, Т.С. Стубайло

*Тернопільський інститут соціальних та інформаційних технологій,
Тернопільський національний економічний університет*

COMPETENCE APPROACH TO THE PREPARATION OF SPECIALISTS IN THE HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENT

A.Ya. Khodorchuk, T.S. Stubaylo

*Ternopil institute of social and informative technologies,
Ternopil National Economic University*

У статті розглянуто структуру професійної компетентності фахівця, проаналізовано шляхи реалізації компетентісного підходу до підготовки фахівця у ВНЗ, висвітлено досвід роботи за проблемою, що розглядається.

The structure of professional competence of specialist is defined in this paper; ways of realization the competence approach to preparation of specialist in higher educational establishment are analyzed; experience is reflected in accordance with a problem that is examined.

Вступ. Актуальність дослідження компетентісного підходу у системі вищої освіти зумовлена необхідністю пошуку інноваційних шляхів підвищення якісного рівня підготовки фахівців у ВНЗ відповідно до вимог ринку праці.

Мета і завдання нашої роботи – розглянути компетентісний підхід в системі вищої освіти як один із засобів підвищення професійної готовності майбутніх фахівців до практичної діяльності.

Об'єктом дослідження є процес формування професійних компетентностей майбутніх фахівців у вищих навчальних закладах.

Предметом дослідження виступає зміст компетентісного підходу до формування професійних якостей студентів в умовах ВНЗ.

Основні методи дослідження – діалектичний метод пізнання закономірностей розвитку освіти у суспільстві, метод порівняльного аналізу та узагальнення, системного аналізу, історичної логіки розвитку.

Над проблемою дослідження компетентісного підходу працювали автори Аніщенко В.М., Зимняя І.А. [1]. Питанням компетентісного підходу до підготовки фахівців у ВНЗ присвячені роботи Ягупова В.В., Свистун В.І. [7], Овчарук О. [2],[3], Онопрієнко О. [4].

Основна частина. Поняття “компетентність” виступає як “вузлове” поняття в оновленні змісту навчання світової освітньої практики. У матеріалах Болонського процесу підкреслюється, що використання терміна “компетентність” для визначення цільових установок вищої освіти знаменує зрушення від суто академічних норм оцінювання до комплексної оцінки професійної і соціальної підготовленості випускників ВНЗ. Це зрушення означає трансформацію системи вищої освіти в напрямку більшої адаптації до світу праці в довгостроковій перспективі, а також до освоєння освіти впродовж усього життя. Підвищення ефективності підготовки фахівця є актуальним не тільки для України, але й для всього світового суспільства. Вирішення цієї проблеми тісно пов'язане з переусвідомленням мети і результату вищої освіти в цілому. У загальному контексті європейських тенденцій глобалізації Рада культурної кооперації середньої професійної освіти Європи визначила основні ключові компетентності, якими повинен оволодіти молодий фахівець. Відповідно до цього і мета освіти відтепер співвідноситься з формуванням базових компетентностей. Компетентність формується, розвивається і проявляється в процесі конкретної, а не абстрактної діяльності. У зв'язку з цим можна

наголошувати, що компетентність – це вміння та культура здійснювати певну діяльність. Така позиція збігається з позицією Міжнародного департаменту стандартів для навчання, досягнення та освіти, де поняття “компетентність” визначається як спроможність кваліфіковано здійснювати діяльність. Такої думки дотримується багато науковців.

Компетентність – це підготовленість (теоретична, практична, особистісна, психологічна тощо) до здійснення певної професійної діяльності та наявність професійно важливих якостей фахівця, які сприяють цій діяльності.

Ключова компетентність може бути визначена як здатність людини здійснювати складні поліфункціональні, поліпредметні, культурно-доцільні види діяльності, ефективно вирішуючи відповідні проблеми.

