

Міністерство охорони здоров'я України

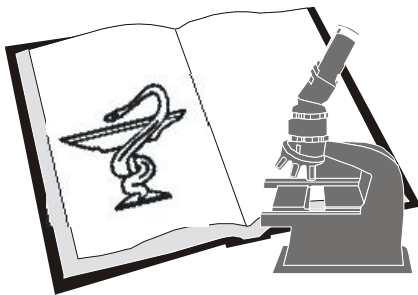
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

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

3/2010

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.
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.
Поліщук В.А.
Поляченко Ю.В.
Посохова К.А.
Романишина Л.М.
Рудик Б.І.
Файфура В.В.
Харченко Н.В.
Хміль С.В.
Шкробот С.І.
Шютц В.
Янкович О.І.
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)
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)

І ААЕ×І А І ÑÂ²ÒÀ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Виходить з 1999 року

Свідоцтво про державну
реєстрацію: КВ 3636

Передплатний індекс: 21885

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

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

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

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

Затверджено вченою радою Тернопільського державного
медичного університету ім. І.Я. Горбачевського (протокол
№ 3 від 21.09.2010 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	Левченко С.В.
Дизайн обкладинки	Кушик П.С.

Підписано до друку 22.09.2010. Формат 60×84/8.
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.
Ум.др. арк. 14,65. Обл.-вид.арк. 13,25.
Наклад 600. Зам. № 275.

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>В.П. Андрющенко, Д.В. Андрющенко</i> ОСОБЛИВОСТІ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОГО ПРИНЦИПУ ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ДИСЦИПЛІНИ “ЗАГАЛЬНА ХІРУРГІЯ”: ПЕРШІ РЕЗУЛЬТАТИ ТА ПРОБЛЕМИ В СВІТЛІ ДОСВІДУ КАФЕДРИ	7
<i>І.Ф. Бєленічев, Н.В. Бухтіярова, С.В. Павлов</i> НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРОВЕДЕННЯ МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ З ФАРМАКОЛОГІЇ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ	9
<i>В.С. Бірюков</i> ІНДИКАТОРНА МОДЕЛЬ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ОСВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ: ВИМОГИ ДО ІНДИКАТОРА	11
<i>Я.Я. Боднар, П.Р. Сельський, В.Д. Волошин, Т.В. Дацко, В.В. Франчук, Т.К. Головата, М.Я. Фурдела, Ю.М. Орел, О.В. Андрійчук</i> АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З ПАТОМОРФОЛОГІЇ У УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ	14
<i>Н.О. Горчакова, Л.Г. Голота, Т.Ю. Небесна, А.О. Різниченко</i> ВЗАЄМОЗВ’ЯЗОК ВИКЛАДАННЯ ФАРМАКОЛОГІЇ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ З РЕЗУЛЬТАТАМИ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ КАФЕДРИ	16
<i>І.В. Єршова-Бабенко, О.М. Куцебо, О.В. Медянова, І.О. Чуєва</i> ВПРОВАДЖЕННЯ НОВИХ МЕТОДІВ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ	18
<i>Л.Я. Ковальчук, В.І. Максимлюк, І.К. Венгер, А.Д. Бєденюк, В.В. Твердохліб, О.М. Гусак, В.Б. Доброродній, В.В. Мальований, І.І. Чонка, І.І. Смачило, А.І. Мисак, Ю.М. Футуйма, І.В. Смачило, С.О. Нестерук, А.В. Доброродній, І.О. Крицький</i> РОЛЬ ІНТЕГРАЦІЇ В ЄВРОПЕЙСКУ ВИЩУ ОСВІТУ У НАВЧАННІ, ВДОСКОНАЛЕННІ ТА ФОРМУВАННІ СТУДЕНТА-ЛІКАРЯ	22
<i>О.К. Колоскова, Л.А. Іванова, С.І. Прунчак</i> ГОТОВНІСТЬ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ДО НАПИСАННЯ ТЕСТОВОГО ІСПИТУ “КРОК-3” ЯК КРИТЕРІЙ ЕФЕКТИВНОСТІ ВУЗІВСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ	24
<i>І.О. Крицький, В.Є. Бліхар, П.В. Гоцинський, Т.О. Воронцова, М.І. Кінаш, І.В. Кубей, Л.М. Шульгай, Г.А. Крицька, В.Б. Доброродній, І.І. Смачило</i> ПЕРЕВАГИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ НАД ТРАДИЦІЙНОЮ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ	27
<i>Л.В. Лимар</i> АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МОТИВАЦІЙНОГО КОМПОНЕНТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ КОНФЛІКТІВ	29
<i>В.М. Лісовий, В.А. Капустник, В.В. В’юн, О.А. Марущенко, Д.П. Перцев, Ю.С. Сіда</i> СПРИЙНЯТТЯ НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ОЦІНОЧНИХ СУДЖЕНЬ ІНТЕРНІВ 1-3 КУРСІВ	31
<i>В.М. Лісовий, В.О. Ольховський, В.В. Хижняк</i> СУЧАСНІ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ФОРМУВАННІ МЕДИКО-ПРАВОВИХ ЗНАТЬ	33
<i>В.І. Лупальцов, Р.С. Ворожук, А.І. Ягнюк, К.М. Сокол, І.А. Дехтярук</i> РАЦІОНАЛЬНЕ ВИКОРИСТАННЯ НАВЧАЛЬНОГО ЧАСУ І ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАТЬ З ДИСЦИПЛІНИ “ХІРУРГІЯ”	36

<i>В.Г. Марченко, О.А. Цодікова, С.С. Бринцова</i> КОРОТКОТРИВАЛЦІКЛИ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ – ОДИН ІЗ ШЛЯХІВ УПРОВАДЖЕННЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ	39
<i>В.О. Мойсеєнко, Т.Д. Никула, С.Г. Шевчук, Т.Г. Остапівська, В.А. Хомазюк</i> ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ СТУДЕНТІВ II-III КУРСІВ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НА ТЕРАПЕВТИЧНИХ КАФЕДРАХ	41
<i>Л.К. Москаленко</i> ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ЗАНЯТТІ З ІНОЗЕМНОЇ МОВИ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ТЕХНОЛОГІЙ СПІВРОБІТНИЦТВА У МАЛИХ ГРУПАХ (COOPERATIVE LEARNING) У МЕДИЧНОМУ ВНЗ	44
<i>М.Д. Нарійчук</i> КВАЛІФІКАЦІЙНИЙ РІВЕНЬ МАЙБУТНІХ СПЕЦІАЛІСТІВ – КРИТЕРІЙ ЕФЕКТИВНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ НА ТЕОРЕТИЧНИХ ТА КЛІНІЧНИХ КАФЕДРАХ	48
<i>Ю.М. Нерянов, В.І. Кравченко</i> БОЛОНСЬКИЙ ПРОЦЕС ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ В ЗДМУ	52
<i>К.О. Пашико, М.О. Кащуба, В.А. Кондратюк, Г.А. Крицька, Д.В. Козак, О.М. Сопель, О.М. Смачило, Н.В. Флекей, В.І. Вахтарчук</i> ЯК МОЖНА ПІДВИЩИТИ ЯКІСТЬ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ ПРИ ВИВЧЕННІ ГІГІЄНИ ТА ЕКОЛОГІЇ НА ПРОФІЛЬНИХ КАФЕДРАХ ВМ(Ф)НЗ УКРАЇНИ	54
<i>А.С. Свінцицький, В.О. Дорошенко, Я.Ю. Гомза</i> ВПРОВАДЖЕННЯ КОНЦЕПЦІЇ КОМПОНЕНТНО-ОРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ ДО НАВЧАННЯ В ПІСЛЯДИПЛОМНУ ПІДГОТОВКУ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ В ІНТЕРНАТУРІ	57
<i>І.В. Сергета, О.Є. Александрова</i> КРЕДИТНО-МОДУЛЬНА СИСТЕМА ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇЇ ВПЛИВУ НА ПРОЦЕСИ ФОРМУВАННЯ ОКРЕМИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ТЕМПЕРАМЕНТУ І ТРИВОЖНОСТІ СТУДЕНТІВ	62
<i>І.М. Сологор, В.Г. Костенко, І.В. Знаменська</i> ФОРМУВАННЯ ГРАМАТИЧНОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ ЯК ЗАСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФЕСІЙНО СПРЯМОВАНОГО ЧИТАННЯ ІНОЗЕМНОЮ МОВОЮ	66
<i>В.К. Тащук, П.Р. Іванчук, О.Ю. Поліщук, Т.О. Ілащук, С.І. Гречко</i> ПРОБЛЕМИ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ У ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗА СИСТЕМОЮ БЕЗПЕРЕРВНОГО НАВЧАННЯ	68
<i>П.Д. Фомін, Є.М. Шепетько, О.А. Повч, О.Б. Бельський</i> ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З ФАКУЛЬТЕТСЬКОЇ ХІРУРГІЇ ТА СКЛАДАННЯ МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ СТУДЕНТАМИ 4-ГО КУРСУ НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЇ № 3 НМУ ім. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ	70
<i>М.Р. Хара, В.В. Файфура, Ю.І. Бондаренко, Г.С. Сатурська, С.В. Дзига, Л.М. Сас, О.В. Бакалець</i> ПАТОФІЗІОЛОГІЧНИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРЯ	73
<i>О.М. Хвистюк, В.Г. Марченко, І.А. Жадан</i> ІНТЕГРАЦІЯ В ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ОСВІТНІЙ ПРОСТІР ЯК ШЛЯХ ПОКРАЩЕННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ	77
<i>О.Л. Холодкова, Н.В. Нескоромна</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ АНГЛОМОВНИМ СТУДЕНТАМ У СУЧАСНИХ УМОВАХ	79
<i>І.С. Чекман, Н.О. Горчакова, Л.І. Казак, Т.Ю. Небесна, І.О. Борзенко</i> ПЕДАГОГІЧНІ ОСНОВИ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ДО НАУКОВОЇ РОБОТИ З ФАРМАКОЛОГІЇ	82
<i>І.С. Чекман, О.В. Шумейко, Н.В. Савченко</i> ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА ЯК МЕТОДОЛОГІЧНА ОСНОВА ФОРМУВАННЯ НОВОГО СВІТОГЛЯДУ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ В СИСТЕМІ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ ОСВІТИ	84

<i>В.Г. Черкасов, І.В. Дзевульська, О.І. Ковальчук</i> МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ І МОНИТОРИНГУ ПРОФЕСІЙНО ОРІЄНТОВАНИХ ЗНАТЬ У ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ НА КАФЕДРІ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ	87
<i>І.О. Чорна, О.В. Лігоненко, А.Б. Зубаха, І.А. Шумейко, О.В. Стороженко, І.І. Діхтяр, М.І. Кравців</i> ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ	90
<i>О.В. Шальнова-Козаченко</i> ІНТЕРАКТИВНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ‘ІСТОРІЇ МЕДИЦИНИ’, ‘СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я’: ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ МАЙБУТНІХ СПЕЦІАЛІСТІВ	94
<i>М.І. Швед, Н.В. Пасечко, Л.П. Мартинюк, М.І. Гаврилюк, Т.О. Паламар, Т.В. Лихацька, Н.В. Грималюк, Г.В. Лихацька, І.Г. Якубишина, І.П. Савченко</i> ОПТИМІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ІV КУРСУ НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ ЗГІДНО З ЗАСАДАМИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ	98
<i>С.Г. Шевчук, В.О. Мойсеєнко, Т.Г. Остаєвська</i> РОЛЬ КОМУНІКАТИВНИХ ЗВ’ЯЗКІВ У СТОСУНКАХ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА І ПАЦІЄНТА	100

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

<i>М.М. Багрій, Н.М. Воронич-Семченко, О.Г. Попадинець, Н.М. Грибінчак, А.С. Дмитренко, Р.С. Ковальчук</i> АНАЛІЗ ПРОБЛЕМАТИКИ ПЕРЕХОДУ НА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНУ СИСТЕМУ	102
<i>Л.Т. Котляренко, І.М. Кліц, І.Я. Господарський, Л.В. Вронська, І.Б. Привроцька</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА ЛЕКЦІЙНИХ ЗАНЯТТЯХ	105
<i>І.Я. Господарський, С.О. Ястремська, С.О. Коноваленко, Н.І. Рега, В.В. Максимова, Б.А. Локай, Н.Б. Галіши, О.М. Креховська-Лепяко, І.В. Яворська, Н.В. Петренко, В.С. Городецький, О.І. Зарудна</i> ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР-БАКАЛАВРІВ У ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО	109
<i>А.М. Пришляк, І.В. Пришляк</i> ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ВИКЛАДАННІ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ	112
<i>І.Я. Господарський, С.О. Ястремська, Л.Т. Котляренко</i> ВИКОРИСТАННЯ СТАНДАРТИЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ У НАВЧАННІ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ	114
<i>П.І. Ткаченко, К.Ю. Резвіна</i> КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ВИКЛАДАННЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ У ВИЩІЙ ШКОЛІ	119
<i>Ю.Ф. Педанов, А.І. Гоженко, Р.Ф. Макулькін</i> ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРАМ ВИКЛАДАННЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ І-ІІ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ В УКРАЇНІ Й АВСТРІЇ	122

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*

УДК 617: 37.02

ОСОБЛИВОСТІ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОГО ПРИНЦИПУ ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ДИСЦИПЛІНИ “ЗАГАЛЬНА ХІРУРГІЯ”: ПЕРШІ РЕЗУЛЬТАТИ ТА ПРОБЛЕМИ В СВІТЛІ ДОСВІДУ КАФЕДРИ

В.П. Андрищенко, Д.В. Андрищенко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

PECULIARITIES OF CREDIT – MODULAR PRINCIPLE OF CLINICAL SUBJECT “GENERAL SURGERY” STUDY: FIRST RESULTS AND PROBLEMS IN CONTEXT OF THE GENERAL SURGERY UNIT EXPERIENCE

V.P. Andriushchenko, D.V. Andriushchenko

Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi

На підставі більш ніж трирічного досвіду роботи кафедри на засадах кредитно-модульного принципу акцентовано увагу на позитивних моментах даної форми навчання, на деяких складнощах, які вимагають вирішення на різних рівнях управлінських структур, а також на шляхах реалізації проблемних питань і реальних перспективах.

On evidence of experience of the General Surgery Unit work for four – year period in according to credit – modular principles was accented attention on positive moments of this educational form, some difficulties, that requires decision on different levels of administrative structures and ways of the problem questions implementation as well and real prospects.

Вступ. Перехід навчального процесу на кредитно-модульний принцип згідно з засадами Болонської конвенції привніс деяку новизну в організацію і проведення практичних занять і лекцій, а також методику оцінювання знань та вмінь студентів. Особливо істотно ця новизна проявилася при викладанні дисциплін клінічного циклу, що, поряд з позитивними моментами, висвітлило і низку проблем, вирішення яких сприятиме ефективній адаптації нового навчально-організаційного принципу до традиційних класичних підходів у вивченні клінічних дисциплін.

Питання оптимізації впровадження засад кредитно-модульного принципу у вищих медичних навчальних закладах України неодноразово обговорювалися як на сторінках навчально-методичних видань, так і на науково-методичних конференціях. Зокрема, акцентувалося увагу на адекватності оцінювання знань згідно з Болонською системою [3], розвитку інформаційних технологій в концепції інтеграції в нову форму навчання [4], впровадження основ доказової медицини в навчальний процес [2, 5], особливостях проведення виробничої практики [1].

Мета роботи полягала в аналізі більш ніж трирічного досвіду організації та проведення навчального процесу за кредитно-модульним принципом на кафедрі загальної хірургії з виділенням позитивних та спірних моментів, визначенням шляхів конструктивного вирішення складнощів та окресленням реальних перспектив.

Основна частина. Перший досвід викладання дисципліни “Загальна хірургія” за кредитно-модульним принципом у повному форматі надає підстави зазначити такі, безсумнівно, позитивні моменти даної форми навчання:

– хоча кредитно-модульний принцип дещо змінив форму організації навчального процесу, однак основний зміст дисципліни, як важливий чинник клінічної підготовки майбутнього лікаря, залишився незмінним;

– беззаперечно покращилася навчальна дисципліна студентів і, перш за все, істотно зменшилося число безпідставних пропусків практичних занять, оскільки відробки пропущених занять складають більшу проблему для студента, ніж регулярна участь в навчальному процесі на кафедрі згідно з розкладом;

– оцінювання теоретичних знань, умінь та практичних навичок на кожному занятті привело до підвищеної мотивації значної частки студентів до систематичності навчання, оскільки це впливає на підсумковий бал і наступний рейтинг студента;

– відбулася певна переорієнтація у свідомості викладачів-клініцистів стосовно організації своєї роботи у напрямку підпорядкування інтересів власної діагностично-лікувальної діяльності формальним і змістовним інтересам педагогічного процесу.

Разом з тим, кредитно-модульний принцип навчання виявив і низку складнощів, які вимагають вирішення на різних рівнях управлінських структур. Основні з них полягають у наступному:

– в європейській системі вищої медичної освіти відповідно до принципів Болонського процесу існує єдина навчальна дисципліна з назвою “Загальна хірургія/ топографічна анатомія і оперативна хірургія”, яка, з огляду на її міждисциплінарне значення, розглядається як одна з основних клінічних. Однак викладання цих складових предмета на сьогодні залишилося на старих принципах, тобто як двох окремих дисциплін. І хоча це, можливо, є відданістю традиціям вітчизняної вищої медичної освіти, однак воно призвело до перерозподілу частини годин у навчальних програмах у бік зменшення їх на загальну хірургію, що не сприяло більш якісному і ефективному її засвоєнню;

– згідно з засадами кредитно-модульного принципу в нових навчальних планах і типових програмах суттєво зменшилась кількість академічних годин на предмет “Догляд за хірургічними хворими”, причому він трансформувався у санітарську практику “Догляд за хворими”. Так само медсестринська практика студентів III курсу скоротилася. Окрім цього, обидві практики внесено в сітку навчальних годин в межах одного семестру, що створило істотні складнощі для реалізації їх ефективного проходження;

– виявилась певна нівельованість лекційного курсу, як однієї з важливих форм навчання, у зв’язку з відсутністю зворотної інформації від студентів до професора-лектора про якість засвоєння лекційного матеріалу;

– обмеженими стали умови для забезпечення довготривалості одержаних знань та практичних навичок і можливості перманентного контролю за засвоєнням дисципліни, оскільки після складання першого підсумкового модулю студенти не повертаються до повторення матеріалу впродовж наступного семестру.

Подолання складнощів та проблемних питань, на наш погляд, полягає у вирішенні нижчеподаного:

– відсутність уніфікованого джерела інформації для студентів у вигляді єдиних підручників та посібників, створених на засадах Болонського процесу і доказової медицини (як єдиної умови валідності тестів і коректності відповідей на них), обґрунтовує доцільність реалізації принципу замовної навчальної літератури;

– хоча в основу оцінювання знань студентів у кредитно-модульному форматі навчання закладений стандартизований принцип у вигляді тестового письмового (комп’ютерного) контролю, подібний підхід є дуже заформалізованим, і тому підсумкова оцінка має обов’язково складатися із аналізу усного обговорення зі студентом результатів відповідей;

– оскільки методика проведення практичних занять за кредитно-модульним принципом приводить до збільшення частки аудиторного часу і зменшення їх клінічної складової (перебування в перев’язувальних, маніпуляційних, операційних, біля ліжка хворого тощо), вимагають оптимізації розклади в напрямку більш тривалого перебування студентів на кафедрі;

– у зв’язку з тим, що одним із важливих принципів Болонської декларації є подолання бар’єрів між результатами наукових досліджень та навчанням студентів, вагоме значення при викладанні клінічної дисципліни має мати впровадження принципів доказової медицини, результатів рандомізованих контрольованих досліджень, узагальнених клінічних рекомендацій, системних оглядів, метаналізів, міжнародних консенсусів та ін.

Висновки. Оптимальна реалізація окреслених вище питань, які впливають з першого досвіду вивчення дисципліни “Загальна хірургія” за кредитно-модульним принципом, сприятиме більш органічному впровадженню зазначеного принципу в навчальний процес зі збереженням традицій вищої вітчизняної медичної школи та підвищенню ефективності засвоєння студентами матеріалу клінічних дисциплін. Перспективи істотного покращання навчального процесу на клінічних кафедрах пов’язані зі створенням багатопрофільних університетських клінік, тобто медично-навчальних установ, в яких всі інтереси діагностичної, лікувальної, наукової, методичної і навчальної роботи скоординовані і підпорядковані завданням підготовки майбутніх молодих лікарів.

Література

1. Викладання загальної хірургії та проведення виробничої практики у студентів II-III курсів медичного факультету в умовах Болонського процесу / А.Б. Зубаха, О.В. Лігоненко, І.О. Чорна та ін. // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2008. – Т. 8, № 1-2. – С. 299-300.
2. Дронов О.І., Ковальська І.О., Скамаровський О.А. Впровадження викладання основ доказової медицини в навчальний процес на кафедрі загальної хірургії // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2008. – Т. 8, № 1-2. – С. 296-299.
3. Журавський В.С., Згуровський М.З. Болонський процес: головні принципи входження в європейський простір вищої освіти. – К.: ШВЦ “Політехніка”, 2003. – 200 с.
4. Направление развития информационных технологий образования в концепции интеграции в Болонский процесс / А.Г. Гринцов, Л.И. Василенко, В.Н. Буценко та ін. // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2008. – Т. 8, № 1-2. – С. 290-292.
5. Нетяженко В.З. Доказова медицина. Кому та що потрібно доводити? // Мистецтво лікування. – 2004. – № 5. – С. 14.

УДК 612.6(075.8)

НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРОВЕДЕННЯ МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ З ФАРМАКОЛОГІЇ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ

І.Ф. Бєленічев, Н.В. Бухтіярова, С.В. Павлов

Запорізький державний медичний університет

NEW TECHNOLOGIES OF CARRYING OUT OF THE MODULE CONTROL ON PHARMACOLOGY AT PHARMACEUTICAL FACULTY

I.F. Bielenichev, N.V. Buhtiyarova, S.V. Pavlov

Zaporizhian State Medical University

У статті авторами продемонстрована перспективність застосування телекомунікаційних технологій (ТТ) у вищій медичній школі. Впровадження ТТ у навчальний процес дозволяє суттєво зменшити обмеження простором та часом у педагогічному процесі. Показано, що використання унікальних можливостей ТТ дозволить підвищити ефективність сприйняття матеріалу та, в кінцевому рахунку, підвищити якість успішності студентів.

In the article authors show availability of telecommunication technologies (TT) application at the higher medical school. Introduction of TT in educational process will allow to reduce essentially time and spatial restrictions in pedagogical process. It is shown, that using of unique possibility of TT will allow to raise efficiency of material perception, that finally, will raise qualitative progress of students.

Вступ. У теперішній час телекомунікаційні технології (ТТ) знайшли широке застосування у вищій медичній школі. Теленавчання дозволяє здійснити контакт з віддаленою аудиторією, забезпечує швидкість передачі інформації. ТТ збільшує обсяг знань, необхідних студентам, особливо заочної форми навчання. Вони дозволяють суттєво зменшити обме-

ження простором та часом у педагогічному процесі при однобічному збільшенні потоку знань. Крім того, ТТ дозволяють вже на початковому етапі навчання визначити вихідний рівень знань студента з базових медико-біологічних та фармацевтичних дисциплін, встановити ступінь його готовності до навчання та здатність індивідуума до сприйняття матеріалу. Все

© І.Ф. Бєленічев, Н.В. Бухтіярова, С.В. Павлов

це дозволить, за рахунок використання унікальних можливостей ТТ, підвищити ефективність сприйняття матеріалу, та в кінцевому рахунку підвищити якісну успішність студентів заочної форми навчання [1, 2].

Основна частина. Важливим моментом, що визначає ефективність ТТ, є кінцева відмітка успішності студентів, тобто проведення екзамену [3].

В традиційному випадку концептуальний підхід до оцінки міститься в методичній обробці представленого викладачем матеріалу таким чином, що дозволяє виділити найбільш суттєві із загальноприйнятої точки зору питання. З цих запитань складаються екзаменаційні білети або тестові завдання. Однак подібна форма екзамену потребує наявності усіх студентів в одному місці, наявності комп'ютерного класу або великої кількості тестових завдань на паперових носіях. Тестові завдання дуже конкретизовані, що спричиняє обмеження на внутрішні смислові тонкощі, а також численні тематичні перетинання, що не дозволяє об'єктивно виставити оцінку студенту. Крім того, студенти заочної форми навчання, як правило, проживають та працюють у різних містах України та інших країн СНД і не завжди мають можливість приїхати у термін сесії, що суттєво знижує ефект навчання [3].

Отже, для підвищення ефективності викладання фармакології необхідно модифікувати процес навчання. Важливо відзначити, що зміни повинні торкнутися кінцевої оцінки успішності. На наш погляд, рішенням проблеми може бути впровадження ТТ в проведення екзамену. Рішення цієї проблеми може бути за двома напрямками. По-перше, необхідно проводити попереднє тестування студентів за всіма темами, що вивчаються. Це дозволить враховувати навчальний освітній рівень студента, його професійну підготовку, а також дозволить встановити “сильні” та “слабкі” групи на курсі. Для цього необхідно складати тестові завдання, що охоплюють основні фармакологічні характеристики лікарських засобів, які рекомендовані для обов'язкового вивчення. Необхідно застосовува-

ти різні засоби тестування (прості та складні питання, тематичні реферати, контрольні роботи, телеконсультаційні задачі). Все це дозволить ще до проведення іспиту встановити загальний рівень курсу за дисципліною. При виявленні в окремих студентів незадовільних знань до екзамену цим студентам по електронній пошті надсилаються навчальні тести для встановлення правильної відповіді. В окремих випадках, у режимі *on line*, студент, який зареєструвався, зможе пройти попереднє тестування та отримати свій результат. При використанні ТТ в цьому напрямку у студентів заочної форми навчання необхідно проводити іспит у формі тестування [2, 4].

По-друге, використання ТТ дозволяє провести таку форму іспиту, як відеоіспит. Відеоіспит забезпечує двобічний аудіовізуальний контакт з екзаменатором та повинен проходити у спеціалізованому приміщенні при наявності не менш ніж двох відеокамер та декількох мікрофонів на робочому місці. Студент при цьому може знаходитися в будь-якому місці як України, так і країн СНД. Відеоіспит повинен проводитись після попередньої реєстрації студента. Для відеоіспиту абсолютно неприйнятний режим очної телемедичної консультації. Для такої консультації характерна рівнозначність потоків інформації від консультованого та навпаки. При проведенні відеоіспиту цей потік направлений від студента до викладача. Екзаменатор виступає як ініціатор потоку інформації, тобто перманентно присутній на іспиті, веде дискретно. В ідеальному випадку відеоіспит повинен представляти роботу студента з пластичною, здатною змінюватися, базою даних, яка знаходиться під постійним контролем екзаменатора.

Висновки: 1. Впровадження телекомунікаційних технологій у навчальний процес суттєво зменшує просторові та часові обмеження.

2. Унікальні можливості телекомунікаційних технологій дозволять підвищити як ефективність сприйняття матеріалу студентами, так і якість знань, що ними отримуються.

3. Сборник обучающих тестов по фармакологии / Под ред. И.Ф. Беленичева. – Запорожье: Изд-во ЗГМУ, 2007. – 190 с.

4. Лицензирование в Европейском Союзе: фармацевтический сектор / Под ред. В.А. Ксенко. – Киев: МОРИОН, 1998. – 384 с.

Література

1. Посібник для самостійної роботи студентів заочного відділення фармацевтичного факультету (дистанційна форма навчання) / І.С. Чекман, І.Ф. Беленічев, Н.О. Горчакова та ін. (Рекомендовано МОН України Протокол №1/11-9331 18.11.2009). – Київ, 2009. – 154 с.

2. Пидаев А.В., Передерий В.Г. Болонский процесс в Европе. – Киев, 2004. – 192 с.

ІНДИКАТОРНА МОДЕЛЬ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ОСВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ: ВИМОГИ ДО ІНДИКАТОРА

В.С. Бірюков

Одеський державний медичний університет

THE INDICATIVE MODEL OF QUALITY MANAGEMENT IN TEACHING TECHNOLOGIES: REQUIREMENTS TO INDICATOR

V.S. Biriukov

Odessa State Medical University

Робота присвячена аналізу можливостей адаптації вимог міжнародних стандартів якості ISO 9001:2000 до управління якістю педагогічних технологій. Однією з основних вимог цих стандартів є процесний підхід. Показано, що даний підхід максимально ефективний за умови розробки індикаторів якості, що забезпечують моніторинг педагогічного процесу і досягнення поставленої мети. Запропонована структура подібного індикатора.

The work is devoted to the analysis of adaptation possibilities of requirements of International Standards of quality of ISO 9001:2000 to management of quality teaching technologies. One of the basic requirements of these standards is process approach. It is shown that given approach is maximally effective according to the condition of development indicators of quality, that provide monitoring of pedagogical process and achievement of the aim. The structure of similar indicator is offered.

Вступ. Вищій медичній освіті в Україні доводиться адаптуватися до нової міжнародної освітньої системи, орієнтованої на ринок праці й входження у світовий освітній простір [1]. Необхідною умовою модернізації системи освіти є засвоєння педагогічним корпусом України зарубіжного досвіду, що конкурує з вітчизняним за якість освітніх послуг і, отже, за потоки абітурієнтів. Достатньо сказати, що за 7 останніх років обсяг платних освітніх послуг у Росії піднявся з 45 млрд до 240 млрд рублів.

Наявність у вітчизняної педагогіки традиційного теоретичного й емпіричного багажу, на жаль, не відповідає сучасному науковому забезпеченню педагогічного професіоналізму. Дана робота присвячена актуальному питанню – підвищенню якості педагогічного процесу шляхом впровадження в педагогічну практику індикативного підходу й покликана розв'язати протиріччя між вітчизняною централізованою школою підготовки медичних кадрів і вимогами європейських стандартів, що відрізняються більш незалежною політикою в освіті.

Об'єктом дослідження є процесний підхід до управління якістю освітніх технологій вищої школи.

Предмет дослідження: структура індикатора якості педагогічного процесу, що відповідає вимогам кредитно-модульної системи.

Методологічною основою даної роботи є вимоги міжнародних стандартів якості ISO 9001:2000, а також вітчизняного державного стандарту “ДСТУ ISO 9000-2001”. У всіх цих стандартах процесний підхід являє собою один з вісьмох основоположних засад менеджменту якості, що входять у сімейство ISO 9000 [1, 4, 5].

Основна частина. Основну ідею процесного підходу в даній версії стандартів можна звести до таких положень: 1. Діяльність організації необхідно уявити у вигляді мережі взаємодіючих між собою процесів; 2. Управління діяльністю організації повинне ґрунтуватися на управлінні мережею процесів. Так, розділ 4.1 стандарту ISO 9001:2000 [4] визначає наступну програму покрокових дій при впровадженні системи менеджменту якості. Організація повинна: а) “виявити процеси, необхідні для системи менеджменту якості і їх застосування в організації, б) визначити послідовність процесів і їх взаємозв'язок, в) визначити критерії й методи, необхідні для забезпечення впевненості в тому, що як самі процеси, так і управління ними результативні, г) забезпечити впевненість у наявності ресурсів і інформації, необхідних для підтримки ходу реалізації процесів і їх моніторингу, д) спостерігати, вимірювати й здійснювати аналіз процесів, е) реалізовувати заходи, необхідні для

досягнення запланованих результатів і постійного поліпшення процесів”.

Для управління виявленими процесами використовуються індикатори [3, 4]. Індикатор (суспільні науки, соціологія) – доступна спостереженню й виміру характеристика досліджуваного об’єкта, що дозволяє судити про інші його характеристики, недоступні безпосередньому дослідженню [2].

Процесні індикатори педагогічної ефективності використовують при оцінці якості управління освітніх технологій кафедри або ВНЗ в цілому. Виконання стандартів ОКХ і ОПП є кінцевою метою навчання у ВНЗ. Однак дані стандарти не відповідають на запитання, як досягти поставленої мети. Індикаторна модель освітніх технологій покликана розв’язати це протиріччя шляхом виявлення в системі освіти конкретних процесів навчання, розробки індикаторів якості для кожного процесу й наступного доведення результатів кожного процесу до необхідного стандарту.

Індикатор розробляється таким чином, щоб була можливість правильного його використання й інтерпретації при здійсненні педагогічного аудиту. Для різних складових педагогічного процесу можуть бути розроблені три типи індикаторів:

– **індикатори структури** (характеристика ресурсної бази кафедри або навчального закладу: співвідношення кількості студентів на одиницю комп’ютерної техніки, середня кількість студентів у групі, серед-

ній педагогічний стаж викладачів, адекватність фінансування й використання фінансових ресурсів і ін.);

– **індикатори процесу** (уміння викладачів і тих, яких навчають, студентів – користуватися комп’ютерними статистичними програмами, пошуковими медичними Інтернет-системами; оптимальний час для пошуку типових розв’язків, оснований на аналізі даних доказової медицини; правильність процедур виміру артеріального тиску, накладення хірургічних швів, оцінки даних рентгенологічного або ЕКГ досліджень і т. д.);

– **індикатори кінцевих результатів** (частка студентів, що відповідають вимогам освітніх стандартів по групі А, В або ІЗ кредитно-модульної системи).

У даній роботі ми пропонуємо наступну узагальнену структуру педагогічного індикатора, що включає 9 показників, на прикладі модуля “Біостатистика”. Дана структура передбачає наявність таких функціональних характеристик:

1. Тип індикатора.
 2. Назва індикатора.
 3. Цільове навантаження індикатора.
 4. Методологія розрахунку даного індикатора.
 5. Одиниці виміру.
 6. Джерело інформації.
 7. Періодичність вимірів.
 8. Інтерпретації індикатора.
 9. Відповідальна особа (куратор процесу).
- У таблицях 1 і 2 наведені різні типи індикаторів.

Таблиця 1. Індикатор структури оснащення навчального класу комп’ютерною технікою

1	Тип індикатора	Індикатор структурної якості педагогічного процесу
2	Назва індикатора	Забезпеченість педагогічного процесу комп’ютерною технікою
3	Цільове навантаження індикатора	Об’єктивна інформація про можливість оволодіння студентами, що вивчають модуль “Біостатистика”, практичними навичками статистичних розрахунків, їх графічного уявлення й роботи з пошуковими медичними системами
4	Методологія розрахунку даного індикатора	В чисельнику: кількість одиниць комп’ютерної техніки в комп’ютерному класі. У знаменнику: середня кількість студентів у групі
5	Одиниці виміру	(ОКТ/Ст.), тобто одиниць комп’ютерної техніки (ОКТ) на 1 студента (Ст.)
6	Джерело інформації	Інвентаризаційні дані по ВНЗ
7	Періодичність вимірів	Щорічно
8	Інтерпретація індикатора	Недостатня кількість комп’ютерної техніки унеможливує освоєння практичних навичок статистичного аналізу й роботи з медичними пошуковими системами
9	Відповідальний за обчислення індикатора (куратор процесу)	Завідувач навчального процесу кафедри

Таблиця 2. Індикатор якості кінцевого результату вивчення модуля “Біостатистика”

1	Тип індикатора	Індикатор кінцевих результатів
2	Назва індикатора	Показник відповідності вимогам стандартів ОКХ і ОПП
3	Цільове навантаження індикатора	Об’єктивна інформація про ступінь оволодіння студентами, що вивчають модуль “Біостатистика”, практичними навичками статистичних розрахунків, їх графічної уяви й роботи з пошуковими медичними системами
4	Методологія розрахунку даного індикатора	У чисельнику: кількість студентів факультету, що пройшли курс навчання з предмета “Біостатистика” і відповідних до оцінок (А+В) системи ECTS. У знаменнику: загальна кількість студентів на даному факультеті
5	Одиниці виміру	%
6	Джерело інформації	Дані деканатів і відповідних кафедр
7	Періодичність вимірів	Щорічно
8	Інтерпретація індикатора	Низький показник свідчить про дефекти педагогічного процесу й робить необхідним аналіз і усунення причин низької успішності. Завищений показник, при низькому комп’ютерному забезпеченні, свідчить про перевагу знань над уміннями студентів і неповне виконання вимог стандартів ОКХ і ОПП
9	Відповідальний за обчислення індикатора (куратор процесу)	Завідувач кафедри й завуч кафедри

Таким чином, педагогічний індикатор – це інформативне джерело, що допомагає об’єктивно оцінити якість педагогічного процесу, вчасно виявити проблеми й внести коригувальні дії для досягнення кінцевої мети.

Ці індикатори в певній мірі характеризують освітню ситуацію не тільки в конкретному освітньому закладі, але й у цілому в деякому освітньому просторі [2]. Індикаторний підхід дозволяє забезпечити однорідність методів оцінювання шляхом порівняння зі стандартними або еталонними вимогами.

Література

1. Бирюков В. Індикаторы качества образовательных технологий: концептуальный подход / В кн.: Україна і Ватикан у розвитку вищої освіти та духовності: Збірка статей міжнародної науково-практичної конференції (31 жовтня 2008 р.). – Одеса: ХГЕУ, 2008. – С. 207–212.
2. Категорія: Многозначные термини // <http://ru.wikipedia.org/wiki>
3. Мишин Б.И., Грохольская О.Г. Анализ системы индикаторов, используемых при оценке деятельности образо-

Висновок. Наш досвід впровадження процесного підходу в медичних технологіях виявив розповсюджену помилку відносно персоналу до індикаторів. Індикатори лише характеризують правильність перебігу процесу навчання й відображають діяльність якої-небудь окремої ланки системи. Боротьба за поліпшення індикатора, вичленованого із системи, не приводить до бажаної мети. Необхідно поліпшувати не педагогічні індикатори, а якість педагогічних технологій через індикативний процес.

4. Репин В.В., Елиферов В.Г. Процессный подход к управлению. Моделирование бизнес-процессов. – 4-е изд. – М.: РИА “Стандарты и качество”, 2006. – С. 306-307. – (Серия: Практический менеджмент).
5. Системи управління якістю. Основні положення та словник (ISO 9000:2000, IDT) ДСТУ ISO 9000-2001/ Державний стандарт України. – Київ: ДЕРЖСТАНДАРТ УКРАЇНИ, 2001. – 33 с.

УДК 378.1:616-091

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З ПАТОМОРФОЛОГІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Я.Я. Боднар, П.Р. Сельський, В.Д. Волошин, Т.В. Дацко, В.В. Франчук,
Т.К. Головата, М.Я. Фурдела, Ю.М. Орел, О.В. Андрійчук

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF THE PRACTICAL LESSONS OF PATHOMORPHOLOGY IN CREDIT-MODULAR SYSTEM

Ya.Ya. Bodnar, P.R. Selskyi, V.D. Voloshyn, T.V. Datsko, V.V. Franchuk, T.K. Holovata,
M.Ya. Furdela, Yu.M. Orel, O.V. Andriychuk

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті розкрито досвід впровадження новітніх методик навчання при викладанні патоморфології у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського, відображені переваги незалежного тестування при оцінюванні предмета.

The article is dedicated to implementation of modern educational methods in teaching the pathomorphology in Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky. The benefits of independent testing when assessing discipline are represented.

Вступ. Розвиток медичної освіти у світі, завдання, які ставить МОЗ України перед вищими навчальними медичними закладами, вимагають нового підходу до організації навчального процесу [1]. За умов кредитно-модульної системи навчання впровадження новітніх освітніх та комп'ютерних технологій дає змогу раціонально організувати та підвищити ефективність викладання дисципліни. З цього складається основа підготовки висококваліфікованих лікарів, які повинні добре володіти сучасними методами діагностики та лікування [2-3].

В результаті аналізу і обговорень вченою радою була прийнята Концепція розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського (інтеграція у світовий медичний освітній простір) [4], яка поклала початок впровадженню нових технологій навчання, змінам у загальній структурі університету. Вона стала основою організації навчального процесу, в тому числі на кафедрі патологічної анатомії.

Мета роботи – покращити аналіз ефективності проведення практичних занять з патоморфології.

Основна частина. Для забезпечення можливості студентам більш повноцінно та раціонально готуватися до занять на кафедрі, як і по всьому університеті,

була проведена зміна у підході до методики проведення практичного заняття. Навчальний процес організовано за методикою “Єдиного дня”, що включає чотири дні практичних занять та один лекційний день.

Практичне заняття складається із практичної частини, семінарського обговорення та тестового контролю знань. Для проведення практичної частини занять на кафедрі патологічної анатомії використовувалися такі елементи кейс-технології: робоча програма, методичні рекомендації до практичних занять, посібник з керування самостійною аудиторною і позааудиторною підготовкою. Широко застосовуються також елементи інтранет-технології: матеріали підготовки до практичних занять, матеріали підготовки до лекцій та презентації лекцій. Під час семінарського обговорення практичного заняття викладач разом із студентами аналізують складні питання теми, аналізують отриману під час практичної частини інформацію, розбирають ситуаційні задачі, проводять розбір клінічних ситуацій, особливостей морфогенезу захворювань з використанням електронного архіву мікропрепаратів та музею макропрепаратів. Студенти виступають також із рефератами та доповідями, для чого ефективно використовується самостійне удосконалення знань за інтернет-технологією.

За кожну частину заняття студент одержує оцінку за 12-бальною шкалою та середньоарифметичну оцінку за заняття в цілому. Завпроваджена система дистанційного контролю знань “Moodle” дозволяє студенту пройти тестовий контроль напередодні заняття і вже з 14 години працювати за своїм планом. Таким чином, значно більше часу виділяється для самостійної роботи, що є одним із основоположних принципів болонської системи [5].

У нашому університеті вперше серед вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів України з метою незалежного та об’єктивного оцінювання знань студентів з 2006/2007 навчального року впроваджено семестровий тестовий контроль рівня знань студентів. Замість перманентного складання підсумкових модулів протягом семестру за один день здійснюється тестування із всіх дисциплін. З 2007/2008 навчального року такий вид контролю здійснюється і з патоморфології. На даний час створена велика база тестових завдань із загальної та спеціальної патоморфології (близько 3 тисяч), із яких комп’ютерна програма довільно формує буклети з розрахунку 24 завдання на модуль.

Література

1. Ковальчук Л. Я. Впровадження нової методики навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського / Л. Я. Ковальчук // Медична освіта. – 2007. – С. 16–20.
2. 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.

Про об’єктивність семестрового тестування (зимова сесія, 2009/2010 н. р.) свідчить незначна відмінність між середнім балом за семестровий тестовий іспит (7.54) та середнім балом поточної успішності (7.95).

У цьому році кожен студент на іспиті отримував також збірник рисунків із патоморфології, тестові запитання до яких були включені окремим розділом в буклеті. Це особливо важливо для оцінювання знань студентів із морфологічних дисциплін.

Висновки: 1. Застосування методики “єдиного дня”, кейс-, інтранет- та інтернет технологій значно покращує ефективність проведення практичного заняття та засвоєння знань студентів.

2. Семестровий тестовий іспит є об’єктивною формою незалежного оцінювання знань з патоморфології в умовах кредитно-модульної системи.

Подальше удосконалення навчальних методик та форм незалежного тестування при викладанні патоморфології суттєво покращить підготовку висококваліфікованих спеціалістів.

3. Авдєєнко А. П. Інтенсифікація навчального процесу та організація самостійної роботи / А. П. Авдєєнко, Л. В. Дементій, О. Є. Поляков // Проблеми освіти : Наук.-метод. зб. – К. : НМКВО, 2001. – Вип. 24. – С. 108–111.

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

5. <http://www.osvita.org.ua/bologna>.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВИКЛАДАННЯ ФАРМАКОЛОГІЇ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ З РЕЗУЛЬТАТАМИ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ КАФЕДРИ

Н.О. Горчакова, Л.Г. Голота, Т.Ю. Небесна, А.О. Різниченко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

INTERCONNECTION OF TEACHING PHARMACOLOGY AT THE CREDIT-MODULAR SYSTEM WITH THE RESULTS OF RESEARCH

N.O. Horchakova, L.H. Holota, T.Yu. Nebesna, A.O. Riznychenko

National Medical University by O.O. Bohomolets

У статті наведені результати наукових досліджень співробітників кафедри фармакології та клінічної фармакології, які висвітлюються у лекційному курсі та представлені у тестових завданнях формату А і Б при проведенні занять за кредитно-модульною системою, а також включені в питання олімпіади з фармакології.

The article presents the results of research of the pharmacology and clinical pharmacology department that are covered in lectures and test problems presented in the format A and B during classes for credit-modular system, and also included in the questions of competition in pharmacology.

Вступ. Кожен рік удосконалення вищої медичної освіти проводиться у контексті Болонського процесу з урахуванням вимог кредитно-модульної системи [1].

Реалізація нових підходів до навчання студентів-медиків необхідна не тільки для підвищення якості європейської освіти і освітніх рівнів, але і створення та удосконалення підходів до атестації знань студентів кожного дня. При умовах конструктивної роботи над методикою формування навчальних планів і програм продовжується розробка проблемно-орієнтованого навчання використання комп'ютерних навчальних програм та інших електронних засобів навчання [3]. Певну роль у підвищенні якості освіти повинні відігравати взаємовідносини між викладачем і студентом, в яких певне місце займає вміння викладача зацікавити студентів щодо необхідності сприйняття певних знань і умінь [8]. У Національному медичному університеті формування нового освітньо-виховного середовища взаємопов'язане як з підвищенням професійної майстерності науково-педагогічних працівників, так і з удосконаленням організації навчального процесу, впровадженням інноваційних технологій [4].

Метою даної роботи стало висвітлення взаємозв'язку викладання фармакології за кредитно-модульною системою з результатами наукових досліджень співробітників.

Основна частина. Планування наукової тематики та дисертаційних робіт на кафедрі фармакології та клінічної фармакології проводиться з урахуванням включення результатів досліджень в сучасні підручники і посібники, тестові завдання, лекційний курс, питання олімпіади.

Удосконалення науково-педагогічного процесу на кафедрі фармакології та клінічної фармакології НМУ за вимогами кредитно-модульної системи пов'язане не тільки з новими розробками у галузі управління якістю медичної освіти, але також і з прогресом науки фармакології.

Відомо, що одним з сучасних напрямків науки є розвиток нанотехнологій. Тому, згідно з робочим планом, впроваджена лекція з нанотехнології, в тестових завданнях певна увага приділена взаємозалежності дози лікарського засобу і ефекту, студенти-гуртківці виконують певні дослідження саме з питань нанотехнології. Результати їх досліджень опубліковані у компетентних наукових журналах [7].

Слід зазначити, що студенти обізнані не лише з питання нанотехнології та нанофармакології, але і з іншим сучасним напрямком – квантовою фармакологією. Окремі результати, отримані у цьому напрямку, висвітлені у підручниках і посібниках, включені у

лекційний курс, розглядаються на заняттях з загальної фармакології [5, 6].

Усвідомлюючи те, що туберкульоз в Україні має характер епідемії, на кафедрі не тільки була виконана дисертаційна робота, присвячена удосконаленню комплексного лікування туберкульозу, а отримані результати висвітлені у лекції, новому підручнику, а також включені до тестових завдань. Завдяки науковим розробкам співробітників кафедри фармакології встановлені і освітлені студентам питання підвищення безпеки застосування антрациклінових антибіотиків в онкологічній та гематологічній практиці. Визначені нові аспекти дії та механізми реалізації ефектів препаратів нікотинаміду, тіотриазоліну, кверцетину, корвітину, похідних бурштинової кислоти, амінокислот, антигіпертензивних препаратів з групи інгібіторів АПФ, бета-адреноблокаторів, антагоністів кальцію.