Організація педагогічного процесу професійної підготовки у ВНЗ має бути спрямована передусім на формування та розвиток власне професійної компетентності. **Професійна компетентність** фахівця є складним інтегральним, утворенням, що вклю-

чає інтелектуальну, професійну і особистісну готовність, яка формується у процесі його професійної підготовки у ВНЗ, проявляється, розвивається і вдосконалюється у професійній діяльності. Ефективність її здійснення суттєво залежить від видів його теоретичної, практичної та психологічної підготовки до неї, особистісних, професійних та інтелектуально-психологічних якостей, сприймання цілей, змісту та особливостей цієї діяльності.

З позиції діяльнісного підходу до формування професійних компетенцій майбутнього фахівця будемо розглядати сформульовану проблему. Природно, постає питання, які види діяльності майбутнього працівника мають бути сформовані під час навчання у вищому навчальному закладі? Відповідь частково закладена у нормативних документах. Так, основні види діяльності фахівця сформульовані в його освітньо-кваліфікаційній характеристиці. І це має стати вихідною позицією щодо формування змісту професійної компетентності. У зв'язку з цим нами пропонується така структура професійної компетентності фахівця (рис. 1):

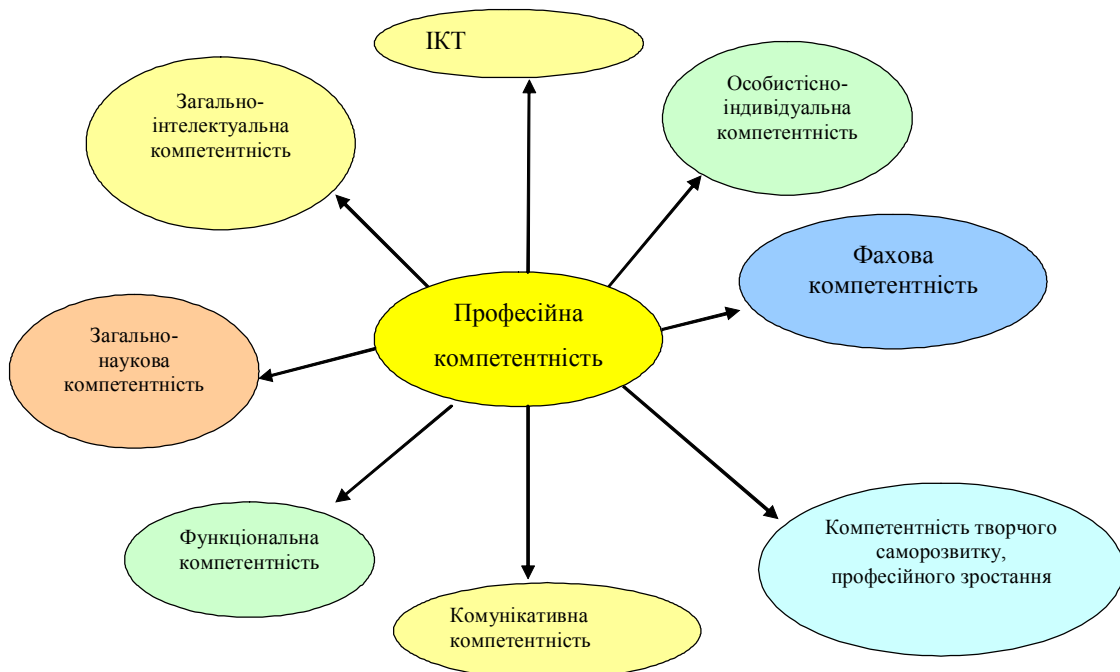


Рис. 1. Структура професійної компетентності фахівця.

1. Загально-інтелектуальна компетентність, яка передбачає сформованість загальнокультурної, моральної, політичної, соціальної, інформаційної, комунікативної, етичної, екологічної, валеологічної позицій фахівця.

2. Особистісна компетентність – володіння прийомами особистісного самовираження й саморозвитку, володіння прийомами саморегуляції і розвитку інди-

відуальності в рамках професії, розвинена мотиваційна сфера.

3. Фахова компетентність як складна взаємодія професійних та особистісних характеристик, що базується на знанні технологічних процесів фахової діяльності.

4. Компетентність творчого саморозвитку, професійного зростання – здатність до індивідуального са-

мозбереження, невідкладність професійному старінню, уміння раціонально організувати свою працю.

5. Функціональна компетентність – уміння стратегічного мислення, менеджерські здібності, управління суб'єктами діяльності, виконавча здатність.

6. Загальнонаукова компетентність передбачає сформованість методологічної, теоретичної, методичної, дослідницької діяльності за фахом.

7. Компетентності з інформаційних і комп'ютерних технологій передбачають здатність фахівця орієнтуватися в інформаційному просторі, володіти й оперувати інформацією до потреб ринку праці, застосовувати комп'ютерні технології у професійній діяльності, у практиці спілкування, уміти будувати інформаційні моделі технологічної діяльності.

8. Комунікативна компетентність – толерантність, сприймання плюралізму, вміння цивілізовано відстоювати свої переконання перед опонентом, вміння переконувати, вміння налагоджувати контакт.

Сформованість професійної компетентності фахівця є результатом компетентнісного підходу у системі навчання вищого навчального закладу.

Компетентнісний підхід – спрямованість педагогічного процесу на формування і розвиток ключових (базових, основних) і предметних компетентностей особистості. Така характеристика має бути сформована у процесі навчання й містити професійні знання, вміння, прагнення до самовдосконалення, вихована поведінкова модель особистості та ін.

Компетентнісний підхід ми розглядаємо як складову **системного підходу**, що реалізується у навчальному процесі ВНЗ через діяльний підхід до формування знань професійної сфери. Діяльнісний підхід у

системі освіти реалізується через зміст, організацію та технологію навчання в умовах ВНЗ. Компетентнісний підхід визначає результативно-цільову спрямованість освіти. Іншими словами, компетентнісний підхід посилює власне практичну спрямованість професійної освіти, її прагматичний, предметно-професійний аспект і є одним з важливих концептуальних положень оновлення змісту освіти.

Ми вбачаємо інтеграцію до світового освітнього простору через орієнтацію навчальних програм на компетентнісний підхід, на створення ефективних механізмів його запровадження. Це, в свою чергу, вимагає збагачення, оновлення технологій навчальної діяльності викладача із студентами на лекційних, практичних, лабораторних заняттях, розробки нових підходів до організації самостійної роботи студентів, різних видів практик, організації професійно спрямованої позааудиторної роботи із студентами [5], [6].

Висновки. Компетентнісний підхід в системі вищої освіти – один із засобів підвищення професійної готовності студентів до практичної діяльності.

Компетентнісний підхід спрямовує мету і зміст вищої освіти до виховання розвиненої особистості зі сформованими життєвими і професійними компетентностями. Упровадження компетентнісного підходу в освітній процес передбачає розробку інтегрованих курсів, розширення в структурі навчальних програм міжпредметного компонента. Удосконалення компетентнісного підходу залежно від спеціалізації студентів вищих навчальних закладів потребує подальших досліджень, визначення основних професійних компетентностей фахівця відповідного напрямку і є архіважливим для теорії і практики вищої школи.

Література

1. Зимняя И.А. Общая культура и социально-профессиональная компетентность человека // Высшее образование сегодня. – 2005. – № 11. – С. 14-20.
2. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи: Бібліотека з освітньої політики / За ред. О. В. Овчарук. – К.: К.І.С., 2004. – С. 47.
3. Овчарук О. Компетентності як ключ до оновлення змісту освіти // Стратегія реформування освіти в Україні: Рекомендації з освітньої політики. – К.: К.І.С., 2003. – С. 13-39.
4. Онопрієнко О. Концептуальні засади компетентнісного підходу в сучасній освіті // Шлях освіти. – 2007. – № 4. – С. 32-37.

5. Ходорчук А. Я. Новітні технології навчального процесу // Мандрівець. – 2008. – № 3.