Підготовлені для лекцій, підручників і посібників гістограми та малюнки сприяють засвоєнню матеріалів щодо результатів наукових досліджень співробітників кафедри та їх подальшому застосуванню в клінічній практиці. Впроваджуючи дані наукових робіт, співробітники кафедри усвідомлюють, що гармонізація українського національного простору з загальноєвропейським є результатом гармонізації знань студентів та їх особистості. Саме застосування результатів наукових розробок співробітників кафедри фармакології і клінічної фармакології, що знайшли визнання в Україні та за кордоном, а також включені у підручники, має для забезпечення педагогічного процесу велике значення, тому що:

Література

1. Зіменковський Б.С., Гжегоцький М.Р., Соломинко І.І. Актуальні проблеми розвитку інноваційних процесів у вищій медичній та фармацевтичній освіті України у контексті європейського вибору // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 31–33.
2. 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.
3. Казаков В.М., Талалаєнко О.М., Первак М.Б. Новітні тенденції розвитку європейської медичної освіти // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 40–44.
4. Про шляхи удосконалення освіти в НМУ імені О.О.Богомольця відповідно до міжнародних стандартів якості / В.Ф. Москаленко, О.П. Морозовський, Л.І. Остапюк, А.І. Чубатий // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 50–53.

1. Сприяє підвищенню якості наукової та навчально-педагогічної роботи.
2. Сприяє підвищенню професіоналізму викладачів.
3. Поліпшує зацікавленість студентів до предмета.
4. Зосереджує увагу студентів на конкретних питаннях, які важливі як для науки, так і практики.
5. Забезпечує цілісність трудового, розумового, педагогічного, естетичного виховання.
6. Орієнтує студентів на засвоєння елементів професійної діяльності.
7. Акцентує увагу студентів на сучасних лікарських препаратах, їх фармакодинаміці, фармакокінетиці, в тому числі в педіатрії.
8. Сприяє пошуку і аналізу новітньої інформації [2, 9].

Висновки. Таким чином, удосконалення процесу вищої освіти в Україні повинно бути пов'язане з науковими досягненнями у галузі фармакології, особливо результатами наукових досліджень співробітників кафедри фармакології та клінічної фармакології. Це буде сприяти визначенню студентами свого творчого потенціалу, розвитку активності і компетентності, плануванню правильних фармакотерапевтичних підходів. Урахування наукових досліджень викладачів буде сприяти складанню не тільки тестових завдань різного формату, але і ситуаційних завдань. Правильне планування наукових досліджень не тільки забезпечить зв'язок з педагогічним процесом на кафедрі, але і стане основою міждисциплінарних зв'язків. Це також забезпечить розуміння студентами вибору лікарського засобу у певній клінічній ситуації.

5. Чекман І.С., Горчакова Н.О., Небесна Т.Ю. Досвід впровадження кредитно-модульної системи та організація виховної роботи на кафедрі фармакології та клінічної фармакології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 65–67.
6. Чекман І.С., Горчакова Н.О., Ципкун А.Г. Навчально-методичні та наукові основи викладання перинатальної фармакології студентам медичного факультету // Перинаталогія і педіатрія. – 2008. – Т. 36, № 4. – С. 29–31.
7. Чекман І.С., Прискока А.О. Нанотехнології у розробці систем доставки лікарських засобів // Укр. медичний часопис. – 2010. – Т. 75, № 1. – С. 14–18.
8. Abstracts of Conference of Association for Medical Education in Europe. – Prague, 2008. – 330 p.
9. The CIS model for collaborative results in health communications: a brief retrospective from the current generation of research / Macus A.C., Morra M.E., Bright M.A. et al. // J. Health Commun. – 2005. – Vol. 10 (Suppl. 1). – P. 235–245.

ВПРОВАДЖЕННЯ НОВИХ МЕТОДІВ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ*

І.В. Єршова-Бабенко, О.М. Куцебо, О.В. Медянова, І.О. Чуєва

Одеський державний медичний університет

INTRODUCTION OF NEW METHODS FOR EDUCATIONAL PROCESS OPTIMIZATION IN INSTITUTIONS OF HIGHER EDUCATION

I.V. Yershova-Babenko, O.M. Kutsebo, O.V. Medianova, I.O. Chuyeva

Odessa State Medical University

У статті йдеться про необхідність впровадження нових методів для раціоналізації та оптимізації навчального процесу для подолання емоційних криз, пов'язаних з інформаційним перевантаженням.

The article is about the necessity of new methods introduction for rationalization and optimization of the educational process to overcome emotional crises connected with information overload.

Вступ. Рух вищої медичної школи України вимагає переглянути методології викладання усіх дисциплін в медичних закладах, в тому числі психології в рамках впровадження кредитно-модульної системи навчального процесу. Науковий прогрес, який, поза сумнівом, впливає на швидкість поширення інформації, приводить до того, що дані, якими користувалися ще вчора, сьогодні є статистикою вчорашнього дня. Кількість публікацій зростає, а кількість часу, який ми можемо відвести для читання, зменшується. Уміння вчасно використовувати новітні теорії і розробки, бути у курсі всіх винаходів і інновацій в своїй галузі, у наш час є найактуальнішим.

Основна частина. Для формування нового мислення, відродження творчого потенціалу особистості в її праці, постає питання про використання нових методів та підходів.

Одним з таких методів є метод “Створююча сила” професора І.В. Єршової-Бабенко [1–3]. Цей метод у межах курсів для студентів і аспірантів “Філософія і методологія науки” і “Психологія і педагогіка” упродовжується впродовж декількох років.

В умовах збільшення швидкості і об'єму інформаційних потоків, з якими стикається студент-медик щодня, особливо актуальним стає питання про педагогічну та психологічну реабілітацію до умов інтенсивної зміни інформаційного середовища.

На студента впливають такі чинники:

1. Специфічність навчального матеріалу в медичному ВНЗ.
2. Поява нових тенденцій розвитку в медичній науці.
3. Необхідність запам'ятовування і засвоєння великих пластів знань.
4. Відсутність сформованих навичок оперувати ними в ході навчального процесу [1, 5].

Це приводить, особливо у студентів початкових курсів, до:

- 1) появи психологічної та соціальної дезадаптації;
- 2) виникнення постійної психічної напруги, стресового стану;
- 3) підвищення рівня тривожності [6].

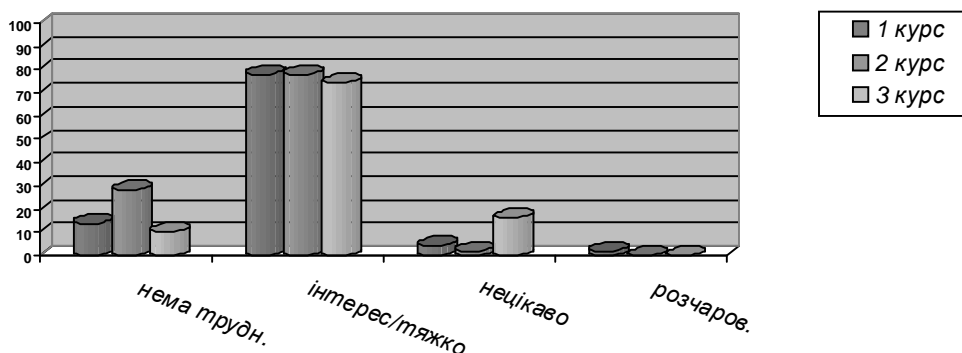
Названі чинники зумовлюють виникнення проблем із запам'ятовування та засвоєння (уміння оперувати отриманими знаннями, співвідносити їх з вже наявною базою і робити власні висновки) необхідного об'єму навчальної інформації, що, у свою чергу, приводить до посилювання стресу. Таким чином, виходить замкнуте коло.

Нами були проведені численні дослідження, які показали, що 85 % студентів дійсно зазнають труднощів у процесі навчання і лише у 15 % студентів початкових курсів навчання не викликає особливих труднощів (графік 1). Протестували студентів 1-го, 2-го і 3-го курсів медичного факультету ОДМУ з метою

виявлення рівня зацікавленості та рівня труднощів у ході навчального процесу в університеті (по 100 студентів з кожного курсу).

Також нами було проведено дослідження у формі опиту з метою виявити вияви цікавості студентів ОДМУ до введення спеціального курсу занять щодо формування і розвитку навичок для роботи з інформацією, у тому числі і навчальною, і щодо зни-

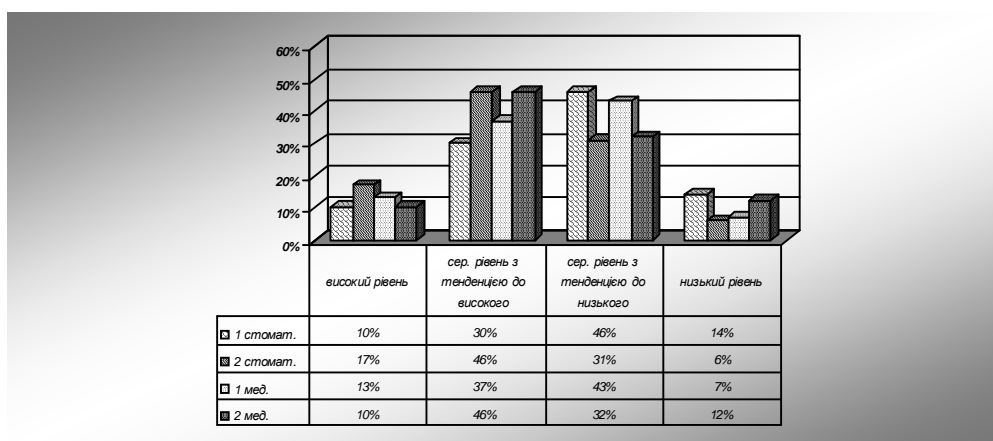
ження емоційних навантажень в ході навчання. В результаті аналізу отриманих даних проведеного опиту виявлено, що 32 % студентів 1 курсу і 28 % студентів 3 курсу зацікавились спеціальним курсом занять і підтвердили необхідність проведення цих занять, оскільки вони направлені на формування і розвиток навичок вчитися (протестовано по 100 студентів з кожного курсу).



Графік 1. Виявлення рівня зацікавленості та рівня труднощів у студентів в ході навчального процесу.

З метою вивчення емоційного статусу студентів були розроблені методика дослідження емоційного статусу населення та методи його оцінки (за участю ст. викл. Л.В. Максименко). Методика включає модифікацію психологічних тестів (методика багатфакторного дослідження особистості Р. Кеттела, опитувальник ЕРІ, методика Айзенка), що фіксують

рівень нейротизму і тривожності особи. Результати дослідження показали, що спостерігається підвищення рівня тривожності і емоційної нестійкості в середньому на 10-15 % з кожним курсом, при цьому на 1 курсі у студентів наголошується рівень тривожності середній з тенденцією до високого (графік 2).



Графік 2. Результати тестування студентів за шкалою тривожності з градацією: високий рівень, середній з тенденцією до високого, середній з тенденцією до низького, низький рівень.

Отримані результати дозволяють передбачити, що чим старше курс, тим більше посилюються показники тривожності. Ми передбачаємо, що це пов'язано із зростанням інформаційних та емоційних наванта-

жень на студента і свідчить про зростання агресивності інформаційного показника середовища [1].

За даними наукових публікацій останніх років, при агресивному зростанні компонентів інформаційно-

емоційного середовища у людей, можуть виникати відхилення від нормальної психічної діяльності, а також емоційна напруга з негативним знаком, аж до неврозу (І.В. Єршова-Бабенко, Н.С. Пянтковська, 2001).

Заняття в рамках курсу “Створююча сила” передбачають навчання студентів принципово нових способів організації і запам’ятовування отримуваної інформації, у тому числі навиків взаємодії з інформаційними потоками, “згорання” інформації і створення в пам’яті стійких смислових одиниць з інформаційною ємкістю, що збільшується, – смислових атракторів, а також побудови макро-, мезо- і мікромоделей тексту (абзацу, параграфу, розділу, аж до цілої навчальної дисципліни) [4–6].

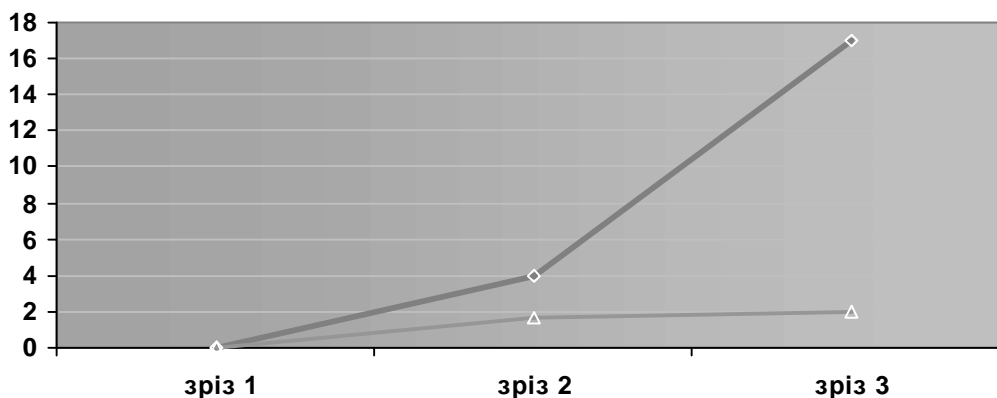
Заняття за методом “Створююча сила” дають можливість побудови в пам’яті студентів їх суб’єктивного знання як деякої гнучкої цілісної моделі через навчання смислового моделювання інформації, що сприймається розрізнено, наочно, тобто дисциплінарно організованої інформації. Побудова здійснюється спільними діями студентів і викладача. В ході занять застосовується серія різних методик, вибір яких визначається особливостями інформації, яку

необхідно студентам засвоїти і уміти аналізувати на даний момент, а також рівнем готовності студента до подібної роботи.

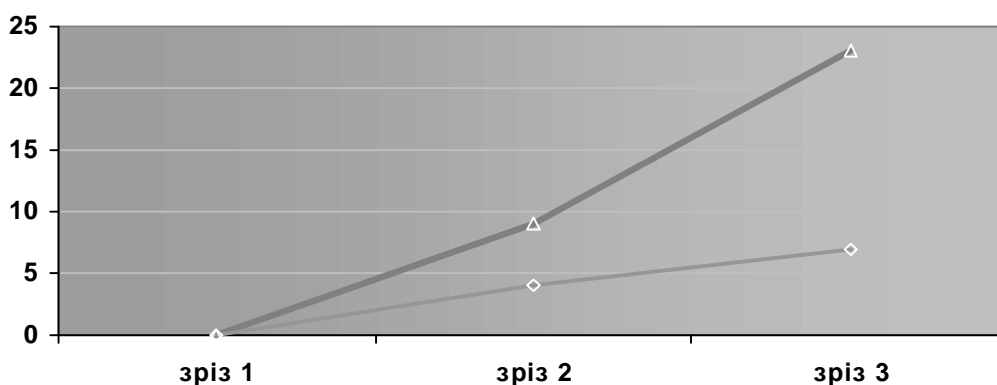
Принципово важливим аспектом занять є також значне зниження того, що забуває, за рахунок переходу на рівень створення того знання, яким “я хочу володіти”, із звичнішого рівня – запам’ятовування “чужого” готового тексту, знання, при якому зазвичай присутній ефект “скидання чужого” на інформаційному рівні.

Дидактична мета цих занять – формування і розвиток творчої моделі мислення і розробка індивідуальної схеми взаємодії з інформаційними потоками. Психологічна мета – розвиток здатності особистості до активного пошуку.

Робота із студентами проводиться на навчальному матеріалі в рамках дисциплін, що вивчаються, в медичному ВНЗ із врахуванням часу, який необхідний для засвоєння нової інформації і формування навички, а також із врахуванням особливостей і потреб студентів. Постійне проведення поточного тестування серед учнів дає можливість оцінювати ефективність методик (графіки 3, 4) та коректувати хід, тематику занять.



Графік 3. Слуховий механізм запам’ятовування.



Графік 4. Зоровий механізм запам’ятовування.

Результатом подібних занять є поступова зміна якості та швидкості розумових процесів у студентів, що дає можливість запам'ятовувати більшу кількість матеріалу за ту ж одиницю часу, і, що важливо, – оперувати отриманими знаннями, пов'язувати їх з вже вивченим матеріалом. З часом у студентів спостерігається стабілізація психічних функцій, збільшення об'єму пам'яті і швидкості запам'ятовування матеріалу, зникнення страху забути або не пригадати в потрібний момент навчальний матеріал, що приводить до збільшення відсотка виживаності знань (Аткінсон, 1981, 2000).

Раніше проводилося дослідження, протестовано 200 студентів одного віку і з однаковими стартовими даними, позначеними на графіку як точка відліку. Студентів поділили на 2 групи. Проводилися заняття з першою групою (контрольна група) із застосуванням традиційних методів навчання, із другою групою – із застосуванням даних методик. Через 2,5 місяця було проведено проміжний зріз.

За результатами зрізу коефіцієнт слухового механізму запам'ятовування в контрольній групі склав 1,7 %, а в іншій групі – 2 %, коефіцієнт зростання зорового механізму запам'ятовування в контрольній групі склав 4 %, в другій групі – 7 %. Через 2,5 місяця було проведено наступний зріз: коефіцієнт зростання зорового механізму в контрольній групі склав 7 %, а в другій групі – 23 %, коефіцієнт зростання слухового механізму запам'ятовування в контрольній групі склав 2 %, а в другій групі – 17 %. На графіках 3 і 4 відображено ефективність використаних методик. З графіків ми бачимо, що метод “Створююча сила”, безперечно, набагато ефективніший, ніж традиційні методи навчання.

У світлі викладеного велику актуальність отримує дослідження можливості підготовки лікаря з якісно новим рівнем розумових процесів, у тому числі клінічного мислення лікаря та здібністю до швидкої операції великими обсягами знань, особливо в процесі постановки діагнозу.

Аналогічні дослідження проводилися нами впродовж 3-х років на контингенті магістрів, студентів Одеського національного університету та студентів, аспірантів Одеського державного медичного університету (ОДМУ) [6, 7].

Результати дослідження:

- З'явилося чітке уявлення про місце медицини серед інших наук постнекласичного періоду розвитку науки, з'явилася практична точка додатка для вико-

ристання нових методологічних підходів (синергетичного та психосинергетичного) [4].

- Помітно зросла упевненість при використанні таких філософських категорій, як науковий підхід, метод, загальнонаукові і частковонаукові теорії, сформувався поняття етапів розвитку науки [6, 7].

- До уявлення про концепцію хвороби додалася думка про те, що хвороба – перехід від рівноважного до край нерівноважного стану [4]. З'явилося розуміння взаємовпливу об'єкт-суб'єкт в лікувальному процесі.

- Метод “Створююча сила” дозволив, подолавши опір, збільшити швидкість обробки наукової інформації.

- Збільшилася швидкість (на 30 %), об'єм читання та запам'ятовування (на 40 %), при цьому точність відтворення інформації помітно зросла (75 %) порівняно з початковими даними (30 %), почав змінюватися стиль мислення, спостерігається переважання логічного мислення практично у всіх аспірантів (94 %) [7].

- Відносно емоційної сфери, то наголошується на високому емоційному підйомі в результаті освоєння методу “Створююча сила” та успішного застосування його на практиці, знизилася тривожність та збільшилася упевненість, легкість як в операції науковими термінами, так і у комбінуванні методів, теорій, гіпотез в рамках власних наукових розробок, що є ілюстрацією активізації творчого мислення та зростання інноваційного потенціалу в аспірантів ОДМУ [7].

Висновки. Ці факти свідчать про актуальність, зазначену в даній статті, завдання розвитку практичної психології – формування творчого мислення і формування навички інформаційно-емоційної адаптації до інформаційного перевантаження, яка забезпечується методом “Створююча сила”, що розробляється нами.

Проведені дослідження наголошують на необхідності психологічної адаптації студентів до інформаційних і емоційних перевантажень в ході навчального процесу у ВНЗ. З цією метою був розроблений та апробується спеціальний курс занять “Створююча сила” І.В. Єршової-Бабенко. В основу курсу покладений авторський метод з тією ж назвою, що базується на активації природних здібностей кожного окремого студента.

Результати дослідження дозволяють зробити висновки про те, що процес навчання з використанням методу “Створююча сила” має певні переваги перед іншими методами активізації творчого та інноваційного потенціалу особистості та зниження емоційної напруги, пов'язаної з інформаційним перевантаженням під час навчання.

Література

1. Ершова-Бабенко И.В. Методология исследования психики как синергетического объекта: Монография. – Одесса: ОДЭКОМ, 1992. – 124 с.; Автореф. докт. дис. – Киев: Институт философии НАН Украины, 1993. – 43 с.
2. Ершова-Бабенко И.В. Психосинергетические стратегии человеческой деятельности (Концептуальная модель): Монография. – В.: NOVA KNYGA, 2005. – 368 с.
3. Проблема психологической реабилитации при поли-травме / И.В. Ершова-Бабенко, В.П. Топор, Ю.В. Сухин и др. // Медицина. – 2008. – № 3. – С. 53–61.
4. Ершова-Бабенко И.В. Методология и проблема разработки новой теории психики в свете постнеклассических практик // Totallogy. Постнеклассичні практики. – Вид. Центра гуманітарної освіти НАНУ, 2008. – Вип. 19.
5. Ершова-Бабенко И.В. Методологические проблемы разработки новой теории психики в свете постнеклассических практик // В сб.: Постнеклассические практики: определение предметных областей : Материалы международного междисциплинарного семинара. – М.: Изд-во МаксПресс, 2008. – С. 53–61.
6. Ершова-Бабенко И.В., Куцебо О.Н. Проблема психологической реабилитации и исследования ЗМЛ в русле психосинергетики // Шестые Пригожинские чтения: проблема времени – постнеклассический взгляд: Материалы международных научных чтений (28 мая – 2 июня 2009 г.); Труды Одесского отделения укр. синергетического общества. – Одесса, 2009. – Вып. 6, ч. 4. – С. 31–41.
7. Куцебо О.М. Формування інноваційного потенціалу серед аспірантів вищих навчальних закладів // Проблеми впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу: Науково-метод. конфер. / ОДМУ (27.01.2010р.). – Одеса, 2010.

УДК 378.1 (477)

РОЛЬ ІНТЕГРАЦІЇ В ЄВРОПЕЙСЬКУ ВИЩУ ОСВІТУ У НАВЧАННІ, ВДОСКОНАЛЕННІ ТА ФОРМУВАННІ СТУДЕНТА-ЛІКАРЯ

Л.Я. Ковальчук, В.І. Максимлюк, І.К. Венгер, А.Д. Беденюк, В.В. Твердохліб,
О.М. Гусак, В.Б. Доброродній, В.В. Мальований, І.І. Чонка, І.І. Смачило,
А.І. Мисак, Ю.М. Футуйма, І.В. Смачило, С.О. Нестерук,
А.В. Доброродній, І.О. Крицький

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

THE ROLE OF INTEGRATION IN TO THE EUROPEAN HIGHER EDUCATION IN LEARNING, IMPROVING AND FORMING OF A STUDENT-DOCTOR

L.Ya. Kovalchuk, V.I. Maksymliuk, I.K. Venher, A.D. Bedeniuk, V.V. Tverdohlib,
O.M. Husak, V.B. Dobrorodniy, V.V. Maliovanyi, I.I. Chonka, I.I. Smachylo, A.I. Mysak,
Yu.M. Futuyuma, I.V. Smachylo, S.O. Nesteruk, A.V. Dobrorodniy, I.O. Krytskyi

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Рівень надання медичної допомоги, незважаючи на усі соціальні перипетії, повинен залишатися високим, а сама допомога адекватною та своєчасною. Поставлене завдання можна вирішувати лише шляхом повноцінної теоретичної та практичної підготовки студента, а в подальшому лікаря-інтерна та фахівця. Тому вдосконалення існуючих методик та розробка нових повинні бути доступними не лише вузькому колу, а усьому лікарському загалу. А це можливо лише при впровадженні загальних принципів освітнього процесу, а в подальшому при оволодінні практичними нововведеннями.

© Л.Я. Ковальчук, В.І. Максимлюк, І.К. Венгер та ін.

The level of medical care, despite of all social peripetias must remain high and the medical attendance – adequate and well-timed. The task can be solved only by a full theoretical and practical training of students and in future – by interns and medical professionals. Therefore, improving of existing methods should be available not only to a narrow circle, but also to the whole medical community. And this is possible only in case of implementation of the general principles of educational process, and in further - in practical innovations mastering.

Вступ. В умовах ринкових відносин сьогодення вимагає від навчальних закладів вивчити та сформувати конкурентоспроможного фахівця. За навчальний період талановита молодь повинна вивчити усе теоретичне підґрунтя, накопичене не тільки в обраному навчальному закладі, та оволодіти практичними навичками фахівця, а іноді і вузького спеціаліста. Саме таким є Болонський процес, який направлений на зближення і гармонізацію системи освіти Європи з метою створення єдиного Європейського простору вищої освіти.

Початок створення цього процесу сягає середини 1970-х років, коли Радою міністрів ЄС була прийнята резолюція про першу програму співпраці у сфері освіти. Офіційною датою початку процесу вважають 19 травня 1999 року, коли в місті Болонья на спеціальній конференції міністри освіти 29 європейських країн прийняли декларацію “Зона європейської вищої освіти”, або її ще прийнято називати Болонською.

Наша держава підписала Болонську конвенцію, підтвердивши тим самим розвиток стандартизації освітнього процесу, що дозволить нам ввійти в світовий освітній простір [1–3].

Основна частина. Основою європейського освітнього процесу є система підготовки, що базується на двох рівнях – до- та післядипломному, а оцінювання проходить за системою кредитів. Це зразок Європейської системи трансферу оцінок (ECTS) – єдина система оцінювання, що дозволить адекватно оцінити рівень знань за схожими навчальними програмами. Для реалізації проведення навчального процесу та його оцінювання була впроваджена кредитно-модульна система.

Кредитно-модульна система – це модель організації навчального процесу, яка базується на об’єднанні

модульних технологій навчання і залікових одиниць (кредитів). Навчання за цією системою передбачає організацію подання та засвоєння студентами навчального матеріалу в дискретному режимі за розробленою модульною програмою, котра складається з логічно завершених частин навчального матеріалу. Перевагою при використанні вищезгаданої системи є підвищення мобільності студента при переході його з однієї навчальної програми на іншу, включаючи програми післядипломної освіти. Кредитна система оцінювання акумулює в себе не тільки модульний контроль знань, котрий проводиться за уніфікованою шкалою, але й участь студента в наукових дослідженнях, конференціях, олімпіадах. Це відкриває можливості студентам доступу до використання та освоєння навчальних баз в інших вузах, забезпечить визнання проведеного академічного часу в іншому навчальному закладі, в тому числі і в країнах Європи. Співпраця в даному напрямку сприяє розвитку симбіозу між вищими навчальними закладами, обміну досвідом, а також гарантує якість навчання на високому рівні.

Метою інтеграції навчального процесу є побудова Європейської зони вищої освіти як ключового напрямку розвитку мобільності лікаря-фахівця, студента, інтерна з можливостями працевлаштування. Формування і укріплення інтелектуального, культурного, соціального та науково-технічного потенціалу, що, в свою чергу, підвищить престиж європейської та національної вищої школи. Проведені впровадження забезпечать конкурентну спроможність національних вузів на рівні з європейськими, що дозволить заохотити студентів та підняти рівень якості національної освіти.

Висновок. Дана система організації навчального процесу може реалізувати сучасні вимоги високого рівня результатів професійної освіти.

Література

1. Концепція розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського (інтеграція у світовий освітній простір). – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 50 с.
2. Бакіров В., Зиман З., Холін Ю. Висока якість універ-

ситетської освіти – вимога часу // Вища освіта України. – 2005. – № 1. – С. 15–19.

3. Волосовець О.П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 12–16.

УДК 61:378.147

ГОТОВНІСТЬ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ДО НАПИСАННЯ ТЕСТОВОГО ІСПИТУ “КРОК-3” ЯК КРИТЕРІЙ ЕФЕКТИВНОСТІ ВУЗІВСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ

О.К. Колоскова, Л.А. Іванова, С.І. Прунчак

Буковинський державний медичний університет

READINESS OF DOCTORS IN INTERNSHIP FOR THE PERFORMING OF TEST EXAMINATION “STEP III” AS A CRITERION OF EFFICIENCY OF TRAINING IN HIGH SCHOOL

O.K. Koloskova, L.A. Ivanova, S.I. Prunchak

Bukovynian State Medical University

Проведений багатофакторний регресійний та клініко-епідеміологічний аналіз основних результатів додипломної і післядипломної підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю “Педіатрія” та “Неонатологія”. Серед вивчених факторів виділені ті, що володіють статистично вірогідним прогностичним значенням стосовно ефективної підготовки до самостійної лікарської діяльності майбутніх спеціалістів на прикладі результатів складання ТЛІ “Крок-3” з питань надання невідкладної допомоги.

The multifactorial regression and the clinical epidemiological analysis of the basic results of graduate and postgraduate training of doctors in internship on a speciality “pediatrics”, “neonatology” have been performed. Among the examined factors there have been chosen those, which are characterised by the statistically significant prognostic significance concerning effective training for independent physician profession of the future specialists on an example of results of the performing of the medical license exam „STEP III” consisting of giving the first aid questions.

Вступ. Головним завданням післядипломного навчання є підготовка спеціаліста, що здатен правильно діяти в усіх клінічних ситуаціях, зокрема пов’язаних із наданням невідкладної допомоги. Виходячи з цього, успішне складання інтегрованих тестових ліцензійних іспитів “Крок-3” у цьому відношенні можна розглядати з позицій готовності лікарів-інтернів до самостійної професійної діяльності та надання невідкладної допомоги хворим різного віку [1]. Проте така готовність формується і закладається ще на додипломному етапі підготовки фахівців.

Процес навчання можна розглядати як контрольований рух до мети, швидкість та ефективність якого значною мірою визначаються мотивацією того, хто навчається. Проте за сучасних умов однією з важливих проблем вищої школи є зниження мотивації студентів до набування знань, вмій та практичних навичок, що може призводити до неналежного оволодіння професійною майстерністю випускниками вищого навчального медичного закладу. Виходячи з цього, пошуки різноманітних методів підвищення

мотивації до навчання студентів є актуальними та перспективними [2 – 4] як з точки зору підготовки випускників до складання ТЛІ, так і формування в них здатності до самостійної професійної діяльності в подальшому.

Основна частина. Мета роботи – на підставі математичного аналізу результатів теоретичної і практичної підготовки студентів та лікарів-інтернів за спеціальністю “Педіатрія” і “Неонатологія” впродовж навчання у вищому медичному навчальному закладі визначити найбільш впливові чинники щодо їх результатів під час ТЛІ “Крок-3” в інтернатурі.

Нами проаналізовано результати успішності 180 випускників упродовж додипломного і післядипломного етапів навчання за окремими розділами педіатричної спеціальності, а також результати вихідного, проміжного та заключного контролю рівня їх знань і вмій під час первинної спеціалізації в інтернатурі за вказаною спеціальністю. До аналізу включені екзаменаційні оцінки з пропедевтики дитячих хвороб, факультетської і госпітальної педіатрії, дитячих інфекційних

хвороб, результати написання ТЛП “Крок-2”, результати складання державного іспиту з дитячих хвороб з дитячими інфекційними хворобами. Серед показників, які відображали підготовку в інтернатурі за педіатричними спеціальностями, враховували вихідний рівень знань і вмінь, результати піврічної, річної та заключної державної атестації, а також результат ТЛП “Крок-3”.

Таким чином, до аналізу увійшло 180 випускників 2003-2008 рр., серед яких 81,7 % становили дівчата та лише 18,3 % лікарів-інтернів чоловічої статі; 66,1 % з інтернів навчалися на контрактних умовах та 33,9 % – за державним замовленням.

Аналіз навчання педіатричної спеціальності на додипломному етапі дозволив припустити, що в цілому середній бал майбутніх педіатрів на додипломному етапі попри незначні коливання досягав 4-бальної відмітки лише під час вивчення пропедевтики дитячих хвороб та під час державного випускного іспиту. Незважаючи на це, показники вихідного рівня знань та вмінь інтернів I року не досягали 3,5 бала, хоча позитивний тренд оцінки за 2 роки навчання в інтернатурі становив 0,8 бала.

Залежно від форми навчання (бюджетна чи на умовах контракту) вірогідно кращою виявилася успішність когорти інтернів-бюджетників на додипломному етапі – з факультетської педіатрії і дитячих інфекційних хвороб, а на післядипломному – лише під час оцінювання вихідного рівня знань і вмінь, також піврічної та річної атестацій.

Результати складання ТЛП “Крок-2” і “Крок-3” групою інтернів, що включені в аналіз, свідчили про те, що хоча середній відсоток правильних відповідей по “Кроку-3” виявився нижчим стосовно “Кроку-2” як в цілому, так і залежно від форм навчання, проте всі ці відмінності не мали статистичної вірогідності.

Аналогічно і показники клініко-епідеміологічного ризику написання ТЛП “Кроку-2” і “Кроку-3” краще за середній показник лікарями бюджетної форми навчання порівняно з інтернами, які навчаються за контрактом, були статистично мало значущими. Шанси скласти “Крок-2” більше ніж на 76 % становили: відношення шансів: 1,3 (95 % ДІ 0,7-2,3), абсолютний ризик – 6 %, відносний ризик 1,1 (95 % ДІ 0,7-1,7), а “Крок-3” >74 % відповідно: відношення шансів – 1,4 (95 % ДІ 0,9-2,3), абсолютний ризик – 9 % при відносному ризику – 1,2 (95 % ДІ 0,8-1,6).

Таким чином, можна зробити попередній висновок про те, що форма навчання вірогідно не впливає на результати написання тестових ліцензійних іспитів.

Виходячи з цього, нами зроблено спробу за допомогою вивчення кореляційних зв'язків встановити впливові чинники, які би мали статистично доведений вплив на результати “Кроків”.

Зокрема, результати “Кроку-2” мали середньої сили вірогідні статистичні зв'язки з результатами “Кроку-3”, так само, як і результати навчання на 5 курсі та підсумок на державному іспиті. Тобто, зрозуміло, що краще підготовлені студенти формували групу краще підготовлених інтернів. Цікаво, що серед результатів початкового і проміжного контролю рівня знань і вмінь інтернів на післядипломному етапі підготовки тільки підсумок піврічної атестації слабо, проте вірогідно корелював із результатами “Кроку-3”.

Разом із тим, результати проведеного аналізу дозволили нам виявити ще один вагомий важель кращої підготовки до професії – це характеристика бази стажування. Так, лікарі-інтерни, які навчалися на заочному циклі на базі ОДКЛ № 1 м. Чернівці – багатопрофільній лікарні, що має в структурі 2 реанімаційних відділення з виїзними бригадами, ургентує 365 діб на рік, – демонстрували кращий рівень відповідей на “Кроку-3”, що пояснюється основним завданням даного іспиту.

Якщо результати написання на 6-му курсі “Кроку-2” не відрізнялися в підгрупах інтернів, які в подальшому розподілені на різні бази стажування, виявлені відмінності за результатами складання ТЛП “Крок-3” в інтернатурі. Причому не лише результати “Кроку-3” виявилися вірогідно кращими в інтернів, які навчалися на базі обласної дитячої лікарні, але і результати піврічної, річної та заключної державної атестацій лікарів-інтернів. Тобто на базі стажування під час проходження заочного циклу, а також під час нічних чергувань у багатопрофільній обласній клініці на очному циклі, лікарі-інтерни набувають не лише практичних навичок, але в них формується певний досвід тактики надання невідкладної медичної допомоги дітям у критичних станах. Цей досвід є неоціненним як для подальшої професійної діяльності лікаря, так і для написання “Кроку-3” з невідкладних станів. Він, без сумніву, значно покращує мотивацію до навчання. За допомогою клініко-епідеміологічного аналізу нами встановлено, що шанси скласти “Крок-3” більше ніж на 72 % правильних відповідей за таких умов в інтернів зростають майже вдвічі.

Якщо для інтернів, які навчаються за державним замовленням, з результатами “Кроку-3” вірогідно корелювали переважно чинники, які формуються на додипломному етапі, то для інтернів, які навчаються на контрактних умовах, окрім зв'язку з попереднім

ТЛП “Крок-2”, мала значення лише характеристика бази стажування. Отримані результати підтвердилися і за результатами проведеного регресійного і кореляційного багатофакторного аналізу. Зокрема, наводимо результати багатофакторного аналізу результатів “Кроку-3” у загальній когорті інтернів:

$$\text{Крок-3} = 0,3 \text{ F1} + 0,4 \text{ F2} + 0,3 \text{ F3}, \text{ де}$$

вірогідно посилювальними компонентами першого фактора були усі результати до дипломного навчання, другий фактор вірогідно посилювали результати піврічної та річної атестації інтернів, а третій – характеристика бази стажування. Багатофакторні моделі результатів “Кроку-3” залежно від форми навчання виявилися дуже подібними, за винятком того, що для інтернів-контрактників одним із посилювальних компонентів третього фактора виявилася жіноча стать ($r=0,85, p<0,05$).

Проведений регресійний аналіз дозволив створити модель результатів ТЛП “Кроку-3”, у якій коефіцієнт множинної кореляції (R) дорівнював 0,44, а коефіцієнт детермінації (R²) – 0,2, критерій значущості (F) склав 6,4, $p<0,001$, що свідчило про те, що така модель статистично повно та вірогідно створює заданий математичний образ, а найбільш вагомими серед статистично значущих компонентів були: рівень вихідної підготовки інтернів ($t=3,1, P<0,002$), характеристика бази стажування ($t=2,4, P<0,01$), а також результати іспиту з госпітальної педіатрії ($t=2,5, P<0,01$).

Література

1. Педагогічне оцінювання і тестування. Правила, стандарти, відповідальність/ [Болнобаш Я. Я., Булах І. Є., Мруга М. Р., Філончук І. В.]. – К. : Майстер-клас, 2007. – 272 с.
2. Волосовець О. П. Зміст форм організаційної роботи студента у вищих медичних навчальних закладах IV рівня акредитації / О. П. Волосовець, І. С. Вітенко // Медична освіта. – 2004. – № 1. – С. 5–8.

Висновки. Таким чином, проведений статистичний аналіз результатів додипломної і післядипломної підготовки 180 лікарів-інтернів зі спеціальностей “Педіатрія” та “Неонатологія” впродовж останніх 5-ти років дозволяє дійти таких висновків щодо можливостей покращення готовності випускників до самостійної лікарської діяльності:

1. На результати написання ТЛП “Крок-3” впливають показники ефективності навчання на додипломному і післядипломному етапах, що вимагає підвищення мотивації до вивчення педіатрії вже з перших курсів.

2. Форма навчання інтернів суттєво не впливає на шанси написання ТЛП “Крок-3”.

3. Вірогідно кращі шанси (СШ=1,9) в написанні “Кроку-3” в лікарів-інтернів, які навчаються на багатопрофільній клінічній базі, що включає реанімаційні відділення. Ці інтерни демонструють вірогідно кращий рівень підготовки на всіх етапах проміжного контролю в інтернатурі, що пояснюється кращою мотивацією до навчання.

4. Серед інтернів, які навчаються за контрактом, представниці жіночої статі мають позитивну кореляцію з результатами “Кроку-3”, що відображує їх кращу мотивацію до навчання та готовність до самостійної професійної діяльності.

Перспективи подальших розробок в даному напрямку полягають у динамічній оцінці результатів до дипломного і післядипломного навчання з урахуванням різних форм стимуляції мотивації до навчання.

3. Додипломные аспекты последипломного образования / [Грона В. Н., Журило И. П., Веселый С. В. и соавт.] // Проблемні питання педіатрії та вищої медичної освіти : зб. наук. праць, присв. пам’яті проф. Ю. М. Вітебського / за ред. С. В. Прохорова. – Донецьк, 2010. – Вип. IV. – С. 254–257.

4. Кобзар О. Б. Роль науково-дослідницької діяльності студентів у підвищенні якості підготовки лікарів / О. Б. Кобзар // Нові технології навчання. – Київ, 2004. – Вип. 36. – С. 9–17.

УДК 378.1(477)

ПЕРЕВАГИ КРЕДИТНО-MОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ НАД ТРАДИЦІЙНОЮ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ

**І.О. Крицький, В.Є. Бліхар, П.В. Гошинський, Т.О. Воронцова, М.І. Кінаш,
І.В. Кубей, Л.М. Шульгай, Г.А. Крицька, В.Б. Доброродний, І.І. Смачило**
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ADVANTAGES OF CREDIT-MODULAR EDUCATION SYSTEM OVER TRADITIONAL IN HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF UKRAINE

**I.O. Krytskyi, V.Ye. Blihar, P.V. Hoshchynskyi, T.O. Vorontsova, M.I. Kinash, I.V. Kubey,
L.M. Shulhay, H.A. Krytska, V.B. Dobrorodniy, I.I. Smachylo**
Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У даній статті проаналізована перевага кредитно-модульної системи навчання у вищих закладах освіти, її адаптованість до соціально-економічних процесів в Україні. В умовах ринкових відносин значно підвищуються вимоги до рівня підготовки спеціалістів. Вони повинні володіти запасом теоретичних знань, практичних навичок, вміти орієнтуватись в екстремальній ситуації, бути готовими приймати нестандартні рішення залежно від умов діяльності та спеціалізації.

In this article the advantage of credit-modular education system in higher institutions of education has been analysed, its adaptation to socio-economic processes in Ukraine. In the conditions of market relations requirements to the level of training of specialists considerably rise. They must own the supply of theoretical knowledge, practical skills, to be able to orient themselves in an extreme situation, to be ready to accept non-standard decisions depending on the terms of activity and specialization.

Вступ. Модульна, тестова і рейтингова форми існують і використовуються для різноманітних оцінок дуже давно. Рейтингова оцінка досягнень достатньо кваліфіковано розроблена і опрацьована у вищих навчальних закладах, вона дає можливість визначати положення (рейтингову сходинку) кожного студента відносно всіх інших.

Основна частина. Модульна форма передбачає поділ навчального матеріалу на окремі тематичні блоки, або модулі. Ці синоніми означають певний об'єм навчального матеріалу, який можна вивчати окремо, і за яким можна проводити окремі випробовування. До них можуть входити програми курсу, конспекти лекцій, методичні розробки, додатковий матеріал, задачі, тести, контрольні запитання тощо. Відзначимо деякі характерні риси модульної форми підготовки навчально-методичного матеріалу. По-перше, модульна форма дозволяє викладачам в умовах відсутності підручників готувати навчальний матеріал окремими тематичними модулями, не че-

каючи повної готовності всього майбутнього підручника. Модулі у вигляді невеликих брошур можна попередньо розмножувати на комп'ютері, ксероксі, ризографі або будь-якій копіювальній техніці невеликими тиражами, постійно вносячи поправки і доповнення. Через певний час із відкорегованих і відшліфованих таким чином модулів можна скласти відповідний підручник і друкувати його більш масовими тиражами (якщо в цьому виникне потреба). По-друге, навчальний матеріал модулів в електронному варіанті слід ввести в навчальні комп'ютери загального користування з розрахунку на те, щоб кожен студент за своїм власним бажанням міг користуватись цим матеріалом і навіть отримувати паперові чи електронні копії. По-третє, матеріал цих модулів в електронному варіанті можна виставити на WEB-сторінці мережі Internet, зробивши таким чином крок у напрямку до Асоціації навчальних закладів із дистанційною формою навчання. Розрахунки виконуються на комп'ютері за спеціальною програмою. Існують відпрацьо-

© І.О. Крицький, В.Є. Бліхар, П.В. Гошинський та ін.

вані критерії переводу відсотків рівня знань у звичайні традиційні оцінки. Маючи рівень знань кожного студента у відсотках, тобто у загальній для всіх студентів розмірності, можна скласти рейтинг студентів як по окремому предмету, так і по всіх предметах семестру.

В якості застереження треба зазначити, що при надмірному захопленні тільки формальними (письмовими) методами контролю і нехтуванні вербальними (словесними) формами можна втратити з поля зору особистість студента і бачити тільки суб'єкт навчання.

Підсумовуючи сказане, можна відмітити, що модульна система з рейтинговою оцінкою знань спонукає до активної продуктивної праці зі зворотним зв'язком і до творчого пошуку всіх учасників навчального процесу – як студентів, так і викладачів. При цьому відбувається не тільки практична комп'ютеризація навчального процесу, але й знайомство з сучасними комп'ютерними технологіями. Для сумлінного студента традиційні іспити в кінці семестру, які створюють значне навантаження на психіку і негативно впливають на стан його здоров'я, виявляються зайвими. Крім того, знімається думка деяких студентів про те, що на об'єктивність оцінок великий вплив мають особисті риси та упередженість і суб'єктивізм викладачів.

В умовах ринкових відносин значно підвищуються вимоги до рівня підготовки спеціалістів. Вони повинні володіти запасом теоретичних знань, практичних навичок, уміти орієнтуватись у виробничій ситуації, бути готовими приймати нестандартні рішення залежно від умов діяльності та спеціалізації.

Політичні та соціально-економічні процеси в Україні вимагають певних зрушень у системі вищої освіти. Україна прагне бути європейською державою, тому модернізація вищої освіти має відбуватися в межах Болонського процесу, метою якого є створення до 2010 року європейського освітнього простору. Це має підвищити здатність випускників вищих навчальних закладів до працевлаштування, розширити мобільність громадян та збільшити конкурентоспроможність європейської школи. Болонський процес стимулює створення відповідних систем організації навчання, рівня науково-методичного забезпечення, якості навчального процесу, ефективності реалізації його різноманітних моделей і механізмів.

Важливим завданням модернізації освіти в Україні є впровадження кредитно-модульної організації нав-

чання. Ця модель потребує розробки сучасних механізмів здійснення навчального процесу, визначення результатів якості освіти. В нашому навчальному закладі при вивченні всіх навчальних дисциплін при підготовці спеціалістів поряд з традиційними формами застосовують й новітні технології навчання.

На сучасному етапі, в умовах багатоступеневої системи освіти, кредитно-модульна система оцінки знань є важливим інструментом забезпечення постійного контролю і самоконтролю за самостійною роботою студентів.

Модульні технології передбачають варіативність навчання, пристосування навчального процесу до можливостей та запитів студентів.

Безумовно, до новітніх технологій навчання та форм організації навчального процесу, які сприяють підвищенню його ефективності, ми маємо віднести також модульне структурування дидактичного матеріалу та кредитно-модульну організацію навчання. Її основою є процес засвоєння навчальних модулів в умовах повного циклу, що охоплюють блоки цілей і завдань, які, у свою чергу, мають стати вихідними при структуруванні змісту дисциплін у вищій школі. Важливе значення в умовах застосування модульної технології навчання має контрольний-оцінювальний компонент з його стимулювальною функцією. Переваги модульної технології навчання, що дозволяють підвищувати ефективність освіти, такі:

- забезпечують точну відповідність результатів цілям навчання, забезпечують високу ймовірність виваженого технологічного підходу до організації навчального процесу та суб'єкта навчання – студента;
- підвищують особисту мотивацію і самостійність студента в освоєнні визначеної для нього програми навчання;
- дають змогу скоротити терміни навчання, оскільки визначає його відправний момент та тривалість із урахуванням рівня раніше накопичених знань та навичок студентів.

Висновок. Таким чином, застосування в освіті, зокрема в медицині, новітніх технологій навчання, а саме інформаційно-телекомунікаційних та комп'ютерних технологій є значимими, бо саме вони сприяють екстенсивному розвитку освіти та науки, а поєднання їх з ефективними методиками та інноваціями виводить процес освіти в медицині на шлях реальної інтенсифікації.