6. Ходорчук А. Я., Стубайло Т. С. Системний підхід до організації самостійної роботи студентів у відповідності до вимог Болонського процесу // В кн.: Разом в Європі: Регіональні стратегії формування економічних знань в умовах євроінтеграції / Наук. ред. І. В. Бакушевич, Т. Barnat. – Тернопіль: ТІСІТ, 2006. – 464 с.

7. Ягупов В. В., Свистун В. І. Компетентнісний підхід до підготовки фахівців у системі вищої освіти // www.library.ukma.kiev.ua.

УДК 373. 14

СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ ДО ФОРМУВАННЯ ФАХІВЦЯ У ВНЗ

А.Я. Ходорчук, Т.С. Стубайло

*Тернопільський інститут соціальних та інформаційних технологій,
Тернопільський національний економічний університет*

APPROACH OF THE SYSTEMS TO ORGANIZATION OF INDEPENDENT WORK OF STUDENTS – CONSTITUENT OF KOMPETENTNISNOGO OF APPROACH IS IMPORTANT TO FORMING OF SPECIALIST IN THE INSTITUTE OF HIGHER

A.Ya. Khodorchuk, T.S. Stubaylo

*Ternopil institute of social and informative technologies,
Ternopil National Economic University*

У статті розглядається система формування професійної компетентності студентів ВНЗ через організацію їх самостійної роботи.

In the article the system of formation of professional competence of students is regarded through the organization of their individual work.

Вступ. Однією із умов розв'язання завдання побудови “Європи знань”, яке відображається в ідеях Болонського процесу, є основна академічна цінність – якість вищої освіти. Цим в основному вирішується зміцнення міжнародної конкурентоспроможності Європейської системи вищої освіти. Реалізація ідей кредитно-модульної системи організації навчального процесу вимагає суттєво нових науково-методичних та дидактичних підходів до планування і організації навчального процесу загалом і самостійної роботи зокрема.

Об'єкт дослідження. Організація самостійної роботи студентів з орієнтацією на компетентнісний підхід.

Предмет дослідження. Методика реалізації системного підходу до організації самостійної роботи студентів з метою забезпечення компетентнісного підходу.

Основна частина. В основі нових технологій навчання лежить підвищення рівня індивідуалізації навчання. А вже оцінювання успішності студента за кредитно-модульною системою враховує якість усіх видів його навчальної, творчої, науково-дослідної діяльності впродовж семестру, року. Воно включає

активність студента на заняттях, його ставлення до оволодіння знаннями як на заняттях, так і в позанавчальний час, виконання завдань самостійної роботи. Інакше кажучи, ставиться вимога систематичної, послідовної і наполегливої праці кожного студента над собою впродовж навчання у ВНЗ. Педагогічний процес має бути зорієнтований на допомогу і керівництво з боку викладача кожної навчальної дисципліни, до формування компетентнісних якостей фахівця у цьому процесі [1], [2].

Самостійна робота виступає як структура навчального процесу, якою потрібно управляти. При цьому необхідним є забезпечення у вирішенні завдань самостійної роботи органічного взаємозв'язку таких її складових, як: **планування, організація, керівництво і контроль.**

Забезпечення цих вимог реалізується через таку систему діяльності:

- організацію професійно зорієнтованої самостійної роботи під час аудиторних занять;
- навчально-методичне забезпечення самостійної роботи в позанавчальний час;
- підготовку та підвищення кваліфікації викладачів з метою активізації пізнавальної діяльності студентів,

© А.Я. Ходорчук, Т.С. Стубайло

в тому числі і з організації самостійної роботи та її ролі у формуванні професійних якостей фахівця.

Планування самостійної роботи у руслі концепції “викладач-студент” відбувається на рівні навчальної дисципліни, при цьому забезпечуються умови учіння за наявності безпосереднього керівництва з боку викладача. В межах конкретної навчальної дисципліни відповідно до навчального плану і програми формуються зміст, завдання, методичні вказівки до самостійної роботи. Метою є формування у студентів інтелектуальних умінь і особистісних якостей, елементів розумової культури, розкриття творчих здібностей майбутнього фахівця, умінь науково-пізнавального пошуку, формування потреби самовдосконалення з метою раціонального використання знань у майбутній практичній діяльності.

В основі організації і керівництва самостійною роботою студентів лежить забезпечення прозорості навчальних вимог, яка формується на основі методичних рекомендацій, інструкцій і дидактичних матеріалів, що розробляються викладачами ВНЗ і представляються у навчально-методичних комплексах до навчальних дисциплін.

Особливого значення для студентів набувають **дидактичні матеріали, навчально-методичні посібники як до аудиторних, так і до позааудиторних занять.** Важливим компонентом управління самостійною роботою є зворотний зв’язок. Науково-педагогічні працівники чітко усвідомлюють, що на етапі формування компетентнісного підходу необхідним є перехід у вищій школі від **передачі** інформації до **керівництва** навчально-пізнавальною діяльністю, формування у студентів мотивованої потреби до **самостійної творчої роботи.** Нині самостійна робота студентів з методичної проблеми перетворилась на суспільну. Це підтверджується вимогами переходу на **кредитно-модульне** навчання. Навчання – це самоосвіта, яка ґрунтується на самостійній, творчій, професійно зорієнтованій роботі [3].

Керування пізнавальною діяльністю студентів у цілісному педагогічному процесі найвищою мірою **індивідуалізоване.** Це передбачає як індивідуальні темпи засвоєння матеріалу, так і використання джерел, озброєння методологією пізнання, а також використання мотиваційних засобів самостійної пізнавальної діяльності студента як майбутнього фахівця.

Конкретна допомога викладача пов’язана, насамперед, зі створенням дидактичних і психологічних передумов для виникнення і розвитку у студентів потреби у самоосвіті, прагнення до активності і самостійності в цьому процесі. Викладач

створює навчальне середовище, визначає структуру і логіку інтелектуальних відносин і спілкування, пропонує гнучкі варіанти програми при єдиній лінії наукового пізнання, в основі якого лежить інтерес до професійної діяльності.

Система **організації і керівництва** самостійною роботою студентів у ВНЗ реалізується через **новітні підходи у технології** навчання [4].

Контроль **за ходом самостійної роботи планується викладачами відповідно до методичних вимог і форм атестації: виконання домашніх завдань, захист рефератів, курсових, дипломних робіт, комп’ютерне тестування, включення навчального матеріалу у залік, у білети на екзамені та інше.**

У методологічному відношенні результативність навчального процесу залежить від компетентності викладача, діяльності викладача і студента під час аудиторних занять та продуктивності діяльності студентів у позанавчальний час.

Система компетентнісного підходу до підготовки високоякісних фахівців може відбутися лише за умови якісних змін у викладанні фундаментальних, загально-професійних і спеціальних навчальних курсів.

Не менше значення мають і нові освітні та інформаційні технології, які забезпечують досягнення прогнозованого результату у змінених умовах навчально-виховного процесу.

Поняття “інновація” потрібно розуміти не стільки як створення і розповсюдження чогось нового, скільки такі зміни, які мають суттєвий характер та супроводжуються змінами як в діяльності, так і у стилі мислення.

Таким чином, мислення інноваційно-орієнтованих учасників навчального процесу має базуватися на таких ключових орієнтирах:

- особистісне включення всіх учасників у процес навчання;
- викладач-партнер у навчальній діяльності;
- студент має переживати навчальний процес як його активний учасник з переносом знань, критичним мисленням, аргументацією тощо.

Формування у майбутніх фахівців прагнення до неперервної самоосвіти, здатності постійно оновлювати здобуті наукові знання, вміння швидко адаптуватися до змін та корегувати професійну діяльність – таке завдання поставило життя перед ВНЗ, а отже перед кожним його студентом і викладачем [5].

Висновки. Сьогодні як змістові, так і процесуальні характеристики навчального процесу у вищій школі мають відповідати парадигмі розвитку вищої освіти в Україні згідно з європейськими стандартами.