Література

1. Бабанский Ю.К. Рациональная организация учебной деятельности. – М.: Знание, 1981.
2. Закон України “Про освіту” // Освіта. – 1996. – 25 квітня. – С.4.
3. Коротяев Б.И. Учение процесс творческий. – М., 1980.
4. Кузнецова В.С. Формирование организаторских умений у студентов институтов: Автореф. дис. канд. пед. наук. – М., 1989.
5. Лернер И.Я. Дидактические основы методов обучения. – М., 1981.
6. Матрос Д.Ш. Как оптимизировать распределение учебного времени. – М.: Знание, 1991.
7. Педагогика / Под ред. Ю.К. Бабанского. – М., 1988.

УДК 159.9:316.48:61-057.857

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МОТИВАЦІЙНОГО КОМПОНЕНТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ КОНФЛІКТІВ

Л.В. Лимар

ДВНЗ “Університет менеджменту освіти” АПН України

PSYCHOLOGICAL READINESS OF FUTURE DOCTORS TO PREVENTION OF CONFLICTS: RESEARCH DATA ANALYSIS

L.V. Lyymar

Management Psychology Department SHEI University of Education Management APS of Ukraine

У даній статті автори висвітлюють результати емпіричного дослідження мотиваційного компонента психологічної підготовленості студентів-медиків до продуктивної міжособистісної взаємодії з пацієнтами. У статті проаналізовані підходи до поняття міжособистісної взаємодії лікар-пацієнт, наведена практична діагностика мотиваційного компонента взаємодії.

The authors present the results of empiric research of the motivation component of psychological readiness of medical students to productive intrapersonal interaction with patients. The article analyses approaches to the notion of doctor-patient intrapersonal interaction as well as the practical diagnostics of motivation component of their interaction.

Вступ. Проблема конфліктів, які виникають при професійній міжособистісній взаємодії лікаря та пацієнта, є надзвичайно актуальною та важливою в наш час. Такі конфлікти виникають часто та можуть бути зумовлені рядом об’єктивних та суб’єктивних причин. Існує досить значна кількість змістовних теоретичних і практичних доробок в галузі медичної психології (Л.Ф. Бурлачук, І.Є. Вольперт, М.В. Ельштейн, С.Д. Максименко, В.М. Ніколаєнко, В.О. Ташликов та ін.); докладного вивчення особливостей професійної діяльності медичних працівників (І.С. Вітенко, М.М. Кабанов, К.К. Платонов та ін.); досліджень емоційної сфери лікарів. Процес надання медичних

послуг включає різні види взаємовідносин в системі “лікар-пацієнт” та різні види співпраці (конкуренція, кооперація, конфлікт). Тому конфлікти між лікарем та пацієнтом є абсолютно природним явищем. Важливе значення конфлікту тут полягає у здатності сторін конфлікту його продуктивно розв’язати та перейти від фази протистояння до фази співробітництва [1].

І.М. Юсупов виділив мінімально необхідні та потенційно розвинуті в процесі професійної підготовки якості лікаря, необхідні для попередження конфліктної взаємодії з пацієнтом: емпатія (афективна, когнітивна, предикативна), соціальна сенситивність (спостережлива, номотетична, ідеографічна), емоційна стійкість,

© Л.В. Лимар

альтруїстичні тенденції, а також – комунікабельність, незалежність, професійні знання, самоконтроль [2, 3]. В.Г. Панок підкреслює роль інтелекту та гуманізації особистості медичного працівника, а саме: альтруїзм, високу мотивацію до професії, готовність до співпраці, володіння механізмами саморегуляції. Вчений визначає емоційну регуляцію та емоційну витривалість як гарант успішного спілкування лікаря з пацієнтом [4].

Ми вважаємо, що безконфліктність та продуктивне вирішення конфліктів при їх виникненні при взаємодії лікаря та пацієнта обумовлені мотивацією лікаря до професійної діяльності.

З метою з'ясування мотивації професійної діяльності студентів – майбутніх лікарів нами було проведено опитування 120 студентів 1-3 курсів стоматологічного та медичного факультетів НМУ ім. О.О. Богомольця для виявлення справжньої мотивації майбутньої професійної діяльності, яке визначає їх мотиваційно-регуляторну сферу.

Основна частина. У першому тестуванні студентам було запропоновано проранжувати мотиви, згідно з якими вони обрали професію лікаря, поставивши на 1 місце найбільш значущий, на 2 – менш значущий і т. д.

П'ять найважливіших мотивів вибору професії медика студентами 1 курсів представлені такими показниками: бажанням лікувати людей, вибором за порадою батьків, престижністю професії та матеріальною зацікавленістю, а також вибором задля отримання документа про вищу освіту. Найменш значущими мотивами є здатність піклуватись про своє здоров'я, вирішення наукових проблем, спілкування з іншими, навчання нового та індивідуальне самовдосконалення.

При опитуванні студентів 3-х курсів ми виявили таке: найбільш значущими мотивами вони вважають престижність професії, матеріальний фактор, бажання лікувати, пораду батьків, а також новий фактор – можливість зробити кар'єру. Тобто уявлення досить прагматичні. Найменш значущими мотивами вони вважають вирішення наукових проблем, навчання нового та індивідуальне самовдосконалення, вибір заради отримання “корочок”(!) та можливість відкриття власної клініки.

Зупинимось на даних мотивах детальніше. Усі запропоновані мотиви можливо умовно розділити на такі групи: соціальні мотиви – навчатись нового та передавати свої знання, спілкуватись з людьми; престижні мотиви – відкрити власну клініку, здобути нові знайомства, працювати на престижній роботі; прагма-

тичні мотиви – здобувати матеріальні вигоди, зав'язувати нові знайомства; та власне професійні мотиви – здобуття знань та їх практичне застосування при роботі з пацієнтами, друзями, особистісне зростання. В окрему групу, ми вважаємо, необхідно виділити мотив “за порадою батьків”, що свідчить про відсутність власної точки зору.

Отже, за даним розподілом, у студентів 1 курсу домінуючими є прагматичні та престижні мотиви, хоча “бажання лікувати людей” також сюди входить. На жаль, студенти 1 курсу нехтують професійними мотивами і мотивами особистісного зростання, як і студенти 3-х курсів. Проте у студентів 3-х курсів ми спостерігаємо таке: зникають такі найменш значущі мотиви, як спілкування з іншими та можливість піклуватись про своє здоров'я, натомість замість них з'являються вибір для отримання диплома та вибір з метою подальшого відкриття клініки. Можливо, це обумовлене тим, що ті студенти, які навчаються заради лише отримання диплома, не мали достатньої мотивації і або змінили навчальний заклад, або проходження практики змінило їх ставлення до професії. Постановка такого фактора, як відкриття своєї власної справи (клініки), можливо, пояснюється більш прагматичним поглядом на життя та подорослішанням студентів.

Висновки. Уявлення студентів 1-х курсів про роботу лікаря та вимоги до неї є досить нечіткими, запозиченими із розповідей знайомих, фільмів тощо. Уявлення студентів 3-х курсів та їх мотиваційно-ціннісна сфера формуються під впливом оточуючого навчального середовища, сім'ї, а також місця роботи (на третьому курсі багато студентів влаштовані на роботу в медичні установи молодшими співробітниками, на канцелярську роботу тощо). Уявлення студентів 3-х курсів є більш практичними, на відміну від першокурсників, світогляд яких є досить інфантильним та відірваним від реальності. Професійне становлення студентів третіх курсів суттєво відображається на їх вираженій професійній орієнтації, а також домінуванні професійної мотивації. Також спостерігаємо зростання матеріально-прагматичної мотивації професійної діяльності у студентів 3-х курсів.

Вважаємо, що для покращання загального емоційного фону та зменшення конфліктогенності майбутніх лікарів необхідно розвивати мотиваційну сферу в професійно-соціальному напрямку. Тобто високопродуктивною буде взаємодія лікаря з пацієнтом за умов, коли у лікаря виражений соціальний інтерес до процесу одужання пацієнта.

Література

1. Бойко В. В. Менталитет врача и пациента: аспекты психологии и этики / В. В. Бойко. – К. : Институт стоматологии. – 1999. – № 2 (3). – С. 17–23.
2. Юдіна О. М. Особливості професійної ідентифікації студентів медичного ВНЗ / О. М. Юдіна // Зб. наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. – К., 2003. – Т. V, ч. 2. – С. 327–330.
3. Юсупов И. М. Психология взаимопонимания / И. М. Юсупов. – Казань : Татар. кн. изд-во, 1991. – С. 15–20.
4. Тренінгові, соціально-реабілітаційні і навчальні програми із формування здорового способу життя в учнівській і студентській молоді / [Ю. В. Кудрявцева, О. Ю. Осадько, О. М. Гулько та ін.]; за наук. ред. В. Г. Панка, Н. М. Городнової, Н. В. Лунченко. – К. : Ніка-Центр, 2008. – 180 с.

УДК 61:377.4

СПРИЙНЯТТЯ НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ОЦІНОЧНИХ СУДЖЕНЬ ІНТЕРНІВ 1-3 КУРСІВ

В.М. Лісовий, В.А. Капустник, В.В. В'юн, О.А. Марущенко,
Д.П. Перцев, Ю.С. Сіда

Харківський національний медичний університет

PERCEPTION OF STUDYING IN INTERNSHIP: COMPARATIVE ANALYSIS OF EVALUATIVE JUDGEMENTS IN INTERNS OF THE 1-3 COURSES

V.M. Lisovyi, V.A. Kapustnyk, V.V. Vyun, O.A. Marushchenko, D.P. Pertsev, Yu.S. Sida

Kharkiv National Medical University

У статті розглянуто особливості сприйняття навчання в інтернатурі, проведено порівняльний аналіз оціночних суджень інтернів 1-3 курсів.

In this article peculiarities of perception of education in internship have been investigated, comparative analysis of evaluative judgements in interns of the 1-3 courses has been conducted.

Вступ. Проведення соціологічних досліджень є одним із шляхів покращення освітнього процесу. Вони дозволяють визначити погляди суб'єктів навчального процесу, вивчити та оцінити особливості діяльності й професійного росту в процесі отримання спеціальних знань, ступінь позитивного виховного потенціалу соціального середовища та джерела можливого негативного впливу на розвиток особистості з метою розробки рекомендацій та пошуку дієвих шляхів поліпшення соціального середовища, оптимізації умов і методів навчання.

Основна частина. У Харківському національному медичному університеті в останні роки було проведено 12 соціологічних досліджень різної направленості. Вони є одним з пріоритетних напрямків роботи

лабораторії педагогічної психології та соціології навчально-наукового центру університету з вивчення й оцінки стану соціального середовища різних груп респондентів, зокрема лікарів-інтернів, що навчаються на факультеті післядипломної підготовки. Нещодавно 237 осіб з їх числа стали респондентами лабораторії: 42 презентували перший курс інтернатури (18 % від загальної кількості опитаних), 155 – другий (65 %), 40 – третій (17 %). Дослідження стосувалося широкого спектра питань. Зупинимося лише на певних “знакових” аспектах зібраних оцінок, подавши їх у розрізі року навчання інтерна.

1. Найбільше подобається вчитися інтернам першого року. Дійсно, якщо двом третинам цієї когорти навчання в інтернатурі до вподоби, то на дру-

гому році аналогічний відсоток знижується до 56 %, а на третьому взагалі складає лише 46 %. Мабуть, це лише підкреслює складність навчання на даному освітньому рівні.

2. Чим старшим стає інтерн, тим критичніше він схильний оцінювати теоретичну базу навчання. Загалом, інтерни дали дуже високу оцінку рівню теоретичного забезпечення процесу навчання (як високий його оцінили 80 % опитаних). Проте якщо серед інтернів першого року позитивно настроєних було 93 %, то на третьому курсі інтернатури цей процент знизився до 67 %.

3. Чим старшим стає інтерн, тим він менш задоволений умовами проходження інтернатури на кафедрі та у клініці. Якщо загалом інтерни продемонстрували високий рівень задоволеності умовами проходження інтернатури, то у розрізі року навчання були зафіксовані досить значні коливання цих оцінок. Серед інтернів першого року навчання повністю задоволені умовами проходження інтернатури на кафедрі 90 % опитаних, однак на третьому році цей відсоток вже є значно меншим (64 %). Рівень задоволеності клінікою серед “першокурсників” є не таким значним, як при оцінці кафедр (лише 73 %), але немає і такого падіння на третьому році (62 %). І якщо інтерни першого року навчання у значно більшій мірі задоволені кафедрою, аніж клінікою, то на третьому курсі інтернатури ці показники задоволеності практично збігаються.

4. При переході на старші курси інтерни вище оцінюють виконання перед ними зобов’язань з боку клінік та нижче – з боку кафедр. По кафедрах позитивну оцінку дали 90 % інтернів першого року та лише 69 % третього. Але у випадку з клініками оціночні судження при переході з курсу на курс не лише не стають гіршими, а й навіть покращуються (83 % – на першому році та 85 % – на третьому).

5. Чим старшим стає інтерн, тим більш позитивно він схильний оцінювати ставлення до себе з боку адміністрації та персоналу клінік. Особливо ця різниця очевидна при переході від першого року навчання до другого. Так, лише 54 % першокурсників відзначають позитивне ставлення до себе з боку керівництва відділення, тоді як серед опитаних другого року навчання аналогічний процент вже дорівнює 72, а на третьому курсі досягає межі 75 %.

6. Схильність позитивно оцінювати рівень довіри з боку пацієнтів прямо пропорційна року навчання. Загалом, 72 % опитаних заявили про довіру з боку пацієнтів. Але якщо на першому році навчання про це заявила половина респондентів, то на другому році – вже 77 %, а на третьому – взагалі переважна більшість (87 %).

7. Незважаючи на те, що навчання в інтернатурі іноді несе розчарування відносно професії як такої, колеґ-лікарів, обраної спеціальності, кількість тих, хто вважає помилкою обрання професії та певної спеціальності, знижується від першого року навчання до третього. Для 15 % інтернів-першокурсників та 20 % інтернів третього курсу навчання в інтернатурі змінило уявлення про професію лікаря у гірший бік. Аналогічні оціночні показники відносно колеґ-лікарів більш помірні (7 % та 18 % відповідно), а у випадку з уявленнями про обрану спеціальність спостерігаємо навіть зменшення скепсису з 17 % на першому курсі до 13 % на третьому. Однак якщо 14 % респондентів першого року навчання вибір професії лікаря та 27 % вибір спеціальності вважають своєю помилкою, то на третьому році аналогічні відсотки значно скорочуються: у випадку з професією – до 10 %, у випадку зі спеціальністю – взагалі до 1 %. У цілому, чим старший курс, тим більшою мірою інтерни переконуються в правильності обраного професійного шляху.

Висновок. Загальний висновок дослідження – з кожним наступним роком навчання інтерн більш позитивно сприймає набутий досвід, усвідомлює покращення свого статусу та авторитету у фаховому середовищі, проте, водночас, критичніше ставиться до професійної діяльності як такої і власних перспектив у ній, хоча при цьому не схильний вважати помилковим свій професійний вибір.

Вважаємо, що інформованість про сприйняття інтернами різних курсів специфіки навчання в інтернатурі є дуже корисною, адже дозволить вирішити низку питань з оптимізації управлінських стратегій медичного університету та клінік, зняття психологічної напруженості (що притаманна молодим людям у “точках переходу” між випускним курсом та інтернатурою, між інтернатурою та першим робочим місцем), підвищення ефективності навчання шляхом подолання “слабких місць” очного та заочного циклів післядипломного навчання.

СУЧАСНІ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ФОРМУВАННІ МЕДИКО-ПРАВОВИХ ЗНАНЬ

В.М. Лісовий, В.О. Ольховський, В.В. Хижняк

Харківський національний медичний університет

MODERN SYSTEMS OF ORGANIZATION OF THE ACADEMIC ACTIVITY IN THE FORMATION OF MEDICAL LEGAL KNOWLEDGE

V.M. Lisovyi, V.O. Olkhovskiy, V.V. Khyzhniak

Kharkiv National Medical University

Нова медична освіта має характерні риси, відповідати яким повинен новий тип медичного працівника. Болонська декларація є базою для нової медичної освіти. Впроваджувати рекомендації Болонської декларації треба поступово. Важливою складовою підготовки лікарів є формування медико-правових знань на всіх етапах підготовки.

New medical education has the specific features which should be owned by the new type of a medical worker. Bologna declaration is the basis for a new medical education. The recommendations of Bologna declaration should be gradually inculcate. The important part of doctors' training is the formation of medical legal knowledge in all the stages of the training.

Вступ. Медична освіта в сучасній Україні та її реальні проблеми у XXI ст. інтенсивно обговорюються останнім часом.

До першочергових проблем, що потребують вирішення, відносимо такі: відсутність у провідних вищих навчальних медичних закладах доступу до основних електронних баз даних і міжнародних інформаційних джерел (зокрема, до Кохрановської бібліотеки, поза знайомством з матеріалами якої неможливо уявити підготовку сучасного, інтегрованого у світовий медичний простір лікаря); різке скорочення кількості клінік, що пов'язані з конкретним медичним навчальним закладом (це означає суттєве зменшення об'єму необхідної медичної практики); суттєвий дисбаланс українських навчальних стандартів (у нас понад 130 медичних спеціальностей) у порівнянні з європейськими і американськими (у них – від 17 до 52); часткове введення Болонського процесу; похилий вік значної частини високопрофесійних педагогічних кадрів; низька оплата праці.

Медична освіта – це не тільки накопичення знань, а й розвиток здібностей аналізувати проблеми медичної галузі, це постійний пошук шляхів їх розв'язання. Безумовно, що такий підхід вимагає перебування теорії, практики, структури та змісту навчання. Як і завжди, коли відбувається створення нової парадигми освіти, неможливо діяти за готовими

рецептами, що пройшли своє випробування впродовж десятиліть [2, с. 10].

Ми погоджуємося з оцінками В.М. Казакова і співавторів (2009), що Болонський процес прийшов в медичну освіту і не може бути проігнорованим, бо заперечення або зволікання з впровадженням його робить процес входження болончим. Медична освіта, що так довго залишалася консервативно-стабільною, і європейське медичне співтовариство шляхом Болонського процесу просувається обережно, розуміючи, що неправильні кроки можуть призвести до зниження якості медичної освіти і погіршення здоров'я людей. Вирішення доцільності впровадження окремих положень Болонської декларації віднесено до компетенції національних медичних шкіл [1, с. 32].

Болонський процес, який є сучасною системою організації навчального процесу, в українському медичному просторі проходить з особливостями, зокрема, щодо формування медико-правових знань. Вивчення їх задля підвищення якості медичної освіти, втілення у життя нових її форм стало завданням цієї статті.

Основна частина. Вузько національно орієнтована медична освіта може стати ізольованою у світі, де домінують загальноєвропейські, загальносвітові підходи. Акценти тільки на матеріальних і специфічних національних цінностях відгороджують медичну освіту від інших світових загальних процесів. Новітня

медична освіта має допомагати молоді жити цілісним і конструктивним життям, адаптуватися до нових умов існування у світі, бути готовим до нових форм накопичення й обробки інформації. Вона має бути процесом, у ході якого молодь привчатиметься йти від причини фактів, явищ, подій до їх наслідків. Причинно-наслідкові зв'язки ще не панують у сьогоденнському навчанні, тому в майбутній схемі освіти вони повинні мати головні позиції.

Болонський процес не дає вичерпних відповідей на питання: як за допомогою тестів перевірити професійні вміння і навички студента? Наш університет йде шляхом створення центрів і лабораторій засвоєння і контролю практичних клінічних навичок. Ці структурні підрозділи оснащено сучасними зразками клініко-діагностичної апаратури, медичного одягу, інструментарієм, матеріалами для маніпуляцій, муляжами, макро- і мікропрепаратами, фантомами, манекенами, всіма видами медичної документації. Тут же наявні фото- і відеоматеріали, комп'ютерні демонстраційні, навчальні і дослідницькі програми, комп'ютерні банки навчально-методичних даних (лекції, методичні розробки практичних занять, тести, задачі). Крім того, забезпечено набуття навичок спілкування і обстеження реальних пацієнтів, без яких медична освіта буде неповною. Поставлено задачу в разі відсутності такого контингенту хворих залучення до навчального процесу стандартизованих пацієнтів.

Неоднозначна позиція щодо ліцензійних іспитів. Ми приєднуємося до думки тих, хто пропонує максимально сприяти введенню національних ліцензійних іспитів, без яких неможливо забезпечити якість вітчизняної медичної освіти, а введення єдиних європейських ліцензійних іспитів на до- і післядипломному етапі залишити відкритим [1, с. 31].

Збільшується кількість звернень пацієнтів до органів охорони здоров'я і правоохоронних органів зі скаргами на низьку якість медичної допомоги, а також на правопорушення у сфері охорони здоров'я [6]. Загальновідомо, що переважає необгрунтованість претензій громадян до якості медичної допомоги [4, с. 143-144]. На нашу думку, медицина в цілому не готова захистити себе від необгрунтованих претензій з боку громадян і юридичних осіб. Треба формувати належні правові знання зі студентської парти та оновлювати їх протягом всієї лікарської діяльності.

Наші позиції у цьому напрямку ґрунтуються на одній з пропозицій Болонської декларації щодо надання громадянам можливості здобувати кредити й поза сферою вищої освіти, яка отримала розвиток на Празькому саміті 2001 р., що потребує спільних зусиль

для розв'язання, а саме – організація навчання людей впродовж усього життя (система безперервної освіти). Ним є цілеспрямоване навчання на постійній основі задля набуття й удосконалення знань, вмінь і компетенцій. Постіндустріальна епоха з її шаленими швидкостями окрім fast-food запроваджує fast-education, тобто вузько функціональну освіту, яка спрямована на конкретну професійну функцію, що нагальна сьогодні, але, можливо, вже завтра не знадобиться. Такий стан попиту і пропозиції на ринку медичних освітніх послуг вимагає професійну підготовку і перепідготовку переводити на короткотермінові навчальні програми, курси, цикли, майстер-класи.

Саме таке ставлення медичної спільноти до медико-правових знань пропагується нами, а активний пошук нових підходів підтверджується таким. Викладання дисципліни з правових знань, на нашу думку, вмотивовано перенесено з 1 на 4 курс, коли студент наближається за своїм статусом до лікаря, а засвоєння права проходить більш свідомо, з екстраполяцією знань на майбутню лікарську діяльність.

Матеріал з правових питань прикріплено до навчальної дисципліни “Судова медицина” в одному з нею модулів. Зрозуміло, що судові медики постійно мають справу з недоліками в роботі медичних працівників, внаслідок яких погіршується здоров'я населення або настає смерть. Але ж вони мають лише вищу медичну освіту, а викладання основ права вимагає вищу юридичну. Тому пропонується підвищити кваліфікацію частини викладачів кафедр судової медицини шляхом отримання ними другої вищої освіти за фахом “Правознавство” за рахунок внутрішніх резервів університетів та міжвузівської співпраці і доручити їм викладання окремого модуля “Медичне правознавство”. Першу частину цієї пропозиції реалізовано у нашому університеті, а друга залежить від керівників медичної галузі України.

Йде швидкий і наполегливий пошук оптимального напрямку викладання правових знань для медичних працівників шляхом послідовного опрацювання різних дисциплін в цій галузі знань серед студентів. До 2007 р. для студентів всіх факультетів на 1 курсі викладалась дисципліна “Основи права” (а студентостоматологи ще й досі вивчають на 1 курсі “Основи права”). З 2008 р. для студентів, що мають отримати кваліфікацію “лікар”, цю дисципліну замінили на “Медичне законодавство”, об'єднали з судовою медициною в один модуль і, відповідно, почали викладати на 4 курсі. Того ж року для бакалаврів медицини за фахом “Сестринська справа” на першому курсі ввели дисципліну “Основи права”. У 2009 р. для магістрів

медицини за фахом “Сестринська справа” ввели дисципліну “Правознавство і медичне законодавство”. У цьому ж 2009 р. Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України затвердив програму навчальної дисципліни з назвою “Правознавство” (курс за вибором) для студентів медичних вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації.

Загально визнано, що дисципліна “Правознавство” – суто юридична наука, вона вивчає право як особливу систему загальних соціальних норм, правові форми організації й діяльності держави і політичної системи суспільства в цілому. Медицина для правознавства лише мала частка всієї сукупності соціальних норм. Тому викладання правознавства в якості юридичної науки медичним працівникам може не досягти бажаного позитивного успіху. Медична діяльність сформувала свої специфічні правовідносини, що потребують узагальнення і систематизації саме медичними правознавцями, які б мали кваліфікацію і лікаря і юриста одночасно.

На нашу думку, оптимальним варіантом є назва дисципліни “**Медичне правознавство**” і відповідні їй навчальні програми окремо для студентів за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа” і “Стоматологія”, окремо для бакалаврів за фахом “Сестринська справа”, окремо для магістрів за фахом “Сестринська справа”.

Післядипломна підготовка і підвищення кваліфікації медичних працівників, на нашу думку, обов’язково повинна мати певну кількість годин для вивчення актуальних питань медичного правознавства.

Пропонуємо таке визначення нової дисципліни. **Медичне правознавство** – це дисципліна медико-соціального профілю, що вивчає медичне право в якості специфічної системи правових норм і приписів, правовідносини в медичній галузі, правові засади організації та діяльності медичних працівників, а також медичне законодавство як сукупність інструментів (законів, указів, постанов, розпоряджень, наказів тощо), за допомогою яких здійснюється і регулюється медична діяльність. За суттю медичне правознавство – це дисципліна, що комплексно і повно вивчає правові (юридичні) норми, принципи та інститути в царині охорони здоров’я і суміжних з нею галузях народного господарства. Фактично медичне правознавство об’єднує і складається з медичного права,

правових засад організації медичної діяльності та медичного законодавства.

Нагадуємо нашу пропозицію щодо створення факультету медичного правознавства у кожному національному медичному університеті з акредитацією нової спеціальності – “Медичне правознавство”, а після опанування нею присвоювати кваліфікацію “лікар-правознавець” [3]. За рахунок новоствореного факультету готувати лікарів-правознавців з фахівців, що мають рівень кваліфікації не нижче “бакалавр” і отримали відповідну медичну освіту. Лікарі-правознавці згодом зможуть працювати в системі державного і місцевого управління охороною здоров’я, юрисконсультами або керівниками (менеджерами) медичних закладів [5].

Це може частково розвантажити проблемне питання щодо працевлаштування випускників бакалаврату після закінчення ними вищих навчальних медичних закладів, яке виникло в процесі реалізації пропозицій Болонської декларації та гальмує цей процес. Таку ситуацію обумовлено дисбалансом знань і практичних навичок у випускників: перші курси медичного університету насичені дисциплінами медико-біологічного профілю, а бакалавру для роботи в закладах охорони здоров’я потрібні, в основному, практичні вміння і навички, набуття яких віднесено навчальними планами на наступний етап навчання у медичному університеті, тобто магістратуру.

Висновки: 1. Болонський процес, як сучасна система організації навчального процесу у медичних вузах і на наступних етапах безперервної освіти, зайняв своє належне місце в Україні з урахуванням національних особливостей, що забезпечить адаптацію до умов існування у європейському просторі, готовність до нових форм накопичення й обробки інформації.

2. Ринок освітніх послуг і виявлені особливості навчання на етапах повної медичної освіти потребують постійної уваги з боку національних медичних шкіл для своєчасного корегування навчальних планів, зокрема, щодо формування належних медико-правових знань.

3. Необхідно своєчасно аналізувати надбання європейського освітнього простору, втілювати його у життя та пропонувати ринку освітніх медичних послуг вітчизняні новітні технології, які адаптовано до сучасних вимог.

Література

1. Казаков В. М. Новітні тенденції розвитку Європейської медичної освіти / В. М. Казаков, О. М. Талалаєнко, М. Б. Первак // Проблеми інтеграції української медичної

освіти у світовий освітній простір : матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції. – Тернопіль : ТДМУ, 2009. – 314 с.

2. Левченко Т. І. Європейська освіта : конвергенція та дивергенція : [монографія] / Тетяна Іванівна Левченко. – Вінниця : Нова книга, 2007. – 656 с.

3. Лісовий В. М. Оптимізація правовідносин у системі “пацієнт-медичний працівник-медичний заклад” / В. М. Лісовий, В. О. Ольховський, В. В. Хижняк // Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір : матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конф. – Тернопіль : ТДМУ, 2009. – С. 203–205.

4. Новоселов В. П. Профессиональная деятельность работников здравоохранения : ответственность, права, правовая защищенность / В. П. Новоселов. – Новосибирск : Наука, 2001. – 312 с.

5. Ольховський В. О. Оптимізація науково-навчальної складової підтримки медичної діяльності в Україні / В. О. Ольховський, В. М. Лісовий, В. В. Хижняк // Сучасні проблеми дерматовенерологічної і косметологічної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я : зб. наук. праць. Вип. 6. Додаток до Вісника Харківського націон. ун-ту ім. В. Н. Каразіна. Серія “Медицина”. – Харків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2009. – С. 331–334.

6. Ольховський В. О. Сучасне правове забезпечення медичної діяльності й надання медичної допомоги населенню / В. О. Ольховський, П. А. Каплуновський, В. В. Хижняк, Н. В. Стебловська // Матер. VII конф. Харківської обл. клініч. лікарні “Новое в медицине – в практику” (7 листопада 2008 р.). – Харків, 2008. – С. 50–52.

УДК 616-089:378.145/.147:378.3

РАЦІОНАЛЬНЕ ВИКОРИСТАННЯ НАВЧАЛЬНОГО ЧАСУ І ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ З ДИСЦИПЛІНИ “ХІРУРГІЯ”

В.І. Лупальцов, Р.С. Ворощук, А.І. Ягнюк, К.М. Сокол, І.А. Дехтярук

Харківський національний медичний університет

TEACHING TIME OPTIMIZATION AND TESTING CONTROL ON THE DISCIPLINE “SURGERY”

V.I. Lupaltsov, R.S. Voroshchuk, A.I. Yahniuk, K.M. Sokol, I.A. Dehtiaruk

Kharkiv National Medical University

Показана ефективність використання дистанційного навчання при підготовці студентів на хірургічних кафедрах. Контрольоване дистанційне тестування студентів дало можливість викладачеві організувати позааудиторний тестовий контроль, оперативно отримувати результати проходження тестів для аналізу, а студентів більше часу приділяти на освоєння практичних навиків.

Efficiency of application of the distant education in teaching surgery is shown. Controlled distant testing provides extra-classes testing control, the teacher can operatively get their results for future analysis and the student can optimize his time for practical work.

Вступ. Науково-технічний прогрес у медицині можливий лише за умов, коли галузь постійно поповнюється висококваліфікованими молодими фахівцями. У зв'язку з цим, перед вищою школою ставиться завдання якомога якісніше проводити підготовку студентів, розвивати їхню ініціативу, творчий потенціал, надавати можливість самостійно (під контролем викладача) поповнювати свої теоретичні знання і набувати практичних навиків. Молодий лікар повинен

володіти знаннями відповідно до сучасних досягнень медицини і вміти використовувати їх на практиці. Сучасний розвиток інформаційних технологій значно розширив можливості викладача щодо впровадження інноваційних методик у навчальний процес. Зокрема, застосування дистанційного навчання дозволяє організувати безперервність навчання студента, що є невід'ємною частиною кредитно-модульної системи організації навчального процесу. У зв'язку з цим,

© В.І. Лупальцов, Р.С. Ворощук, А.І. Ягнюк та ін.

видається перспективним і необхідним впровадження елементів дистанційного навчання при організації навчального процесу на кафедрах хірургічного профілю в умовах болонського процесу.

Мета роботи – вивчити можливості дистанційного навчання для оптимізації використання навчального часу при проведенні практичних занять з хірургії.

Основна частина. На кафедрі хірургії № 3 Харківського національного медичного університету з 2009 року проводиться впровадження елементів дистанційного навчання при викладанні хірургічних дисциплін для студентів 4-6 курсів медичних факультетів за кредитно-модульною системою організації навчального процесу і для студентів 2-4 курсів за традиційною системою викладання дисципліни. Як дистанційне навчальне середовище використана система дистанційного навчання Moodle.

На підставі останніх типових навчальних програм з хірургічних дисциплін, що рекомендовані для вищих медичних закладів, викладачами кафедри складені відповідні до вимог робочі програми. При їх розробці особлива увага приділена зв'язку навчального матеріалу із засвоєним студентами на кафедрах фундаментальних медичних дисциплін (анатомії людини, нормальної і патологічної фізіології, патологічної анатомії, фармакології і ін.). В процесі викладання широко застосовуються тестові завдання, ділові ігри, програмований контроль знань студентів і тому подібне.

Основою для засвоєння предмета є рівень і ступінь виживаності набутих знань на фундаментальних кафедрах. Для їх оцінки на першому занятті повинен проводитися тестовий контроль вихідного рівня підготовки студента. В ході заняття успішність додатково оцінюється за допомогою поточного і підсумкового тестового контролю. Результати тестування впливають на остаточну оцінку модульного контролю. Все це створює додаткову мотивацію у студентів до якісної самопідготовки.

Однією з активних форм навчання на кафедрі є проведення ділової гри за допомогою вирішення ситуаційних завдань. При проведенні даної форми навчання формується здатність майбутнього лікаря до логічного мислення, індивідуального підходу у вирішенні складних професійних завдань.

Хірургія не може бути освоєна тільки за рахунок теоретичного викладання предмета. Необхідно організувати практичне заняття так, щоб достатньо часу залишалось і на роботу студента біля ліжка хворого. Робота з пацієнтом під керівництвом викладача дозволить студентам закріпити теоретичні знання і освоїти практичні навички. З метою активізації

самостійної роботи студентів проводиться залучення їх до навчально-дослідницької роботи (участь в студентському науковому гуртку кафедри, виступ на студентських конференціях, підготовка реферативних повідомлень, оглядових доповідей, створення навчальних таблиць тощо).

Проте отриманий за останні роки досвід впровадження кредитно-модульної системи в навчальний процес виявив ряд проблемних питань, що вимагають рішення.

Недостатня кількість аудиторних годин для лекцій і практичних занять, що відводяться навчальною частиною на викладання дисципліни, вимагає пошуку шляхів їх компенсації за рахунок самостійної роботи студента. Кредитно-модульна система має на увазі значне збільшення об'єму самостійної роботи студентів і посилення самостійної ролі студента в здобуванні освіти, що вимагає додаткового методичного забезпечення.

Проведення контрольованого тестування під час практичних занять займає досить багато часу у викладача, втрачається час на роботу біля ліжка хворого. Комп'ютерний тестовий контроль, що проводиться під час практичного заняття, також не вирішує цієї проблеми. Очевидне рішення – в проведенні тестового контролю знань студентів поза рамками аудиторних годин.

Окрім цього, для підвищення якості складання студентами-випускниками ліцензійного іспиту “Крок-2” потрібна організація контрольованої підготовки студентів до комплексного тестування, що проводиться в позааудиторний час.

З метою вирішення даних питань нами додатково в навчальний процес була впроваджена технологія дистанційного навчання. Концепція дистанційного навчання, запропонована за кордоном, останнім часом широко впроваджується у вузах України і Росії [1-2]. Ухвалою КМУ № 1494 від 23.09.2003 року затверджена Програма розвитку системи дистанційного навчання на 2004-2006 роки, а наказом МОН України № 802 від 04.12.2003 року затверджені заходи щодо реалізації цієї програми.

Для реалізації даної технології на кафедрі були проведені такі заходи:

1. Вибрано електронне навчальне середовище дистанційного навчання, що відповідає поставленим вимогам для підготовки і проведення контрольованого дистанційного тестування студентів.
2. Розроблені регламенти створення тестових навчальних матеріалів і їх розміщення в дистанційному середовищі навчання, а також регламенти проведення

контрольованого тестового контролю і оцінки результатів, згідно з загальноприйнятими рекомендаціями для вузів України [3-4].

3. Сформована єдина база тестових завдань з хірургічних дисциплін для студентів 2-4 курсів стоматологічного і 4-6 курсів медичних факультетів, яка включає тести різного рівня складності і завдання з хірургії з відкритої бази даних комплексного ліцензійного тестування “Крок-2”.

4. Організований зворотний зв'язок студентів з викладачами кафедр за допомогою електронної пошти.

Контрольоване дистанційне тестування студентів дає можливість викладачеві організувати позааудиторний тестовий контроль, оперативно отримувати результати проходження тестів для аналізу, а студентів проводити підготовку до тестування в слушний для нього час.

Використання технології дистанційного навчання надає студентів можливість доступу у будь-який час до регулярно поповнюваної бази навчальних матеріалів з хірургії, таким чином, забезпечуючи

безперервність освітнього процесу і вивільняючи аудиторний час для роботи студента з хворим.

Впровадження елементів дистанційного навчання разом з підвищенням активності і якості роботи студентів впродовж 2009-2010 навчального року дозволило розвинути в них такі соціально-значущі якості, як дисциплінованість, відповідальність за виконання навчальних планів і завдань, бажання досконаліше засвоїти навчальний матеріал.

Дистанційне навчання в умовах кредитно-модульної системи організації навчального процесу вимагає ретельної підготовки з боку викладача, високого рівня особистої професійної підготовки і хороших організаторських здібностей, оскільки під час проходження модулів кожен студент працює не над стандартним для всіх завданням, а за власною програмою, залежно від рівня його попередньої підготовки.

Висновок. Впровадження елементів дистанційного навчання дозволяє оптимізувати використання навчального часу при проведенні практичних занять з хірургії і компенсувати дефіцит навчальних годин з дисципліни.

Література

1. Концепция о создании и развитии единой системы дистанционного обучения в России, утвержденная постановлением Минобразования России № 6 от 31.05.95 г.

2. Концепція розвитку дистанційної освіти в Україні, затверджена Міністром освіти України від 20.12.2000 р.

3. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах (методичний посібник). – Київ, 2004. – 80 с.

4. Бачурін Г.В. Тестовий контроль знань з урології студентів медичного університету // Запорізький медичний журнал. – 2003. – № 3. – С. 121.

КОРОТКОТРИВАЛІ ЦИКЛИ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ – ОДИН ІЗ ШЛЯХІВ УПРОВАДЖЕННЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ

В.Г. Марченко, О.А. Цодікова, С.С. Бринцова

Харківська медична академія післядипломної освіти

SHORT-TERM CYCLES OF TOPICAL IMPROVEMENT – ONE OF THE WAYS TO INTRODUCE CONTINUAL PROFESSIONAL DEVELOPMENT FOR DOCTORS

V.H. Marchenko, O.A. Tsodikova, S.S. Bryntsova

Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education

Представлено власний досвід проведення короткотривалих циклів тематичного удосконалення лікарів первинної ланки. Відзначено, що цикли тематичного удосконалення короткої тривалості мають попит для практичної охорони здоров'я і перспективу для впровадження в систему безперервного професійного розвитку лікарів.

The own experience has been presented for the short-term training cycles of topical improvement for the doctors of primary link. It has been noted that the short-term training cycles of topical improvement are on demand for the practical health care and are prospective to be introduced into the system of lifelong professional development for doctors.

Вступ. Інтеграція вищої медичної освіти в Україні до Болонського процесу, перехід до системи міжнародних освітніх стандартів, зокрема, безперервного професійного розвитку лікарів (БПР) потребують, з одного боку, подальшої оптимізації процесу післядипломного медичного навчання.

З іншої сторони, в умовах повсякденного значного росту кількості медичної інформації, оновлення технологій діагностики і стандартів лікування, підвищення вимог до якості медичної допомоги практикуючі лікарі відчувають потребу в постійному удосконаленні та оновленні своїх професійних знань і навичок [1]. З цих міркувань в особливо складному становищі опинились сьогодні лікарі загальної практики – сімейної медицини, які повинні бути фахівцями більш ніж з двадцяти медичних професій і, таким чином, частіше, ніж інші спеціалісти – медики, шукати шляхи для свого навчання. Цей факт, на нашу думку, може слугувати обґрунтуванням для перегляду законодавчо регламентованої кількості відвідувань лікарями циклів удосконалення впродовж року.

Основна частина. Реалізація цих двох процесів здійснюється на кафедрі поліклінічної педіатрії Харківської медичної академії післядипломної освіти

впродовж двадцяти п'яти років її існування як за загальновідомими традиційними методами навчання, так і шляхом пошуку та впровадження нових форм.

Єдина в Україні кафедра педіатрії ХМАПО, що має поліклінічний напрямок, свого часу була заснована з метою забезпечення оптимізації післядипломної підготовки безпосередньо лікарів первинної ланки системи охорони здоров'я – дільничних педіатрів на циклах спеціалізації, передатестаційних (ПАЦ) та тематичного удосконалення (ТУ). Крім того, останні десять років фахівці кафедри беруть участь в програмі реформування медичної галузі на засадах сімейної медицини.

Накопичений на кафедрі досвід викладання педіатрії лікарям поліклінічної ланки, зокрема сімейним лікарям, став основою для розробки нових навчальних програм для циклів тематичного удосконалення тривалістю 0,25 та 0,5 місяця (відповідно 40 та 78 навчальних годин), які в сучасних умовах, на нашу думку, є одними з оптимальних. Передумовою для їх створення стали такі чинники:

1. Наказ МОЗ України № 230 від 24.04.2008 р. “Про внесення змін до наказу МОЗ України від 07.12.98 № 346”, що законодавчо регламентує проведення

короткотривалих циклів тематичного удосконалення терміном 0,25 та 0,5 місяця [3].

2. Короткотривалі цикли виявились такими, що мають попит як серед лікарів – слухачів циклів, так і серед керівників лікувальних закладів, особливо в разі “виїзних” циклів. Обґрунтуванням цього факту є існування в Харківському регіоні, як і в інших областях країни, певних проблем в забезпеченні лікувальних закладів педіатричними фахівцями та сімейними лікарями. Так, дефіцит кадрів педіатрів в Харківській області і місті Харкові складає близько 13-15 %, сімейних – 25 % [2]. В зв’язку з цим відрив лікарів від місця роботи для навчання на довготривалих циклах (1-2 місяці) є недоцільним, а іноді і неможливим. Короткотривалі цикли, в певній мірі, вирішують цю проблему.

3. Актуальність короткотривалих циклів тематичного удосконалення обумовлена потребами часу або проблемами регіону.

Так, програма циклу ТУ “Впровадження клінічних протоколів в систему поліклінічного моніторингу за дітьми віком до 3 років” (тривалість 0,25 місяця) була розроблена на основі сучасних рекомендацій ВООЗ і нових наказів МОЗ України (№ 149, 152, 255, 584) з питань догляду та нагляду за дітьми раннього віку, положення яких потребували негайного впровадження в систему практичної охорони здоров’я. В 2008-2009 роках на кафедрі проведено 9 таких циклів, підготовку пройшли 380 лікарів.

Своєчасність іншого циклу ТУ “Поліклінічні аспекти організації профілактичних щеплень” (тривалість 0,5 місяця) також не викликає сумнівів. В 2010 році на кафедрі поліклінічної педіатрії проведено 3 таких цикли (на них навчено 115 лікарів). Із зазначеного контингенту слухачів здійснено підготовку фахівців для “Школи імунопрофілактики” в системі практичної охорони здоров’я м. Харкова (28 дільничних педіатрів). На кафедрі розроблені і впроваджені методичні матеріали для “Школи імунопрофілактики”.

4. Проведення короткотривалих циклів в Харківському регіоні підтримано керівниками міського та обласного управліннь охорони здоров’я, які зацікавлені в своєчасному і якісному навчанні своїх медичних кадрів. Спільна робота кафедри і керівників управліннь охорони здоров’я різного рівня в плануванні тематики циклів є запорукою їх попиту.

Література

1. Вища медична освіта України на сучасному етапі / В.В. Лазоришинець, М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Фещенко // Проблеми сучасної медичної науки та освіти. – 2008. – № 4. – С. 5–10.

2. Савво В.М., Мамалуй Н.І. Актуальність післядипломної підготовки спеціалістів за фахом “Педіатрія” та

5. Для лікарів “загальної практики – сімейної медицини”, згідно з багатопрофільністю їх професійних обов’язків, монотематичні короткотривалі цикли з різних медичних спеціальностей можуть, за вищезгаданої умови збільшення кількості регламентованих циклів удосконалення впродовж року, вирішити проблему їх безперервного навчання.

Наш досвід проведення короткотривалих циклів ТУ виявив їх певні дидактичні особливості. Так, короткотривалі цикли мають бути монотематичними, що обумовлено їх тривалістю. Навчальний матеріал повинен викладатись у вигляді мультимедійної презентації, що сприяє концентрації викладача на головних фактах, значно заощаджує час та до слухового додає ще й візуальне сприйняття. Обов’язковою є наявність методичних матеріалів, що супроводжують заняття – схеми, графіки, нормативні таблиці, алгоритми діагностики та лікування, класифікації, накази МОЗ України та інші на паперових або цифрових носіях, якими лікар зможе користуватись в подальшій практичній роботі. При проведенні короткотривалих циклів значно зростає роль електронних посібників для самостійної роботи слухачів, які, зокрема, використовуються не на заняттях, а в якості “домашньої” роботи. Інноваційним є використання системи інтерактивного тестування “SMART SENTEО”, за допомогою якого наприкінці циклу проводиться інтерактивне опитування слухачів циклів.

Для з’ясування відношення слухачів щодо навчання на короткотривалих циклах на кафедрі проводились соціологічні дослідження у вигляді анонімного анкетування, за результатами якого всі слухачі визнали теоретичну частину програм такою, що дозволяє їм якісно підвищити рівень знань, обсяг практичних навичок достатнім і таким, що відповідає потребам практичного лікаря з питань, що обговорюються на циклах. Слухачі погоджуються з усіма формами перевірки знань впродовж навчання (рішення ситуативних задач, використання посібників для самостійної роботи вдома, письмові контрольні роботи та інтерактивне тестування наприкінці циклу).

Висновок. Більшість слухачів, що навчались на циклах, вважають проведення короткотривалих циклів тематичного удосконалення перспективною формою безперервного професійного розвитку лікарів.

“Дитяча кардіоревматологія” в сучасних умовах // Проблеми сучасної медичної науки та освіти. – 2009. – № 3. – С. 12-13.

3. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 07.12.98 № 346: Наказ МОЗ України № 230 від 24.04.2008 р.

ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ СТУДЕНТІВ II-III КУРСІВ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НА ТЕРАПЕВТИЧНИХ КАФЕДРАХ

В.О. Мойсеєнко, Т.Д. Никула, С.Г. Шевчук, Т.Г. Осташевська, В.А. Хомазюк

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

THE FEATURES AND PROBLEMS OF INDUSTRIAL PRACTICE OF STUDENTS OF II-III COURSES IN CONDITIONS OF CREDIT-MODULAR SYSTEM ON THERAPEUTICAL FACULTIES

V.O. Moysyenko, T.D. Nykula, S.H. Shevchuk, T.H. Ostashevskaya, V.A. Khomaziuk

National Medical University by O.O. Bohomolets

У роботі представлено структуру та особливості проведення виробничої практики студентів II-III курсів в умовах кредитно-модульної системи; підняті проблеми її проведення на терапевтичних кафедрах та запропоновані шляхи вдосконалення.

In this work the structure and peculiarities of industrial practice conducting of the II- III course students in conditions of credit-modular system is presented; the problems of its realization on therapeutical faculties are lifted and the ways of improvement are offered.

Вступ. У підготовці висококваліфікованих лікарів виробнича практика відіграє надзвичайно важливу роль, вдосконалюючи вміння та закріплюючи навички на практиці. Організація навчального процесу здійснюється за кредитно-модульною системою відповідно до вимог Болонської декларації. Навчальна програма студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації передбачає проходження студентами (спеціальності: 7.110101 – “Лікувальна справа”, 7.110104 – “Педіатрія”, 7.110105 – “Медико-профілактична справа”) сестринської виробничої практики. Незважаючи на створення нових та вдосконалення існуючих програм, додатків до них, практичне вирішення питання проведення виробничої практики залишається відкритим [1, 2].