Сучасна педагогіка школи розглядає навчання і виховання у вищій школі як умови для самореалізації особистості згідно з обраним фахом. Інноваційний імператив пріоритету самоорганізації навчання у сучасній освіті визначає необхідність врахування того, що якість підготовки фахівця у великій мірі визначається не об'

ємом засвоєного ним навчального матеріалу, а системою його професійної підготовки, готовності до майбутньої практичної самостійної діяльності. Педагогічне завдання щодо оптимізації результатів навчання і витрат часу на нього має бути професійно зорієнтованим на самостійну роботу із студентами.

Література

1. Бондар В. Дидактика: ефективні технології навчання студентів / В. Бондар. – К., 1996.

2. Козаков В.А. Самостійна робота студентів як дидактична проблема: наукове видання / В.А. Козаков. – К.: НМК ВО, 1990. – 62 с.

3. Сігаєва Л.Є. Вміння й навички самостійної роботи у професійному становленні дорослої людини: навч.-метод. посіб. / Л.Є. Сігаєва, М.Г. Гордієнко. – К.: Вид-во "ЕКМО", 2007. – С. 114-127.

4. Ходорчук А.Я. Новітні технології навчального процесу / А.Я. Ходорчук // Мандрівець. – № 3. – 2008.

5. Ходорчук А.Я. Системний підхід до організації самостійної роботи студентів у відповідності до вимог Болонського процесу / А.Я. Ходорчук, Т.С. Стубайло // В кн.: Разом в Європі: Регіональні стратегії формування економічних знань в умовах євроінтеграції / наук. ред. І.В. Бакушевич, Т. Barnat. – Тернопіль: ТІСІТ, 2006. – 464 с.

До 70-річчя з дня народження ОЗОРА ПЕТРОВИЧА МІНЦЕРА



24 червня 2010 року виповнилося 70 років **Озару Петровичу Мінцеру** – завідувачу кафедри медичної інформатики, директору наукового навчально-методичного центру дистанційної освіти Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, голові Про-

блемної комісії “Медична кібернетика та інформаційні технології” при МОЗ України та НАМН України, доктору медичних наук, кандидату технічних наук, професору, дійсному члену Української академії інформатики та Академії технологічних наук України, який понад 50 років свого життя віддав служінню благородній місії – розбудові медичної та біологічної кібернетики й інформатики, підготовці фахівців для системи охорони здоров’я, реформуванню післядипломної медичної освіти та галузі охорони здоров’я України.

Народився Озар Петрович у сім’ї службовців у стольному граді Києві. Дитинство пройшло в евакуації, а отрочество – у тяжкі та голодні повоєнні роки. Юність припала також на непрості роки відбудови країни.

Після закінчення середньої школи № 25 в 1957 році О.П. Мінцер вступив за конкурсом до Київського медичного інституту ім. О.О. Богомольця (нині Національний медичний університет імені О.О. Богомольця), який закінчив з відзнакою у 1963 р. за спеціальністю “Лікувальна справа”.

Паралельно з навчанням у медичному інституті навчався на радіофізичному факультеті Київського державного університету ім. Т.Г. Шевченка, який успішно закінчив у 1967 році за спеціальністю “Радіофізика”.

Трудовий шлях розпочав у Київському науково-дослідному інституті туберкульозу та грудної хірургії, де

пропрацював понад двадцять років на різних посадах від стажера-дослідника, лікаря клініки серцевої хірургії до завідувача лабораторії медичної кібернетики.

Будучи учнем академіка М.М. Амосова, захистив у 1965 році кандидатську, а в 1972 р. – докторську дисертацію з медичних наук на тему “Діагностика та прогнозування результатів оперативного втручання у хворих пороками серця за допомогою ЕОМ”. У 1969 році захистив кандидатську дисертацію з технічних наук. У 1978 р. став професором зі спеціальності “Біологічна і медична кібернетика”.

Водночас формувалася й *власна наукова школа*. Перш за все, як одного із засновників медичної інформатики та кібернетики в Україні. Сьогодні під керівництвом професора О.П. Мінцера захищено 74 кандидатських та 15 докторських дисертацій. Він є автором понад 600 наукових публікацій, у тому числі 30 монографій та навчальних посібників, 20 патентів. Серед них такі відомі монографії зі спеціальності: “Проблеми медицинской кибернетики” (1972), “Статическое моделирование основных жизненных функций при митральных пороках сердца” (1980), “Клиническое прогнозирование”, “Кибернетическое прогнозирование в пульмонологии” (1983), “Методы математической биологии”, “Кибернетика в сердечной хирургии” (1984), а також навчальні посібники: “Основы медицинской информатики и вычислительной техники: Учеб. пособие для учащихся медицинских училищ” (1988), “Методы обработки медицинской информации (издание второе): Учеб. пособие” (1991), “Оброблення клінічних і експериментальних даних у медицині: Навч. посіб.” (2003), “Інформаційні технології в хірургії: Навч. посіб.” (2004), “Електронні навчальні посібники для відображення медичних процедурних знань: принципи, етапи створення, методологія: Навч. посіб.” (2009), “Нові технології навчання менеджменту в медицині: Навч. посіб.” (2009).

Професор О.П. Мінцер був одним з головних медичних консультантів програм створення систем масових профілактичних оглядів населення. Вперше в країні обґрунтував архітектуру та реалізував у клініці діагностично-прогностичну систему з набутими та вродженими вадами серця. Ним виконаний великий обсяг робіт у галузі теоретичної інформатики, створення медичних експертних систем, систем обробки даних, обґрунтування проблемно-орієнтованих

комплексів та їх застосування в охороні здоров'я. Значний інтерес мають роботи з автоматичної діагностики захворювань і станів, використання багатовимірних статистичних аналізів для розпізнавання хвороб, прогнозування і лікування захворювань серця, легень, шлунково-кишкового тракту. Висунув нові концепції створення вимірювання рівня здоров'я, що їх нині визнала і підтримує Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Ініціатор та ідеолог проведення Всесвітнього фестивалю "Здоров'я в гармонії". Науковий керівник робіт зі створення національної системи сертифікації знань лікарів та провізорів України, що була розроблена і впроваджена протягом 1992–1995 рр., функціонує досі. Подібні автоматизовані атестаційні системи були впроваджені у державному масштабі вперше в Європі.

Успішно займався дослідженнями ефективності локального впливу на біологічно активні точки електромагнітного випромінювання вкрай високої частоти міліметрового діапазону довжин хвиль нетеплової інтенсивності. Великий обсяг робіт був проведений щодо розробки й впровадження в практичну охорону здоров'я сучасної електронної техніки з мікропроцесорною обробкою даних, серед яких нове покоління засобів щодо вимірювання хвилинного обсягу кровообігу, автоматизації ЕКГ-дослідження.

В останні п'ять років суттєве значення мають дослідження стосовно розробки принципів дистанційної освіти, безперервного професійного розвитку лікарів та провізорів, інженерії знань, методів доказової медицини, телемедицини, проблем якості освіти та створення галузевих державних стандартів вищої післядипломної освіти, концептуальних підходів до питань якості надання медичної допомоги, створення монотематичних навчальних відеофільмів та електронних підручників тощо. Автор концепції медичної електронної паспортизації та єдиного медичного освітнього простору в Україні. Співкерівник проектів щодо отримання другої вищої освіти за спеціалізаціями "Медичне право", "Економіка охорони здоров'я", "Медична біологія".

Професор О.П. Мінцер став ініціатором створення в 1986 році першої кафедри медичної інформатики не лише в Україні, а й в колишньому СРСР, котру очолює і нині. В 1999 році до складу кафедри ввійшов підрозділ педагогіки та психології. Кафедра є опорою в системі післядипломної освіти.