Основна частина. Мета статті – проаналізувати структуру виробничої практики студентів II-III курсів на терапевтичних кафедрах, висвітлити проблеми її проведення в умовах кредитно-модульної системи та запропонувати шляхи вдосконалення.

У Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця впродовж останнього року питання виробничої практики на молодших курсах двічі виносилося на розгляд ЦМК з терапевтичних дисциплін. Виробнича практика на молодших курсах забезпе-

чується 2-ма кафедрами: пропедевтики внутрішньої медицини № 1 (завідувач – д-р мед. наук, професор В.З. Нетяженко) та пропедевтики внутрішньої медицини № 2 (завідувач – д-р мед. наук, професор Т.Д. Никула).

Слід виокремити засади проведення виробничої практики на II та III курсах. На II курсі змістовий модуль 1 “Структура та основні завдання догляду за хворими в загальній системі лікування хворих терапевтичного профілю” передбачає ознайомлення студентів з основами догляду за хворими, усвідомлення ними ролі догляду в лікувальному процесі та його організації в умовах стаціонару. Календарно-тематичний план практичних занять включає 9 занять по 3 год кожне. Контроль вихідного рівня знань перевіряється 12-ма тестовими завданнями і займає (включаючи математичну обробку) до 25 % часу всього заняття, власне засвоєння практичних навичок займає близько 50 % часу заняття, ще 25 % – контроль засвоєння здобутих знань проводиться вирішенням ситуаційної задачі. Два перших заняття – “Основні принципи загального та спеціального догляду за хворими терапевтичного профілю” (заняття № 1) та “Організація роботи терапевтичних відділень стаціонару” (№ 2) мають більш ознайомчий характер

і дозволяють спокійно вкластися у відведений час. Заняття “Розпитування хворого та його роль в оцінці загального стану пацієнта” (№ 3) та “Роль огляду хворого в оцінці загального стану пацієнта” (№ 4) викликають неабиякий інтерес у студентів. Помічено, що витрата часу на засвоєння матеріалу щодо розпитування хворого залежить від характерологічних особливостей студентів. Трапляються випадки запізнення студентів на контроль кінцевого рівня знань та прохання перенести зібрані дані (анамнез) для розбору на наступному занятті, але слід враховувати, що наступне заняття присвячене іншій темі. Деякі викладачі витрачають час на переписування студентами схеми розпитування (як фрагмента історії хвороби). На занятті “Температура тіла, правила її вимірювання та реєстрації. Догляд за хворими з гарячкою” (№ 5) постає питання забезпечення студентів термометрами, як правило, кожен студент прагне виміряти температуру хворому, собі чи колезі. Доцільно ознайомити студентів з правилами дезінфекції термометрів, показати місця та умови зберігання термометрів у відділенні. Обов’язковим є графічне зображення коливань температури конкретного хворого у щоденнику. Подання рисунків температурних кривих при різних захворюваннях може бути запропоноване для самостійної позааудиторної роботи. Висока активність студентів спостерігається на занятті “Визначення основних показників гемодинаміки та дихання” (№ 6): вимірювання пульсу, артеріального тиску, оцінка частоти та типу дихання. Але інтерпретація отриманих даних не завжди належна, особливо це стосується цільових рівнів артеріального тиску. Тут має значення забезпечення студентів сучасною літературою, а вони користуються підручниками, отриманими в бібліотеці 2-5- (і більше) річної давності. Альтернативою може бути ущільнення лекційного матеріалу (але, зважаючи, що на II курсі передбачено лише 2 лекції) з викладанням новітніх досягнень. Результативність заняття “Застосування основних видів лікарських засобів” (№ 7): значною мірою залежить від наявності муляжів і їх доступності для кожного студента. Важливо акцентувати увагу на побічній дії деяких ліків і надання невідкладної допомоги у разі втрати свідомості, зупинки серця, різкому зниженні артеріального тиску. Це зробити не так легко, оскільки практичний курс передує теоретичному, що є суттєвим недоліком. Важливо вміти провести “Загальний і спеціальний догляд за тяжкохворими і агонуючими” (№ 8). Такі хворі є в кожному відділенні, але має значення база проведення практики, зокрема наявність неврологічного чи онкологічного відділень. На 9-му занятті

передбачений заключний контроль знань студентів з догляду за терапевтичними хворими. На нашу думку, він не повинен бути обтяженим пакетом з надмірною кількістю питань. Доцільно обмежитися збільшеною вдвічі (в порівнянні з вихідним контролем) кількістю питань (20-25) і вирішенням конкретної практичної навички (наприклад, виміряти температуру тіла, роздати хворому снодійні чи сечогінні препарати, виміряти артеріальний тиск та ін.).

Відповідно до навчального плану, проходження сестринської практики на кафедрі терапевтичного профілю передбачено у 6-му семестрі III курсу, коли наявні набуті знання з основних базових дисциплін: медичної біології, фізики, анатомії, фізіології, вивчені основні ази пропедевтики внутрішньої медицини (пальпація, перкусія, аускультация) та пройдено 2 підсумкові модульні контролю (ПМК) з відповідним тестуванням і здачею практичних навичок об’єктивного обстеження хворого. Програма виробничої сестринської практики інтегрується з пропедевтикою педіатрії та загальної хірургії. Календарно-тематичний план практичних занять включає, як і на II курсі, 9 занять, з них перше – 2 год, наступні – по 3 год кожне. Модуль 1 передбачає вивчення основних обов’язків та професійних дій медичної сестри терапевтичного відділення. Деякі розділи дублюють практику II курсу, зокрема “Структура і функції терапевтичного стаціонару”, “Термометрія”, “Правила забезпечення пацієнтів таблетованими та розчинними лікарськими препаратами”, їх слід мінімізувати. А от повторне “Дослідження пульсу та артеріального тиску”, навпаки, дозволяє поглибити знання. Контроль вихідного, базового та кінцевого рівнів знань аналогічні за структурою до виробничої практики по догляду за хворим. Оцінка за дисципліну “Сестринська практика” являє собою середнє арифметичне оцінок за модулі, є рейтинговою, виставляється за багатобальною шкалою з урахуванням поточної успішності та ПМК і має визначення за системою ECTS та традиційною шкалою, прийнятою в Україні. ПМК проводиться після завершення проходження сестринської практики у кожному з відділень (терапевтичному, хірургічному, педіатричному).

Проблеми залишаються спільними для II та III курсів: обмаль часу для самостійної роботи студентів у відділенні та для відпрацювання практичних навичок під контролем викладача, скупчення студентів у маніпуляційних, процедурних, оглядових тощо.

Шляхи вдосконалення виробничої практики вбачаємо в наступному:

– для максимального використання часу власне для засвоєння практичних навичок потрібно зазда-

легідь мати тестові завдання та ситуаційні задачі для проведення вихідного та кінцевого рівнів знань. Кількість варіантів тестових завдань має відповідати кількості студентів у групі (від 8 до 14). У процентному відношенні бажано зрівняти аудиторну та самостійну роботу (контроль вихідного рівня – 25 %, кінцевого рівня – 25 % і 50 % – залишити для самостійної роботи студента у відділенні); позааудиторна самостійна робота становить третину від аудиторної;

– для якісної оцінки проведення контролю знань залишити право за викладачем змінювати послідовність тестів з загальної бази даних, оновлювати їх;

– викладач має неухильно дотримуватися наміченого розподілу часу на проведення контролю вихідного і кінцевого рівнів знань та проведення базової частини заняття, не зловживаючи власним часом для консультативної роботи у відділеннях. Схема розпитування хворого (II курс) та зразки документації, що заповнюється медичною сестрою (III курс), стандарти підготовки до проведення інструментальних

методів дослідження та інші повинні бути роздані заздалегідь.

Залишаються відкритими питання технічного забезпечення підручними засобами, муляжами для наочного відпрацювання практичних навичок; педагогічного навантаження за узагальнення результатів ПМК, який проводиться окремо кафедрами хірургії, педіатрії, терапії; пріоритетність у цьому питанні певної кафедри чи деканатів з виробничої практики. Існує недосконалість стандартизації оцінювання студентів, наявна складність відпрацювання практичних навичок, як в режимі on-line, так і при наявності великої кількості пропусків.

У перспективі вбачаємо створення міжвузівського сайту з наочним відображенням проведення практичних навичок та обміну досвідом.

Висновок. Таким чином, в умовах кредитно-модульної системи очевидні певні особливості та проблеми проведення виробничої практики студентів II та III курсів, є резерви та шляхи покращення її проведення на терапевтичних кафедрах.

Література

1. Сестринська практика. Програма виробничої практики для студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації / В.З. Нетяженко, О.І. Дронов, В.Г. Майданник та ін. – Київ-Тернопіль, 2008. – 41с.
2. Деонтологічні аспекти організації практичної підго-

товки студентів на клінічній кафедрі / Т.Д. Никула, В.А. Хомазюк, В.О. Мойсеєнко, С.Г. Шевчук // Матеріали навч.-метод. конф. IV мед. ф-ту Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – Київ, 2003. – С. 9-10.

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ЗАНЯТТІ З ІНОЗЕМНОЇ МОВИ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ТЕХНОЛОГІЙ СПІВРОБІТНИЦТВА У МАЛИХ ГРУПАХ (COOPERATIVE LEARNING) У МЕДИЧНОМУ ВНЗ

Л.К. Москаленко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ORGANIZATION OF TRAINING AT FOREIGN LANGUAGE LESSON, USING COOPERATIVE LEARNING TECHNOLOGIES IN SMALL GROUPS IN MEDICAL HEE

L.K. Moskalenko

National Medical University by O.O. Bohomolets

У статті проаналізована методика кооперативного навчання, застосована при вивченні іноземної мови. Авторами проведено аналіз літературних джерел, визначено основні переваги та недоліки кооперативного навчання. Стаття містить результати проведеного експерименту, який підтвердив ефективність застосування кооперативного навчання.

The article analyzes methods of cooperative learning which was used at the lessons of foreign language. The authors performed analysis of literature, determined the key advantages and disadvantages of this method. The article contains the results of the performed experiment which proved the efficiency of cooperative learning.

Вступ. Відповідно до стрімкого розвитку системи освіти та останніх тенденцій України до інтеграції до європейського освітнього простору, українська система середньої та вищої освіти зазнає кардинальних змін. Варто згадати перехід середньоосвітніх навчальних закладів на 12-бальну систему оцінювання, а також спрямування вищих навчальних закладів на засади Болонської конвенції та прийняття ВНЗ кредитно-модульної системи викладання. Євроінтеграція України позначається на суттєвій зміні підходу до викладання як процесу взагалі, коли при традиційній системі, яка існувала раніше, учень та студент являли собою лише об'єкт навчання. Проте за останніми тенденціями набуває широкого поширення підхід, при якому учень та студент є не тільки об'єктом, але й суб'єктом навчання, що й обумовлює інтерактивність навчання взагалі.

Метою нашого дослідження було визначити сутність поняття “кооперативне навчання”, основні переваги та недоліки даної методики, способи застосування кооперативного навчання при навчанні іноземної мови у немовному ВНЗ, зокрема в НМУ ім. О.О. Бо-

гомольця, а також провести науковий експеримент та визначити результативність застосування даної методики.

Основна частина. Теорію інтерактивних технологій вивчали О. Пометун, О. Пироженко, В. Бедерханова, В. Битянова, Н. Семергей, С. Крамаренко, Г. Сиротенко, Л. Павленко та ін. Є. Голант запропонував існуючі моделі навчання класифікувати на активну та пасивну залежно від участі учнів у процесі навчання. Л.В. Пироженко розробила дану класифікацію глибше та включила до активного навчання підвид – інтерактивне навчання як таке, що має свої закономірності та особливості. Тобто навчання з активністю кожного студента, а також їх інтервзаємодія при цьому процесі навчання [2].

Якщо лекція забезпечує засвоєння лише 5 % матеріалу, читання – 10 %, демонстрація – 30 %, то практика через дію – 75 %, а взаємне навчання та застосування отриманих знань одразу ж – 95 %! Тобто інтерактивне навчання – навчання за участі викладача і того, хто навчається при миттєвому обміні набутими знаннями та навичками.

Одним із різновидів інтерактивного навчання є кооперативне навчання, або навчання у малих групах. Мала група містить 6-8 осіб, що, на нашу думку, сприяє підвищенню ефективності засвоєння мовного матеріалу. Варто зазначити, що за останні роки запровадження кредитно-модульної системи у ВНЗ України, зокрема в НМУ ім. О.О. Богомольця, кількість студентів в академічній групі зменшилася, з 18 до 12-13 осіб. Тобто є всі умови для запровадження кооперативного навчання.

Навчальне співробітництво як напрямок навчання базується на положеннях американського філософа Дж. Дьюї, згідно з яким вивчення предмета відбувається у відносно малих групах (4-6 осіб), при якому всі студенти об'єднані розв'язанням спільного завдання. Спільність цілей згуртовує, проте особиста відповідальність та індивідуальність у розв'язанні проблеми сприяють інтенсивному покращанню знань, умінь та навичок тих, хто навчається.

Також даний вид навчання називається (jigsaw) пазл, тобто кожний із учасників відіграє роль шматочка пазла – виконує свої власні функції, і лише при об'єднанні функцій можливо досягти спільної мети.

Розробка основної ідеології навчання у процесі співробітництва належить трьом групам американських педагогів: з університету Джона Хопкінса (Роберт Славін), університетів штатів Міннесота (Роджер Джонсон і Дейвід Джонсон) та Каліфорнія (Спенсер Каган) [6]. З різноманітних варіантів, існуючих у педагогічній науці відносно навчання у співпраці (Д. Хопкінс, Р. Славін, Еліот Аронсон, Д. Джонсон та Р. Джонсон, Шломо Шаран, С. Соловейчик та ін.), варто вирізнити та окремо розглянути варіант Джонсонів, співпрацю (“кооперацію”) як спільну роботу декількох осіб, що спрямована на досягнення загальної мети, а кооперативну грамотність – як основу у формуванні готовності студента до взаємодії, взаємоспілкування, взаємодопомоги [1]. Кооперативне навчання можливо класифікувати за декількома факторами, такими, як координація діяльності групи: кооперативне навчання із відкритою координацією, та з прихованою координацією, парне та групове кооперативне навчання, а також кооперативне навчання короткотермінове (2-3 тижні на вивчення однієї-двох тем), середньої тривалості (3 тижні – 2 місяці), а також довготривале кооперативне навчання (більше 2 місяців, коли група працює над великою темою, результатом чого можлива участь дослідницької групи у міжнародній конференції тощо).

Е.І. Федорчуком було визначено головні переваги групової роботи: взаємозалежність членів групи, їх

особисту відповідальність, спільну діяльність, реалізацію індивідуального потенціалу кожного із учасників, соціалізацію учасників групи, а також розвиток їх індивідуальних психологічних якостей [3].

Проте робота в малих групах також має свої недоліки: труднощі, пов'язані із адаптацією членів групи один до одного, відсутність духу змагання, а водночас нерозвинуті особисті амбіції (адже кожний учасник орієнтується на загальний результат).

Завдання, за допомогою яких формуються кооперативні уміння, умовно поділені на три великі групи:

– завдання з розвитку умінь предкомунікативної орієнтації (визначення теми спілкування, якщо тема вже є визначеною, визначення напрямків спілкування, типу спілкування, форми організації спілкування тощо, стилю розмови). Тобто, якщо студенти вивчають тему “AIDS” та отримують завдання підготувати прес-конференцію, присвячену дню СНІДу, вони повинні самостійно розподілити ролі, стиль проведення конференції, її основні напрямки, розподіл обов'язків, підбір інформації, а викладач лише спостерігає дану ситуацію та може відкоригувати (допомогти) студентам;

– завдання з розвитку умінь контакту (сюди належать як суто лінгвістичні завдання, так і завдання, виконання яких потребує певного розвитку лінгвокраїнознавчої компетенції, а також вмінь та навичок власне комунікації, напрацювання певних психологічних якостей). Студенти повинні правильно розробити структуру та послідовність виступів на конференції, розподілити ролі та відповідати отриманим ролям при виконанні них. Даний пункт більше стосується тих ситуацій, коли при вивченні тем ми стикаємося з лінгвокраєзнавчою компетенцією, наприклад, при вивченні теми Health Service in Great Britain and the USA, Insurance in Great Britain and the USA;

– завдання з розвитку умінь спілкування (власне комунікативні завдання, виконання яких більш сприяє психологічному, ніж лінгвістичному розвитку людини). Тут варто враховувати психологічну сумісність студентів, їх комунікативні здібності та вміння співпрацювати, і для успішного виконання даного пункту необхідне втручання викладача.

Ми можемо спостерігати перехід від постановки проблеми, її формулювання, формулювання основних цілей завдань, необхідних для досягнення цілей та власне дій.

При виконанні завдань у кооперативних групах можливо виділити такі міні-модулі: установчо-мотиваційний (мотивація студентів до мовної діяльності, пояснення викладача, ступінь зацікавленості у виконанні завдань), змістовно-пошуковий (визначення

основних напрямків вирішення завдань, досить творчий етап, який може включати як роботу із оригінальними мовними джерелами, так і консультування викладачем), системно-узагальнюючий (аналіз та систематизація результатів пошуку), оціночно-смысловий (визначення домінуючого напрямку вирішення завдання, оптимального варіанта), адаптивно-перетворюючий (власне практична діяльність щодо вирішення завдання), контрольно-рефлексорний (певна форма контролю та оцінювання отриманих результатів – презентація перед групою, виступ на конференції тощо) та духовно-естетичний – оцінювання роботи викладачем, оголошення подяки, виставлення оцінок тощо [4].

Розглянемо, яким чином можливо застосовувати кооперативне навчання при навчанні іноземної мови у немовному медичному ВНЗ. Тут можливо застосовувати такі різновиди оперативного навчання, як навчання у парах, яке можливо використовувати для перевірки та закріплення вивченого матеріалу (виконання вправ у парах, коли один виконує, а інший перевіряє), “карусель” – форма організації учасників по двох колах із різноманітними завданнями для кожного кола або збільшенням рівня складності (перше коло працює над визначенням часової форми дієслів у реченнях, друге, відповідно, трансформує речення з активу в пасив), власне робота в малих групах для вирішення спільного завдання [5]. Така робота може мати творчо-пошуковий характер, бути дискусійною, присвяченою актуальним проблемам, наприклад, обговорення доречності евтаназії або питання трансплантації органів. Також варто зазначити такий вид кооперативного навчання, як так званий “акваріум”, форма діяльності у малій групі, коли студенти вже мають навички спільної роботи.

Також можливо використовувати роботу в кооперативних групах за методом Jigsaw. Викладач розбиває студентів на групи та дає їм завдання будь-яким методом. У цьому завданні задається загальна тема для вивчення (проблемна ситуація, окреме питання теми тощо). Використовуючи синхронну або асинхронну комунікацію, студенти мають проаналізувати (структурувати) отримане завдання та розбити на кілька підзавдань (від двох до чотирьох). Далі вони планують свою роботу й визначають, хто за що відповідає (хто яку частину завдання готує).

Подальша робота будується за таким планом. Спілкування експертів. Студенти, відповідальні за конкретне питання, можуть на цьому етапі налагодити контакти через мережу зі своїми “колегами” з інших груп, які одержали таке ж завдання. Їхнє спільне

завдання – обговорити між собою стратегію пошуку й подання цього матеріалу іншим членам групи, обмінятися накопиченою інформацією з досліджуваного питання.

Пошук та аналіз інформації. На цьому етапі студенти працюють індивідуально, збираючи та аналізуючи інформацію. Їхнє завдання на цьому етапі – якомога детальніше познайомитися з питанням, вивчити матеріал для того, щоби це дозволило їм досягти “експертного” рівня в цій сфері.

Тренування експертів. Після збору й первісного аналізу інформації експерти знову працюють разом. Вони представляють зібрану інформацію один одному (або третій особі, наприклад, запрошеному “незалежному” експерту), підбивають підсумки зробленої роботи, виробляють остаточний варіант презентації з цієї теми, а потім представляють іншим учасникам групи.

Загальний збір групи. Кожний з експертів “повертається” у встановлений строк у свою групу та проводить презентацію. Його завдання зводиться до того, що за мінімальний час він повинен навчити своїх одногрупників того, про що довідався сам, і представити навчальні матеріали, якими користувався при підготовці до заняття. У комп’ютерній мережі подібні заходи зручніше за все проводити або у вигляді спілкування учнів у рамках списків розсилання (можна передавати і текстові матеріали, і презентації PowerPoint), або у вигляді мультимедійних телеконференцій (відеоконференцій).

Після завершення обміну презентаціями й обговорення всіх питань, які були недостатньо ясно відображені у презентаціях, студенти переходять до обговорення та оцінки роботи підгрупи в цілому. Відзначається внесок кожного у спільну справу, чи вдалося працювати командою, обговорюється навчальний процес (наскільки зручно було спілкуватись один з одним, чи все було зрозуміло тощо).

При такому навчанні завдання побудовані таким чином: вони модулюють інтерактивність спілкування, тобто участь двох сторін спілкування, сторони, яка продукує висловлювання та зворотної, реагуючої сторони, при такому навчанні присутня інформаційна програма – набір інформації, якою обмінюються сторони, викладач використовує ретельно дібрані комплекси завдань.

Нами було поставлено завдання запровадити кооперативне навчання при вивченні окремих тем студентами 2 курсів медичних факультетів, а саме AIDS. В експерименті взяли участь 4 групи студентів, 50 чоловік всього. 2 групи вивчали тему за традиційною методикою, з опрацюванням матеріалів підручника,

виконанням вправ, написанням тестів. Іншим 2 групам було запропоновано підготувати та провести на занятті міні-конференцію, присвячену актуальним

питанням СНІДу. В кінці вивчення теми викладачами були поставлені підсумкові оцінки за вивчення теми. Результати наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Порівняльний аналіз успішності студентів, які вивчали тему за стандартною методикою та у кооперативному навчанні

Методики	Середній бал, отриманий за написання тесту	% засвоєння лексичного матеріалу	% засвоєння граматичного матеріалу теми	Середній бал за тему
Стандартна методика	3, 88	72,11	74	4, 12
Кооперативне навчання	4, 45	93	76,4	4, 54

Отже, можемо порівняти результати: студенти, які навчалися за методикою кооперативного навчання, показали кращі результати, ніж студенти, які навчались за стандартною методикою, при написанні тесту, а також при оцінюванні засвоєння лексичного та граматичного матеріалу, що також відобразилось на оцінці за тему. Особливо яскраво виражена різниця при оцінюванні засвоєння лексичного матеріалу, який був безпосередньо використаний при навчанні кооперативним способом.

Висновки. Отже, нами було проведено дослідження кооперативного навчання при викладанні іноземних мов, проведено аналіз літературних джерел, визначено оптимальні стратегії застосування кооперативного навчання при викладанні іноземних мов у медичному ВНЗ із застосуванням кооперативного навчання, а також проведено експеримент із залученням кооперативного навчання при вивченні окремих тем, в результаті чого ми дійшли таких висновків:

1. Навчальне співробітництво як напрямок навчання базується на положеннях американського філософа Дж. Дьюї, згідно з яким вивчення предмета відбувається у відносно малих групах (4-6 осіб), при якому всі студенти об'єднані розв'язанням спільного завдання. Спільність цілей згуртовує, проте особиста відповідальність та індивідуальність у розв'язанні проб-

леми сприяють інтенсивному покращанню знань, умінь та навичок тих, хто навчається.

2. Головні переваги групової роботи: взаємозалежність членів групи, їх особиста відповідальність, спільна діяльність, реалізація індивідуального потенціалу кожного із учасників, соціалізація учасників групи, а також розвиток їх індивідуальних психологічних якостей.

3. Робота в малих групах також має свої недоліки: труднощі, пов'язані із адаптацією членів групи один до одного, відсутність духу змагання, а водночас нерозвинуті особисті амбіції (адже кожний учасник орієнтується на загальний результат).

4. При виконанні завдань у кооперативних групах можливо виділити такі міні-модулі: установчо-мотиваційний, змістовно-пошуковий, системно-узагальнюючий, оціночно-смысловий, адаптивно-перетворюючий, контрольньо-рефлексорний та духовно-естетичний.

5. Студенти, які навчалися за методикою кооперативного навчання, показали кращі результати, ніж студенти, які навчались за стандартною методикою, при написанні тесту, а також при оцінюванні засвоєння лексичного та граматичного матеріалу, що також відобразилось на оцінці за тему. Особливо яскраво виражена різниця при оцінюванні засвоєння лексичного матеріалу, який був безпосередньо використаний при навчанні кооперативним способом.

Література

1. Джонсон Д. Методы обучения. Обучение в сотрудничестве / Д. Джонсон, Р. Джонсон. – С.Пб.: Эконом. шк., 2001. – 338 с.
2. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования: Учеб. пособие для студентов пед. вузов и системы квалификации пед. кадров / Сост. Е.С. Полат и др. – М.: Издат. центр “Академия”, 2005. – 272 с.
3. Овчаренко Л.Г. Развитие кооперативных умений в многонациональной группе / Л.Г. Овчаренко, Т.А. Бога-

чѐва // Материалы IV Междунар. науч.-прак. конф. “Русский язык и литература. Проблемы изучения и преподавания в школе и вузе”. – К., 2006. – С. 361–364.

4. Kagan S. Cooperative Learning / Kagan S. – Resources for Teachers, Inc. – 1999.
5. Cooperative language learning / Carolyn Kessler, editor. – Prentice-Hall, Inc. – 1992.
6. Slavin R.E. Cooperative Learning / Slavin R.E. – New York: Longman, 1983.

УДК 378.661.014.6

КВАЛІФІКАЦІЙНИЙ РІВЕНЬ МАЙБУТНІХ СПЕЦІАЛІСТІВ – КРИТЕРІЙ ЕФЕКТИВНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО- МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ НА ТЕОРЕТИЧНИХ ТА КЛІНІЧНИХ КАФЕДРАХ

М.Д. Нарійчук

Одеський державний медичний університет

THE QUALIFICATION LEVEL OF THE FUTURE SPECIALISTS- CRITERION OF INSTILLATION EFFECTIVENESS OF A CREDIT MODULAR EDUCATION SYSTEM AT THEORETICAL AND CLINICAL FACULTIES

M.D. Nariychuk

Odessa State Medical University

Запропонована стаття присвячена проблемам впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України та підвищенню кваліфікаційного рівня майбутніх спеціалістів завдяки ефективності впровадження кредитно-модульної системи освіти на теоретичних та клінічних кафедрах.

Сьогодні Одеський державний медичний університет працює за Болонською декларацією, що є результатом закономірного розвитку і взаємовпливу освітніх систем Європи.

The proposed article is dedicated to the problems of a credit-modular system application of an educational process in Higher Medical (Pharmaceutical) Educational Establishments of Ukraine and to raising the level of professional qualification of future specialists thanks to the application effectiveness of a credit-modular education system at theoretical and clinical faculties.

The article deals with the analysis of the experience in Odessa State Medical University and Medical Universities of Ukraine and with raising the level of professional qualification of future specialists thanks to the effectiveness of the application in the credit-modular system.

Now Odessa State Medical University is working according to Bologna Declaration which is the result of the natural development and cooperation of European educational systems.

Вступ. 23 січня 2004 року наказом Міністерства освіти і науки України затверджено Програму проведення педагогічного експерименту щодо впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВНЗ III-IV рівнів акредитації. З 1 вересня 2004/05 навчального року в експерименті беруть участь 106 вищих навчальних закладів України, в яких навчається понад 120 тисяч студентів, у тому числі й Одеський державний медичний університет.

Новітні підходи до проблеми впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України та підвищенню кваліфікаційного рівня майбутніх спеціалістів при проведенні реформи вищої медичної освіти в Україні висвітлено

у програмі, навчально-методичній літературі та публікаціях І. Біжана, С. Залкіна, В. Карпенко, Б. Найденнова, В. Афанасенко, М. Деменко, А. Кривошелика, Е. Лусса, М. Нецадима, Я. Подоляка, В. Талалаєва та інших.

Основна частина. За підписаним у Болоньї документом, яким ми озброїлися у роботі, для досягнення єдиної за змістом і якістю європейської системи освіти задекларовано основні цілі і завдання, за якими організована діяльність Одеського державного медичного університету та медичних університетів України: введення двох циклів навчання за формулою 3 + 2, де перший цикл має тривати не менше трьох років і закінчується отриманням першого академічного ступеня бакалавра; другий цикл, який триває не менше двох років, орієнтований на отримання ступеня магістра; створення кредитної системи організації

© М.Д. Нарійчук

навчання відповідно до європейської системи трансферу оцінок; формування системи контролю якості освіти відповідно до вимог ENQA (European Network Quality Assurance – Європейська мережа з гарантування якості); підвищення мобільності студентів і викладачів у межах європейського освітнього простору; забезпечення працевлаштування випускників на європейському ринку праці [1, 6, 8–10].

Бажано, щоб довести необхідність роботи у ВМ(Ф)НЗ України за кредитно-модульною системою, провести порівняльний аналіз підготовки лікарів в Україні та Європі. Так, на додипломному етапі в Європі не існує підготовки лікарів за спеціальностями “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа”, “Медична психологія”, а здійснюється підготовка лікаря загальної практики; має місце варіабельність навчальних планів щодо вивчення окремих дисциплін, характерна єдина форма організації навчального процесу – за принципом кредитно-модульної системи. Є суттєві відмінності між нашими і європейськими навчальними планами. По-перше, у нас дуже перевантажений навчальний план і велика кількість навчальних дисциплін (близько 90). Якщо в Європі тижневе навантаження на студента становить 24-25 годин, то у нас 34-36 годин, тобто на 10 годин більше. У нас бувають четверті пари, які закінчуються о 18:00, після чого студенти вже не мають часу для якісної підготовки до наступних занять. В українському медичному вузі блок гуманітарних дисциплін перевищує такий у Європі на 85-90%. Лише в нашій державі до нормативних дисциплін віднесена військова підготовка. У навчальних планах Європи значно менша кількість годин відводиться на вивчення гігієнічних дисциплін. По-друге, відрізняються назви деяких навчальних дисциплін. Зокрема, в Європі використовуються назви: медична хімія (замість біоорганічна, фізико-колоїдна хімія), фізіологія (замість нормальна фізіологія), патоморфологія (замість патологічна анатомія), гігієна та екологія (замість загальна гігієна), пропедевтика внутрішньої медицини (замість пропедевтика внутрішніх хвороб), неврологія (замість нервові хвороби) тощо. По-третє, принцип поділу клінічних базових дисциплін на факультетські та госпітальні у державах ЄС і у світі не використовується. Немає факультетської та госпітальної терапії, є внутрішня медицина. Замість факультетської і госпітальної хірургії є хірургія і дитяча хірургія. Замість кафедри дитячих хвороб і, окремо, дитячих інфекційних хвороб існує одна кафедра педіатрії. Така дисципліна, як “Оперативна хірургія та топографічна анатомія”, в Європі викладається у складі загальної хірургії та анатомії.

Крім того, замість 16 клінічних та гігієнічних дисциплін на 6-му курсі в європейських університетах студенти мають практичну клінічну підготовку впродовж 10 місяців у якості помічника лікаря (intern clerkship) з внутрішньої медицини, хірургії, педіатрії, акушерства та гінекології, соціальної медицини і гігієни, клінічних курсів за вибором. Що стосується післядипломної підготовки, то замість нашої одnorічної, максимум – дворічної (для сімейного лікаря) інтернатури в Європі встановлено тривалість післядипломного навчання від 3 до 12 років.

Таким чином, серед напрямів реформування в системі вищої медичної освіти слід назвати: узгодження відповідно до європейських вимог і стандартів освітніх рівнів і кваліфікацій при підготовці лікарів; зміни форми організації навчального процесу за принципами кредитно-модульної системи; запровадження нового навчального плану; створення відповідного навчально-методичного супроводу. Не секрет, що наша освітня система поки що мало придатна для того, щоб готувати освічені і кваліфіковані кадри для сучасного ринку праці. Вирішення цієї проблеми вимагає серйозних змін в підходах до навчання, структури і змісту навчального процесу, мотивованого навчання студентів.

Входження України до Болонського процесу має комплексні перешкоди: по-перше, структура системи освітніх рівнів; по-друге, якісні зміни в навчальному процесі, так само як і змістовне наповнення навчальних програм відповідних освітніх рівнів [2]. Відповідно до стратегії інтеграції України у Європейський простір реформування вищої медичної освіти за принципами Болонського процесу була створена першою в Україні 01.01.2005 року університетська клініка як підрозділ Одеського державного медичного університету (ОДМУ). Ректор нашого ВНЗ академік В.М. Запорожан є керівником напрямку Міжвідомчої комісії з питань біологічної та генетичної безпеки при Раді національної безпеки і оборони України та очолює Міжвідомчу координаційну раду з фундаментальних та прикладних проблем медичної генетики при АМН і МОЗ України, є членом Української асоціації клітинної біології, Міжнародної асоціації тканинної інженерії та регенеративної медицини, Європейської асоціації штучних органів. Він є членом Європейської ради гінекологів-онкологів, Американської асоціації гінекологів-лапароскопістів, Європейського парламенту з питань біоетики, Почесним доктором багатьох провідних зарубіжних академій і університетів. Завдяки особистому авторитету академіка В.М. Запорожана серед провідних науковців світу, вчені університету мають можливість брати участь в сучасних про-

грамах і проектах з Росією, Бельгією, Нідерландами, США, Німеччиною, Польщею, Австрією, Великою Британією, що дає змогу удосконалювати та використовувати в навчальному та лікувальному процесах нові освітні та медичні технології, отримувати гранти, прямі поставки високотехнологічного медичного обладнання, щорічно проводити стажування науковців та викладачів в найкращих наукових центрах світу [3]. Навчальна робота в ОДМУ є пріоритетною. Вона здійснюється за навчальними планами, адаптованими до КМСОНП. Це забезпечує збалансовану фундаментальну, спеціальну і гуманітарну підготовку фахівців на стику різних галузей медичної науки. В навчальний процес впроваджене тестування, кредитно-модульна система, дистанційний метод навчання, незалежна система експертної оцінки знань студентів. За останні роки створені унікальні науково-лікувальні підрозділи університету: власні стоматологічна та багатопрофільна університетські клініки, НДІ молекулярно-генетичної та клітинної медицини, НДІ клінічної біофізики. Успішно функціонують створені сумісно з органами охорони здоров'я лікувально-діагностичні центри: кардіоревматології, мікрохірургії ока, остеосинтезу, ендоскопічної і лазерної хірургії, дитячої кардіології, токсикології та ін. Навчання іноземних студентів здійснюється російською, українською і англійською мовами.

Статус і порядок діяльності університетської клініки регламентуються Положенням про клінічну базу Одеського державного медичного університету від 09.09.2005, яке затверджене Міністерством охорони здоров'я України. Лікувальна, навчальна і наукова діяльність клініки спрямована на всебічне співробітництво з органами практичної охорони здоров'я.

ОДМУ є членом Міжнародної асоціації університетів і має угоди про академічне співробітництво із університетами таких країн: Іспанії, Греції, Італії, США, Польщі, Ірану, Нідерландів, Індії, Росії, Молдови, Німеччини і В'єтнаму [4].

Європейський освітній простір ставить до своїх партнерів такі вимоги: запровадження єдиного додатка до диплома; підготовка фахівців за двома освітньо-кваліфікаційними рівнями: бакалавр і магістр; уведення європейської системи перезарахування кредитів (ЄСПК – ECTS); подолання перешкод для ефективного вільного пересування студентів, викладачів, науковців та адміністраторів; досягнення відповідної якості вищої освіти з урахуванням взаємовизнаних критеріїв та методології; запровадження європейських критеріїв вищої освіти (узгоджені навчальні плани, інтегровані програми навчання, практичної

підготовки до наукових досліджень тощо). Виконання зазначених вимог не виключає належного ставлення до національних культур, мов та освітніх систем, а також автономії університетів. В ОДМУ збільшили кількість осіб, що проходять інternатуру за спеціальністю “лікар загальної практики – сімейної медицини”; переглянули програми очно-заочної перепідготовки лікарів-терапевтів та лікарів-педіатрів за спеціальністю “лікар загальної практики – сімейної медицини” та значно збільшили тривалість їх професійної підготовки на базах амбулаторій сімейних лікарів, поліклінік, одночасно обмежуючи підготовку та перепідготовку лікарів цього фаху на базах республіканських, обласних та міських лікарень. Якщо раніше класична парадигма навчання вкладалася у стосунки суб'єкт-об'єкт (де суб'єктом виступав викладач, а об'єктом отримання знання був студент), то тепер студент також стає суб'єктом навчання – в результаті ми отримуємо “активну співпрацю, в ході якої студент отримує знання і вміння, а викладач – майстерність” [2]. Спосібом реалізувати таку співпрацю викладачів і студентів є модульно-кредитна система, яка є однією з умов Болонського процесу. Вона передбачає модульну перевірку знань на початку, в середині і в кінці навчального курсу (модульні заліки), самопідготовку і активну участь в пропонуваніх протягом курсу видах роботи – семінарах, колоквиумах, індивідуальних заняттях.

Не секрет, що в Україні лекційна “начитка” курсу як домінуюча форма викладання зберігається і нині: студент фактично зобов'язаний вивчати курс за лекційним матеріалом, тоді як вивчення першоджерел є бажаним, але не критичним для засвоєння курсу (з точки зору оцінювання) [5]. Як показують дослідження, близько 35 % викладачів працюють поза місцем своєї основної роботи, підробляючи читанням курсів в інших закладах. З одного боку, позиція МОН України зрозуміла: через брак викладачів – кількість студентів з 1992 року до 2010 зросла в 1,4 рази (сумарно в закладах I-II і III-IV рівнів акредитації; якщо ж брати тільки III-IV рівень акредитації, то в них кількість студентів зросла вдвічі), тоді як кількість викладачів збільшилася лише на 2,7 % [7].

Як викладач університету можна впевнено стверджувати, що наша система освіти не позбавлена і певних недоліків. Серед них експерти називають відсутність систематичної роботи студентів протягом семестру, низький рівень їх активності, можливість необ'єктивного оцінювання знань студентів, обмеження вибору студентом навчальних дисциплін. Зараз у нас є добра нагода завдяки вимогам Болонського

процесу перейняти позитивні аспекти європейської системи освіти і разом з тим відстояти свої. Реформи дійсно необхідні. Вони дадуть змогу покращити якість медичної допомоги населенню України, забезпечити конкурентоспроможність нашого лікарського диплома на ринку праці і зробити привабливим навчання у вищих медичних закладах України для студентів інших країн.

Педагогічні технології в системі ECTS передбачають відхід від традиційної схеми “навчальний семестр, навчальний рік, навчальний курс” і відсутність екзаменаційних сесій. Замість цього матеріал поділяється на модулі, а оцінка з дисципліни є рейтинговою та визначається як середнє арифметичне оцінок за кожний модуль.

При обговоренні впровадження кредитно-модульної системи та рейтингового оцінювання знань в ОДМУ було прийнято рішення про збереження і традиційних підходів до викладання та оцінювання студентів. З метою заохочення студентів до опанування фундаментальних біологічних знань та запровадження здорової конкуренції в навчанні були розроблені критерії традиційних оцінок, які студенти отримують після вивчення дисципліни. Звичайно, ми розуміємо, що при великій кількості тестів досить висока похибка. Цей недолік ми враховуємо при здійсненні підсумкового модульного контролю, який включає від 60 до 200 тестових завдань. Створення комплектів тестових завдань, які враховують інтеграцію предмета з іншими дисциплінами, та еталонів відповідей вимагає серйозної підготовчої роботи. На жаль, ряд заходів, передбачених новою системою, взагалі не враховують систему розподілу викладацького навантаження. У нашому університеті поточний контроль проводиться на кожному занятті відповідно до конкретних цілей теми, а також під час індивідуальної

роботи викладача зі студентом. Вводиться навчання за індивідуальними планами, коли студент має можливість скласти для себе індивідуальний навчальний план, включивши більшою мірою саме ті предмети, які цікавлять його з точки зору майбутньої спеціалізації.

Висновки. Науковці ОДМУ переконані, що виконання формальних умов Болонського процесу не може розв’язати більшу частину освітніх проблем, але воно може стати загальною рамкою для цих перетворень. Україна включилася у цей процес і встигла трансформувати власну освіту за світовими стандартами. Інновації в системі медичної освіти тісно пов’язані із впровадженням сучасних стандартів вищої медичної і фармацевтичної освіти, введенням системи ліцензування і сертифікації фахівців. Ми акцентуємо увагу студентів на необхідності засвоєння міжнародних назв препаратів, що полегшить адаптацію майбутніх лікарів до фірмових назв ліків у тій чи іншій країні. Незважаючи на необхідність виконання великого об’єму роботи в досить стислі терміни, викладачі ОДМУ систематично впроваджують зміни, вважаючи їх кроком уперед. Впроваджуються не просто нові навчальні програми і плани, але і нова ідеологія, методологія викладання. Виходячи із завдань Болонських перетворень, ми забезпечуємо повний перехід на двоциклове навчання за формулою: бакалавр – магістр, використовуємо кредитно-модульну систему організації навчального процесу зі студентами першого курсу всіх спеціальностей, адаптуємо до неї навчальні плани і програми, вводимо європейську систему залікових, кредитних одиниць; забезпечуємо функціонування університетської системи моніторингу якості вищої освіти, що відповідає європейським аналогам, зокрема європейській мережі гарантування якості освіти – ENQA.

Література

1. Безносок О.О. Система модульно-рейтингового контролю успішності студентів: Автореф. канд. пед. наук: 13.00.04. – К., 2001. – 39 с.
2. Вища освіта України і Болонський процес // Навчальна програма. – Київ–Тернопіль: Вид-во ТДПУ ім. В. Гнатюка, 2004. – 18 с.
3. Волович В. Болонський процес і нова парадигма освіти в Україні // Соціологія: теорія, метод, маркетинг. – 2004. – № 4. – С. 189–199.
4. Ершова-Бабенко И.В. Психосинергетические стратегии человеческой деятельности (Концептуальная модель): Монография. – В.: NOVA KNYHA, 2005. – 360 с.

5. Запорожан В.Н. Биоэтика в XXI столетии: от глобальной биоэтики к нооэтике // Интеграция. антропология. – 2004. – № 2 (4). – С. 3–9.
6. Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I-IV рівнів акредитації МОЗ України / Ю.М. Казаков, Л.Ф. Звягінцева, В.Ю. Штомпель та ін. // Матеріали наук.-практ. конф. – Київ-Тернопіль, 1999. – С. 32-33.
7. Коржов Г., Кіпень В. Викладачі вузів: соціологічний портрет. – Донецьк, 2006.
8. Людський розвиток в Україні: 2007 рік. Щорічна науково-аналітична доповідь / За ред. Е. Лібанової. – К.: Інсти-

тут демографії та соціальних досліджень НАН України, Державний комітет статистики України, 2008.

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

10. 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. – Тернопіль: Тернопільський державний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка, 2004. – 147 с.

УДК 378.147.388.661(477.64).001.76

БОЛОНСЬКИЙ ПРОЦЕС ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ В ЗДМУ

Ю.М. Нерянов, В.І. Кравченко

Запорізький державний медичний університет

THE BOLOGNA PROCESS AND THE ORGANIZATION OF PRODUCTION PRACTICES IN ZSMU

Yu. M. Nerianov, V.I. Kravchenko

Zaporizhian State Medical University

У статті представлено досвід організації практичної підготовки студентів 2-4 курсів медичного факультету Запорізького державного медичного університету в контексті положень Болонського процесу. Обговорюються проблеми і перспективи впровадження кредитно-модульної системи та виробничої практики.

In the article information is expounded about experience of practical training for students of 2-4 courses of medical faculty of the Zaporizhian State Medical University, in the context of positions of Bologna declaration. Problems and prospects of introduction of the credit-modular system and production practice are discussing.

Вступ. Одним із важливих завдань сучасного вищого навчального закладу є підготовка професіонала, здатного до адаптації та реалізації власного творчого потенціалу, що передбачено особливостями та перспективами входження України до єдиного Європейського освітнього простору [1, 2, 3]. Болонський процес сьогодні є не тільки стратегією вибору для нашої країни, але і можливістю для молодого покоління отримати вищу освіту на рівні європейських та світових стандартів. В межах Болонського процесу необхідно здійснити на додипломному етапі підготовку лікаря широкого профілю на принципах доказової медицини [4].

Основна частина. Основною метою запровадження кредитно-модульної системи організації нав-

чання є забезпечення студентам можливості навчатися за індивідуальними варіативними частинами освітньо-професійної програми, орієнтованої на конкретні практичні вимоги замовника фахівця з тієї чи іншої галузі, а також вподобання та здібності студента; створення умов для стимулювання майбутніх фахівців, які здобувають вищу освіту, та заохочення їх до якісної освіти; надання студентам можливості отримувати професійні кваліфікації відповідно до вимог і потреб ринку праці.

Завданням виробничої практики є закріплення знань і навичок, отриманих при вивченні основних клінічних і теоретичних дисциплін, та їх подальше поглиблення і вдосконалення під час роботи. Це дозволяє не тільки покращити якість навчання, а й відображає практичну

орієнтацію викладання. При організації виробничої практики оцінюється початковий рівень умінь та навичок, ставиться завдання їх закріплення і розвитку під час проходження практики, а наприкінці – кінцевий контроль рівня досягнення мети практики.

У зв'язку зі складнощами в забезпеченні лікувально-профілактичних закладів міста молодшим і середнім медичним персоналом та враховуючи прохання УОЗ міської держадміністрації, ми вважаємо за доцільне проходження виробничої практики студентами в літній період.

Проведення практики по догляду за хворими на базі госпісу “Архангела Михайла”, за важкохворими з онкопатологією дозволяє студентам об'єднати психологічні, соціальні і духовні аспекти так, щоб пацієнти могли жити якомога більш продуктивно. Це вимагає бездоганного виконання професійного і громадянського обов'язку і накладає велику моральну відповідальність на студентів. Унікальність ситуації полягає в необхідності не тільки проводити маніпуляції, але і здійснювати психологічну підтримку пацієнтів і членів їх сімей, що прищеплює студентам етичні і духовні якості.

Сестринська виробнича практика проводиться послідовно у трьох відділеннях стаціонару (терапевтичному, хірургічному, педіатричному) і представлена трьома модулями. Для забезпечення повноцінного проведення сестринської практики кафедри і відповідні клінічні бази створюють банки методичного забезпечення тренінгу практичних навичок на основі доказової медицини та світових стандартів надання медичної допомоги, обладнуються фантомами, муляжами і тренажерами, що підвищує адаптацію студентів до подальшої виробничої практики на старших курсах, тому у нас створені центри для практичної підготовки, де на спеціальних фантомах, муляжах і тренажерах студент може значно покращити засвоєння практичного матеріалу, що стане допуском до виконання певних маніпуляцій в клінічних умовах та підведення підсумкового модуля.

Лікарська виробнича практика студентів 4 курсу проводиться послідовно у чотирьох відділеннях стаціонару (терапевтичному, хірургічному, педіатричному та акушерському) і представлена чотирма модулями. Але ж “лікарська” практика, яка проводиться після закінчення четвертого курсу, не може проходити повноцінно, оскільки один з основних розділів терапії – кардіологія – вивчається на п'ятому курсі. Центральною методичною комісією ЗДМУ внесено корективу в програму дисциплін “Внутрішні хвороби” і на четвертому курсі здійснюється часткове вивчення кар-

діології, частина ж пульмонології перенесена на п'ятий курс. Під час виробничої практики студенти відпрацьовують навички, передбачені в освітньо-кваліфікаційній характеристиці. Вони спілкуються з хворими, разом з лікуючим лікарем беруть участь в обстеженні цих хворих, у виконанні лікарських маніпуляцій за дорученням лікуючого лікаря, проводять записи в історіях хвороби.

На всіх етапах практики маніпуляції і практичні навички, що виконуються студентами, фіксуються в щоденниках виробничої практики та “Свідоцтвах практичної підготовки”. Студенти і керівники практики в повному обсязі забезпечені всією необхідною навчально-методичною документацією, в якій чітко позначені цілі і завдання, методи досягнення кінцевих результатів та підсумковий контроль за набутими практичними навичками.

Беручи до уваги скорочення термінів практики на 4 та 5 курсах, вважаємо доцільним активізувати роботу щодо відпрацювання практичних навичок протягом навчального року. Оптимальні умови для проходження практики для студентів створені на базі університетської клініки, але тільки для невеликої кількості студентів. Тому існує нагальна потреба створення потужних університетських клінік, які відповідали б європейським стандартам, де повноправно працювали б наші студенти.

Висновки: 1. Освоєння практичних навичок під час виробничої практики дозволяє студентам закріпити знання і навички, отримані при вивченні основних клінічних і теоретичних дисциплін в умовах майбутньої професії, логічно і послідовно поглиблювати і вдосконалювати їх, покращити якість навчання.

2. З огляду на недостатній рівень знань і умінь студентів з надання невідкладної медичної допомоги хворим, бажано ввести в програму виробничої практики роботу студентів у відділеннях інтенсивної терапії і реанімації та чергування на підстанціях швидкої медичної допомоги.

3. Використання фантомів, манекенів та стимуляторів при проведенні виробничої практики, особливо на молодших курсах, є необхідним та корисним як для студента, який може “відтренувати” необхідні йому в майбутньому навички та маніпуляції, так і для викладача, що матиме змогу унаочнити викладацький процес.

4. При проведенні лікарської та поліклінічної виробничої практики необхідно максимально використовувати можливість оволодіння студентами практичними навичками біля ліжка хворого з оформленням “реальної” медичної документації.

5. Створення університетських клінік на базі обласних багатопрофільних клінічних лікарень дозволить

покращити якість проходження виробничої практики згідно з європейськими стандартами.

Література

1. Вища освіта України: Болонський процес: Навч. посібник / За ред. В.Г. Кременя. – Тернопіль: Навч. книга-Богдан, 2004. – 384 с.

2. Волосовець О.П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій школі // Медична освіта. – 2005. – С. 12–16.

3. Ніколаєнко С. Вища освіта і наука – найважливіші сфери відповідальності громадського суспільства та основа інноваційного розвитку// Освіта України. – 2005. – № 24. – С. 3–5.

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

УДК 378. 1: 613

ЯК МОЖНА ПІДВИЩИТИ ЯКІСТЬ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ ПРИ ВИВЧЕННІ ГІГІЄНИ ТА ЕКОЛОГІЇ НА ПРОФІЛЬНИХ КАФЕДРАХ ВМ(Ф)НЗ УКРАЇНИ

К.О. Пашко, М.О. Кашуба, В.А. Кондратюк, Г.А. Крицька, Д.В. Козак,
О.М. Сопель, О.М. Смачило, Н.В. Флекей, В.І. Вахтарчук¹

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського,
¹ ДЗ “Шумська райсанепідстанція”*

HOW POSSIBLE TO PROMOTE QUALITY OF TRAINING PROCESS EMPLOYMENTS AT THE STUDY OF HYGIENE AND ECOLOGY ON THE SPECIALIZED DEPARTMENTS OF HMEI OF UKRAINE

K.O. Pashko, M.O. Kashuba, V.A. Kondratiuk, H.A. Krytska, D.V. Kozak, O.M. Sopel,
O.M. Smachylo, N.V. Flekey, V.I. Vakhtarchuk¹

*Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky,
¹ SI “Shumsk Regional Sanepidemiological Station”*

Підвищенню якості практичних занять при вивченні гігієни та екології сприятимуть перегляд навчальних програм і розвиток відповідної сучасної матеріально-технічної бази профільних кафедр. Проведення частини практичних занять безпосередньо на досліджуваних об'єктах та створення навчальних відеофільмів можуть підвищити наочність практичних занять і допомогти студентам досягнути рівня компетенції, що задовольняє потреби сьогодишньої медицини.

Implementation of new syllabi and modern technical and material base of learning process in Hygiene and Ecology of specialized departments will improve the quality of training process. Conducting of practical courses directly on investigating objects, creating training videos may increase use of visual methods on practical courses and can help students to achieve the level of competence, that satisfies the needs of modern medicine.

© К.О. Пашко, М.О. Кашуба, В.А. Кондратюк та ін.

Вступ. Однією з рекомендацій щодо забезпечення якості освіти в Європейському освітньому просторі вищої освіти є забезпечення розробки і втілення у життя стратегії постійного підвищення якості засвоєння навчальних програм студентами вищих навчальних закладів. Цим зумовлюється необхідність періодичного перегляду та моніторингу навчальних програм з гігієни та екології. Для якісної розробки нових навчальних програм, на наш погляд, участь в цьому процесі повинна брати якомога ширша аудиторія професорсько-викладацького складу профільних кафедр. Створення навчальних програм медичного університету не повинно бути виключно “суперавторським” правом лише їх розробників. Цей підхід призводить до “замкнутості” навчального закладу. Навчальна програма – це візитна картка ВМ(Ф)НЗ. Опорні кафедри медичних університетів, рухаючись до своєї “прозорості”, повинні публікувати на своїх Інтернет-сайтах детальні варіанти навчального плану, навчальних програм і використаних освітніх технологій [1]. Навчальні заклади повинні забезпечити навчальний процес достатніми матеріальними ресурсами, які відповідатимуть змісту нових програм.

Максимальна наближеність змісту навчальних програм до вимог майбутньої професійної діяльності з сучасним матеріальним забезпеченням навчального процесу сприятиме активності та зацікавленості студентів у засвоєнні теоретичних знань і практичних навичок.

Основна частина. У кожній новій навчальній програмі “Гігієна та екологія” для студентів медичного факультету кількість аудиторних годин постійно і необґрунтовано зменшується. Для компенсації цього скорочення кафедра загальної гігієни та екології ТДМУ забезпечила студентів практично всіма необхідними інформативними навчально-методичними матеріалами, які розміщені на Веб-сторінці нашої кафедри, що забезпечує можливість повноцінної підготовки студентів до лекцій та практичних занять. У навчально-науковому інституті, до складу якого входить наша кафедра, створені бібліотека (окрім університетської бібліотеки) з потрібною навчальною літературою та комп’ютерний клас з комп’ютерами, підключеними до мереж Інтернету та Інтранету. Бібліотека електронних ресурсів університету має такі компоненти для вивчення тем навчальних програм з гігієни студентами усіх факультетів, як електронні підручники, навчальні посібники, монографії, навчальні таблиці, навчальні відеофільми, мультимедійні навчальні компакт-диски [2, 3].

У матрикулі практичних навичок, який отримує кожний студент на початку навчального року, є перелік і тих, які потрібно засвоїти з розділу гігієни та екології. Алгоритм виконання кожної навички є у створених на кафедрі навчальних відеофільмах. Тепер актуальним є питання про тематику та методику проведення практичних занять з гігієни та екології. Їх тематика повинна охоплювати найбільш важливі розділи дисципліни, які будуть конче потрібні для вирішення професійних завдань майбутньому фахівцю. А методика проведення практичних занять повинна сприяти відпрацюванню студентами умінь і навичок з освоєння методів та методик, які їм доведеться використовувати в професійній діяльності. Тут ми вбачаємо уже достатньо суттєву розбіжність між вимогами навчальної програми (2007 р.) та тим, що треба буде робити у майбутньому нашим випускникам під час виконання професійних обов’язків. Наприклад, на 3 курсі медичного факультету тема 2 “Методика визначення та гігієнічна оцінка температури, вологості, швидкості руху повітря, їх впливу на теплообмін. Гігієнічна оцінка комплексного впливу параметрів мікроклімату на теплообмін людини (кататермометрія, еквівалентно-ефективні, результуючі температури)” передбачає відведення значної частини часу практичного заняття на вивчення принципу дії і будови приладів, які випущені 20 і більше років тому. Хоча уже є електронні, а не механічні прилади, які показують декілька параметрів одночасно і їх схему знають лише розробники. Наприклад, немає потреби у вивченні окремо анемометра, гігрометра, кататермометра, термометра при дослідженні параметрів мікроклімату, якщо вже існує прилад – вимірювач одноразових або періодичних параметрів мікроклімату “Метеоскоп”. Для визначення освітленості і яскравості замість люксметра випущено вимірювач освітленості і яскравості ТКА-ПКМ Модель 61. Замість визначення концентрації вуглекислого газу за допомогою шприца та розчину соди з фенолфталеїном і відповідних таблиць можна використати газоаналізатор Kane 425 для вимірювання концентрації O_2 , CO , CO_2 , тиску, температури тощо. Можна навести ще ряд таких прикладів.

Тому студенту вже не потрібно затрачати час на вивчення їх схематичного зображення та принципу роботи (вимоги програми 2007 р.), а треба лише освоїти порядок роботи з ними, що займає значно менше часу, ніж раніше. Тому акцент тепер необхідно робити не на вивчення застарілих приладів, а на методики дослідження показників, отриманих за допомогою сучасних приладів, що характеризують вплив на функції

організму та стан здоров'я людини чинників навколишнього середовища, на більш глибокий аналіз отриманих результатів дослідження та їх інтерпретацію. За умов обмеженого фінансування ВМ(Ф)НЗ досить складно виділити кошти на придбання сучасних приладів, але і витратити обмежений ліміт навчального часу на вивчення застарілих приладів та непотрібних методик буде ще дорожче для студентів, викладачів і суспільства. Вихід з цієї ситуації – лише у забезпеченні навчального процесу сучасними приладами. Відповідно, повинна змінитися і методика проведення ряду практичних занять. Частина звільненого навчального часу можна використати на проведення практичних занять безпосередньо на об'єктах, де можна дослідити фактори виробничого і навколишнього середовища та їх впливу на організм і здоров'я людини. Це може допомогти вирішити одну з основних проблем вивчення дисципліни – забезпечення достатньої наочності та ефективності навчання. Відомо ж – ліпше один раз побачити, ніж сто разів почути. У нашому університеті такі передумови для проведення практичних занять безпосередньо на об'єктах завдяки навчанню за методикою “єдиного дня” створені. Вважаємо, що доцільно було б внести корективи у програму навчальної дисципліни “Гігієна та екологія” з попереднім обговоренням її на профільних кафедрах.

Література

1. Банчук М.В. Формування єдиного освітнього медичного простору ВМ(Ф)НЗ України в контексті загальноєвропейської стратегії: інформаційний підхід // Медична інформатика та інженерія. – 2009. – № 1. – С. 4–7.
2. Ковальчук Л.Я. Впровадження новітніх методик і систем навчального процесу в Тернопільському державному

Іншим шляхом підвищення наочності навчання є створення навчальних фільмів. Використання спеціальної апаратури для отримання тримірних зображень дало б ефект реального перебування студента на об'єкті. Але це у майбутньому. Сьогодні можна було б за допомогою звичайної відеокамери створювати навчальні фільми про досліджувані об'єкти у містах, де базуються ВМ(Ф)НЗ. Необхідно лише опорній кафедрі розробити перелік навчальних фільмів і розподілити їх між кафедрами для перетворення у реальність, а колективам всіх кафедр зробити свій внесок у справу створення спільної бази навчальних фільмів з наступним взаємообміном ними. Тим більше, що деякі кроки у цьому напрямку окремими ВМ(Ф)НЗ уже зроблені.

Висновки: 1. Оновлення матеріально-технічної бази кафедр гігієнічного напрямку зумовлює запровадження нових методик практичних занять та необхідність частішого перегляду навчальних програм.

2. Створення достатньої наочності практичних занять з гігієни та екології і досягнення студентами потрібного рівня компетенції можуть відбуватися шляхом удосконалення навчального процесу за активної участі усіх кафедр гігієнічного напрямку ВМ(Ф)НЗ України.

медичному університеті імені І.Я. Горбачевського // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 10–14.

3. Марценюк В.П. Розробка і впровадження системи електронного навчання в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського // Медична освіта. – 2008. – № 2. – С. 74–75.

ВПРОВАДЖЕННЯ КОНЦЕПЦІЇ КОМПОНЕНТНО-ОРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ ДО НАВЧАННЯ В ПІСЛЯДИПЛОМНУ ПІДГОТОВКУ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ В ІНТЕРНАТУРІ

А.С. Свінціцький, В.О. Дорошенко, Я.Ю. Гомза

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

IMPLEMENTING THE CONCEPT OF COMPONENT-ORIENTED APPROACH TO TEACHING IN POST-GRADUATE TRAINING OF DOCTORS AND PHARMACISTS IN THE INTERNSHIP

A.S. Svintsitskyi, V.O. Doroshenko, Ya.Yu. Homza

National Medical University by O.O. Bohomolets

За останні десятиліття чисельність тих, хто навчається за сучасними нетрадиційними технологіями, зростає значно швидше, ніж тих, хто використовує традиційні форми.

Метою дослідження було визначити ефективність та розробити способи впровадження концепції компонентно-орієнтованого підходу до навчання в післядипломну підготовку лікарів і провізорів в інтернатурі.

Основними способами впровадження концепції компонентно-орієнтованого підходу до навчання в післядипломну підготовку лікарів і провізорів в інтернатурі є: формування типу мислення лікарів (провізорів)-інтернів, який ґрунтується на пошуку у процесі вирішення клінічних задач; формування в лікарів (провізорів)-інтернів умінь оформляти схему розв'язування складнішої клінічної ситуації у вигляді завершеної нової компоненти, яка може бути використана для вирішення наступних діагностичних, лікувальних, профілактичних та інших необхідних завдань; використання в навчальному процесі лікарів (провізорів)-інтернів нової ідеології сучасних науково-педагогічних програмних засобів. Подальші розробки в даному напрямку є перспективними для підвищення якості навчання лікарів і провізорів на післядипломному етапі.

Впровадження концепції компонентно-орієнтованого підходу до навчання в післядипломну підготовку лікарів і провізорів в інтернатурі є ефективним засобом підвищення якості медичної післядипломної освіти.

The aim of the research was to reveal the effectiveness and to develop the methods of implementing the concept of component-oriented approach to teaching in postgraduate training of doctors and pharmacists in the internship.

The main methods of implementing the concept of component-oriented approach to teaching in postgraduate training of doctors and pharmacists in the intership are the next: the doctors' and pharmacists' mind-set formation, which is based on the search of clinical tasks decision process; the scheme decision of more complicated clinical situation design ability formation in doctors and pharmacists interns, as a new accomplished component, which may be used for the following decision of diagnostical, medical, prophylactic and some others necessary tasks; the new modern scientific pedagogical programme resource ideology using in the doctors' and pharmacists' educational process. Further developments in this direction is perspective to prepare quality training for doctors and pharmacists at postgraduate stage. Implementing the concept of component-oriented approach to teaching in postgraduate training of doctors and pharmacists in the internship is the effective method of improving the quality of postgraduate medical education.

Вступ. Характерною ознакою століття, яке розпочалося, є визнання того, що повноцінність життя людини залежить не лише від задоволення її матеріальних потреб, а, що дуже важливо, й володіння нею достатнім освітнім рівнем знань. Для сучасного фахівця, особливо в царині медицини, неперервне навчання стає нагальною потребою, тому першочерговою стала проблема постійного вдосконалення професійного

рівня кожного лікаря, що є гарантом не тільки успішності кар'єри, утвердження статусу особистості в суспільстві та власного “Я”, але і забезпечення належного сучасного рівня надання медичної допомоги населенню [5].

При таких вимогах задоволення попиту всіх бажаючих навчатися з використанням традиційних форм стає надто проблематичним як в організаційному

плані, так і в навчально-методичному, матеріально-технічному, фінансовому та соціально-економічному. Такого навантаження не витримає жодна система освіти, навіть високорозвинених в економічному аспекті країн. Світова статистика засвідчує, що за останні десятиліття чисельність тих, хто навчається за сучасними нетрадиційними технологіями, зростає значно швидше, ніж тих, хто використовує традиційні форми.

Мета дослідження: 1) визначити ефективність впровадження концепції компонентно-орієнтованого підходу до навчання в післядипломну підготовку лікарів і провізорів в інтернатурі;

2) розробити способи впровадження концепції компонентно-орієнтованого підходу до навчання в післядипломну підготовку лікарів і провізорів в інтернатурі.

Основна частина. Формування інформаційно-технологічного суспільства, докорінні зміни в соціально-економічному, духовному розвитку держави потребують підготовки викладача нової генерації. Особливу увагу при цьому необхідно приділити інформатизації та реформуванню освітньої системи в Україні, що призведе до:

– появи нових можливостей для оновлення змісту та методів навчання дисциплін і розповсюдження знань;

– розширення можливості одержання освіти для великої кількості молодих людей, включаючи тих, хто не може навчатися у вищих навчальних закладах за традиційними формами внаслідок браку фінансових або фізичних можливостей, професійної зайнятості, віддаленості від великих міст, престижних навчальних закладів тощо;

– реалізації системи безперервної освіти “через все життя”, включаючи середню, довузівську, вищу та особливо післядипломну;

– індивідуалізації навчання за умови масовості освіти.

Ідея компонентно-орієнтованого підходу полягає в такій організації навчального процесу, за якої попередні, раніше засвоєні знання і способи діяльності повинні використовуватися як новий інструмент для розв’язування завдань більш високого рівня.

Традиційні технології навчання також передбачають використання раніше засвоєних знань, методів і прийомів. Наприклад, лікар-інтерн не може призначити хворому лікувальний комплекс, не застосувавши знання, отримані на курсі клінічної фармакології. Це ситуація, коли під час розв’язування тієї чи іншої задачі доводиться проходити весь шлях — від елементарних дій до останнього кроку одержання результату [1, 3, 4, 5].

За компонентно-орієнтованого підходу у лікарів та провізорів інтернів (курсантів, слухачів) формується тип мислення, який ґрунтується на пошуку, доборі та найбільш доцільному використанні компонентів розв’язування попередніх клінічних задач у процесі вирішення задач вищого рівня складності.

Компонентно-орієнтований підхід вимагає в лікарів та провізорів інтернів виділяти на кожному етапі навчання суттєве і несуттєве, сприяє формуванню абстракцій через створення власних чи використання відомих, раніше створених компонент для розв’язування нової, складнішої клінічної задачі. При цьому забезпечується істотна інтенсифікація процесу пізнання, підтримується індивідуальна траєкторія навчання через можливість надання викладачем для кожного з тих, хто навчається, того чи іншого набору компонент [4, 5].

Технологія компонентно-орієнтованого підходу вимагає сформувати в лікарів (провізорів)-інтернів уявлення про компоненту як абстракцію, що є інструментом створення нової абстракції і розуміння того, що прийоми і засоби своєї діяльності вони можуть покращувати через засвоєння раніше вивчених і створених компонент. Викладачу важливо усвідомити, що принцип компонентно-орієнтованого навчання вносить якісні зміни в навчально-пізнавальну діяльність, які визначають новий підхід до розв’язування задач, пов’язаний із умінням віднайти найбільш ефективні компоненти і поєднати їх для розв’язування поставленої задачі, та може бути способом підвищити якість навчання лікарів і провізорів на післядипломному етапі.

Використання компонентно-орієнтованого підходу в навчанні лікарів (провізорів)-інтернів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця проходить через інтеграцію традиційних та нових комп’ютерно-орієнтованих технологій навчання, які можуть імітувати близьку до реальної клінічну ситуацію.

Розв’язування клінічних задач кожного рівня (субординатур, інтерн, лікар) використання певного інструментарію. Знання, навички та вміння, отримані в процесі вивчення певної теми (розділу, нозології), перетворюються в компоненту, що використовується для розв’язування задач наступного класу більш високого рівня складності.

Зазначена проблема може розв’язуватися через призму виділення істотного і неістотного в процесі вирішення задач-ситуацій розглядуваного рівня.

Можливість добору необхідних компонентів, причому персонально для кожного, що підтримують процедуру розв’язування задач заданого класу, визначає принцип компонентно-орієнтованого навчання лікарів (провізорів)-інтернів, що базується на таких засадах:

– необхідності виділення суттєвого (основного) і несуттєвого (другорядного) під час розв’язування клінічних задач;

– виборі компонентів розв’язання клінічних задач, що забезпечують необхідну глибину і швидкість одержання результату;

– методично обґрунтованій системі визначення рівнів деталізації розв’язування клінічних задач;

– можливості використання схем чи алгоритмів розв’язування раніше розв’язаних клінічних задач як компонентів у розв’язуванні наступних клінічних задач;

– використання абстракцій, що відповідають ієрархії компонентів розв’язування навчальних клінічних задач.

Найбільш повно втілити в життя компонентно-орієнтований підхід навчання лікарів (провізорів)-інтернів дозволяють освітні програмні засоби, які для навчання лікарів (провізорів)-інтернів повинні містити такі модулі:

- електронний підручник;
- електронний довідник;
- тренажерний комплекс (комп’ютерні моделі, конструктори, тренажери, муляжі);
- задачник;
- електронний лабораторний практикум;
- комп’ютерна тестуюча система;
- система планування процесу навчання.

Електронний підручник призначений для самостійного вивчення теоретичного матеріалу курсу і ґрунтується на гіпертекстовій основі, що дозволяє працювати за індивідуальною освітньою траєкторією. Прикладом такої інновації може бути монографія кафедри загальної хірургії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця “Хірургічне лікування термінальних дефектів пальців кисти” (рис. 1) [2].

Комп’ютерний підручник містить ретельно структурований навчальний матеріал, у вигляді послідовності інтерактивних кадрів, що містять не тільки текст, але й мультимедійні додатки. Гіпертекстова структура дозволяє визначити як оптимальну траєкторію вивчення матеріалу, так і зручний темп роботи й спосіб викладу матеріалу, що відповідає психофізіологічним особливостям його сприйняття. В електронному підручнику може бути передбачена можливість протоколювання дій користувача для їхнього подальшого аналізу викладачем.

Нелінійна організація навчального матеріалу, інтерактивність кожного кадру, а також можливість протоколювання інформації про вибір лікарем (провізором)-інтерном траєкторії навчання визначають специфіку електронного підручника.

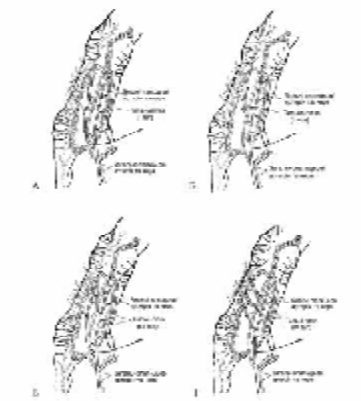


Рис. 1А. Червонокольоровий муляж пальця кисти з термінальним дефектом кінцівки.

Рис. 1Б. Червонокольоровий муляж пальця кисти з термінальним дефектом кінцівки. Видимі судини пальця з термінальним дефектом кінцівки. Червонокольоровий муляж пальця кисти з термінальним дефектом кінцівки. Видимі судини пальця з термінальним дефектом кінцівки. Червонокольоровий муляж пальця кисти з термінальним дефектом кінцівки. Видимі судини пальця з термінальним дефектом кінцівки.



Рис. 1В. Червонокольоровий муляж пальця кисти з термінальним дефектом кінцівки. Видимі судини пальця з термінальним дефектом кінцівки.



Рис. 1Г. Зеленокольоровий муляж пальця кисти з термінальним дефектом кінцівки. Видимі судини пальця з термінальним дефектом кінцівки.

Рис. 1. Видання електронної монографії – складова компонентно-орієнтованого підходу навчання лікарів (провізорів)-інтернів.



Рис. 1 (продовження). Видання електронної монографії – складова компонентно-орієнтованого підходу навчання лікарів (провізорів)-інтернів.

Електронний довідник дозволяє користувачу у будь-який час оперативно одержати необхідну довідкову інформацію в компактній формі.

В електронний довідник включається інформація яка як дублює, так і доповнює матеріал підручника.

Наявність довідкової системи є обов'язковим для будь-якого освітнього програмного засобу. При цьому електронний довідник може бути представлений як самостійний елемент або як частина електронного підручника.

Комп'ютерні моделі, конструктори, тренажери й муляжі дозволяють закріпити знання й одержати навички їхнього практичного застосування в ситуаціях, що моделюють реальні.

Саме в комп'ютерних моделях, конструкторах, тренажерах і муляжах найбільш повно може бути використано компонентно-орієнтований підхід навчання лікарів (провізорів)-інтернів. Комп'ютерний задачник дозволяє відпрацювати прийоми рішення типових завдань, що дозволяють наочно зв'язати теоретичні знання з конкретними проблемами, на рішення яких вони можуть бути спрямовані.

Електронні муляжі дозволяють значно підвищити якість практичної підготовки лікарів-інтернів (рис. 2).

Комп'ютерна тестуюча система, забезпечує, з одного боку, можливість самоконтролю для лікаря (провізора)-інтерна, а з іншого боку – приймає на себе рутинну частину поточного або підсумкового контролю.

Ефективність використання тестуючої системи істотно вище, якщо вона дозволяє накопичувати й аналізувати результати тестування.

Таким чином, представлені компоненти освітніх програмних засобів самі по собі не вирішують навчальних завдань: навчальна функція може реалізуватись через науково обґрунтований клінічний сценарій, за допомогою якого викладач вибудовує освітні траєкторії.

Висновки. Впровадження концепції компонентно-орієнтованого підходу до навчання в післядипломну підготовку лікарів і провізорів в інтернатурі є ефективним засобом підвищення якості медичної післядипломної освіти, оскільки забезпечує істотну інтенсифікацію процесу пізнання, підтримує індивідуальну траєкторію навчання через можливість надання



Рис. 2. Кафедра внутрішньої медицини № 2. Маніпуляція на муляжі.

викладачем для кожного з тих, хто навчається, того чи іншого набору компонент.

Основними способами впровадження концепції компонентно-орієнтованого підходу до навчання в післядипломну підготовку лікарів і провізорів в інтернатурі є:

– формування типу мислення лікарів (провізорів)-інтернів, який ґрунтується на пошуку, доборі та найбільш доцільному використанні компонентів розв’язування попередніх клінічних задач у процесі вирішення задач вищого рівня складності;

– формування в лікарів (провізорів)-інтернів умінь оформляти схему розв’язування зазначеної складнішої клінічної ситуації у вигляді завершеної нової ком-

поненти, яка може бути використана для вирішення наступних діагностичних, лікувальних, профілактичних та інших необхідних завдань;

– використання в навчальному процесі лікарів (провізорів)-інтернів нової ідеології сучасних науково-педагогічних програмних засобів (електронних підручників, довідників, комп’ютерних моделей, конструкторів, тренажерів, муляжів, системи планування навчання).

Перспективи та актуальність подальших розробок в даному напрямку не викликають жодних сумнівів в світлі реорганізації системи медичної освіти з метою підвищення якості навчання лікарів і провізорів на післядипломному етапі.

Література

1. Грищенко В.М. Компонентно-орієнтований підхід до розробки програмних систем на основі інтеграції менеджерів інформаційних ресурсів // Проблеми програмування. – 2005. – № 1. – С. 3–16.

2. Крижановський Я.Й., Черенок С.П. Хірургічне лікування термінальних дефектів пальців кисті. – www.handsurg.org.ua

3. Круглик В.С. Сучасні підходи до використання інформаційно-комунікаційних технологій у навчанні // Information Technologies in Education. – Електронний журнал. – <http://ite.ksu.ks.ua/?q=uk/node/247>.

4. Осадчий В.В. Удосконалення професійної підготовки майбутніх учителів засобами комп’ютерно-орієнтованої системи навчання // Information Technologies in Education. – Електронний журнал. – <http://ite.ksu.ks.ua/?q=uk/node/239>.

5. Співаковський О.В. Теоретико-методичні основи навчання вищої математики майбутніх вчителів математики з використанням інформаційних технологій : Дис... д-ра пед. наук: 13.00.02 / Херсонський держ. ун-т. – К., 2003. – 534 с.

КРЕДИТНО-МОДУЛЬНА СИСТЕМА ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇЇ ВПЛИВУ НА ПРОЦЕСИ ФОРМУВАННЯ ОКРЕМИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ТЕМПЕРАМЕНТУ І ТРИВОЖНОСТІ СТУДЕНТІВ

I.B. Сергета, О.Є. Александрова

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

CREDIT-MODULAR SYSTEM AND PECULIARITIES OF ITS IMPACT ON THE FORMATION OF INDIVIDUAL PROPERTIES OF TEMPERAMENT AND ANXIETY IN STUDENTS

I.V. Serheta, O.Ye. Aleksandrova

Vinnitsia National Medical University by M.I. Pyrohov

У статті розглянуто особливості впливу організації навчального процесу за семестрово-заліковою, семестрово-заліковою з профілізацією та кредитно-модульними системами на процеси формування таких властивостей темпераменту і тривожності студентів медичних вищих навчальних закладів, як нейротизм, ситуативна та особистісна тривожність.

The peculiarities of the influence of the educational process for student with the semester-credit, semester-credit profiling and credit-modular (credit-transfer) systems for the formation of such properties of temperament and anxiety of medical students of higher educational institutions as neuroticism, situational and personal anxiety are considered in the article.

Вступ. Одним із найважливіших чинників забезпечення високого кваліфікаційного рівня майбутніх спеціалістів слід вважати рівень розвитку провідних професійно-важливих особливостей особистості дівчат і юнаків, що здобувають певний фах. Проте процес формування особливостей особистості дівчат і юнаків, що відбувається впродовж часу здійснення професійної підготовки поступово, неухильно та безперервно, завжди має надзвичайно чітко виражену схильність до розвитку певних відхилень з боку природних тенденцій протягом так званих кризових періодів, визначальними ознаками яких є виражені стресові за своїм змістом нервово-емоційні навантаження та прояви психологічного дискомфорту. Саме таким є етап навчання у вищому навчальному закладі (ВНЗ), в тому числі у ВНЗ медичного профілю. З одного боку, цей період необхідно вважати вирішальним з позицій забезпечення високого рівня адекватності процесів професійного становлення особистості її здібностям, завдаткам та нахилам, з іншого – він є надзвичайно насиченим численними чинниками ризику щодо їх гальмування та викривлення, формування особистісних професійних деформацій тощо [4, 5]. В їх структурі прийнято виділяти

декілька надзвичайно важливих чинників. Один з них пов'язаний з особливостями змісту професійно орієнтованої навчальної діяльності у стінах медичного ВНЗ та потребує на визначення трьох головних етапів адаптаційних перетворень, які відбуваються впродовж 6 років навчання. Перший етап пов'язаний з попередньою адаптацією до умов перебування у ВНЗ і, насамперед, з високою концентрацією навчального матеріалу під час вивчення медико-теоретичних фундаментальних предметів впродовж перших двох років здобуття медичної освіти; другий – зумовлений потребою у зміні звичного стереотипу повсякденної професійно орієнтованої діяльності в зв'язку з початком вивчення клінічно-орієнтованих навчальних дисциплін протягом двох наступних років навчання; третій – викликаний необхідністю суттєвого розширення поля безпосередньої клінічно-значущої діяльності на кінцевому етапі професійної підготовки впродовж двох останніх років здобуття медичної освіти [6]. Натомість другий – пов'язаний з особливостями умов організації професійно-орієнтованої навчальної діяльності у стінах медичного ВНЗ і потребує на урахування різних за своїм змістом способів організації повсякденної навчальної діяльності, що мають (або мали)

місце в структурі здобуття вищої медичної освіти протягом останніх років.

Метою проведених досліджень було здійснення порівняльної оцінки впливу на процеси формування особливостей особистості студентів різних систем організації навчального процесу у медичному ВНЗ, а саме: семестрово-залікової системи (СЗС), семестрово-залікової системи з профілізацією (СЗСП) та кредитно-модульної системи (КМС).

Саме тому в центрі наших досліджень знаходились студенти третього курсу навчання на медичному факультеті, що перебували, відповідно, в умовах організації навчального процесу за СЗС, СЗСП та КМС [1, 2, 3]. Властивості темпераменту досліджувались з використанням особистісного опитувальника Ай-

зенка, характеристики тривожності – на підставі застосування особистісного опитувальника Спілбергера.

Основна частина. Дані порівняльного аналізу характеристик особливостей темпераменту досліджуваних студентів засвідчували наявність цілого ряду вельми цікавих особливостей (табл. 1). Так, найвищий рівень екстравертованості як у дівчат, так і у юнаків реєстрували в умовах організації навчального процесу за КМС. Натомість під час визначення рівня нейротизму привертала на себе увагу наявність суттєвих статево-зумовлених відмінностей ($p(t) < 0,01-0,001$), які засвідчували більш низькі показники щодо ступеня їх вираження у юнаків, передусім тих, хто навчався за КМС.

Таблиця 1. Властивості темпераменту і тривожності студентів, бали ($M \pm m$; n ; p)

Властивості особистості	Система організації навчання	Групи студентів				$p(t)_{д-ю}$
		дівчата		юнаки		
		n	$M \pm m$	n	$M \pm m$	
Екстравертованість	Семестрово-залікова система	75	13,73±0,49	62	13,87±0,46	>0,05
	Семестрово-залікова система з профілізацією	75	13,65±0,44	62	14,91±0,46	>0,05
	Кредитно-модульна система	61	14,49±0,45	60	15,30±0,49	>0,05
	$p(t)_{СЗС-СЗСП}$	>0,05		>0,05		
	$p(t)_{СЗС-КМС}$	>0,05		>0,05		
	$p(t)_{СЗСП-КМС}$	>0,05		>0,05		
Нейротизм	Семестрово-залікова система	75	14,90±0,49	62	12,54±0,67	<0,01
	Семестрово-залікова система з профілізацією	75	15,12±0,44	62	12,37±0,57	<0,001
	Кредитно-модульна система	61	14,93±0,62	60	11,75±0,64	<0,001
	$p(t)_{СЗС-СЗСП}$	>0,05		>0,05		
	$p(t)_{СЗС-КМС}$	>0,05		>0,05		
	$p(t)_{СЗСП-КМС}$	>0,05		>0,05		
Ситуативна тривожність	Семестрово-залікова система	75	37,12±0,71	62	39,25±0,80	<0,01
	Семестрово-залікова система з профілізацією	75	47,33±0,98	62	43,59±0,91	<0,001
	Кредитно-модульна система	61	44,93±1,08	60	42,20±0,90	<0,001
	$p(t)_{СЗС-СЗСП}$	<0,001		<0,001		
	$p(t)_{СЗС-КМС}$	<0,001		<0,05		
	$p(t)_{СЗСП-КМС}$	>0,05		>0,05		
Особистісна тривожність	Семестрово-залікова система	75	48,04±0,84	62	43,67±0,94	<0,001
	Семестрово-залікова система з профілізацією	75	47,50±1,08	62	41,00±1,03	<0,001
	Кредитно-модульна система	61	45,78±1,27	60	38,75±0,92	<0,001
	$p(t)_{СЗС-СЗСП}$	>0,05		>0,05		
	$p(t)_{СЗС-КМС}$	>0,05		<0,001		
	$p(t)_{СЗСП-КМС}$	>0,05		>0,05		

Дійсно, у дівчат найбільш високі величини з боку показників нейротизму реєстрували серед студенток, які навчались за СЗСП (15,12±0,44 бала), найнижчі – серед студенток, які навчались за СЗС (14,90±0,49 бала). Дані, отримані серед дівчат, які оволодівали навчальною програмою професійної підготовки майбутніх лікарів за КМС (14,93±0,62 бала), мали проміжний характер. Разом з тим у юнаків найбільш високі значення показників нейротизму (12,54±0,67 бала) реєстрували серед студентів, що навчались за СЗС, найнижчі – серед студентів, що навчались за КМС (11,75±0,64 бала). Проміжний характер мали дані, отримані серед юнаків, які оволодівали навчальною програмою професійної підготовки майбутніх лікарів за СЗСП (13,37±0,57 бала). Впродовж періоду спостережень рівень нейротизму серед студенток переважав аналогічні показники, властиві для студентів. Статистично значущі статеві розбіжності були властиві як для студентів, що навчались за СЗСП ($p < 0,001$) і КМС ($p < 0,001$), так і дещо меншою мірою для студентів, що навчались за СЗС ($p < 0,01$).

Аналіз структурних особливостей розподілу показників, що підлягали розгляду, засвідчував певну, достатньо стабільну перевагу показників середнього і високого рівнів нейротизму. Зокрема, серед дівчат, що навчались за СЗС, питома вага показників середнього рівня нейротизму складала 45,3 %, показників його високого рівня – 22,7 %, серед дівчат, що навчались за СЗСП, становила, відповідно, 36,0 % і 42,7 %, серед дівчат, що навчались за КМС, складала, відповідно, 31,1 % і 36,1 %. Не можна було не звернути увагу на те, що саме в умовах організації навчального процесу за КМС реєструвався найбільший сукупний ступінь поширення показників високого та надто високого рівнів нейротизму, частка яких досягала 54,1 %. Аналогічні показники за СЗС склали 42,7 %, за СЗСП – 48,0 %. Серед юнаків спостерігалась ще більш суттєво виражена перевага у структурі розподілу досліджуваних показників величин, що засвідчували середній і високий рівні нейротизму. Так, у юнаків, які навчались за СЗС, питома вага показників середнього рівня нейротизму складала 37,1 %, питома вага показників його високого рівня – 24,2 %, серед юнаків, які навчались за СЗСП, становила, відповідно, 40,0 % і 27,4 %, серед юнаків, які навчались за КМС, складала, відповідно, 38,3 % і 21,7 %. Звертав на себе увагу і більш суттєвий, ніж у попередньому випадку, ступінь поширення серед представників сильної статі показників, які засвідчували низький рівень нейротизму (19,3 % при СЗС, 19,4 % при СЗСП і 20,3 % при КМС).

Під час визначення основних тенденцій щодо змін ситуативної тривожності (СТ) виявлено, що серед дівчат найвищий ступінь їх прояву, що складав 47,33±0,98 бала, реєструвався в умовах навчання відповідно до вимог СЗСП. Натомість найнижчий рівень СТ, який становив 37,12±0,71 бала, спостерігався серед студенток, що навчались за СЗС. Ступінь вираження особистісно-значущих проявів СТ серед дівчат, які навчались за КМС, що складав 44,93±1,08 бала, займав проміжне положення у структурі отриманих даних. Аналогічна картина спостерігалась і серед юнаків: найвищим рівень показників СТ (43,59±0,91 бала) був у студентів, що навчались за СЗСП, найнижчим (43,59±0,91 бала) – у студентів, що навчались за СЗС, проміжне місце займали показники студентів (42,20±0,90 бала), що навчались за КМС. Виражені статеві розбіжності реєструвались серед студентів, що перебували в умовах СЗС ($p < 0,05$), та серед студентів, що перебували в умовах СЗСП ($p < 0,01$).

У структурі розподілу показників тривожнісних проявів ситуативного генезу як серед дівчат, так і серед юнаків, що навчались за СЗС та КМС, суттєво переважала питома вага величин, властивих для помірної рівня СТ. Так, її частка в першому випадку серед дівчат становила 80,0 %, серед юнаків – 75,8 %, в другому – відповідно, 52,5 % і 61,7 %. Разом з тим в умовах навчання за СЗСП реєструвались різноспрямовані за своїм змістом дані – серед студенток найбільш вагомою була частка показників, властивих для високої СТ (65,4 %), серед студентів – частка показників, властивих для помірної СТ (61,3 %). Слід було відзначити і той факт, що як у дівчат (65,4 %), так і у юнаків (35,5 %) питома частка показників, властивих для високої СТ, найбільш високою була в умовах організації навчального процесу за СЗСП, найбільш низькою – в умовах організації навчального процесу за СЗС (відповідно, 10,7 % і 19,4 %), проміжний характер мали показники, отримані серед дівчат і юнаків, що перебували в умовах організації навчального процесу за КМС (відповідно, 45,9 % і 33,3 %).

Такі результати засвідчували той факт, що в умовах традиційної для попередніх років організації навчального процесу за СЗС, відмітною ознакою якої є проведення екзаменаційних сесій та цілого ряду підсумкових і залікових занять, формуються більш виражені передумови до розвитку високої емоційної стійкості організму дівчат і юнаків до дії стресово-значущих чинників, розвитку високої фізіологічно- і, насамперед, психологічно-зумовленої опірності впливу дезадапційних факторів. Подібних явищ в умовах КМС

організації навчального процесу у медичному ВНЗ не спостерігалось. Зрештою, в умовах організації навчальної діяльності студентів за СЗСП внаслідок суттєвого перевантаження студентів різними видами професійно орієнтованої навчальної діяльності, яка характеризувалась не лише поглибленням профільованості навчального процесу, але й збільшенням об'єму навчальних навантажень відповідно до вимог освітньо-кваліфікаційних характеристик окремих спеціальностей, позитивні зміни, властиві для звичайної СЗС, нівелювались, що й призводило до збільшення рівня розвитку критеріальних показників СТ.

Розглядаючи показники, які відображували характеристики особистісної тривожності (ОТ), слід було зазначити, що найвищий рівень показників, які визначались, реєструвався серед дівчат і юнаків, котрі навчались за СЗС, складаючи $48,04 \pm 0,84$ бала в першому випадку та $43,67 \pm 0,94$ бала – в другому, найнижчий – серед студенток і студентів, котрі навчались за КМС, складаючи $45,78 \pm 1,27$ бала в першому випадку та $38,75 \pm 0,92$ бала – в другому. Показники дівчат і юнаків, що навчались за СЗСП, займали проміжне місце, складаючи $47,50 \pm 1,08$ бала в першому випадку та $41,00 \pm 1,03$ бала – в другому. Виражені статеві розбіжності реєструвались за будь-яких варіантів організації навчального процесу ($p < 0,001$).

Таким чином, під час визначення особливостей ОТ реєструвались цілком протилежні до попередніх результати. В умовах організації навчального процесу за СЗС формувались найбільш значущі передумови до розвитку тривожнісних проявів дезадаптаційного змісту, зумовлені високим рівнем їх особистісної складової. Натомість організація навчання за КМС забезпечувала найбільш адекватний, виходячи із

особливостей забезпечення гармонійного розвитку провідних особистісних проявів та процесів формування адаптаційного потенціалу організму, рівень показників ОТ.

Переважаючою в структурі розподілу досліджуваних величин серед дівчат була питома частка показників високого рівня ОТ, значення яких при СЗС досягали рівня 61,4 %, при СЗСП – рівня 56,0 %, при КМС – рівня 57,4 %, водночас, частка значень, характерних для помірного рівня ОТ, становила, відповідно, 37,3 %, 41,3 % і 34,4 %. Натомість у структурі розподілу досліджуваних величин серед дівчат переважала питома частка показників, властивих для середнього рівня ОТ, значення яких склали 54,1 % – в умовах організації навчального процесу за СЗС, 59,7 % – в умовах організації навчального процесу за СЗСП, 71,6 % – в умовах організації навчального процесу за КМС. Частка величин, характерних для високої ОТ, найбільшою у юнаків була в умовах навчання за СЗС (39,3 %), найменшою – в умовах навчання за КМС (16,7 %), проміжні за своїм змістом показники реєструвались – в умовах навчання за СЗСП (29,0 %).

Висновок. В ході досліджень, спрямованих на вивчення особливостей процесів формування окремих властивостей темпераменту і тривожності студентів медичних ВНЗ, які перебувають за різних умов організації навчального процесу, встановлено, що найвагоміші з адаптаційної точки зору показники, а саме: найвищий рівень екстравертованості як у дівчат, так і у юнаків та найнижчий рівень ОТ у дівчат, а також ОТ і нейротизму у юнаків, реєструвався в умовах організації навчального процесу за КМС. Натомість в ході організації навчального процесу за СЗС реєструвались найкращі з адаптаційних позицій показники СТ.

Література

1. Про зміни до навчального плану підготовки лікарів у навчальних закладах МОЗ України: Наказ МОЗ України № 70 від 03.04.1996 року.
2. Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа”: Наказ МОЗ України № 221 від 18.06.2002 року.
3. Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “лікар” у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації України за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа”: Наказ МОЗ України № 52 від 31.01.2005 року.

4. Психофізіологічні та психогігієнічні проблеми прогностичної оцінки професійної підготовленості учнів і студентів, що навчаються у сучасних навчальних закладах середньої та вищої освіти / [І.В. Сергета, О.П. Молчанова, В.С. Грушко та ін.] // Вісник Вінницького національного медичного ун-ту. – 2003. – Т. 7, № 2/2. – С. 900–902.

5. Сергета І. В. Організація вільного часу та здоров'я школярів / І. В. Сергета, В.Г. Бардов. – Вінниця: РВВ ВАТ “Віноблдрукарня”, 1997. – 292 с.

6. Сергета І. В. Шляхи оптимізації професійної адаптації студентів до умов навчання у медичному вищому навчальному закладі та їх прогностична значущість / Сергета І.В., Григорчук Л.І., Молчанова О.П. // Довкілля та здоров'я. – 2002. – № 4 (23). – С. 57–61.

УДК 378.147

ФОРМУВАННЯ ГРАМАТИЧНОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ ЯК ЗАСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФЕСІЙНО СПРЯМОВАНОГО ЧИТАННЯ ІНОЗЕМНОЮ МОВОЮ

І.М. Сологор, В.Г. Костенко, І.В. Знаменська

Вищий державний навчальний заклад України “Українська медична стоматологічна академія”

THE DEVELOPMENT OF GRAMMATICAL COMPETENCE AS A MEANS OF EFFECTIVENESS OF OCCUPATIONAL-ORIENTED READING IN FOREIGN LANGUAGE

I.M. Solohor, V.H. Kostenko, I.V. Znamenska

Higher State Educational Institution of Ukraine “Ukrainian Medical Stomatologic Academy”

Статтю присвячено граматичному аспекту у питанні підвищення ефективності професійно спрямованого читання іноземною мовою.

The paper focuses on a role of grammatical competence in promoting of the effectiveness of occupational-oriented reading in foreign language.

Вступ. Професійне читання відіграє важливу роль у житті та діяльності фахівця. Читання іноземною мовою є для нього засобом задоволення як комунікативних, так і пізнавальних потреб, оскільки дозволяє користуватися усіма засобами інформації – журналом, патентом, монографією, з широким використанням мережі Internet, і, таким чином, підвищувати свою професійну кваліфікацію шляхом ознайомлення із зарубіжним досвідом. Проте успішному формуванню навичок та вмінь читання англійською мовою стає на заваді низка факторів, зокрема обмеженість аудиторного часу, відведеного на вивчення іноземної мови, та недостатній рівень володіння власне лінгвістичним компонентом мови.

У наукових працях з методики та психології, присвячених проблемі навчання читання фахової літератури, чітко визначений характер взаємозв'язків успішності навчання з індивідуально-психологічними особливостями, важливими для конкретного етапу навчання читання; розроблена методика навчання різних видів читання (А.К. Оперенко, D.M. Brinton, M.A. Snow) з урахуванням вимог до матеріалів для читання за фахом (Г.А. Гринюк, С. Nuttal, W. Rivers, S. Silberstein), з обґрунтуванням ефективних способів і засобів навчання та раціональної системи вправ для формування навичок і вмінь читання (Г.В. Рогова,

Н.К. Скляренко) та контролю розуміння прочитаного (Ж.В. Вітковська, А.Б. Юдіс); визначені роль і місце читання у професійно орієнтованому навчанні іноземної мови (Т.С. Серова, С.К. Фоломкина).

Незважаючи на значний доробок з боку методистів, психологів, лінгвістів, проблеми формування граматичної компетенції при навчанні читання фахової літератури залишають широкий простір для дослідження. Тому метою запропонованої роботи є визначення шляхів формування граматичної компетенції як засобу підвищення ефективності професійно спрямованого читання.