Під керівництвом професора О.П. Мінцера створено Уніфіковану програму післядипломного навчання лікарів та провізорів "Основи медичної інформатики та кібернетики в охороні здоров'я та медицині",

до якої увійшли навчальні плани та програми понад 30 циклів тематичного вдосконалення, основні серед яких: "Використання персональних комп'ютерів у медичній практиці", "Сучасні аспекти навчання за допомогою ЕОМ", "Математичні методи обробки інформації", "Інтернет-втілення сучасних інформаційних технологій", "Дистанційне навчання в медицині", "Інформаційні технології в фармації", "Безперервна медична освіта лікарів та провізорів у контексті Болонського процесу", "Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я", "Доказова медицина".

У 2006 році, за ініціативи професора О.П. Мінцера, було відроджено спеціальність 14.03.11 – "Медична та біологічна інформатика і кібернетика" (медичні та біологічні науки) і створено спеціалізовану вчену раду Д 26.613.10 із захисту дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора (кандидата) наук, яку він і очолює. Раду відкрито у НМАПО імені П.Л. Шупика.

У 2007 році створено новий науково-практичний журнал "Медична інформатика та інженерія", що має статус видання ВАК України. Поява профільного журналу стала важливим фактором сприяння розвитку нової спеціальності.

Ім'я професора О.П. Мінцера широко відоме і за межами країни. З 1985 по 1993 рік – радник ВООЗ. З 1973 року – член Міжнародної федерації з обробки інформації (IFIP); з 1995 – дійсний член Міжнародної академії інформатизації.

Озар Петрович проводить активну міжнародну та просвітницьку діяльність: 1988 – 1993 рр. – фестиваль "Здоров'я в гармонії" (ВООЗ, Швейцарія, м. Женева – Київ) – співкерівник проекту; 1989 – 1995 рр. – "Первинна медико-санітарна допомога в Європі" (ВООЗ, Швейцарія, м. Женева) – регіональний керівник, сумісно з Інститутом первинної медико-санітарної допомоги (Нідерланди, м. Утрехт) і Центром первинної медико-санітарної допомоги (Казахстан, м. Алмата); 2002 р. – "Охорона здоров'я в Україні "Проект ПРООН (програма розвитку ООН)"; 2004 р. – програма "IMS Simple Sequencing and SCORM 2004: Achieving Multiple & Adaptive Learning Path Design Strategies in SCORM Content" (європейські освітні організації European IMS та GIUNTI Labs); 2004 – 2009 рр. – Проекти ЄС, що були направлені на реформування у сфері охорони здоров'я України тощо.

Віддана праця та видатні заслуги відомого вченого, педагога, організатора були неодноразово відмічені державою: присвоєння почесного звання заслуженого діяча науки і техніки України (2000 р.); нагородження орденами "За заслуги" III ступеня (2003 р.), II

ступеня (2008 р.), Орденом Преподобного Агапіта Печерського II ступеня (2008 р.) тощо.

Колеги, науково-педагогічна громадськість, учні та слухачі від щирого серця вітають відомого ученого, талановитого педагога, знаного організатора, невтомного ентузіаста, трудовий шлях якого є

яскравим прикладом відданого служіння інтересам охорони здоров'я, освіти, науки, інтересам Батьківщини.

Шановний *Озарє Петровичу*, бажаємо Вам нових ідей, нестандартних рішень і звершень, невичерпного творчого натхнення, наснаги і многая літа!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Приклади бібліографічних посилань

– *посилання на книги:*

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

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

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

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

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

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

Перекладні видання:

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

– *посилання на статті:*

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

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

– *посилання на доповіді, тези доповідей:*

1. Сучасні методи організації навчального процесу з біохімії та їх оптимізація / Я.І. Гонський, Г.Г. Шершун, І.М. 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. – НКИ 355/68. – 3 с.

– *посилання на дисертації і автореферати дисертацій:*

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

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

– *посилання на укази, накази, постанови, закони:*

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

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

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

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

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

11. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, не реєструються. У першу чергу друкуються статті 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!