Основна частина. Читаючи фахові тексти, студенти досить легко орієнтуються в термінологічному матеріалі, проте розпізнання термінів, на жаль, не гарантує адекватного сприйняття тексту. Ще Л.В. Щерба зазначав, що “недостатня увага до граматики дозволяє читати нескладні, здебільшого спеціально складені чи адаптовані тексти, але ця неухвага негайно нагадує про себе при читанні оригінальних, особливо наукових текстів, оскільки чим складніша думка, тим більше потрібно умінь для її виведення з форм мови” [2]. Формування граматичної компетенції, необхідної для майбутньої професійної комунікації загалом і для професійно спрямованого читання зокрема, є досить актуальною проблемою, оскільки вважається, що

найважливіші концепти кодуються саме в мові і відображаються в граматиці мов, і що саме граматична категоризація створює основу для розподілу усього концептуального матеріалу, вираженого лексично [3].

Навчаючи читання як процесу, що забезпечує комунікацію між автором і адресатом, важливо розвивати у студентів граматичні навички та вміння, які б сприяли правильному та швидкому розумінню тексту, а саме навчали сприймати речення, абзац як смислове ціле, орієнтуватися серед мовних засобів, що оформляють смислові зв'язки між окремими реченнями та абзацами, установлювати смислові зв'язки між мовними одиницями тексту і, загалом, досягати розуміння тексту як завершеного мовленнєвого твору.

Грамматичні вміння та навички, пов'язані зі знанням граматичних структур та здатністю адекватно використовувати їх при читанні, включають також знання граматичних правил, які зв'язують лексичні одиниці в осмислене висловлювання, знання засобів вираження граматичних категорій та володіння основними граматичними поняттями [3].

Відповідна обробка граматичної інформації передбачає розвиток навичок граматичної орієнтації в тексті. Зрозуміти певне граматичне явище під час читання означає, насамперед, розпізнати це явище за його формою та співвіднести її з відповідним значенням. До того ж, оволодіння базовим граматичним матеріалом, формування та удосконалення відповідних граматичних навичок та когнітивних граматичних умінь не лише забезпечить можливість точного розуміння, але й значно прискорює процес читання, оскільки дозволяє швидко і правильно об'єднувати окремі одиниці тексту в більш складні смислові конструкції.

Для підвищення ефективності навчання читання слід застосовувати систему вправ, спрямованих на розкриття мовних форм та на усунення труднощів, пов'язаних з граматиною. Ці труднощі, насамперед, зумовлені недостатнім знанням диференційних ознак певного граматичного явища. У такому випадку реципієнт виділяє з усього комплексу ознак лише деякі, що призводить до неправильного синтезу та однобічного узагальнення. Багато помилок виникає також при сприйнятті дистантно розташованих членів речення та при нашаруванні складних граматичних конструкцій. У таких випадках доцільно використовувати вправи диференційованого характеру.

Загалом, представлення граматичного матеріалу та його послідовність, система вправ та засоби контролю слід вибудовувати таким чином, щоб у студентів формувалося не механічне нагромадження не пов'язаних одне з одним граматичних знань та окремих граматичних навичок, а система знань з граматики, що забезпечить уміння адекватно виводити інформацію з оригінальної літератури за спеціальністю та сприяти повноцінній комунікації [1].

Ефективним способом у роботі з граматичним матеріалом, що виправдав себе на практиці, є використання опорних граматичних сигналів. Опорний сигнал (ОС) – це наочна модель (схема, зразок) граматичної структури, в якій поданий мінімум ознак, що є необхідними і достатніми для її розпізнавання та запам'ятовування. Він повинен містити в собі основні моменти, які повідомляються; вони відокремлюються за допомогою спеціальних засобів. Щоб виконати свою основну функцію – полегшити закріплення в пам'яті нового матеріалу і його відтворення – ОС з іноземної мови має відповідати таким вимогам, як: компактність, наочність (використання словесних образів, спеціальних маркерів, візуальних знаків та інших опорних віх для пам'яті), виділення взаємопов'язаних ланок інформації, легкість сприйняття та відтворення. Завдяки цим характеристикам ОС можуть утворювати стійкі асоціативні зв'язки у пам'яті студентів. Опора на зорову наочність та асоціації надійно забезпечують запам'ятовування навчального матеріалу. Використання ОС допомагає встановленню змістових і функціональних зв'язків між окремими ланками інформації.

Висновки. Таким чином, основні аспекти граматичної компетенції повинні передбачати суміщення знань основ граматичної будови мови та вміння їх практичного використання в мовленнєвій діяльності. Знання граматичної будови мови та сформованість усвідомлених автоматизованих навичок розпізнавання диференційних ознак певного елемента становлять важливу складову розуміння професійно спрямованого тексту.

Серії проблемних завдань, спрямованих на розвиток уміння читати літературу за фахом як базового компонента інформаційної діяльності, забезпечують формування відповідних видів мовленнєвої діяльності, допомагаючи реалізувати основну функцію вивчення іноземної мови вищій медичній школі – формування у студентів професійної комунікативної компетенції.

Література

1. Загальноєвропейські рекомендації з мовної освіти: вивчення, викладання, оцінювання / Наук. ред. укр. видання С.Ю. Ніколаєва. Переклад з англ. – К.: Ленвіт, 2003. – 273 с.
2. Щерба Л.В. Языковая система и речевая деятельность

ность. – М.: Наука, 1985. – 432 с.

3. Eysenck M.W. Principles of Cognitive Psychology / Eds. M.W. Eysenck, S.Green, N.Hayes. – Padstow, Cornwall, UK: TJ International Ltd, 2001.

УДК 614.254:378.147

ПРОБЛЕМИ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ У ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗА СИСТЕМОЮ БЕЗПЕРЕВНОГО НАВЧАННЯ

В.К. Ташук, П.Р. Іванчук, О.Ю. Поліщук, Т.О. Ілащук, С.І. Гречко

Буковинський державний медичний університет

PROBLEMS OF APPLICATION OF TEST KNOWLEDGE CONTROL IN POST-GRADUATE TRAINING OF PHYSICIANS IN THE INCESSANT EDUCATION SYSTEM

V.K. Tashchuk, P.R. Ivanchuk, O.Yu. Polishchuk, T.O. Iashchuk, S.I. Hrechko

Bukovynian State Medical University

Розвиток сучасних технологій та їх інтеграція у освітній процес ставить багато нових задач перед системою освіти. Розглянуто проблеми застосування тестів у практиці післядипломної освіти, результати їх оцінювання, сприйняття тестових задач різними соціально-віковими категоріями лікарів та можливості адаптації до специфіки медичного навчання.

Increased presence of modern technologies in education process leads to appearance of many new aims, tasks and problems in postgraduate education. The problems of test using, its evaluation, perception of tests tasks in different social and age groups of physicians and adaptation abilities to specificity of medical graduation have been described.

Вступ. Розвиток медичної науки та технологічний прогрес постійно коригують процес медичного навчання: опрацьовуються стандарти медичних дій; формалізуються процедури, які, як вважали раніше, можна було сприймати лише за допомогою чуттєвої сфери фахівця і засвоювати завдяки накопиченню досвіду. Подібні зрушення, у поєднанні з розвитком нових інформаційних технологій, зробили реальністю застосування автоматизованих систем для збору, збереження, обробки і передачі інформації. Це зумовило потужний поштовх для подальшого розвитку застосування тестових методик у медичній галузі, однак темпи розвитку цього напрямку в освіті лікарів виявилися неадекватними очікуваним прогнозам [1, 6].

Основна частина. На думку ряду закордонних фахівців [5], оцінювання освітніх досягнень є завжди багатовимірним процесом і при розробці інструментарію завжди виникає багато проблем із забезпеченням валідності й надійності, а саме оцінювання завжди перебуває під суб'єктивним впливом особистості того, хто атестується.

Враховуючи досвід застосування тестів в медицині взагалі і негативного ставлення до тестового контролю знань лікарів зокрема, можна виділити такі причини дискредитації її застосування:

1. Відсутність універсального відпрацьованого та адекватного методу. Всі виміри непрямі, а опосередковані через спостереження або результати виконання

тесту. Відсутня можливість прямо виміряти навчальні досягнення.

2. Загалом тести прийнято вважати об'єктивним інструментом виміру навчальних досягнень. Однак завдання тесту будуються на певному матеріалі, в основному вербальному (терміни, слова). Матеріал, на якому побудований тест, сприймається різними групами по-різному, тому що ці групи можуть відрізнятися як соціальним середовищем, так і набутими знаннями та особливостями їх отримання і формою подачі. Виконання одного і того ж завдання різними курсантами може бути різним через різне сприйняття друкованої інформації, різний ступінь адаптації до процедури тестування, особливості читання інформації з дисплея комп'ютера та ін. Таким чином, на успішність роботи над тестом впливає складна інтеграція соціального, емоційного й символічного компонентів навчання [4].

3. Прямим результатом навчання є освітні досягнення. Результат визначається особливостями навчального процесу та особистістю педагога. Інтерпретація результатів тестування без врахування цих факторів не може розглядатися як об'єктивна. Відокремлене використання математичних моделей і статистичних методів при розробці тестів й аналізі отриманих результатів без врахування особливостей навчального процесу ставиться деякими фахівцями під сумнів.

4. У процесі педагогічних вимірів можливим є оцінювання деякої обмеженої кількості характеристик, що відображають освітні досягнення, а не вся їхня сукупність. Відповідно до цього результати тестування дають тільки деяку певну інформацію про підготовку курсантів і тому вони не можуть бути єдиним інструментом, на основі якого приймаються важливі рішення.

5. За математичними та статистичними законами будь-який вимір завжди несе в собі помилку виміру (методу). Тестування проводиться, як правило, на початку (контроль рівня знань) та в кінці (визначення рівня засвоєння матеріалу). Якщо провести одне й те ж тестування (той самий варіант тесту) двічі, то результати будуть відрізнятися. Якщо курсант буде виконувати інший варіант тесту, то результати також будуть іншими. Мінливість результатів виміру у зв'язку з різним змістом перевірки або умовами проведення й визначає помилку виміру [2, 3].

6. На даний час у тестології відсутня стандартизована шкала виміру й одиниці виміру.

7. Параметри та характеристики навчальних досягнень, що вимірюються, повинні бути пов'язані з такими вміннями та навичками в повсякденній практиці. Якщо такий зв'язок не виявляється, то губиться зміст самого виміру.

В останній час в більшості країн світу з'явилася тенденція заміни тестових процедур (тестування – testing) на асесмент (assessment – перевірка, контроль). Заміна традиційної форми тестів як системи закритих завдань (наприклад, завдань із вибором відповіді) на систему стандартизованих завдань різного типу відбулася за умови широкої критики тестів через обмеженість їхнього використання – в основному тільки для оцінювання знань і відтворюваних умінь. Розширення спектра умінь, що перевіряють, призвело до збільшення частки відкритих завдань, котрі дозволяють оцінити не тільки правильність отриманої відповіді, а й способи рішення, логіку викладу, обґрунтованість суджень і багато інших умінь, включаючи практичні, які зовсім неможливо оцінити за допомогою закритих завдань.

Крім різноманітних типів тестів, при конструюванні конкретних питань використовують різноманітні форми подання матеріалу. За цим принципом виділяють – текстові, табличні, графіки, зображення, мультимедійні, віртуальні, аналітичні (формули), модельні форми представлення тестів. З розвитком інформаційних технологій і загальнодоступністю комп'ютерної техніки з'явилася реальна можливість створення і використання віртуальних пацієнтів. Поява і розвиток засобів інтерактивної комп'ютерної графіки відкриває для педагогіки принципово нові можливості, завдяки яким курсанти можуть у процесі аналізу зображень динамічно управляти їх змістом, формою, розмірами і кольором, домагаючись найбільшої наочності. Останнє збільшує швидкість передачі інформації тим, хто навчається, підвищує рівень її розуміння і сприяє перевірці знань курсантів на якісно новому рівні, наближаючись до продуктивно-творчого засвоєння знань [2, 3].

Висновок. Багато відомих фахівців в галузі педагогічних вимірів вважають, що вимірювання, в основі яких лежить психометрика й теорія тестів, сьогодні змінюється на новий тип. Виміри в освіті повинні оцінювати індивідуальні досягнення того, хто навчається, стосовно самого себе, а не до інших учасників навчального процесу, вони повинні бути спрямовані більше на допомогу у навчанні, ніж на виставлення оцінок, більшою мірою оцінювати компетентність, а не інтелектуальний розвиток.

Література

1. Краснов В. В. Принципы исследования валидности тестов при контроле знаний врачей и провизоров. Организация системы качества медицинской помощи, медицинских услуг населению из застосуванням інформаційних технологій / В. В. Краснов // Матеріали конференції. – Київ, 1999. – 276 с., с. 180–184.
2. Краснов В. В. Валідність змісту педагогічних тестів у післядипломній медичній освіті / В. В. Краснов // Науково-методичний збірник “Проблеми освіти”. – Київ, 2002. – Вип. № 28. – С. 27–35.
3. Краснов В. В. Принципы экспертных оценок знаний в последипломном медицинском образовании / В. В. Краснов // Кибернетика и вычислительная техника. – К., 2001. – Вып. 131. – С. 69–89.
4. Мінцер О. П. Роль нових навчальних технологій в післядипломній підготовці лікаря сімейної медицини / О. П. Мінцер, В. В. Краснов // Матеріали першого українського з’їзду сімейних лікарів (7-9 листопада 2001 р.). – Львів, 2001. – С. 110.
5. Ed. S. Hegarty The role of research in mature education system. / Ed. S. Hegarty // NFER – 1997.
6. Tuning Educational Structures in Europe. Line 1. Learning Outcomes. Competences. Methodology. 2001 – 2003. Phase 1 / Available on <http://www.relintdeusto.es/Tuning Project/index.htm>.

УДК 100.76.004.5:371.3:355

ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ ІЗ ФАКУЛЬТЕТСЬКОЇ ХІРУРГІЇ ТА СКЛАДАННЯ МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ СТУДЕНТАМИ 4-ГО КУРСУ НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЇ № 3 НМУ ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

П.Д. Фомін, Є.М. Шепетько, О.А. Повч, О.Б. Бельський

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

THE EXPERIENCE OF THE PRACTICAL LESSONS OF SURGERY AND PASSING OF MODULAR CONTROL FOR STUDENTS OF THE 4-TH COURSE AT THE SURGERY DEPARTMENT № 3 OF NMU BY O.O. BOHOMOLETS

P.D. Fomin, Ye.M. Shepetko, O.A. Povch, O.B. Belskyi

National Medical University by O.O. Bohomolets

Вивчені та проаналізовані перші результати викладання курсу факультетської хірургії та складання модульного контролю № 1 із хірургії студентами 4-го курсу. Представлений досвід ефективного викладання дисципліни з метою максимального засвоєння знань студентами в умовах КМСОНП. Важлива роль надається раціональному співвідношенню курсу лекційних і практичних занять та самостійної роботи студентів для поглибленого вивчення предмета в сучасних умовах. Запропонована система проведення підсумкового модульного контролю, що дозволяє всебічно оцінити знання студентів.

There have been studied and analyzed the first results of teaching faculty surgery and a control unit № 1 by surgery students of the 4-th year. It has been presented the experience of effective teaching of discipline to maximize the assimilation of students' knowledge in KMSOEP. An important role has been given to the rational relation between lectures and practical classes and students' independent work for deepening studying subject in modern conditions. A system for conducting of final modular control, allows full evaluation of students' knowledge.

© П.Д. Фомін, Є.М. Шепетько, О.А. Повч, О.Б. Бельський

Вступ. Впровадження в навчальний процес кредитно-модульної системи організації навчального процесу (КМСОНП) відкрило перед викладачами і студентами нові реалії проходження та оцінювання клінічних дисциплін [1, 3]. Якщо раніш студенти вивчали предмет протягом навчального року, то тепер перед викладачами кафедр виникло питання, як з максимальною ефективністю організувати вивчення клінічної дисципліни протягом відведеного короткого часу і забезпечити збереження у студентів найбільш важливих знань із дисципліни протягом всього періоду навчання у ВНЗ [2].

Основна частина. На кафедрі хірургії № 3 за КМСОНП навчаються студенти 4-го курсу медичних факультетів № 1 та № 3 і факультету підготовки лікарів для Збройних сил України (ФПЛЗСУ). Тривалість циклу – 15 днів (80 навчальних годин). Курс занять охоплює надання невідкладної допомоги при гострій абдомінальній хірургічній патології (змістовий модуль № 1) та лікування пацієнтів із гастроентерологічною та проктологічною патологією (змістовий модуль № 2) і завершується складанням модульного контролю. Протягом 2009-10 навчального року введена і впроваджена в навчальний процес система читання лекцій на початку навчального семестру і студенти приходять на практичні заняття із знаннями та інформацією, отриманою від лекторів кафедри. Як правило, студенти перебувають на кафедрі протягом 6 годин (три пари).

Початок навчального процесу на кафедрі – контроль вхідних знань, під час якого викладач отримує інформацію про багаж знань студентів із фундаментальних дисциплін, отриманих під час навчання на 1-3-му курсах. Це дає можливість визначити рівень базової підготовки студентів, дати рекомендації кожному з них щодо поглибленого вивчення окремих предметів. Крім того, знаючи отримані оцінки на іспитах з кожного предмета та по перевірці вхідних знань, можна судити про рівень “виживання” студентських знань за певний проміжок часу.

За схожим сценарієм розпочинаються заняття з конкретної теми: вхідний контроль протягом 20-25 хв (тестовий чи письмовий – у вигляді 5-6 коротких запитань), під час якого студент отримує обов’язкову оцінку за знання елементів анатомії, фізіології, патологічної анатомії та фізіології, фармакології і загальної хірургії, що мають безпосереднє відношення до теми заняття. Після, вважаємо за доцільне, подальше перебування студентів на короткотривалому ранковому складанні чергування, протягом якого вони можуть отримувати інформацію про складних пацієнтів,

познайомитись із працівниками хірургічних відділень. Крім того, завідувач кафедри чи професор, що приймає чергування, дає студентам окремі змістовні пояснення всіх складних випадків, що виникли під час ургентного чергування в хірургічній клініці. Як правило, протягом 15-20 хвилин, студенти присутні під час огляду хворих, про яких йшла мова під час складання чергування. На нашу думку, подібна практика дає можливість студентам не тільки вивчати теоретичний курс, а й практично охоплювати пацієнтів із різноманітною хірургічною патологією, ознайомлюватись на практиці з тими симптомами, про які буде йти мова в аудиторному режимі.

В наступному – вся увага викладача звернена на визначення ступеня підготовки студентів до заняття та роз’яснення їм найбільш незрозумілих і складних питань. Вона включає:

- а) опитування студентів, згідно з тематикою практичних занять;
- б) вирішення студентами тестових завдань “Крок-2” різного ступеня складності;
- в) вирішення ситуаційних задач, основна увага в яких направлена на надання першої кваліфікованої допомоги при гострій хірургічній абдомінальній патології;
- г) оцінювання практичних навиків – правильність визначення симптомів захворювання, читання рентгенограм, даних інструментальних та лабораторних методів дослідження.

За результатами отриманих даних, в кінці заняття, кожен студент отримує оцінку, згідно з шкалою КМСОНП.

Протягом навчання студенти, за бажанням, заохочуються до поглибленого вивчення хірургії. Для цього рекомендовано написання 1-2 наукових рефератів з хірургічної тематики чи участь у проведенні чергування в клініці під контролем чергового викладача. Під час чергування студенти мають можливість допомагати лікарю обстежувати хворих, призначати лікування, беруть участь в перев’язках, спостерігають за проведенням оперативних втручань. Наша мета – дати можливість зацікавленому студенту стати учасником лікувального процесу, думати над діагнозом, приймати рішення, радитись з лікарем. Як правило, подібні студенти приходять і беруть активну участь в чергуваннях по клініці протягом всього 4-6-го курсів і, нерідко, залишаються для продовження навчання в інтернатурі. В кінці циклу навчання на кафедрі даним студентам додається до 10-12 балів до загальної кількості балів за поглиблене вивчення хірургії.

Складання модульного контролю проводиться професорами і доцентами кафедри на останньому занятті. Нерідко участь у прийомі іспиту бере завідувач кафедри, що дозволяє всебічно оцінити рівень знань студентів. Проведення модульного контролю (80 балів) складається з послідовних етапів:

а) оцінювання практичних навичок – проводиться асистентами кафедри (в групах студентів, в яких вони не вели практичні заняття) (15 балів);

б) вирішення 5 тестових завдань “Крок-2” (10 балів; правильна відповідь на запитання оцінюється в 2 бали);

в) співбесіда з викладачем, яка включає відповіді студентів на 4 коротких запитання (40 балів). На кафедрі розроблені білети, в яких включені запитання з анатомо-фізіологічних основ хірургічної патології, симптоматики захворювання, методів дослідження та лікування кожної нозології. Це допомагає оцінити знання студента з усієї дисципліни і зменшує ймовірність отримання ним випадкового “щасливого” білета;

г) вирішення ситуаційної задачі (15 балів).

Студент склав підсумковий модульний контроль, якщо він набрав не менш ніж 50 балів.

За період навчання студентів за КМСОЗ на кафедрі хірургії № 3 встановлено, що вищеописана система проведення практичних занять та складання модульного контролю допомагає студентам максимально ефективно опанувати необхідний матеріал, а викладачам – оцінити реальні знання, які отримали четвертокурсники.

Сучасні студенти, в переважній більшості, відповідально ставляться до опанування предмета, проявляють неабиякий інтерес до викладання даної дисципліни і отримують достатньо високі бали за результатами складання модульного контролю. Однак у 2009-10 навчальному році викладачі кафедри зустрілись із проблемою викладання дисципліни студентами-іноземцям медичного факультету № 1. Представники Палестини, Йорданії, Саудівської Аравії, Китаю та інших країн Сходу дуже погано володіють розмовною російською мовою. Надзвичайно складно

Література

1. Пріоритетні напрями науково-педагогічної діяльності в НМУ: науково-дослідний аспект/ В.Ф. Москаленко, О.Л. Яворовський, В.Г. Коляденко та ін. // Науковий вісник Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. – 2009. – № 2. – С. 12–16.

2. Проведення підсумкового контролю знань із практичного навчання на кафедрі медицини катастроф та військової медицини в умовах впровадження кредитно-

отримати від них відповіді на запитання, дуже довго і важко доводиться пояснювати їм елементи правильних відповідей, що затягує тривалість пари і не дає можливість викладачам, у повній мірі, виконати план заняття. На наше переконання, в сучасних складних економічних умовах ми вимушені навчати студентів-іноземців за контрактом. Однак для отримання ними відповідних знань потрібне хороше знання розмовної і спеціальної російської чи української мови. Можливо, кількість навчальних годин із мови на початкових курсах має бути збільшена, а до занять із клінічних дисциплін повинні допускатись лише ті студенти, які успішно склали відповідний іспит із мови. Це значно полегшить навчання студентами-іноземцями клінічних дисциплін і дасть можливість опанування ними навчальних планів у повному обсязі.

Для повноцінного вивчення курсу хірургії студентами медичного факультету № 1 необхідне більш глибоке опанування ними української або російської мови із складанням розширеного іспиту, а в склад комісії по прийому іспиту необхідно включати викладачів клінічних кафедр, що дозволить більш повноцінно оцінити знання студентів.

Висновки: 1. Запропонована і впроваджена в навчальний процес на 4-му курсі система навчання та оцінювання знань із хірургії (модуль 1) дає можливість студентам, протягом короткого часу навчання, опанувати запропоновані теми, охопити і познайомитись із максимальною кількістю тематичних хворих та успішно скласти підсумковий модульний контроль.

2. Для студентів, що хочуть поглиблено вивчати предмет, створені всі умови для роботи і навчання в позаурочний час під контролем викладача. Заохочення студентів до самостійної роботи – гарантія додаткових знань із дисципліни.

3. Для повноцінного навчання клінічних дисциплін студентами-іноземцями необхідне адекватне вивчення ними української (російської) розмовної та спеціальної мови, що значно підвищить ефективність проведення практичних занять.

модульної системи/ В.С. Тарасюк, М.В. Матвійчик, Н.Д. Корольова і ін. // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2009. – № 13 (2). – С. 594–596.

3. Вища медична освіта і Болонський процес: навчально-методичні та інформаційно-довідкові матеріали наради-семінару для науково-педагогічних працівників, аспірантів, магістрів (17-19 січня 2005 р.). – Київ, 2005. – Ч. 1. – 98 с.

ПАТОФІЗІОЛОГІЧНИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРЯ

М.Р. Хара, В.В. Файфура, Ю.І. Бондаренко, Г.С. Сатурська, С.В. Дзига, Л.М. Сас,
О.В. Бакалець

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

THE PATHOLOGICAL EXPERIMENT IN THE SYSTEM OF DOCTOR TRAINING

M.R. Khara, V.V. Fayfura, Yu.I. Bondarenko, H.S. Saturdayska, S.V. Dzyha, L.M. Sas,
O.V. Bakalets

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті в дискусійній формі висвітлено бачення авторів ролі експерименту в навчальному процесі при викладанні патологічної фізіології, враховуючи зростаючу потребу сучасної медичної освіти у ранній професійній орієнтації студентів-медиків для підготовки майбутніх висококваліфікованих фахівців.

In this article in the form of discussion is covered the role of the experiment in the educational process in teaching of pathological physiology, taking into consideration the increasing demand for modern medical education in the early professional orientation of medical students for training of future highly qualified specialists.

Вступ. Експеримент як об'єктивний метод фізіологічних досліджень створив В. Гарвей. Саме експериментальним шляхом, тобто в дослідях на тваринах, він зробив епохальне відкриття у фізіології – відкриття кровообігу, виклавши результати своїх досліджень у кількох анатомічних трактатах [4]. Він писав: “Дослід покаже, чи правильним було припущення. Якщо я помилився, потрібні будуть нові досліді. Так створюється логічний ланцюг, який поведе мене далі і весь час експеримент буде рятувати мене від хибного шляху”. У фізіології і патології експеримент набув особливо широкого застосування в ХІХ столітті. Тоді ж було сформульовано принципові засади експериментального методу, які зберегли своє значення до сьогодні [9]. Найяскравішим представником прихильників гострого експерименту був К. Бернар, який назвав експеримент “спровокованим спостереженням”, необхідним для пояснення змін у хворому організмі. Експериментальний метод продовжував вдосконалюватися завдяки плідній праці видатних учених І.І. Мечнікова, Ю. Конгайма, Л. Пастера, І.М. Сеченова, І.П. Павлова та інших. І.П. Павлов вперше систематизував результати застосування експериментального методу і суттєво вдосконалив його, поклав-

ши в основу своїх досліджень новий методологічний підхід – хронічний експеримент.

Модельні досліді на тваринах переслідують декілька завдань: відтворити комплекс симптомів, які характеризують дану хворобу, з'ясувати її етіологію, розкрити патогенез, а також обґрунтувати принципи етіологічного і патогенетичного лікування [5, 10]. Експериментальну терапію як метод аналізу патологічних процесів вперше визначив І.П. Павлов.

Завдяки експериментальному методу було здобуто основоположні факти і зроблено фундаментальні відкриття у нормальній фізіології і загальній патології: доведено трофічну функцію нервової системи (Ф. Маждані), відкрито глікогенсинтезуючу функцію печінки (К. Бернар), отримано цукровий діабет у панкреатектомованих собак (Й. Меринг і О. Мінковський), доведено роль вірусів в етіології пухлин (Ф. Раус), встановлено медіаторну функцію ацетилхоліну (О. Леві), відкрито інсулін (Ф. Бантинг і Д. Маклеод), розшифровано генетичний код (Р. Холлі, Х.Г. Корана, М. Ніренберг). Лише після скрупульозної дослідницької роботи знайшли застосування в медичній практиці такі високоефективні засоби профілактики і терапії, як вакцини, сироватки, гормони, хіміопрепарати, антибіотики, цитостатики, імуномодулятори.

Значення експерименту для розвитку сучасної науки не втрачено. Дотепер вважаються справедливими слова К. Бернара: “Єдиний шлях, який веде до істини в фізіологічній науці, є шлях експериментальний, він також є найвищим критерієм істини” [3]. Без експерименту були б неможливими останні досягнення біології і медицини: відкриття пріонів (С. Прузинер), РНК-інтерференції (Е. Файер і К. Мелло), захисної функції системи “теломера-теломераза” (Е. Блекберн, К. Грейдер, Д. Шостак), докази причинної ролі *Helicobacter pylori* у розвитку виразки шлунка і дванадцятипалої кишки (Б. Маршалл і Р. Уоррен), ролі папіломавірусів у виникненні раку шийки матки (Г. Гаузен). Створення експериментальних моделей найпоширеніших нині захворювань, зокрема гіпертонічної хвороби, інфаркту міокарда, виразки шлунка, ендокринопатій, пухлин дозволило досягнути молекулярні й генні механізми їх патогенезу і вдосконалити способи лікування.

Основна частина. За останні десятиліття в медичній освіті відбулися значні зміни. Вони стали особливо помітними у зв’язку з впровадженням кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України. Не залишалася осторонь віянь часу і патологічна фізіологія як фундаментальна галузь медичної науки, що не тільки вивчає основні закономірності виникнення, розвитку та завершення хвороб, але й формує основи для розуміння принципів їх лікування та профілактики.

На сучасному етапі розвитку людства відбувається процес глибокої диференціації медичних знань та дисциплін. Це підвищує роль патологічної фізіології – навчальної дисципліни, яка на підставі фактів, одержаних при аналізі показників життєдіяльності на різних рівнях організації (органному, тканинному, молекулярному), формує у свідомості студента цілісну уяву про суть патології. Нагромадження даних про природу захворювань сприяє тому, що патологічна фізіологія все частіше стає тією ланкою в базовій освіті, яка сприяє глибокій інтеграції теоретичних та клінічних дисциплін. А девіз патофізіологів кінця минулого сторіччя “подалі від клініки, ближче до експерименту” поступово втрачає свою актуальність. Адже лише клінічні спостереження та дослідження є завершальним і найголовнішим етапом підтвердження чи заперечення отриманих в експерименті знань, закономірностей, лікувальних чи профілактичних ефектів.

Сьогодні є багато суперечливих думок щодо подальшого використання експерименту в навчальному процесі. З одного боку, відстоюється традиційний підхід, суть якого полягає в широкому використанні експериментальних досліджень з навчальною метою.

З іншого боку, лунають кардинально протилежні заклики організації “Green Peace” до заборони проведення експериментів на тваринах. Останнє частково знайшло своє відображення у відомих рішеннях про дотримання принципів біоетики при проведенні експериментів на хребетних тваринах [6]. Такий стан речей спонукає до виваженої оцінки всіх “за” і “проти” та намагання оптимізувати використання експерименту з навчальною метою.

Перебільшити значення експерименту при вивченні функціонування організму в нормі і особливо за умов патології важко. У системі викладання патологічної фізіології практичні заняття посідають особливе місце. Головним видом практичної діяльності з перших днів вивчення дисципліни є дослід, мета якого – донести до студента основні механізми розвитку патологічних процесів, наглядно показати теоретичний матеріал, активізувати пізнавальну діяльність [9].

Проте зміна структури навчального процесу у вищих навчальних закладах України вимагає переглянути ставлення до експерименту через призму сучасності. В результаті впровадження кредитно-модульної системи навчання виникла необхідність підняти якість підготовки фахівців медичної галузі до рівня світових стандартів. Адже саме це забезпечує не тільки конкурентоспроможність навчального закладу на ринку освітніх послуг, але й держави Україна при наданні медичної допомоги іноземцям. Враховуючи сказане, зрозумілими стають проблеми, які ставить сьогодні перед навчальною дисципліною “Патологічна фізіологія” – це ламання стереотипів мислення та зміна методології навчання. У Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського проблема методології була вирішена шляхом переходу на Z-систему навчання, яка передбачає глибоку інтеграцію в клініку, починаючи з перших років навчання студентів. Життя показало, що традиційні методи вивчення патологічної фізіології на сьогодні не дозволяють студентам отримати той об’єм знань і вмінь, який необхідний сучасним спеціалістам. Інтенсивний розвиток біологічних наук, лавиноподібне зростання об’єму інформації – фактори, які ускладнюють процес засвоєння предмета. Разом з тим широкі можливості сучасних інформаційних технологій дають можливість студентам опрацьовувати значний об’єм матеріалу самостійно.

Слід сказати, що саме новітні технології поставили на порядок денний медицини проблему підвищення якості надання медичних послуг, одним із можливих способів вирішення якої є вчасна і ефективна діагностика захворювань. Досягнення цієї мети стає можли-

вим при створенні умов для оволодіння сучасними методами діагностики, вміння трактувати результати інструментально-лабораторних досліджень пацієнта, опанування студентами теоретичних знань одночасно з навичками майбутньої практичної діяльності.

Реалізація програми практично-орієнтованого навчання на кафедрі патологічної фізіології показала, що в багатьох випадках експеримент виявився надто громіздким у навчальному процесі, а при засвоєнні розділів, присвячених “Патофізіології органів і систем”, не завжди себе виправдовує. Дискутуючи з цього приводу, хочеться запитати ймовірних опонентів-патофізіологів: “Чи доцільно, наприклад, на практичному занятті моделювати некротичне ураження міокарда у щура для того, щоб майбутній лікар провів аналіз електрокардіограми, зареєстрованої максимум у трьох відведеннях, з яких найінформативнішим є лише друге стандартне, та пояснив механізм виявлених змін? Чи не краще, щоб майбутній лікар на практичному занятті провів аналіз електрокардіограми (зареєстрованої в 12 відведеннях) хворої на інфаркт міокарда людини і, таким чином, освоюючи теоретичний предмет, долучався до діагностичних методів та трактування результатів клінічних досліджень з позицій патогенезу?” Слід також зауважити, що не завжди зміни життєдіяльності, які виникають при моделюванні патологічних процесів у тварин, є аналогічними змінам у людини. Досвід експериментування засвідчив, наскільки важко створити модель-копію хвороби людини, особливо коли це стосується неінфекційної патології – атеросклерозу, гіпертонічної хвороби чи виразки шлунка [12]. Тому кожна експериментальна модель є свідомим спрощенням природного процесу і адекватна йому лише умовно. До того ж експеримент часто вимагає великої затрати часу для відтворення патологічних змін та значних фінансових затрат.

Студентський практикум включає багато класичних і оригінальних дослідів, які є своєрідним відображенням рівня науки на певних етапах її прогресу [11]. Проте давно намітився і все більше поглиблюється дисонанс між змістом експериментальних наукових досліджень і змістом студентського практикуму. Заглиблення науковців у патофізіологічні процеси супроводжується ускладненням експериментів, залученням нової апаратури, використанням високовартісних реактивів і сертифікованих тварин. Все частіше патофізіологічні експерименти виконуються на ізольованих органах. Звідси виникає дилема. З одного боку, не доцільно, звичайно, повторювати на заняттях ті дослідів, які на сьогодні втратили інформативність.

Свого часу їх включили у практикум як такі, що при достатній простоті виконання відбивали тодішній рівень патофізіологічної науки. Проте згодом нові знання, здобуті за їх допомогою, стали по суті хрестоматійними істинами, і потреба у цих дослідів відпала сама по собі. Природно, що формальне вилучення їх із практикуму оголило б деякі розділи навчального курсу і створило б у ньому прикрі прогалини. Але, з другого боку, через обставини, викладені вище, їх неможливо компенсувати новими дослідями, які презентували б сучасні досягнення теоретичної медицини.

На кафедрі патологічної фізіології ТДМУ цю проблему було вирішено шляхом створення навчальних відеофільмів, які дозволяють за короткий час при проведенні практичного заняття продемонструвати різні дослідів на тваринах, наприклад класичний дослід Конгайма, розвиток серцевих аритмій у жаби, анафілактичний шок у морської свинки, камфорну епілепсію в щура, гіпоглікемічну кому в миші та ін. [11]. Такий підхід, у першу чергу, відповідає сучасним нормам морально-етичного ставлення до тварин і, крім того, економить час для освоєння практичних навичок, які згодяться майбутньому лікарю в професійній діяльності.

Зростання ролі теоретичних дисциплін у підготовці майбутніх лікарів уявляється можливим за умов глибшої інтеграції в клініку. А спрямуванню молодого спеціаліста на клінічний тип мислення має сприяти не стільки експеримент, скільки вміння з позицій етіології і патогенезу інтерпретувати результати, отримані при дослідженні хворих людей. Курс патологічної фізіології є базовим для формування клінічного мислення, для розуміння типових закономірностей розвитку патології, з чим студент буде мати справу при вивченні клінічних дисциплін. Саме цьому сприяє використання на практичних заняттях великої кількості клінічної інформації, яка подається шляхом моделювання ситуації на основі даних лабораторних та інструментальних методів досліджень, проведених у пацієнтів. Працюючи, наприклад, з електрокардіограмою, спірограмою, коагулограмою чи гемограмою хворої людини, студент вчиться розпізнавати патологію, знайомиться з основними її проявами, аналізуючи при цьому механізми її розвитку, засвоює принципи патогенетичного лікування.

Для більшої наочності клінічних проявів хвороб різних систем та органів при викладанні патологічної фізіології в ТДМУ широко використовується демонстрація відеоматеріалів. Знайомство студентів з традиційними та найсучаснішими методами діагностики захворювань ендокринної, травної та нервової

систем, прослуховування аудіозаписів різних видів патологічного дихання (тахіпное, дихання Куссмауля, Чейна-Стокса) допомагає студенту наблизитися до клініки, звільняє час для обговорення і осмислення побаченого, що є надзвичайно корисним в майбутній практичній діяльності.

Проблема клінічної переорієнтації постала перед усіма кафедрами патологічної фізіології ВНЗ України. Найбільш послідовно ця ідея втілюється в Одеському медичному університеті, де сам підрозділ названо кафедрою загальної та клінічної патологічної фізіології. На думку співробітників кафедри, експериментальне моделювання патологічних процесів повинно “використовуватись в такій мірі і в такій формі, які дозволяють учбовий час, біоетика та практична необхідність засвоєння навичок” [13]. Разом з тим експеримент залишається первинною і важливою ланкою для розробки і впровадження нових технологій діагностики та лікування. При використанні даного методу в навчальному процесі слід враховувати не стільки саму суть змодельованого, скільки форму подачі відтвореного в експерименті патологічного процесу. З розвитком інформаційних технологій зростають можливості використання віртуальних експериментальних

моделей як альтернативи щодо громіздких, технічно важких для виконання, фінансово не виправданих або мало інформативних. Цей напрямок модернізації практикуму активно пропагують патофізіологи багатьох університетів – Сумського державного [1], Національного фармацевтичного [2], Кримського медичного [7] та інших, що свідчить про загальнодержавну важливість даної проблеми.

Висновки: 1. Один із серйозних аргументів переорієнтації на аналіз результатів клініко-фізіологічних спостережень полягає в нестримному вдосконаленні діагностичної і лабораторної бази лікувальних закладів, можливості якої часто перевершують можливості тих експериментальних методик, які використовуються на заняттях.

2. Сучасні засоби клінічних досліджень дозволяють отримати багатогранну інформацію про будову, функцію і метаболізм практично всіх органів пацієнта без грубого втручання в його життєдіяльність, тобто не піддаючи його ризику появи негативних наслідків.

3. Залучення до аналізу на заняттях різноманітних клінічних даних виключає сумніви щодо адекватності експериментальних моделей природній патології людини.

Література

1. Атаман О.В., Смірнов О.Ю., Гарбузова В.Ю. Віртуальний практикум з патофізіології – чи має право на життя? // Бюлетень VIII читань ім. В.В. Підвисоцького (28-29 травня 2009 року). – Одеса, 2009. – С. 22-23.
2. Березнякова А.И. К вопросу о реформировании преподавания патологической физиологии в медицинских вузах // Бюлетень VIII читань ім. В.В. Підвисоцького (28-29 травня 2009 року). – Одеса, 2009. – С. 25-27.
3. Бернар К. Лекции по экспериментальной патологии. – М.-Л.: Биомедгиз, 1937. – 512 с.
4. Гарвей В. Анатомические исследования о движении сердца и крови у животных. – Л.: Издательство АН СССР, 1948. – 234 с.
5. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине (этиология). – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1962. – 176 с.
6. Загальні етичні принципи експериментів на тваринах // Ендокринологія. – 2003. – Т. 8, № 1. – С. 142-145.
7. Некоторые подходы к совершенствованию практика по патофизиологии / А.В. Кубышкин, В.З. Харченко, В.Ф. Веселов, Л.В. Анисимова // Бюлетень VIII читань ім. В.В. Підвисоцького (28-29 травня 2009 року). – Одеса, 2009. – С. 40-41.
8. Маркова Е.А., Бондаренко Ю.И., Файфура В.В. Эксперимент – основной метод патологической физиологии. – Тернополь: Тернопольский государственный медицинский институт, 1982. – 33 с.
9. Теппермен Д., Теппермен Х. Физиология обмена веществ и эндокринной системы. – М.: Мир, 1989. – 653 с.
10. Фролов И.Т., Судаков К.В., Пастушный С.А. Эксперимент // Большая медицинская энциклопедия. – М.: Советская энциклопедия, 1986. – Т. 28. – С. 12-14.
11. Хара М.Р. Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського // Розвиток патофізіології в Україні / За ред. акад. О.О. Мойбенка. – Чернівці, 2009. – С. 258-266.
12. Чернух А.М. Модель болезни // Большая медицинская энциклопедия. – М.: Советская энциклопедия, 1986. – Т. 15. – С. 332-333.
13. Шляхи реформування викладання патологічної фізіології / А.І. Гоженко, О.О. Свірський, Л.Г. Коваленко і співавт. // Сучасні проблеми патофізіології: від молекулярно-генетичних до інтегративних аспектів: V Національний конгрес патофізіологів України. – Патологія. – Т. 5, № 3. – С. 74.

ІНТЕГРАЦІЯ В ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ОСВІТНІЙ ПРОСТІР ЯК ШЛЯХ ПОКРАЩЕННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ

О.М. Хвисяк, В.Г. Марченко, І.А. Жадан

Харківська медична академія післядипломної освіти

THE INTEGRATION IN EUROPEAN EDUCATION SYSTEM AS THE WAY OF IMPROVEMENT THE LEVEL OF POST-GRADUATE EDUCATION

O.M. Hvyysiuk, V.H. Marchenko, I.A. Zhadan

Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education

У статті представлено значення інтеграції в Європейський освітній простір для покращення післядипломної підготовки лікарів.

In this article presents importance of integration in European education system for improvement of the level of postgraduate education.

Вступ. Високоякісна підготовка медичних кадрів є важливою складовою реформування галузі охорони здоров'я, оскільки від рівня підготовки лікаря залежить якість надання медичної підготовки населенню. На порядку денному стоять питання еволюційного запровадження засад Болонського процесу в післядипломну медичну освіту України. Це вимагає відповідної нормативно-правової бази, розробки та запровадження такого багатопільового освітнього механізму, як Європейська кредитно-трансферна система (ЄКТС), рейтингового оцінювання тощо [3].

Розвиток української медичної освіти, який спрямовано на підготовку висококваліфікованого лікаря, повинен відповідати сучасному рівню розвитку медичної науки і вимогам суспільства, ґрунтуватись на введєнні якісно нової методології організації навчального процесу за європейським зразком, де в основу концепції закладені європейські тенденції та національна стратегія [1]. На початку ХХІ століття Всєсвітня федерація медичної освіти (ВФМО) ввела нове поняття – безперервний професійний розвиток (БПР) лікарів, який означає період освіти і підготовки лікарів, що починається після отримання базової медичної освіти та післядипломної підготовки і триває протягом усього професійного життя кожного лікаря.

У стандартах ВФМО безперервний професійний розвиток розглядається як професійне зобов'язання кожного лікаря, яке водночас є і передумовою

підвищення якості медичної допомоги. Якщо лікар не здатний до систематичного навчання протягом професійної діяльності, він втрачає необхідний рівень компетентності і не зможе задовольняти вимоги пацієнтів, роботодавців і свої домагання [2].

Основна частина. Харківською медичною академією післядипломної освіти уже проведений комплекс заходів, націлених на перебудову навчального процесу, приведення його у відповідність до сучасних вимог. В академії створений і успішно функціонує протягом 5 років Центр інноваційних технологій навчання, який має відповідне технічне оснащення. Наявність останнього дає змогу вивчати новітні світові освітні технології і форми навчання та впроваджувати їх в роботу кафедр. Телекомунікаційні можливості центру дозволяють професорсько-викладацькому складу академії здобувати досвід, необхідний для розробки нових технологій теленавчання, впроваджувати сучасні форми навчання на базі мультимедійних, комунікаційних та інших технічно насичених технологій, розробляти та впроваджувати елементи дистанційної освіти в навчальний процес, брати участь в телеконференціях та телеконференціях.

Викладачі Харківської медичної академії післядипломної освіти беруть участь у міжнародних Інтернет-конференціях в рамках проекту “Сітка лікарів”, на яких вчені України, Канади, США обговорюють актуальні питання діагностики та лікування поширених

захворювань людини. У 2010 році на цих конференціях будуть заслухані доповіді з питань клінічних досліджень, онкологічних захворювань, неврологічної патології, захворювань дихальної системи та ін. На базі Центру інноваційних технологій навчання функціонує діюча модель госпітальної інформаційної системи з використанням локальної комп'ютерної мережі.

Одною з важливих проблем при викладанні в кредитно-трансферній системі є значне збільшення годин на оволодіння практичними навичками та на самостійну роботу слухачів та інтернів. Для цього в академії створений ряд тренінг-класів: з ендоскопії; з невідкладних станів; з питань неонатології; навчально-методичний центр “Практика” для лікарів-педіатрів. Для лікарів загальної практики-сімейної медицини оволодіння практичними навичками є чотирьохетапним: в тренінг-класах; на кафедрі оперативної хірургії та топографічної анатомії; на базах амбулаторій сімейної медицини; в центрі інноваційних технологій за допомогою відеофільмів, електронних посібників та ін. У межах співробітництва між Американським міжнародним союзом охорони здоров'я та Харківською областю у регіоні були відкриті, а потім тиражовані модельні клініки загальної практики-сімейної медицини, які зараз є базами для підготовки сімейних лікарів.

Керована викладачем самостійна робота інтернів чи слухачів стає основним методом активізації пізнавальної та практичної діяльності спеціалістів. Це сприяє розвитку клінічного мислення і потребує самостійної роботи з пацієнтами, що відповідає стандартам ЄКТС. Суттєвою підтримкою в опануванні практичними навичками стають університетські клініки, створенню яких в академії приділяється велика увага. Університетські клініки передбачають високий технологічний рівень лікувального процесу і мають всі умови для засвоєння практичних навичок.

Викладання за європейськими стандартами можливе тільки при наявності кваліфікованого викладацького

складу. Для цього в академії створена і існує система підвищення кваліфікації викладачів, що проводиться за 5 напрямками: за фахом, з дидактики, з іноземної мови, з української мови, з інформатики. Щоб забезпечити високий рівень навчального процесу, необхідно виховувати та навчати молодих викладачів. Для покращення їх викладацької діяльності у ХМАПО вже протягом декількох років функціонують Школа молодого викладача, Семинар завучів, створено відділ моніторингу якості навчання.

На виконання наказу МОН України від 16 жовтня 2009 року № 943 “Про запровадження у вищих навчальних закладах України Європейської кредитно-трансферної системи” в академії складений план заходів, який затверджений ректором. Хід виконання заслуховується на засіданнях ректорату та навчально-методичної ради. Так, планом на 2010 рік передбачено широке впровадження в навчальний процес питань доказової медицини, нанотехнологій, вивчення критеріїв оцінки якості освіти в зарубіжних університетах, забезпечення методичного супроводу із запровадження положень ЄКТС та ін.

В останні роки поширюються зв'язки вчених академії з зарубіжними університетами з метою запозичення передових освітніх технологій, ознайомлення з особливостями проведення педагогічного процесу в європейських університетах та в плані проведення сумісних наукових розробок і досліджень.

Висновок. Сучасний розвиток медичної науки і практики, соціально-економічні перетворення в суспільстві та реформування охорони здоров'я обумовлюють необхідність вносити системні корективи в підготовку та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників із наближенням їх освіти до міжнародних стандартів та першочерговим забезпеченням якості їх навчання та рівня практичних умінь. Нові фундаментальні знання у медицині змінюють концепції і методи, так що медичної професії доводиться вчитися усе життя.

Література

1. Вища медична освіта України на сучасному етапі / В.В. Лазоришинець, М.В. Банчук, О.П. Волосовець та ін. // Проблеми сучасної медичної науки та освіти. – 2008. – № 4. – С. 5–10.
2. Медична освіта у світі та в Україні / Ю.В. Поляченко,

В.Г. Передерій, О.П. Волосовець та ін. – К.: Книга плюс, 2005. – 384 с.

3. Про запровадження у вищих навчальних закладах України Європейської кредитно-трансферної системи: Наказ МОН України від 16.10.2009 № 943.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ АНГЛОМОВНИМ СТУДЕНТАМ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

О.Л. Холодкова, Н.В. Нескоромна

Одеський державний медичний університет

PECULIARITIES OF TEACHING OF THE HUMAN ANATOMY IN ENGLISH FOR FOREIGN STUDENTS IN MODERN CONDITIONS

O.L. Kholodkova, N.V. Neskoromna

Odessa State Medical University

У даний період в Одеському державному медичному університеті все більш зростає кількість англomовних студентів. Кафедра анатомії людини вже багато часу має певний досвід навчального процесу з англomовними студентами. Для студентів створені усі навчально-методичні матеріали, які максимально адаптовані до класичного бібліотечного фонду та мають самостійне навчальне значення. Для проведення лекцій викладачі кафедри використовують сучасні мультимедійні презентації на доступному рівні. Багато років найбільше уваги та часу на кафедрі анатомії приділяється активним формам навчання, насамперед практичним заняттям та самостійній роботі. Основним елементом створення мотивації для навчання є препарування, яке визначене одним з головних методів вивчення будови тіла людини. Для викладання англomовним студентам анатомії людини на рівні сучасних вимог великого значення набуває використання інноваційних технологій для максимально ефективного надання та засвоєння навчального матеріалу.

At present the number of English speaking foreign students increases at Odessa State Medical University. There is a high experience in teaching Anatomy in English at the Human Anatomy department. All the necessary training appliances, which are up to the modern requirements, have been created for the students. Multimedia presentations of the lecture material are used at the easily understood level. Preparation is one of the main elements for motivation to teaching.

It is necessary to use innovative technologies with the aim of the effective Anatomy teaching at the level of the modern requirements and the maximum learning of the training material.

Вступ. Одеський державний медичний університет одним з перших медичних вузів в Україні взяв курс в цивілізоване міжнародне суспільство, спрямований на підготовку конкурентоспроможних фахівців-медиків на рівні світових вимог. Важливим аспектом даного курсу є впровадження в систему медичної освіти основних ідей, сформульованих Болонською декларацією [1]. У даний період у вищих навчальних закладах України все більш зростає кількість англomовних студентів-іноземців, зокрема і в Одеському медуніверситеті. Введення кредитно-модульної системи освіти у навчальний процес ОДМУ декілька років тому та збільшення кількості іноземних громадян, у свою чергу, обумовило внесення низки коректив в організацію навчального процесу та навчально-методичної роботи на кафедрі анатомії людини. Багаторічний досвід, отриманий кафедрою за тривалі роки викладання предмета у медичному університеті,

сприяв зростанню ролі анатомії людини серед фундаментальних теоретичних дисциплін.

Основна частина. Анатомія людини займає особливе місце серед фундаментальних наук та є однією з перших дисциплін, спрямованих до подальшої клінічної підготовки, а також пов'язує теоретичні та клінічні аспекти медицини. Основні цілі та задачі викладання анатомії спрямовані на уміння аналізувати інформацію про розвиток та будову тіла людини, органів та анатомічних утворень; систем, що складають цілісний організм.

Кафедра анатомії людини викладає дисципліну англійською мовою вже понад 14 років, тобто вже багато часу ми маємо певний досвід відповідної роботи з англomовними студентами. Якість підготовки іноземних спеціалістів залежить від багатьох факторів, серед яких ми б хотіли звернути увагу на такі.

Насамперед, на початкових етапах викладання анатомії англійською мовою багато проблем з навчально-методичною літературою виникало не тільки в іноземних студентів, а й у професорсько-викладацького складу кафедри. Але поступово проблеми недостатньої кількості підручників, атласів для викладачів та студентів, відсутності текстів лекцій, методичних розробок, незабезпеченості словниками-мінімумами з кожного розділу предмета, таблицями, інформаційними стендами за минулі роки ми вирішили. З метою максимального наближення до світових стандартів колективом кафедри були проаналізовані та активно використовуються в роботі класичні підручники та атласи анатомів з міжнародним ім'ям – тобто Ф. Неттера, Г. Грея, Собога, Х. Фениша, Р. Мак Минна. Проте існують деякі розбіжності у вітчизняній і зарубіжній спеціальній термінології, трактуванні деяких понять, а також в методологічному підході до вивчення предмета [4]. У зв'язку з цим на кафедрі для студентів створені методичні посібники з кожного розділу навчальної програми, низка контрольних питань, перелік практичних навичок, які використовуються при проведенні практичних занять та підсумкових модульних контролів знань. Усі ці навчально-методичні матеріали максимально адаптовані до класичного бібліотечного фонду та мають самостійне навчальне значення.

Ефективність навчального процесу також залежить від ступеня та якості володіння англійською мовою як самих викладачів, так і студентів. Англомовні студенти прибувають з різних країн світу, таких як Індія, Іран, Сирія, Пакистан, Ізраїль, Ірак. Частіше за все англійська мова для них не є рідною і вони говорять на своєму рідному діалекті, а це викликає певні труднощі у порозумінні та спілкуванні з викладачами та поміж собою. Рівень володіння мовою, наприклад, студентів із Індії та Близького Сходу досить різних, тому перед викладачами виникає проблема порозуміння під час практичних занять. Мовні контакти мають різноманітні прояви і різні результати, що відображаються на багатосходових рівнях володіння іноземною мовою. Тому викладачі кафедри, щоб подолати мовний бар'єр, багато часу приділяли наполегливому вивченню англійської та підвищенню особистого рівня володіння мовою, що дозволило їм якісно й вільно спілкуватися з іноземними студентами. Також ми намагаємось порозумітись з кожним іноземним студентом шляхом індивідуального сумлінного підходу до мовного опитування та тестування.

Відомо, що лекція вважається найважливішою ланкою навчального процесу, вона націлює та вказує

напрямок, у якому треба вивчати теми дисципліни, дозволяє отримати сконцентрований матеріал, відомості про нове за досить мінімальний час. Оптимальною є ситуація, коли лекція передуює практичним заняттям. Для проведення аудиторних лекцій ми використовуємо сучасні мультимедійні презентації, котрі є джерелами нової інформації, що подаються на доступному, ознайомчому рівні. Таким чином, ми значно підвищили зацікавленість іноземних студентів лекційним матеріалом, а також поступово ліквідували низьке академічне відвідування лекцій.

Багато років найбільше уваги та часу на кафедрі анатомії приділяється активним формам навчання, насамперед практичним заняттям та самостійній роботі. Основним елементом створення мотивації для навчання є препарування, яке визначене одним з головних методів вивчення будови тіла людини. Сучасні навчальні вимоги спрямовані на акцентування уваги студентів на анатомічних утвореннях, які будуть найбільш актуальні в клінічній практиці. На кожному практичному занятті студенту дається конкретне завдання для самостійного препарування анатомічного утворення під керівництвом викладача, який для досягнення мети повинен конкретизувати задачі та визначити рівень роботи студента. Перш ніж розпочати препарування, студент повинен ретельно вивчити за книгою та атласом обрану ділянку дослідження. Підводячи підсумки заняття, підкреслюється досягнутий рівень, активність студентів та їх компетентність.

Крім того, на нашій кафедрі багато років існує навчальний музей вологих анатомічних препаратів за всіма розділами анатомії людини, і практичні заняття здійснюються безпосередньо у залах, де знаходяться ці препарати. Усі демонстраційні анатомічні препарати були виготовлені протягом минулих років студентами під керівництвом викладачів кафедри, зокрема й за активною участю англомовних студентів. Анатомічні препарати підвищують зацікавленість студентів до предмета, значно полегшують вивчення анатомії та зменшують стомлюваність під час вивчення нової теми. Вважаємо, що завдяки цим ознакам створюється допоміжна стійка мотивація для майбутньої професійної діяльності студента, який одержав змогу вчитися в нашому навчальному закладі. Отже, застосування наочних засобів для навчання дає можливість зробити практичне заняття досить цікавим і змістовим, полегшити розуміння важких питань, підняти творчий характер викладання предмета [5].

Одним з головних принципів кредитно-модульної системи стає подальше збільшення об'єму самостійної роботи студентів. Її роль та значення підвищу-

ється, оскільки кредити містять в собі всі види навчально-методичної роботи кафедри. Самостійне активне навчання дозволить студентам добитись високої рейтингової оцінки за шкалою ECTS та навчить студентів самостійно вирішувати поставлені завдання. Для збільшення питомої ваги позааудиторної самостійної роботи студентів по суботах анатомічні зали відкриті для самопідготовки, протягом шести годин надаються консультації черговими викладачами кафедри з будь-яких питань, що виникли в процесі вивчення анатомії. Дані консультації надаються як для студентів I-II курсів, які зараз вивчають предмет, так і для студентів III-IV курсів, які готуються до написання державного ліцензійного іспиту КРОК-І. Достатньо великий досвід позааудиторного самостійного вивчення іноземними студентами анатомії людини демонструє, що особливості, які спочатку існували в порівнянні з викладанням вітчизняним студентам, поступово стерлись.

Для підвищення ефективності засвоєння матеріалу на нашій кафедрі створено банк даних з різноманітною інформацією, стосовно історії нашої кафедри, анатомічного навчального музею, видатних вчених-анатомів, відомостей про основну навчальну та допоміжну літературу. Усі ці дані постійно поповнюються і є доступними не тільки на паперових носіях, а й на нашому кафедральному сайті: www.anatomka.odmu.od.ua.

Відомо, що важливим аспектом Болонського процесу є тестовий контроль знань студентів. Сучасні

методи навчального процесу припускають створення контролюючих програм з великою кількістю тестів, що забезпечує високу об'єктивність оцінки знань студентів [2]. Співробітниками кафедри створена основна база тестових завдань англійською мовою. Тестування студентів проводиться у другій половині кожного заняття та сприяє об'єктивності оцінки і стає додатковим стимулом для високоєфективної праці студентів під час практичних занять. На підсумкових контролях засвоєнь модулів, які охоплюють усі розділи циклу, студенти також відповідають на декілька тестових завдань. Результати тестових завдань є невід'ємною, однією з основних складових частин показників успішності студентів.

У подальшому розвитку викладання анатомії людини англійською мовою для студентів міжнародного факультету набуває більшого значення використання інноваційних технологій для максимально ефективного надання та засвоєння навчального матеріалу [3].

Висновок. Таким чином, для оптимізації викладання анатомії людини англійською мовою студентам на сучасному рівні потрібно, перш за все, постійно поновлювати та вдосконалювати базу тестових завдань з метою підготовки до написання державного ліцензійного тестового іспиту “КРОК-І”. Впровадження та освоєння сучасних новітніх технологій дозволить підвищити рівень викладання, навчання та оцінки знань іноземних студентів-медиків.

Література

1. Вища освіта України і Болонський процес: Навчальний посібник / За ред. В.Г. Кременя. – Тернопіль, 2004. – 235 с.
2. Вища медична освіта і Болонський процес: Навчально-методичні та інформаційно-довідкові матеріали / В.Ф. Москаленко, О.П. Волосовець, О.П. Яворський та ін. – К.: МОЗ України, 2005. – Т. I. – С. 98; Т. II. – С. 112.
3. Епішева С.М., Венгер Г.Ю. Використання комп'ютерної техніки для підвищення якості навчання студентами медичних вузів за курсом “очні хвороби” //

Проблеми педагогіки вищої медичної освіти у вузах України: Збірник праць. – Одеса, 1997. – С. 90-91.

4. Круть О.С. Особливості методики викладання пропедевтичної педіатрії іноземним студентам англійською мовою // Запорозький медичний журнал. – 2005. – № 6. – С. 166-167.

5. Рождественський Ю.В. Підвищення якості навчання за допомогою наочних посібників // Науково-методичний збірник “Проблеми освіти”. – 2000. – Вип. 2. – С. 90-94.

ПЕДАГОГІЧНІ ОСНОВИ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ДО НАУКОВОЇ РОБОТИ З ФАРМАКОЛОГІЇ

І.С. Чекман, Н.О. Горчакова, Л.І. Казак, Т.Ю. Небесна, І.О. Борзенко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

PEDAGOGICAL PRINCIPLES OF STUDENTS TRAINING TO SCIENTIFIC WORK ON THE PHARMACOLOGY

I.S. Chekman, N.O. Horchakova, L.I. Kazak, T.Yu. Nebesna, I.O. Borzenko

National Medical University by O.O. Bohomolets

У роботі наведені історичні і сучасні дані про роботу студентів у науковому студентському гуртку кафедри фармакології та клінічної фармакології, описані основні наукові дослідження, які проводять студенти-гуртківці.

This work gives facts about historical and contemporary statistics about student's activities in scientific student's group of pharmacology and clinical pharmacology department, and shows main scientific investigations that they do.

Вступ. На сучасному етапі розвитку вищої медичної освіти, пов'язаному з її реформуванням, оновленням і включенням в міжнародний освітній простір (зокрема, впровадженням Болонської системи освіти), визначальним є фактор раціонального використання інтелектуального потенціалу кожного студента. Тому одним з провідних завдань вищих навчальних медичних закладів є формування у студентської молоді науково-дослідницьких умінь, які мають сформувати основу їх майбутньої ефективної роботи. Шляхом виконання цього завдання є запровадження ефективних сучасних форм організації наукової роботи студентів, як складової навчально-виховного процесу в цілому. З метою підвищення ефективності процесу досліджень і розвитку наукового-дослідного потенціалу студентів у Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця запроваджена система роботи кафедральних студентських наукових гуртків (СНГ). Один з найдавніших гуртків університету працює на кафедрі фармакології та клінічної фармакології.

Основна частина. Науковий студентський гурток кафедри фармакології активно функціонує з 1945 р., хоча окремі дослідження проводилися студентами на базі кафедри під керівництвом її вчених і до того часу [1]. Свої наукові дослідження на ізольованих залозах внутрішньої секреції, селезінці, на судинах ізольованого вуха кролика Г.Л. Шкавера проводив із студентами-гуртківцями [3, 4]. До експериментально-фізіологічних досліджень на тваринах залучали

студентів завідувачі кафедри фармакології В.І. Дибковський, П.П. Сущинський, Ю.П. Лауденбах [2, 5]. Метою створення та функціонування гуртків є поглиблене наукове дослідження студентами окремих галузей фармакологічних знань. Діяльність СНГ кафедри фармакології та клінічної фармакології на сучасному етапі організована і проводиться відповідно до найбільш актуальних напрямків світових фармакологічних досліджень і узгоджена з комплексною дослідницькою темою кафедри. Основні напрямки роботи гуртка включають: пошук нових кардіо- та вазотропних сполук; вивчення механізмів дії метаболітотропних препаратів та можливостей їх сумісного застосування з препаратами інших фармакологічних груп (зокрема антигіпертензивними, антинеопластичними та протитуберкульозними лікарськими засобами); дослідження сполук рецепторного та медіаторного типів дії; дослідження фізико-хімічних механізмів дії лікарських засобів. В останні роки окрема увага в роботі СНГ кафедри приділяється підготовці студентських наукових робіт з таких сучасних фармакологічних напрямків, як дослідження квантово-фармакологічних властивостей лікарських засобів та дослідження з нанофармакології. В лабораторіях кафедри відпрацьовані методики та сформована необхідна матеріально-технічна база для участі студентів в основних видах квантово-фармакологічних досліджень: вивченні просторової та електронної структури окремих лікарських засобів, встановленні залежності

“структура – активність” (QSAR), дослідженні біологічних взаємодій, моделюванні реакцій між лікарськими засобами та біомолекулами організму людини. Студенти-гуртківці мають змогу проводити дослідження з нанофармакології на базі спільної лабораторії електронно-променевої технології неорганічних матеріалів для медицини Інституту електрозварювання імені Є.О. Патона та Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Організаційно СНГ кафедри є первинною структурною одиницею студентського наукового товариства (СНТ) НМУ. СНГ – наукова діяльність студентів у певній галузі фармакології, що виражається в проведенні засідань та заслуховування на них доповідей. Організацію роботи гуртка здійснює науковий керівник з числа професорсько-викладацького складу кафедри. Сприяння науковому керівникові надає староста – студент, який обирається членами гуртка. Одним з обов’язків старости є ведення обліку виконаної роботи, з яким староста щорічно звітує перед Радою СНТ. Членами гуртка є студенти 1–6 курсів, які займаються науково-дослідницькою діяльністю з фармакології. Основними формами діяльності студентів у наукових гуртках є проведення щомісячних засідань, на яких студенти виступають з науковими доповідями, підготовка до виступів на студентських конференціях, обговорення матеріалів для написання наукових статей. До доповіді члена гуртка пред’являються вимоги актуальності, самостійності, теоретичної і практичної цінності. Однією з форм підготовки науково-педагогічних кадрів є участь студентів-гуртківців в наукових конференціях. Щорічно восени в НМУ проходить Міжнародний конгрес студентів і молодих вчених “Актуальні проблеми сучасної медицини”. Під час конгресу на кафедрі працює 2-3 секції. Кількість доповідей на секції фармакології та клінічної фармакології за останні роки значно збільшилась (2004 р. – 12 доповідей, 2005 р. – 6 доповідей, 2006 р. – 12 доповідей, 2007 р. – 37 доповідей, 2008 р. – 51 доповідь, 2009 р. – 53), що свідчить про потяг студентської молоді до наукових досліджень, а також про активну роботу викладачів кафедри зі студентами. В 2008/2009 навчальному році студенти-гуртківці кафедри фармакології та клінічної фармакології брали участь в 2-х олімпіадах та конкурсі студентських наукових робіт. Студентка Г.Р. Ламазян отримала II місце на олімпіаді з фармакології (м. Одеса). Студентка Г.Й. Бусель отримала сертифікат за відмінні знання з фармакології на олімпіаді з фармації (м. Харків).

Студентка А.Ю. Бутко за наукову роботу “Фармако-економічний аналіз асортименту лікарських засобів для лікування бронхіальної астми” отримала II призове місце на Всеукраїнському конкурсі студентських наукових робіт в галузі “Фармацевтичні науки” (м. Запоріжжя). СНГ допомагають виховувати грамотних лікарів та провізорів для практичної охорони здоров’я, а також добирати і готувати кадри для кафедр медичних вузів та НДІ з числа найбільш обдарованих і працьовитих студентів. У студентські роки активним гуртківцем кафедри фармакології був чл.-кор. НАН і АМН України, професор Ф.П. Тринус, який багато років був директором профільного інституту фармакології і токсикології, професор В.Д. Чоботарьова – багаторічний декан педіатричного факультету. Багато вихованців кафедри захистили докторські, кандидатські дисертації і плідно працюють на кафедрі (Горчакова Н.О., Ніженківська І.В., Савченко Н.В.), а також у науково-дослідних інститутах (Дужак В.Г., Вікторов О.П., Шатило В.Б., Бульда В.І., Свіщенко Є.П., Маньківський Б.М., Бурчинський С.П., Куц В.М.). Варто підкреслити, що можливість працювати у складі СНГ кафедри фармакології та клінічної фармакології надається студентам всіх факультетів НМУ, оскільки фармакологія є базовою медичною дисципліною, а фармакологічні дослідження вимагають опанування експериментальних методів, запозичених з інших фундаментальних дисциплін. В 2009 році кандидатські дисертації захистили асистенти кафедри, в минулому – активні гуртківці, випускники трьох різних факультетів НМУ – А.О. Різниченко (медичний факультет, дисертація на тему “Обґрунтування ефективності кверцетину і тіотриазоліну для попередження побічної дії протитуберкульозних препаратів”), Р.С. Довгань (стоматологічний факультет, дисертація на тему “Ефективність біпрололу при застосуванні з метаболітними препаратами (кверцетин, тіотриазолін) у щурів зі спонтанною артеріальною гіпертензією”), О.В. Ніцак (фармацевтичний факультет, дисертація на тему “Експериментальне обґрунтування доцільності застосування суспензії нанодисперсного кремнезему як сорбційного засобу”).

Висновок. За останні роки в НМУ значно підвищився науковий рівень студентських дослідницьких робіт, більш актуальною і конкретною стала їхня тематика. Для сучасного лікаря необхідне вміння творчо мислити над кожним складним клінічним випадком.

Література

1. Москаленко В.Ф., Полякова І.М. Бібліографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (1841–2006). – К. : Книга-плюс, 2006. – 306 с.
2. Незабутні постаті. Київський Національний університет ім. Тараса Шевченка. – Київ : Світ успіху, 2005. – 464 с.
3. Тараховский М.Л., Дыбковский В.И. // Фармакология и токсикология. – 1953. – Т. 16, № 4. – С. 58–63.
4. Чекман І.С., Казак Л.І. Життєвий і творчий шлях професора Григорія Лаврентійовича Шкавери // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2006. – № 1. – С. 212–215.
5. Чекман І.С. Науково-педагогічна діяльність Володимира Івановича Дибковського (до 170-річчя з дня народження) // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2005. – № 3-4. – С. 246–253.

УДК 618.2+618.29:615.015

ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА ЯК МЕТОДОЛОГІЧНА ОСНОВА ФОРМУВАННЯ НОВОГО СВІТОГЛЯДУ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ В СИСТЕМІ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ ОСВІТИ

І.С. Чекман, О.В. Шумейко, Н.В. Савченко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

EVIDENCE-BASED MEDICINE AS A METHODOLOGICAL BASIS FOR FORMATION A NEW VISION OF THE FUTURE DOCTOR IN THE CREDIT-MODULAR EDUCATION

I.S. Chekman, O.V. Shumeyko, N.V. Savchenko

National Medical University by O.O. Bohomolets

Реформування української вищої медичної школи необхідно проводити на засадах Болонського процесу в поєднанні з основами клінічної епідеміології та доказової медицини. Впровадження медичних стандартів на основі даних доказової медицини є підґрунтям підвищення якості медичної допомоги на засадах сімейної медицини і створює умови для оптимального реформування національної системи охорони здоров'я.

Reforming of the Ukrainian higher medical schools should be held to the principles of the Bologna process in conjunction with basic clinical epidemiology and evidence-based medicine. The introduction of medical standards based on evidence-based medicine is the foundation of quality medical care based on family medicine and creates optimal conditions for reforming of the national health system.

Вступ. Сьогодні із особливою гостротою перед викладачами вищих навчальних закладів постає проблема модифікації процесу навчання. Зростаючий потік інформації, наукових нововведень, новітніх технологій обумовлює необхідність перебудови професійного навчання [1, 2, 3]. Традиційний, класичний педагогічний підхід якщо не вичерпав себе, то на даному етапі стає недостатньо актуальним для вико-

нання задачі якісної підготовки спеціалістів. Наскільки інтенсивно збільшується об'єм наукових знань, настільки ж інтенсивно повинна орієнтуватись та змінюватись система викладання у вищих навчальних закладах і якості засвоєння студентами знань.

Реформування вищої медичної освіти в європейських країнах проводиться на засадах Болонської декларації, яка передбачає приведення її до єдиних критеріїв

© І.С. Чекман, О.В. Шумейко, Н.В. Савченко

і стандартів [4, 5]. Це відображається як в ідеології перебудови вищої школи, так і в концепції безперервного навчання, формі та змісті нових навчальних програм і планів, що забезпечує випускникам вищих навчальних закладів упродовж їхнього життя постійно високий професіоналізм й отримання відповідних дипломів і вчених ступенів. Кінцевою метою навчання в медицині є підготовка висококваліфікованих лікарів, професійні вміння, досвід і навички яких ставатимуть конкурентоспроможними на світовому ринку праці [4, 6].

Основна частина. Україна приєдналася до Болонської декларації із запізненням, тому в процесі перебудови вітчизняної вищої школи слід враховувати, що її навчальні стандарти не збігаються за багатьма факторами з європейськими. Найбільш це стосується вимог до якісних показників знань та умінь студентів. Недостатнє володіння вітчизняних студентів іноземними мовами є причиною того, що вони не повною мірою ознайомлюються із закордонними загальноосвітніми проблемами, останніми досягненнями науки й практики. Основними недоліками підготовки фахівців з вищою освітою вважається відсутність систематичної роботи студентів протягом семестру, низький рівень їхньої активності, відсутність елементів змагання у навчанні, недостатній об'єм практичних навичок та вмінь.

У провідних медичних університетах Західної Європи майже 25 років окремим предметом викладають клінічну епідеміологію – науку, яка вивчає закономірності поширення та методи дослідження захворювань людей, прогнозує їх у кожного пацієнта на основі вивчення перебігу хвороби в аналогічних випадках. Лікарське мистецтво розглядається з точки зору суворих наукових принципів. Клінічна епідеміологія в практичному сенсі забезпечує клінічні дослідження необхідними методами біостатистики, об'єктивними критеріями достовірності та технологіями узагальнення результатів. Насамперед це стосується клінічних випробувань лікарських засобів, нових технологій та раціональної фармакотерапії. У такий спосіб забезпечується висока довіра до результатів клінічних досліджень, створення повноцінних клінічних рекомендацій та державних стандартів діагностики, профілактики, лікування й організації медичної галузі.

Не менш важливе значення у реформуванні української вищої медичної освіти має впровадження в навчальний процес основ доказової медицини (Evidence-Based Medicine). Доказову медицину слід розглядати як стратегічний напрям медичної науки та клінічної практики, який ґрунтується на бездоганній

науковій інформації і орієнтований на підвищення рівня наукових досліджень, істотне поліпшення діагностики, профілактики, лікування та прогнозу хворих, оптимізацію діяльності органів державної системи охорони здоров'я.

Особистий досвід лікаря важливий і потрібний, але орієнтуватись лише на особисті почуття та інтуїцію, навіть на досвід старших колег, тим більше ігнорувати досягнення висококласних лікарів і науковців світу – нерозумно і недопустимо [4, 6, 7]. Практичний лікар отримує величезний обсяг медичної інформації про застосування фармацевтичних препаратів при різних захворюваннях і патологіях.

Доказова медицина – це галузь медицини, яка супроводжується безперервним навчанням практичних лікарів на основі результатів проведення багаточентрових плацебо-контрольованих досліджень [7]. Одним із основних постулатів доказової медицини є мінімальною кількістю препаратів досягти максимального ефекту. Призначати потрібно достатню кількість препаратів і не жодного більше. Доказова медицина дозволяє створювати індивідуальні програми терапії захворювань на будь-якому рівні надання допомоги, навіть національних стандартів якості.

На кафедрі фармакології та клінічної фармакології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця на лекціях і практичних заняттях доказову медицину в її сучасному вигляді розглядають у двох аспектах. По-перше, в контексті сучасної медичної практики і, по-друге, як методологічну основу формування нового світогляду лікаря, що спрямована на активне постійне використання світового досвіду клінічної практики, яка непинно вдосконалюється новими досягненнями медичної науки. Така спрямованість навчання сприяє зростанню ролі вищої медичної школи у визначенні шляхів підготовки майбутніх лікарів нового покоління, які б будували свою багатогранну діяльність на засадах доказової медицини [4, 6].

В основу вивчення доказової медицини на кафедрі фармакології та клінічної фармакології НМУ покладений принцип системного підходу та безперервності освіти упродовж професійного життя майбутнього лікаря – головної вимоги Болонського процесу. Такий підхід в освіті ґрунтується на спільному зі студентами розв'язанні завдань через наукові студентські конференції, науково-практичні дискусії, створення дипломних робіт (фармацевтичний факультет), групові обговорення, розв'язання тестових завдань, участь в олімпіадах з різних дисциплін тощо.

Вважається, що знання в доказовій медицині – це навички щодо самостійного прийняття обґрунтованих

рішень у конкретних клінічних чи організаційних ситуаціях, тому доказову медицину в навчальному сенсі слід розглядати не як самостійну дисципліну, а як комплекс заходів і прийомів на шляху поетапної підготовки лікарів до прийняття самостійних рішень через постійний пошук нової наукової інформації [3, 7].

Студенти медичних вищих навчальних закладів повинні чітко вивчити провідні принципи доказової медицини. По-перше, це принцип постійного оновлення інформації про досягнення медичної науки та клінічної практики, що забезпечує значне прискорення її використання для оптимізації лікування захворювань, підвищення ефективності та безпеки будь-яких медичних втручань. По-друге, принцип постійного ознайомлення всіх учасників медичної галузі з останніми досягненнями науки й практики з метою постійного контролю своєї діяльності шляхом зіставлення зі світовими здобутками сприятиме поліпшенню результатів майбутніх наукових і клінічних досліджень та підвищенню професіоналізму науковців, лікарів-практиків. Тому ще в студентські роки необхідно оволодіти методикою пошуку, аналізу і можливого використання кращих технологій у світовій практиці, отриманих у засобах масової інформації та електронних базах даних.

Третій принцип доказової медицини – це раціональна фармакотерапія як основа створення індивідуальних програм високоефективного, безпечного й економічно виправданого лікування за будь-якого захворювання. Це принцип постійного підвищення безпеки медичних втручань, що досягається проведенням клінічних досліджень і встановлення ефективності їх дії.

На кафедрі фармакології та клінічної фармакології НМУ студенти можуть ознайомитися з методологією і принципами клінічних випробувань лікарських засобів, сучасними формами та джерелами інформації з проблем клінічної епідеміології й доказової медицини і, звичайно, з комплексом питань щодо формулярної системи. Основи і положення формулярної системи ґрунтовно викладаються під час проведення елективних курсів “Побічна дія лікарських засобів” на медичних факультетах НМУ імені О.О. Богомольця.

Література

1. Андрущенко В. Модернізація педагогічної освіти України в контексті Болонського процесу // Вища освіта України. – 2004. – № 1. – С. 5–9.
2. Ван дер Венде М.К. Болонская декларация: расширение доступности и повышение конкурентоспособности образования в Европе // Высшее образование в Европе. – 2000. – № 33, т. XXV. – С. 126–167.

Вже на 3-му курсі (медичні факультети) і на 4-му курсі (фармацевтичний факультет) студентів ознайомлюють з адекватним захворюванню набором фармакотерапевтичних заходів, основних положень, щодо лікування невідкладних станів, звертаючи увагу на їх ефективність та доцільність. Окрім того, демонстрація взаємозв'язку між окремими скаргами хворих або фізикальними проявами і з результатами фармакотерапевтичних заходів на конкретних прикладах сприятиме алгоритмізації діяльності студентів і лікарів.

Майбутніх лікарів треба навчити думати й оперувати не окремими скаргами чи проявами захворювання, а алгоритмами скарг, проявів і результатів медикаментозного втручання. Це вкрай важливо, адже мислення алгоритмами формує професіоналізм лікаря.

Доказова медицина вимагає наукового обґрунтування показань до застосування лікарських засобів, причому показань не взагалі чи згідно з логікою речей, що домінує ще й тепер, а відповідно до кожного, окремо взятого хворого. Вона стверджує, що навіть при одному і тому ж діагнозі програма лікування може відрізнятись, інколи суттєво. Тому на основі даних доказової медицини в сучасному медичному світі формується система медичних стандартів, які покликані поліпшувати та контролювати якість медичних послуг.

Впровадження медичних стандартів на основі даних доказової медицини є підґрунтям підвищення якості медичної допомоги на засадах сімейної медицини і створює умови для оптимального реформування національної системи охорони здоров'я.

Висновок. Реформування української вищої медичної школи необхідно проводити на засадах Болонського процесу в поєднанні з основами клінічної епідеміології та доказової медицини. Тому до нових навчальних програм для вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації, які нині розробляють у Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця, слід обов'язково залучити основи клінічної епідеміології та доказової медицини.

3. Журавський В.С., Згуровський М.З. Болонський процес: головні принципи входження в Європейський простір вищої освіти. – К.: ІВЦ “Видавництво “Політехніка”, 2003. – 200 с.

4. Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “лікар” у вищих нав-

чальних закладах III-IV рівнів акредитації України за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа”: Наказ від 31.01.2005 № 52.

5. Поляков М. Болонський процес: зближення, а не уніфікація // Вища освіта України. – 2004. – № 1. – С. 47–50.

6. Фармакологія. Рецептатура. Практические занятия: Учеб. для иностр. студентов / И.С. Чекман, Н.А. Горчакова, П.А. Галенко-Ярошевський и др.; Под ред. И.С. Чекмана. – К.: ООО “Рада”, 2008. – 832 с.

7. Юрьев К.Л., Логановский К.М. Доказательная медицина. Кокрановское сотрудничество // Український медичний часопис. – 2000. – № 6 (20). – С. 6–15.

УДК 611.61-036+616.61-008.64

МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ І МОНІТОРИНГУ ПРОФЕСІЙНО ОРІЄНТОВАНИХ ЗНАТЬ У ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ НА КАФЕДРІ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

В.Г. Черкасов, І.В. Дзевульська, О.І. Ковальчук

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

A MODEL OF FORMING AND MONITORING OF THE PROFESSIONALLY ORIENTED KNOWLEDGE IN THE PROCESS OF TRAINING OF FUTURE DOCTORS ON THE HUMAN ANATOMY DEPARTMENT OF NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY BY O.O. BOHOMOLETS

V.H. Cherkasov, I.V. Dzevulska, O.I. Kovalchuk

National Medical University by O.O. Bohomolets

Значний прогрес у розвитку медицини, удосконалення візуалізованих методів відображення внутрішніх органів людини, їх функціонального стану, оцінювання властивостей тканин і клітин за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД), комп'ютерної томографії (КТ), магнітно-резонансної томографії (МРТ) при широкому спектрі захворювань підвищують вимоги до лікарів різного профілю щодо досконалого знання деталей будови людини в нормі, топографічних взаємовідносин органів тіла, вміння описувати зображення зрізів тканин і органів у різних площинах. Тому в сучасних умовах насамперед необхідні інноваційні засоби навчання і технології моніторингу якості освіти, які сприяють формуванню професійно орієнтованих знань і, відповідно до цього, є об'єктивними стандартизованими інструментами вимірювання професійної компетентності студента шляхом оцінювання його вміння застосовувати знання та розуміння фундаментальних наук в процесі подальшого вивчення клінічних дисциплін, а головне – в майбутній професійній діяльності. За вимогами Болонського процесу при організації кредитно-модульної системи визначення кваліфікаційного рівня підготовки спеціалістів має бути стандартизованим. Відповідно до цього на кафедрі анатомії людини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця створений навчально-методичний посібник “ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ КРОК-1 – АНАТОМІЯ ЛЮДИНИ” та розроблена стандартизована модель контролю самостійної підготовки студентів до ліцензійного інтегрованого іспиту. Особливістю цієї моделі є те, що структурований за темами кредитів моніторинг самостійної підготовки студентів є максимально наближеним до реальної клінічної ситуації.

To one of pre-conditions of including of Ukraine in single European space there is realization of higher education of Ukraine of innovative model of the education system. This fact also concerns to medical education. For providing of quality training in Ukraine the European standard's doctors it is necessary to create terms for active, maximally close to practice education. There has been developed standardized and formalized system of evaluation of the educational quality and created methodical manual “TEST TASKS OF STEP-1 – HUMAN ANATOMY” at the Human Anatomy Department of National Medical University by

© В.Г. Черкасов, І.В. Дзевульська, О.І. Ковальчук

О.О. Bohomolets. Subject: Human anatomy. It includes: standardized control of independent training of students, compatible system of testing, structured writing work, control of practical skills is in terms, maximally close to the real clinical situation. It promotes statistically for certain to estimate the level of forming of abilities and practical skills.

Вступ. Курс на розбудову інноваційної системи України проголошено в багатьох документах, зокрема в “Стратегії інтеграції України до Європейського Союзу”, Концептуальних основах стратегії економічного розвитку на 2002-2012 роки, у стратегії соціально-економічного розвитку України на 2004-2015 роки “Шляхи Європейської інтеграції”, що стали основою для формування в Україні інноваційної моделі структурної перебудови, становлення України як високотехнологічної та конкурентоздатної держави на міжнародній арені. Однією з передумов входження України до єдиної Європейської зони є реалізація системою вищої освіти України інноваційної моделі у рамках Болонського процесу, яка передбачає потік постійного генерування та впровадження того нового, що забезпечує високоінтелектуальний рівень підготовки фахівців, базуючись на розвитку насамперед фундаментальної науки [1, 2, 3].

В сучасних умовах насамперед необхідно створити такі методи та засоби навчання, які би формували професійно орієнтовані знання і відповідно до цього були об’єктивним стандартизованим інструментом вимірювання професійної компетентності студента [3, 4] шляхом оцінювання його вміння застосовувати знання та розуміння фундаментальних наук у процесі подальшого вивчення клінічних дисциплін і в майбутній професійній діяльності. Для забезпечення високого кваліфікаційного рівня майбутніх лікарів європейського зразка в Україні на теоретичних кафедрах медичних університетів необхідно створити умови для максимально наближеного до практики навчання. На кафедрах анатомії людини система набуття теоретичних знань та практичних навичок в сучасних умовах має свою специфіку. Значний прогрес у розвитку медицини, удосконалення візуалізованих методів відображення внутрішніх органів людини, їх функціонального стану, оцінювання властивостей тканин і клітин за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД), комп’ютерної томографії (КТ), магнітно-резонансної томографії (МРТ) при широкому спектрі захворювань підвищують вимоги до лікарів різного профілю щодо досконалого знання деталей будови тіла людини в нормі, топографії органів, вміння описувати зображення зрізів тканин у різних площинах. Тому системний опис стану і топографічних взаємовідносин частин і органів тіла з урахуванням їх вікових, статевих і індивідуальних особливостей стає

основою теоретичної і практичної медицини. Крім того, сучасний рівень підготовки лікарів вимагає знання анатомічної номенклатури, яка являє собою основу лікарської мови; анатомічні терміни латинською і грецькою мовами є коренями назв хвороб та патологічних станів.

Треба зазначити, що збільшення фактологічної складової анатомії людини як дисципліни, необхідність оволодіння великою кількістю назв усіх органів і основних анатомічних утворів латиною на кожне заняття, значний обсяг навчального часу, відведеного для самостійної роботи студента в умовах кредитно-модульної системи, потребують чітких критеріїв аналізу і контролю виконання та оцінювання якості цієї роботи.

Відповідно до вимог Болонського процесу [4, 5] стандартизованим засобом управління та моніторингу статистично достовірного оцінювання якості освіти є система тестування, як складова частина підготовки до ліцензійного інтегрованого іспиту “КРОК-1” на теоретичних кафедрах.

Основна частина. З контексту зазначеного вище зрозуміло, що гостро постало питання про методичне забезпечення для активної самостійної діяльності студента. На кафедрі анатомії людини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця розроблена стандартизована модель самостійної підготовки студентів до ліцензійного інтегрованого іспиту. Особливістю цієї роботи є те, що структурований за темами кредитів контроль самостійної підготовки студентів [7] і можливість відповідної самостійної підготовки до професійно орієнтованого тестування (в форматі КРОК-1) максимально наближені до реальної клінічної ситуації.

З цією метою на кафедрі анатомії людини НМУ ім. О.О. Богомольця підготовлений навчально-методичний посібник “ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ КРОК-1 – АНАТОМІЯ ЛЮДИНИ” [6]. Потенційна клінічна ситуація, що відтворена у тестових завданнях, створює мотивацію у студента для вивчення деталей будови тіла людини; оцінює здатність студента використати отримані фундаментальні знання з анатомії людини для інтерпретації конкретної клінічної ситуації, а не згадувати ізольований факт. Кожне тестове завдання із створеного банку кафедри присвячене важливій для майбутньої професії темі. В клінічних вин’ятках описані всесвітньовідомі синдроми і симптоми: Іценка-Кушинга, Бабінського-Фреліха, Конна, Уотергауза-

Фрідеріксена, Хвостека, Шегрена, Фовілля, Паріно, Сладера, Аерзі, Казем-Бека, Морганї-Адамса-Стокса, Сиротиніна-Куковерова; висвітлені симптомокомплекси хвороби Кушинга, Реклінгхаузена, Гентінгтона Липмана, Куссмауля, Рейтера, “хвороби Гіппократа”; описані обличчя Корвізара, шум Грехема-Стілла, вади серця (боталової протоки та ін.), тести Формана, Деку. Особлива увага приділена шляхам розповсюдження інфекції в організмі людини. Особливості будови і топографії органів розглядаються на прикладі конкретних клінічних ситуацій (трахеотомія, катетеризація і веносекція підключичних судин, шийні кили, пухлини органів ший та слинних залоз, “френікус-симптом”, виміри розмірів таза, лапаротомія, діафрагмові кили, пупкові нориці, важкодоступні положення червоподібного відростка, простори очеревинної порожнини, аномалії розвитку судин, вади серця). Для студентів стоматологічного факультету в тестових завданнях відображені всі алгоритми щодо особливостей будови зубного органа, термінів прорізування зубів, типів оклюзії, прикусів, особливостей кровопостачання та іннервації, анатомічного підґрунтя проведення місцевої та провідникової анестезії та її ускладнень. Збільшення проявів порушення функції імунної та ендокринної систем у сучасному світі спонукало авторів у тестових завданнях відтворити симптоми конкретних хвороб (СНІДу, цукрового та нецукрового діабету, захворювань щитоподібної залози, надниркових залоз, епіфіза, дієнцефального синдрому, метастазування при злоякісних пухлинах). Велика кількість питань присвячена особливостям кровопостачання та іннервації органів та тканин.

Навчально-методичний посібник “ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ КРОК-1 – АНАТОМІЯ ЛЮДИНИ” міс-

тити тестові завдання формату А в кількості 1522, які структуровані за темами кредитів першого модуля “Опорно-руховий апарат”, другого модуля “Спланхнологія. ЦНС. Органи чуття”, третього модуля “Серце. Судини і нерви голови, ший, тулуба і кінцівок”. Важливою особливістю навчально-методичного посібника є наявність правильних відповідей, що дає можливість студентам перевірити рівень засвоєння теоретичного матеріалу в процесі самостійної підготовки до стандартизованого комп’ютерного контролю при складанні модулів. Всі дистрактори (неправильні варіанти відповіді) гомогенні, належать до тієї ж категорії, що і правильна (одна) відповідь. Використані в тестових завданнях терміни відповідають Міжнародній анатомічній номенклатурі (Сан-Пауло, 1997) – українському стандарту (Київ, 2001). Для іноземних студентів аналоги ТЗ, створених на кафедрі анатомії людини НМУ, перекладені на російську та англійську мови. Тестові завдання з навчально-методичного посібника “Тестові завдання КРОК-1 – анатомія людини” використовуються на кафедрі для поточного контролю якості освіти, контролю рівня підготовки студентів на залікових кредитах, кінцевого рівня підготовки кожного студента під час модульного контролю і є фундаментальною базою на етапі підготовки до офіційного ліцензійного інтегрованого іспиту “КРОК -1”.

Висновок. Результати відповідей на тестові завдання “КРОК”, він’єтки яких у створеному посібнику максимально наближені до реальної клінічної ситуації, дають змогу статистично достовірно оцінювати кваліфікаційний рівень майбутніх лікарів, рівень сформованості їх вмінь та навичок, що відображені навчальною програмою з анатомії людини і враховуються при визначенні модульної оцінки.

Література

1. Система управління якістю медичної вищої освіти в Україні. / І.Є. Булах, О.П. Волосовець, Ю.В. Вороненко та ін. – Д.: АРТ-ПРЕС, 2008. – 212 с.
2. Вища освіта України і Болонський процес: Навчальний посібник / За ред. В.Г. Кременя. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2004. – 384 с.
3. Кудченко В. Наука в інноваційній економіці // Науковий світ. – 2009. – № 8. – С. 18-19.
4. Про удосконалення системи підготовки до стандартизованого тестового державного іспиту “КРОК” / В.Ф. Москаленко, О.П. Яворовський, Л.І. Остапюк, А.І. Чу-

батий // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2008. – № 4. – С. 207–209.

5. Підаєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. – Одеса: Одеський державний ун-т, 2004. – 192 с.

6. Тестові завдання КРОК-1 – Анатомія людини: Навчальний посібник / За ред. В. Г. Черкасова. – Київ: ФОП “ВОРОНА”, 2009. – 114 с.

7. Черкасов В.Г., Дзевульська І.В., Ковальчук О.І. Анатомія людини (контроль за самостійною підготовкою до практичних занять). – Київ: Нова Пак МСД, 2009. – 174 с.

УДК 617.(07.07)

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ

І.О. Чорна, О.В. Лігоненко, А.Б. Зубаха, І.А. Шумейко, О.В. Стороженко,
І.І. Діхтяр, М.І. Кравців

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

LEGAL ASPECTS OF TEACHING OF GENERAL SURGERY IN CONDITION OF BOLOGNA SYSTEM

I.O. Chorna, O.V. Lihonenko, A.B. Zubaha, I.A. Shumeyko, O.V. Storozhenko,
I.I. Dihtiar, M.I. Kravtsiv

HSEIU “Ukrainian Medical Stomatological Academy”

У статті наведені міркування про етичні та юридичні аспекти викладання дисципліни “Загальна хірургія з доглядом за хворими”. З огляду на приєднання України до Болонської декларації міняються акценти у проведенні практичних занять з наведеного предмета. Тому назріла необхідність опрацювання певних етичних принципів поведінки студентів у клініці, ознайомлення їх з міжнародними правовими стандартами, які регламентують лікарську діяльність, та етичними нормами у світовій медичній спільноті.

Ethical and juridical aspects of teaching of the discipline “General surgery with care for patient” are pointed in the article. Considering that Ukraine has joined to Bologna process, principle of practical classes are changing. So, exists necessity of the development of ethical principles students behaviour in clinic. The Ethical rates world community must specify medical activity of doctors.

Вступ. Сьогодні правове регулювання системи охорони здоров'я здійснюється низкою нормативно-правових актів. Основним законодавчим актом, що визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні та регулює суспільні відносини у цій галузі, є Основи законодавства України про охорону здоров'я.

Одним з найважливіших завдань, які стоять перед вищими медичними навчальними закладами, є підготовка кваліфікованих кадрів з належним рівнем знань і практичних навичок, лікарів з високими морально-етичними принципами. Предмет “Загальна хірургія з доглядом за хворими” з своєрідною з'єднуючою ланкою між теоретичними дисциплінами і безпосередньою практичною роботою з пацієнтом та має велике значення у формуванні світогляду майбутнього спеціаліста, засад етики і деонтології у його подальшій практичній діяльності.

Основна частина. Програма “Загальної хірургії з доглядом за хворими” передбачає у зв'язку з переходом на принципи Болонської декларації певні зміни теоретичного і практичного аспектів освіти. І хоча,

згідно з міжнародними стандартами, провідний акцент викладання ставиться на уніфіковані способи викладання та перевірки знань студентів шляхом тестування – уже на другому курсі в контексті “Догляду за хворими” домінуючим буде ранній контакт студента з пацієнтом. А вже від перших днів перебування в клініці студенти спілкуються з хворими, беруть участь в перев'язках та маніпуляціях, присутні при оперативних втручаннях. А переведення так званої “виробничої практики” як на II, так і на III курсах в програмі загальної хірургії має на меті безпосередню участь молодих колег у всіх процедурах хірургічного стаціонару, виконання маніпуляцій та перев'язок. Це, безсумнівно, має позитивний вплив на формування клінічного мислення майбутнього спеціаліста, є логічним продовженням кращих традицій вітчизняної медицини, у яких завжди пріоритетною була співпраця лікаря і пацієнта.

Проте постає закономірне питання – наскільки етичним і правомірним є допускати контакт хворої людини з недосвідченим студентом? Усім викладачам відомі неприємні ситуації, коли хворі відмов-

ляються від спілкування зі студентами, заперечують їх присутність при перев’язках чи оперативних втручаннях, не дозволяють виконувати студентам ін’єкції чи інші процедури. Іншою стороною проблеми є явні порушення студентами деонтологічних принципів поведінки у клініці – некоректні репліки чи коментарі, запитання в присутності хворого. Деколи відсутність досвіду та навичок призводить до недоліків та помилок у виконанні студентами певних маніпуляцій. Такі поодинокі випадки загалом розцінюються як “неприємні та небажані обставини” педагогічного процесу, які важко уникнути та деколи складно попередити.

Ситуація в нашій державі останнім часом складається не на користь лікарів, частими є висвітлення діяльності лікарів в негативному аспекті, збільшилася кількість скарг на діяльність лікарів і судових справ по звинуваченню лікарів.

Тому студентів необхідно знайомити починаючи з другого курсу з аспектами правової медицини, оскільки ці питання виникають одразу ж, як тільки лікар або лікувально-профілактичний заклад, у якому він працює, вступають у відносини з пацієнтами, їхніми представниками, з державою в особі регуляторних, контролюючих чи правоохоронних органів та з іншими громадянами і юридичними особами. Майже кожного лікаря цікавлять питання: яка медична інформація повинна надаватися пацієнтові? Чи має пацієнт якісь обов’язки і чи несе юридичну відповідальність? Чи має лікар право відмовитися від ведення пацієнта? Коли медичне втручання, пов’язане з ризиком для життя чи здоров’я пацієнта, визнається правомірним? За якими критеріями оцінюється якість наданої медичної допомоги чи послуг? Якими є норми робочого часу для лікарів за місцем основної роботи та за сумісництвом? І багато-багато інших.

Відповіді на більшість із них можна знайти у чинному законодавстві. Основним законом медичної галузі є Основи законодавства України про охорону здоров’я (далі – Основи). Існують також численні кодекси та закони, спрямовані на регулювання різноманітних відносин (наприклад, Цивільний кодекс України, Закон України “Про захист прав споживачів”, Закон України “Про звернення громадян”, Закон України “Про інформацію” тощо).

Незважаючи на недосконалість чинного законодавства, про яку сьогодні говориться дуже багато, це законодавство надає чимало можливостей і лікарям, і пацієнтам для захисту їхніх прав. Важливо знати їх і вміло ними користуватися [1–6].

Правові відносини між пацієнтом та лікувально-профілактичним закладом, у якому працює медик,

або лікарем, виникають уже в момент звернення по медичну допомогу або послуги. Загалом усі правові проблеми, притаманні цій сфері, можна розділити на два основні види:

– проблеми, що виникають у зв’язку з отриманням від пацієнта та/або наданням пацієнтові чи іншим особам інформації, пов’язаної з медичною допомогою (послугами);

– проблеми, пов’язані безпосередньо з діагностикою, профілактикою чи лікуванням.

Як відомо, вивчаючи анамнез пацієнта, лікар повинен прагнути отримати якомога повнішу і достовірну інформацію про наявні у нього хвороби та стани, алергічні реакції тощо. Проте хворі, виходячи з різних міркувань (сором, бажання за будь-яких обставин отримати ту чи іншу медичну послугу), іноді перекручують таку інформацію або ж замовчують речі, що можуть бути визначальними при обранні методики й тактики лікування. Подібним чином деякі пацієнти чинять зі своїми персональними даними (прізвищем, відомостями про вік тощо). За певних обставин (наприклад, якщо пацієнт, який уклав із лікувально-профілактичним закладом договір про надання платних медичних послуг на значну суму, виявиться неповнолітнім) це може вилитися у проблему і для закладу, і для лікаря. Постає питання: як захистити лікаря за допомогою юридичних засобів? Сьогодні у багатьох лікувально-профілактичних закладах використовуються анкети для анамнезу пацієнта, форми яких розробляються закладами з урахуванням їхньої специфіки. Зокрема, у таких анкетах зазначаються захворювання і стани, наявність чи відсутність яких є важливою для призначення лікування. Навпроти назви кожного з таких захворювань та станів пацієнт власноручно ставить позначку у колонці, позначеній “так”, “ні” чи “не знаю”, і підписує анкету.

Ще більше правових питань виникає у зв’язку з наданням лікарем медичної інформації пацієнтові та його законним представникам – батькам (усиновителям), опікуну чи піклувальнику дитини або підопічного.

Відповідно до ст. 285 Цивільного кодексу України (далі – ЦК) та ст. 39 Основ лікар зобов’язаний надати повнолітньому пацієнтові або законному представникові дитини чи підопічного достовірну й повну інформацію про стан здоров’я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі наявність ризику для життя і здоров’я. При цьому така інформація має бути надана у доступній формі. Закон також передбачає, що у випадках, коли інформація про хворобу пацієнта може погіршити його стан здоров’я або

стан здоров'я його законних представників, чи зашкодити процесу лікування, лікар має право дати неповну інформацію. Законодавство не дає відповіді на те, що ж це за випадки (хоча найчастіше вони пов'язані з діагностуванням онкологічних та інших тяжких захворювань), а залишає право розсуду лікарю, який має враховувати психоемоційні та соціально-вікові особливості хворого, стану його здоров'я тощо.

Надання пацієнту або його законному представнику інформації, зазначеної у ст. 39 Основ, та отримання на її підставі згоди на медичне втручання є умовою правомірності медичного втручання. Невипадково така згода інакше називається “інформована згода пацієнта на медичне втручання”.

На практиці виникає багато питань, пов'язаних із отриманням та оформленням інформованої згоди пацієнта. Наприклад, законодавство не передбачає, у якій формі (усній чи письмовій) має надаватися така згода. Проте якщо в інтересах вилікування пацієнта лікарем пропонуються нові методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації чи лікарські засоби, що знаходяться на розгляді у встановленому порядку, але ще не допущені до застосування, то ст. 44 Основ вимагає письмової згоди пацієнта та/або його законного представника. Щодо пацієнта віком до 14 років, то зазначені методи та засоби можуть використовуватися за наявності письмової згоди його батьків або інших законних представників, а щодо пацієнта віком від 14 до 18 років – за його письмовою згодою та письмовою згодою його батьків або інших законних представників. Якщо пацієнт є особою, цивільна дієздатність якої обмежується, то для застосування вказаних методів і засобів потрібна його письмова згода та письмова згода піклувальників. Принагідно відзначимо, що згідно зі ст. 36 ЦК України підставою для визнання особи обмежено дієздатною є рішення суду, яке може бути ухвалене, якщо фізична особа має психічні розлади, які істотно впливають на її здатність усвідомлювати значення своїх дій та/або керувати ними, а також у деяких інших випадках. Якщо ж пацієнт у встановленому законом порядку визнаний недієздатним, то зазначені вище методи і засоби застосовуються у нього за письмовою згодою його законного представника. Відповідно до ст. 39 ЦК України фізична особа може бути визнана судом недієздатною у порядку, встановленому Цивільним процесуальним кодексом України, якщо вона внаслідок хронічного психічного розладу не здатна усвідомлювати значення своїх дій та/або керувати ними.

Повертаючись до питання стосовно форми інформованої згоди на медичне втручання, відзначимо, що

письмове оформлення такої згоди може виявитися доцільним і у випадках, коли втручання зумовлює ризик для життя чи здоров'я пацієнта. Причому часто-густо є сенс документувати як саму згоду, так і основну, найбільш значущу інформацію про медичне втручання, на підставі якої була надана згода. Це допомагає пацієнту краще усвідомити такі відомості, а в багатьох випадках захищає і пацієнта, і лікаря. Адже чимало лікарів все частіше стикаються з тим, що хворі, не задоволені результатом лікування (наприклад, через виникнення ускладнень), починають безпідставно заперечувати факт надання ними своєї згоди, або ж оспорювати її, посилаючись на начебто неотримання ними інформації, визначальної для прийняття рішення про медичне втручання.

Серед способів оформлення інформованої згоди найбільш поширеними є відповідний запис в історії хвороби чи медичній карті амбулаторного хворого, під яким пацієнт ставить свій підпис, та підписання пацієнтом формуляра інформованої згоди на відповідне медичне втручання, розробленого лікувально-профілактичним закладом (такий формуляр є додатком до історії хвороби, медичної карти або договору про надання медичних послуг). У першому випадку запис містить стисло інформацію про діагноз, рекомендоване втручання, факт пояснення пацієнтові його мети і сутності (інколи зазначаються найбільш типові ускладнення) та факт добровільної згоди пацієнта. Варіант з формуляром, крім указані вище інформації, часто містить відомості про очікуваний результат медичного втручання; умови, від яких залежить досягнення/збереження результату медичного втручання (в тому числі дії пацієнта, які необхідно вчинити або від яких необхідно утриматися); потенційні ризики та можливі ускладнення; вказівку на те, що пацієнт мав можливість запитувати лікаря про все, що його цікавило, уважно ознайомився з текстом документа і розуміє, що цей документ має юридичну силу, тощо. Формулярний варіант може складатися з одного документа (власне формуляра) або зі стандартного тексту інформованої згоди та інформації (пам'ятки) для пацієнта. Вибір оптимального способу документування інформованої згоди пацієнта на медичне втручання в першу чергу залежить від специфіки закладу та видів виконуваних у ньому втручань.

Чимало питань виникає у зв'язку з правом на ознайомлення з медичною документацією, наданням копій такої документації тощо. Ст. 39 Основ передбачає право пацієнта, його законних представників знайомитися з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я (звісно, з урахуванням вищезазначених застережень). Законодавство не

містить прямої вказівки на обов'язок лікувально-профілактичного закладу надавати пацієнтові копії його медичної документації, що повинна зберігатися у закладі, проте деякі юристи вважають, що цей обов'язок впливає із Закону України “Про інформацію”. У рішенні Конституційного Суду України у справі щодо офіційного тлумачення ст. 3, 23, 31, 47, 48 Закону України “Про інформацію” та ст. 12 Закону України “Про прокуратуру” вказано на відмінність “інформації для пацієнта” (медичної інформації) від “інформації про пацієнта” (лікарської таємниці).

Зміна способу викладання загальної хірургії з доглядом за хворими зумовить цілоденне перебування студентів в клініці, їх постійне спілкування з пацієнтами та співпрацю з медичним персоналом. І кількість перерахованих “неприємних та небажаних обставин” може суттєво збільшитися. За таких умов на перший план виходить вміння викладача пояснити студентам

правила перебування в клініці, делікатно відгородити молодих колег від конфліктних ситуацій і непорозумінь між персоналом клініки і пацієнтами, які деколи виникають, та певних особливостей взаємовідносин між працівниками стаціонару.

Висновок. Належне оволодіння практичними навичками повинно супроводжуватися достатньо деталізованим поясненням юридичної відповідальності лікаря, а водночас аспектами правового захисту його професійної діяльності. Такий підхід уможливить формування у майбутніх спеціалістів, як стійкого розуміння обов'язку перед пацієнтом, збереження лікарської таємниці, так і усвідомлення правового захисту лікаря в умовах його професійної діяльності.

На основі вищесказаного вважаємо необхідним з початком виробничої практики студентів з II курсу ввести такий предмет, як “Основи юридичних знань в медицині”.

Література

1. Конституція України.
2. Постатейный комментарий к Гражданскому кодексу: В 2 томах. – К.: Юстиниан, 2005-2006.
3. Закон України “Про основи законодавства України про охорону здоров'я”, 1992 р.
4. Дванадцять принципів надання медичної допомоги у будь-якій системі охорони здоров'я // ВМА, Нью-

Йорк, США, 1963 р., доповнені ВМА, Венеція, Італія, 1983 р.

5. Цивільний кодекс України.

6. Гревцова Р.Ю. Актуальні правові питання провадження лікарської діяльності // Здоров'я України. – 2007. – № 20. – С. 26.

ІНТЕРАКТИВНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ “ІСТОРІЇ МЕДИЦИНИ”, “СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я”: ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ МАЙБУТНІХ СПЕЦІАЛІСТІВ

О.В. Шальнова-Козаченко

Одеський державний медичний університет

INTERACTIVE FORMS OF EDUCATION IN THE TEACHING PROCESS OF “HISTORY OF MEDICINE”, “SOCIAL MEDICINE AND THE PUBLIC HEALTH SERVICE ORGANIZATION”: IMPORTANCE FOR FORMATION OF THE FUTURE SPECIALISTS

O.V. Shalnova-Kozachenko

Odessa State Medical University

Представлений досвід використання методів інтерактивного навчання в умовах КМС організації процесу викладання “Історії медицини” і “Соціальної медицини та організації охорони здоров’я” в ОДМУ в 2009–2010 навч. р. (проектний метод, рольова гра). Визначені позитивні спрямування їх впливу в процесі підготовки спеціалістів кваліфікації “лікар”.

Experience of use of interactive methods of education in the conditions of CMS of teaching process organization “History of Medicine”, “Social Medicine and Public Health Service Organization” in the OSMU in 2009–2010 academic year. (project method, role game) is presented. Positive directions of their influence in the process of specialists’ training of qualification “doctor” are defined.

Вступ. Розвиток країни забезпечується якістю людських ресурсів, що зумовлює необхідність визначення на галузевому рівні складових ефективної кадрової політики. В охороні здоров’я – це якісна підготовка медичних кадрів, яка забезпечує конкурентоспроможність випускників вищої медичної школи на вітчизняному і міжнародному ринку праці. Складовими освітнього процесу є зміст дисциплін, стиль викладання та організація освітнього закладу, тому *проблема у загальному вигляді* віддзеркалює питання: якими повинні бути ідеї сучасної педагогіки з урахуванням характеристик тривалості і вартості медичної освіти в Україні, у світі.

За аналізом останніх досліджень і публікацій, сучасні спрямування педагогіки в умовах КМС організації навчального процесу забезпечують трансформації медичної освіти до таких потреб [2–9]:

– концепція “Суспільство знань”; ідея освіти впродовж життя; модель створення глобального інформаційного простору;

– ідея патріотизму як засіб мотивації навчання студентів, а гуманізм, гуманітарна спрямованість медичної освіти має бути методологічною основою патріотичного виховання;

– педагогічна технологія формування навчальної діяльності студентів як засіб забезпечення якості вищої освіти; демократична педагогіка партнерства, спрямована на реалізацію молодіжних ініціатив, формування відповідальної, ініціативної самостійної особистості майбутнього лікаря; впровадження інноваційних технологій навчання для оптимізації навчального процесу, підвищення продуктивності занять, активізації навчально-пізнавальної діяльності студентів, перетворення занять на більш доступні й цікаві; практично-орієнтовна система викладання (Z-model); ігрове моделювання;

– самооцінка педагогічної діяльності як сучасний методологічний інструмент досягнення найвищої мети ВМНЗ – забезпечення високого рівня самоор-

організації професійної діяльності педагогів, досягнення педагогічної майстерності.

Актуальність проблеми зумовлена необхідністю визначення досягнень та недоліків в забезпеченні якості навчання. *Частинами загальної проблеми*, котрим присвячується стаття, є розробка й впровадження інноваційних форм викладання.

Цілі та завдання роботи: розробити й впровадити інтерактивні форми навчання студентів при викладанні дисциплін “Історія медицини” (ІМ), “Соціальна медицина та організація охорони здоров’я” (СМООЗ), довести їх вплив на формування майбутніх фахівців галузі охорони здоров’я.

Основна частина. Грамотне та ефективне викладання ІМ, а також пов’язаних з нею загальнотеоретичних і методологічних проблем повинно стати одним з ключових завдань викладання медичної науки на всіх етапах дипломної підготовки та подальшого післядипломного безперервного професійного розвитку лікарів. Історико-медична пам’ять належить до загальних соціально-філософських проблем, а також безпосередньо до педагогічних та прикладних практичних проблем у медицині і є найважливішим концептом суспільної свідомості [8].

Практично-орієнтовна система викладання (Z-model) у ВМНЗ передбачає неможливість проведення межі між теорією і практикою, а також впроваджує одночасне вивчення теоретичних і практичних дисциплін [2]. Медико-соціальне спрямування ІМ і СМООЗ закладають основи, а профілактичний напрям останньої – спеціальні професійні знання для майбутньої роботи в науці й практиці медицини за фахами теоретичної, клінічної й практичної медицини. Це не тільки потребує дану модель викладання, але й зумовлює при її впровадженні подальший розвиток: матеріально-технічне забезпечення навчального процесу комп’ютерними технологіями для презентації індивідуальних проектів в ІМ у формі демонстрації тексту, таблиць, схем, ілюстрацій, відео-аудиофрагментів (програма Microsoft “Power Point”), пошукових систем Інтернету для забезпечення пошуку історико-медичних першоджерел; літературних, бібліографічних та ілюстративних джерел щодо підготовки до лекцій, практичних занять, СРС з СМООЗ, особливо при використанні інтерактивних форм (рольові ігри тощо, мозковий штурм, ситуаційні задачі для майбутніх лікарів лікувального, педіатричного й медико-профілактичного профілю), в комп’ютерному класі кафедри та електронній студентській бібліотеці ОДМУ.

Інновація комп’ютерних технологій – мультимедійний (множинний) супровід лекційних і практичних

занять. Такі лекції і заняття-презентації активізують, зацікавлюють та організують студентів до сприйняття та ефективнішого засвоєння нового матеріалу, стимулюють навчально-пізнавальну діяльність. Актуальною та ефективною інноваційною технологією є інтерактивна модель навчання, що передбачає взаємодію, діалог. Серед ознак та інструментів інтерактивної педагогіки можна виділити полілог, діалог, мисленнєву діяльність, смислотворчість, міжсуб’єктні відносини, свободу вибору створення ситуації успіху, позитивність та оптимістичність оцінювання, рефлексію тощо [4].

Реальні можливості урахувати гендерні та індивідуальні характеристики студентів й забезпечити комфортні умови для засвоєння знань надають освітні установи, які широко використовують форми навчання на базі комп’ютерних технологій, у т. ч. дистанційних. Це потребує одержання комп’ютерних знань та їх використання у різних гендерних групах. На практиці освіта в галузі комп’ютерних технологій не є гендерно нейтральною. В кіберпросторі вже починає формуватися гендерна нерівність, характерна для всіх стадій освіти. Хлопчики й чоловіки мають більш позитивні установки. Результат гендерної різниці у галузі навчання впливає на галузь використання комп’ютера (обсяг використаних додатків, тривалість роботи й відпочинку за комп’ютером, включаючи Інтернет) [8].

Сьогодні методологія ІМ перетворюється у специфічний науковий інструмент для отримання нового знання. Метод проектів – педагогічна технологія, зорієнтована на застосування фактичних знань і набуття нових (часто самоосвітою). Навчальний план включає розробку індивідуального проекту, головною складовою якого є реферат доповіді (одна з класичних форм активізації самостійної позааудиторної роботи студентів), та його презентацію. Оцінка у балах визначається рівнем проекту – звичайна студентська робота, навчальна або наукова дослідна робота студента (УДРС, НДРС). Методичні рекомендації з індивідуальних проектів містять інформацію про цілі, професійні алгоритми (методика, етапи виконання), структуру роботи (титул, план, реферат доповіді з виділенням вступу, основної та заключної частин, література), 80 тем за 6 змістовими модулями (45 – загальних і 35 – для НДРС) [8].

Завдяки методу проектів за допомогою різноманітних заходів і використання сучасних комунікацій та культурно-освітніх заходів відроджується історична пам’ять шляхом передачі професорсько-викладацьким педагогічним колективом певних схем діяльності й робочих понять студентам [9].

В умовах КМС спостерігається більша ефективність щодо розвитку творчої активності студентської молоді. Так, на МФ зросла частка студентів, індивідуальні проекти СРС яких досягають рівня УДРС (у 2006/07 навч. р. цей показник склав – 26,35 %, а в студентській науково-теоретичній конференції ОДМУ “Молодь – медицині майбутнього” взяли НДР 12,16 % студентів). При цьому жіноча стать формує у студентській медичній молодіжній субкультурі жіночо-домінантну систему не тільки кількісно, але й якісно [8].

Педагогіка партнерства забезпечить виведення студентського самоврядування на якісно новий етап, збільшення професійної спрямованості, духовної зрілості молоді, натхнення молоді від поваги і підтримки вчителів, її спроможність широко соціально мислити й брати відповідальність на себе, зростання національної свідомості, громадської і соціальної активності. Партнерство ставить високі вимоги до особистості викладача: професіонал, куратор, тактовний, толерантний, з демократичними поглядами, гуманітарною освіченістю, розумінням вікової психології молоді. Навчання повинно стати діалогічним процесом, в якому викладачі і студенти виступають як повноцінні, активні особистості. В процесі інтеграції до європейського освітнього простору на засадах КМСОНП у педагогічному спілкуванні “викладач–студент” зростає роль таких якостей викладача й стереотипів поведінки майбутнього лікаря, як безкорисливість, чесність й порядність [3].

В умовах безперервного зростання факторів швидкоплинності, новизни та різноманіття людям суперіндустріального суспільства знадобляться нові вміння (вчитися, спілкуватися, вибирати) і навички. Інтенсивне реформування освіти передбачає інноваційний характер розвитку вищої освіти, впровадження активних інформаційних, телекомунікаційних технологій, інтерактивних форм і методів навчання. Особливістю сучасної системи освіти є співіснування двох стратегій навчання – традиційної та інноваційної, що стимулює новаторські зміни [4], потреба використання педагогічної технології сприяння формування навчальної діяльності студентів, тобто процесу, який поступово перетворює студента як суб’єкта навчального процесу на якісно іншу людину [5]. Серед рольових функцій ігрового моделювання є підвищення навчально-виховної ефективності лекційних і практичних занять з ІМ і СМООЗ, які проводяться за “методом участі”, сприяють активізації та результативності навчання студентів-медиків, реалізують природне прагнення до спілкування, взаємодопомоги, співпраці [6].

Рольова гра була розроблена за матеріалами Всеукраїнської конференції з міжнародною участю

“Актуальні питання лікування та профілактики захворювань в практиці сімейного лікаря: досвід впровадження та перспектива”, присвяченої 10-й річниці створення кафедри сімейної медицини та загальної практики в ОДМУ, яка пройшла 25–26 вересня 2008 р., за чотирма основними напрямками і використанням 14 тез [1]:

1) проблеми викладання й підготовки сімейних лікарів / лікарів загальної практики (4 тези: “Підготовка сімейних лікарів в ОГМУ” (Попик Г.С. с соавт., с. 37–40); “Опыт преподавания отоларингологии семейным врачам” (Пухлик С.М. с соавт., с. 40–41); “Профилактическая направленность при подготовке врача общей практики” (Подпалов В.П. с соавт., с. 186–187); “Методика интегрированного анализа работы кафедр семейной медицины” (Латишев С.С., с. 62–64));

2) клінічні аспекти у практичній діяльності сімейних лікарів (2 тези: “Доказова медицина – базовий елемент загальної лікарської практики” (Лісовий В.М. із співавт., с. 64–66); “Обеспечение сельских семейных врачей научной медицинской информацией по вопросам охраны здоровья детей и подростков” (Сидоренко Т.П. с соавт., с. 72–73));

3) профілактичні аспекти у практичній діяльності сімейних лікарів (4 тези: “Генетичний паспорт: можливі перспективи і проблеми” (Бажора Ю.І. із співавт., с. 50–51); “Сімейна диспансеризація як основа профілактичної спрямованості в роботі сімейного лікаря” (Козаченко О.В., с. 57–58); “Здоровий образ життя і сімейна медицина” (Колобанова Л.Д., с. 176–177); “Проблемы реабилитации врача после смерти пациента” (Пасечник И.П. с соавт., с. 185));

4) стан розвитку й досягнення сімейної медицини в Україні, її регіонах, у світі (4 тези: “Стан розвитку сімейної медицини в Одеському регіоні за 2005–2008 роки” (Лапай В.С. із співавт., с. 61–62); “Розвиток сімейної медицини на Миколаївщині – 10-річний досвід” (Хотіна С.Г. із співавт., с. 75–77); “Сімейна медицина Полтавщини – розвиток чи повернення до джерел?” (Ждан В.М. із співавт., с. 55–56); “Перспективы внедрения общей врачебной практики в Республике Беларусь” (Подпалов В.П. с соавт., с. 70–71)).

Елемент практичного заняття “Зміст та організація роботи сімейного лікаря / лікаря загальної практики” за методом рольової гри у дисципліні “СМООЗ” був проведений 26 лютого поточного року (весняний семестр 2009/10 навч. року) в 11-й групі вітчизняних студентів IV курсу МФ (спеціальність – “Педіатрія”) у 7-й день навчання за тематичним планом. Були задіяні усі (12) студентів підгрупи. Таким чином сту-

денти отримали практику участі в конференції (трейнінг для майбутньої роботи у лікарській професії); поповнили свої теоретичні знання прикладами з педагогічних проблем при підготовці спеціалістів даного фаху, з актуальних проблем їх практичної діяльності організаційного спрямування (дані про інфраструктуру служби, кадри), а також клінічного й профілактичного, з напрямків їх вирішення на регіональному, національному й міжнародному рівнях. Вони відчували піднесення від дискусії та можливості запропонувати свої варіанти щодо подолання утруднень й перешкод на шляху розвитку сімейної медицини в регіоні, Україні та у світі.

Свій перший крок в інтерактивній формі навчання у вигляді розробки індивідуальних проектів студенти даної групи пройшли при вивченні дисципліни “ІМ” на I курсі, в осінньому семестрі 2006/07 навч. р. Їх індивідуальні проекти мали конкретну тематику, включали письмову частину на паперовому носії за відповідною структурою (титул, план, реферат доповіді, література) та усну частину – презентацію з демонстрацією ілюстративного матеріалу за допомогою комп’ютерних програм, у т. ч. “Microsoft Power Point”, обговорення вузлових й проблемних питань теми. Виконувалась проектна форма індивідуальної СРС за вимогами, наведеними у спеціально розроблених методичних рекомендаціях.

Досвід запровадження КМС організації навчального процесу з курсу “ІМ” (з 2005 р.) свідчить про підвищення творчого потенціалу вітчизняних студентів I-го

курсу МФ ОДМУ, особливо при розробці індивідуальних проектів за конкретною тематикою відповідно до основних питань 6 змістових модулів курсу, й створення умов для викладача формувати почуття патріотизму у студентів повсякчасно у поєднанні з процесом навчання при розгляді досягнень вітчизняної медицини, й безпосередньо – світових, національних і регіональних пріоритетів вітчизняних вчених.

Висновки. Узагальнюючи вищевикладене, можна наголосити про такі проблеми:

– досвід запровадження КМС організації навчального процесу по курсах “ІМ”, “СМООЗ” у групах вітчизняних та іноземних студентів I й IV курсів МФ ОДМУ у 2004–2005 й 2008–2009 навчальних роках відповідно свідчить про інтенсифікацію, контроль і своєчасне коригування навчально-виховного процесу; підвищення мотивації суб’єктів навчально-виховного процесу; підвищення творчого потенціалу при розробці індивідуальних проектів за основними питаннями 6 змістових модулів;

– форми інтерактивного навчання (проектний метод, рольові ігри) створюють умови співнавчання, взаємонавчання, коли студент і викладач є рівноправними, рівнозначними суб’єктами навчання, а також відчуття студентами успішності та інтелектуальної спроможності.

Серед подальших перспектив дослідження – розробка інформаційних листів, методичних рекомендацій щодо впровадження пропонуваніх інтерактивних форм навчання в освітню практику.

Література

1. Актуальні питання лікування та профілактики захворювань в практиці сімейного лікаря: досвід впровадження та перспектива : матер. Всеукр. конф. з міжнар. участю, присвяченої 10-й річниці створення кафедри сімейної медицини та загальної практики (25-26 вересня 2008 р.) / МОЗУ, ОДМУ. – О., 2008. – С. 37.

2. Особливості практично-орієнтованого викладання загальної гігієни англійською мовою у студентів-іноземців / [Кашуба М. О., Лотоцька О. В., Сопель О. М. та ін.] // Медична освіта. – 2008. – № 2. – С. 30-31.

3. Панченко М. С. Вплив інноваційних методів управління на педагогічну діяльність викладачів у Харківському базовому медичному коледжі № 1 / Панченко М. С., Ольховська Л. П., Парафейник Т. Г. // Медична освіта. – 2009. – № 1. – С. 57–60.

4. Попадинець Г. О. Впровадження інноваційних технологій навчання в процес викладання гуманітарних дисциплін / Г. О. Попадинець // Медична освіта. – 2009. – № 1. – С. 47–51.

5. Приходько В. Педагогічна технологія формування навчальної діяльності студентів як засіб забезпечення якості вищої освіти / Приходько В., Шевченко С., Ясєв О. // Вища школа. – 2009. – № 6. – С. 39–47.

6. Прокоп І. А. Ігрове моделювання як важливий засіб навчання студентів-медиків фахової іноземної мови / І. А. Прокоп, М. І. Бабак // Медична освіта. – 2008. – № 2. – С. 32–34.

7. Усвідомлення національної ідеї – засіб стимулювання мотивів навчання студентів медичного вузу / [Шейко В. Д., Ляховський В. І., Дем’янюк Д. Г. та ін.] // Медична освіта. – 2009. – № 1. – С. 54–56.

8. Шальнова-Козаченко О. В. Гендерна соціалізація: історико-медичні аспекти / О. В. Шальнова-Козаченко // Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір : матер. Всеукр. конф. з міжнар. участю (Тернопіль, 21–22 травня 2009 р.). – Тернопіль, 2009. – С. 144–146.

9. Шальнова-Козаченко О. В. Спрямування педагогіки в умовах нової системи організації навчального процесу у

вищій медичній освіті / О. В. Шальнова–Козаченко // Проблеми впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу : тези доп. навч.-метод.

конф., присвяч. 110-й річн. ун-ту (Одеса, 27 січня 2010 р.) / Одеськ. держ. мед. ун-т ; редкол.: В. М. Запорожан [ін.]. – О.: Одеськ. держ. мед. ун-т, 2010. – С. 96-97.

УДК 377.616

ОПТИМІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ІV КУРСУ НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ ЗГІДНО З ЗАСАДАМИ КРЕДИТНО- МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

**М.І. Швед, Н.В. Пасечко, Л.П. Мартинюк, М.І. Гаврилюк, Т.О. Паламар,
Т.В. Лихацька, Н.В. Грималюк, Г.В. Лихацька, І.Г. Якубишина, І.П. Савченко**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

OPTIMIZATION OF IV-TH YEAR STUDENT'S EDUCATION ACCORDING TO CREDIT-MODULAR SYSTEM ON INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT

**M.I. Shved, N.V. Pasiachko, L.P. Martyniuk, M.I. Havryliuk, T.O. Palamar,
T.V. Lyhatska, N.V. Hrymaliuk, H.V. Lyhatska, I.H. Yakubyshyna, I.P. Savchenko**

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Впровадження комунікативних алгоритмів на кафедрі внутрішньої медицини сприяє вдосконаленню практичних навичок студентів і покращує засвоєння матеріалу.

Introduction of communicative algorithms lead to improvement of practical skills and knowledge in internal medicine.

Вступ. Кредитно-модульна система навчання – це не тільки виконання цілей Болонської декларації, а і пошук нових навчальних технологій, які повинні забезпечити якісну підготовку спеціалістів [3–6].

На сьогодні основною проблемою проведення занять з внутрішньої медицини є налагодження вільного діалогу між студентом і хворим, що забезпечить отримання достатньої інформації для постановки діагнозу[1-2].

Аналізуючи традиційні підходи до проведення практичних занять, стало зрозуміло, що студентам не вистачає відкритості, прозорості в спілкуванні з пацієнтами.

До деякої скутості у стосунках студентах з пацієнтом приводить, можливо, ряд причин:

- недостатній багаж знань;
- часто різні вікові категорії студента і хворого;
- деякий скептицизм пацієнта до роботи студента.

Тому правильний початок діалогу дасть позитивне налаштування на розмову, а значить, і плідну співпрацю.

Основна частина. На четвертому курсі заняття з внутрішньої медицини проходять відповідно до чотирьох змістових модулів: внутрішня медицина в гастроентерології, ендокринології, пульмонології та гематології.

Відповідно до схеми занять основна частина припадає на практичну частину, яку студенти під наглядом викладача проводять в спеціалізованих відділеннях. Впровадження засад кредитно-модульної системи

передбачає самостійний огляд (суб'єктивний та об'єктивний) студентом пацієнта. В зв'язку з цим завданням викладача є підготувати студента до діалогу з хворим, націлюючи його на ті чи інші особливості при різних нозологічних одиницях.

Саме практична робота часом дозволяє значно краще засвоювати матеріал, ніж робота у бібліотеці чи біля комп'ютера. Ажде емоційний виклад своїх проблем з пацієнтом дозволить закарбувати у пам'яті окремі симптоми хвороби, можливо, дозволить у

майбутньому диференціювати схожі патології. Співчуття і бажання допомогти дасть поштовх для студента у пошуку знань з приводу обстеження і лікування.

В зв'язку з цим розроблений алгоритм налагодження комплайнсу між студентом і пацієнтом, який включає комунікативні навички на всіх етапах суб'єктивного та об'єктивного обстеження, повідомлення результатів, обстеження, планування та прогнозування лікування (табл. 1).

Таблиця 1. Комунікативний алгоритм

<p><i>Збір скарг та анамнезу у пацієнтів з внутрішніми хворобами</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Привітний вираз обличчя, усмішка. 2. Лагідний тон розмови. 3. Привітання та представлення, прояв інтересу, поваги та турботи. 4. Збір скарг та анамнезу пацієнта. 5. Пояснення результатів обстеження. 6. Пояснення дій (госпіталізація, проведення певних обстежень), які плануються до виконання в майбутньому. 7. Завершення розмови.
<p><i>Фізикальні методи обстеження пацієнтів з внутрішніми хворобами</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Привітний вираз обличчя лікаря, усмішка. 2. Лагідний тон розмови. 3. Привітання та представлення, прояв інтересу, поваги та турботи. 4. Пояснення пацієнту, яке обстеження буде зроблено, та отримання його згоди. 5. Встановлення контакту з пацієнтом та намагання викликати його довіру. 6. Попередження про можливість виникнення неприємних почуттів при обстеженні. 7. Підготовка до проведення обстеження (чисті теплі руки, обрізані нігті, теплий фонендоскоп, при необхідності – використання ширми). 8. Проведення обстеження (демонстрація клінічної навички). 9. Пояснення результатів обстеження. 10. Завершення бесіди.
<p><i>Повідомлення результатів обстеження пацієнтам з внутрішніми хворобами</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Привітний вираз обличчя лікаря, усмішка. 2. Лагідний тон розмови. 3. Привітання та представлення, прояв інтересу, поваги та турботи. 4. Коректне та доступне для розуміння пацієнта пояснення результатів того чи іншого обстеження. 5. Залучення пацієнта до бесіди (порівняння результатів даного обстеження із попередніми результатами, з'ясування, чи зрозумілі для них ваші пояснення). 6. Завершення бесіди.
<p><i>Планування та прогнозування результатів консервативного лікування</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Привітний вираз обличчя лікаря, усмішка. 2. Лагідний тон розмови. 3. Привітання та представлення, прояв інтересу, поваги та турботи. 4. Коректне та доступне для розуміння пацієнта пояснення необхідності лікування, що призначається. 5. Залучення пацієнта (акцент на особливостях прийому препаратів, тривалості прийому, можливих побічних діях; з'ясування, чи зрозумілі для пацієнта ваші пояснення). 6. Завершення бесіди.
<p><i>Повідомлення прогнозу лікування</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Привітний вираз обличчя лікаря, усмішка. 2. Лагідний тон розмови. 3. Привітання та представлення, прояв інтересу, поваги та турботи. 4. Коректне та доступне для розуміння пацієнта пояснення очікуваних результатів лікування, що призначається. 5. Залучення пацієнта до бесіди (акцент на важливості безперервного лікування, дотримання призначеної схеми лікування, з'ясування чи зрозумілі для пацієнта ваші пояснення). 6. Завершення бесіди.

Прості, на перший погляд, речі: чистий халат, усмішка, вітання, шанобливе поведження – дозволять налаштувати пацієнта на плідну співпрацю студента. На основі налагодження комунікативних навичок у студента вироблятиметься стереотип психологічного захисту майбутнього лікаря як медичного фахівця від стресу, в результаті роботи з людьми, що знаходяться у зміненому психоемоційному стані, пов’язаному з хронічним захворюванням.

Вироблення і відпрацювання комунікативних навичок є вимога часу і вимога нагальна.

Висновок. Впровадження комунікативних алгоритмів на кафедрі внутрішньої медицини підвищує активність студентів, сприяє вдосконаленню їх практичних навичок.

Література

1. Губенко І.Я., Шевченко О.Т. Психоемоційні аспекти роботи медичних фахівців з пацієнтами // Медична освіта. – 2006. – № 4. – С. 28–31.

2. Особливості викладання психології, психотерапії та психіатрії / Р.М. Гнатюк, С.І. Шкробот, К.О. Пашко та ін. // Медична освіта. – 2006. – № 2. – С. 116–118.

3. Швидкий О.В., Тарасенко К.М. Кредитно-модульна система як складова орієнтовно-особистого навчання // Медична освіта. – 2006. – № 3. – С. 84–86.

4. Гуманітаризація загальної середньої освіти / С.У. Гончаренко, Ю.І. Мальований. – К., 1994. – 36 с.

5. Якименко Ю. Кредитно-модульна система як важлива складова інтеграції вищої освіти України до загальноєвропейського простору // Вища школа. – 2004. – № 1. – С. 50–65.

6. Сікорський П.І. Кредитно-модульна технологія навчання: Навч. посіб. – К.: Вид-во Європейського університету, 2004. – 127 с.

УДК 614.253

РОЛЬ КОМУНІКАТИВНИХ ЗВ’ЯЗКІВ У СТОСУНКАХ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА І ПАЦІЄНТА

С.Г. Шевчук, В.О. Мойсеєнко, Т.Г. Осташевська

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

THE ROLE OF COMMUNICATIVE CONNECTIONS IN RELATION OF THE MEDICAL WORKER AND THE PATIENT

S.H. Shevchuk, V.O. Moyseyenko, T.H. Ostashevskaya

National Medical University by O.O. Bohomolets

У роботі представлені роль та особливості комунікативних зв’язків у стосунках медичного працівника і пацієнта, засади їх формування в умовах кредитно-модульної системи навчання студентів.

The role and features of communicative connections concerning the medical worker and the patient, basis of their formation in conditions of credit-modular system of students’ training are presented in this work.

Вступ. Дотепер основною тезою клінічної медицини ще з часів Гіппократа залишається – “лікувати хворого, а не хворобу”, якої дотримуються всі покоління лікарів Київської терапевтичної школи. Діаг-

ностика перебігу хвороби, контроль за станом пацієнта та прогноз хвороби визначаються таким підходом до пацієнта, який дозволяє цілісно оцінити психічний, фізичний та соціальний стан пацієнта. При цьому

спілкування лікаря з пацієнтом стає найважливішим. Про актуальність соціально-профілактичного напрямку, як стратегічного, свідчить те, що ВООЗ створила комісію, яка повинна вивчати соціальні передумови хвороб, а ці питання можна вивчити тільки вирішивши комунікативні проблеми, що виникають при спілкуванні медичного працівника з пацієнтом [1–3].

Основна частина. Кредитно-модульна система навчання передбачає більше часу для самостійної роботи студента, яка на пропедевтичних кафедрах традиційно спрямована на роботу біля ліжка хворого. Навчити студента спілкуватись з пацієнтом – одна із найважливіших цілей кафедри пропедевтики внутрішньої медицини. Навчання на клінічній кафедрі розпочинається з елективного курсу “Медична деонтологія”, яка знайомить студентів з основними правилами поведінки лікаря, етичними нормами медика, моделями взаємовідносин лікаря і пацієнта від патерналістської до ліберальної та соціальної. Міжособові стосунки між студентом та хворим повинні будуватися за принципом довіри і доброзичливості, пацієнт з розумінням ставиться до майбутнього лікаря, намагається допомогти йому. Хворим навіть подобається, коли студент дуже детально, до найінтимніших проблем, прискіпливо збирає анамнез, проводить ретельне обстеження за допомогою основних методів обстеження із збереженням послідовності та використанням всіх методик. Робота студента і хворого спирається на творчу співпрацю, де мають місце і сумніви і правдиві відомості, що складає сучасний підхід до проблеми спілкування. Студентам наголошується, що необхідно при перших зустрічах визначити психологічний тип пацієнта для того, щоб підібрати певний підхід до пацієнта та виробити свою лінію поведінки.

Пацієнти з нормальною психікою бувають адекватними, з підвищеними вимогами, нерішучі, покvapливі, войовничі, дилетанти, інфантильні тощо, тому слід підібрати “ключик” і стиль поведінки до таких різноманітних людей. Слід окремо виділити пацієнтів-лікарів та категорії VIP. При спілкуванні слід уживатися з хворим, зважати на їх думку та прохання, а інколи і на накази. Якщо є вибір, то може і повинен обирати хворий, як і передбачено ліберальною моделлю. У лікарській діяльності студенту треба спиратися на чесність, вірність обов’язку, “клятві Гіппократа”, дотримуватися прав людини. На практичних заняттях особливо підкреслюється, що в лікарській діяльності треба з особливою шаную ставитися до пацієнта, дотримуватися вимог прав людини і пацієнта. У відносинах часто студенти відгукуються співчуттям і співпереживанням. Головні складові взаємовідносин – це підтримка, повага, співчуття, розуміння. Бажання співпрацювати створює своєрідну платформу у взаємовідносинах лікар-пацієнт. Подальшого розвитку комунікативні відносини набувають під час виробничої практики, коли студент більше спілкується з хворим самостійно, повинен знайти підхід до нього і виконати призначення лікаря. В цей час формуються і відносини з іншими медичними працівниками, які теж навчають студента не тільки професійних навичок, але і спілкування в колі колег, дотримання субординації.

Висновок. Вміння вибудовувати комунікативні зв’язки є запорукою правильно зібраного анамнезу, сприяє формуванню довірливих відносин у стосунках медичного працівника і пацієнта, підвищує професійний рівень студентів в умовах кредитно-модульної системи навчання.

Література

- 1 Медична деонтологія / За ред. М.С. Андрієнко. – К., 1999. – С. 40–54.
2. Назар П.С., Віденський Ю.Г., Грандо О.А. Основи медичної етики. – К.: Здоров’я, 2002. – 344 с.

3. Яблучанский Н.И. Утрачено ли искусство врачевания? / Медицинская газета “Medicus Amicus”. – 2007. – № 3. – С. 1.

УДК 61+378+378.147

АНАЛІЗ ПРОБЛЕМАТИКИ ПЕРЕХОДУ НА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНУ СИСТЕМУ

М.М. Багрій, Н.М. Воронич-Семченко, О.Г. Попадинець, Н.М. Грибінчак,
А.С. Дмитренко, Р.Є. Ковальчук

Івано-Франківський національний медичний університет

ANALYSIS OF THE TRANSITION PROBLEM ON THE CREDIT-MODULAR SYSTEM

M.M. Bahriy, N.M. Voronych-Semchenko, O.H. Popadynets, N.M. Hrybinchak,
A.S. Dmytrenko, R.Ye. Kovalchuk

Ivano-Frankivsk National Medical University

Метою Болонського процесу є створення європейського науково-освітнього простору для кооперації в забезпеченні якості освіти, мобільності студентів, викладачів і наукових співробітників, підвищення їх конкурентоспроможності. Запозичивши всі позитивні елементи навчання студентів згідно з вимогами європейського освітнього простору, необхідно творчо осмислити й адаптувати його до наших умов, до національних пріоритетних освітніх програм і навчальних планів із урахуванням протиріччя між ростом завантаженості викладачів, значним обсягом витрат навчального часу на оцінювання, якістю самостійної роботи студентів і труднощами у матеріально-технічному оснащенні вищих навчальних закладів.

The aim of the Bologna process is the creation of European scientific-educational space for co-operation in providing of education quality, mobility of students, teachers and research workers, rise of their competitiveness. Taking all positive elements of students' teaching, in obedience to the requirements of European educational space, it is necessary to comprehend it creatively and adapt it to our conditions, to the national priority educational programs and educational plans, taking into consideration contradictions between the growth of work-load of teachers, considerable volume of educational time expenses on the evaluation, quality of independent work of students and difficulties in the material and technical equipment of higher educational establishments.

Вступ. 19 червня 1999 року в місті Болоньї (Італія) міністри освіти 29 європейських країн підписали декларацію, з якої розпочався сучасний етап реформування вищої освіти – Болонський процес. Його мета – створення європейського науково-освітнього простору для кооперації у забезпеченні високої якості освіти, мобільності студентів, викладачів і наукових співробітників, підвищення конкурентоспроможності фахівців. Згідно з Болонською декларацією при формуванні європейського простору вищої освіти мають враховуватися культурні і мовні відмінності, особливості національних систем освіти. У травні 2005 року в місті Бергені (Норвегія) до складу європейського науково-освітнього об'єднання увійшла Україна. На сьогодні вища медична освіта у нашій державі вже має певний досвід і напрацювання у напрямку до європейського освітнього простору і реалізації ідеї:

“Bringing students to Europe to all student” – “Відкрити студентів для Європи, відкрити Європу для всіх студентів” [1]. Отримані досягнення мають важливе значення, адже 2010 рік – це рік переходу від Болонського процесу до європейського простору вищої освіти.

Основна частина. Кредитно-модульна система організації навчального процесу включає вивчення дисциплін, що структуровані на модулі, як задокументовану логічно завершену частину навчальної програми, що реалізується відповідними формами організації навчального процесу і закінчується підсумковим модульним контролем.

Методика проведення практичних занять передбачає постійне опитування та оцінювання всіх студентів академічної групи. На початку заняття у вступному слові викладач звертає увагу на основний зміст теми, її актуальність, вихід у практику отриманих знань.

© М.М. Багрій, Н.М. Воронич-Семченко, О.Г. Попадинець та ін.

При цьому він з'ясовує рівень загальної підготовки студентів шляхом їх активного залучення до співбесіди. Необхідно зазначити, що на цьому етапі завдання викладача полягає не стільки в тому, щоб детально диференціювати кожну відповідь, а в тому, щоб залучити до діалогу більшість студентів.

Для оцінки вихідного рівня знань ми традиційно включаємо матеріал поточного заняття, який базується на інформації з попередніх тем та інтегрованих дисциплін. У зв'язку з обмеженістю навчального часу, контроль підготовки студентів здійснюється переважно шляхом тестування (у тому числі комп'ютерного). На нашу думку, оптимальними для використання є комп'ютерні контролюючі програми, які дають можливість випадкового вибору із всієї бази 10-ти запитань, що по чергово подаються на дисплей. Ці програми забезпечують можливість роботи в індивідуальному режимі, багатоваріантність, неповторюваність послідовності запитань, що дозволяє викладачу швидко та об'єктивно перевірити рівень знань студентів з теми і більше часу приділити наступному етапу заняття – самостійній роботі.

Під час самостійної роботи викладач в індивідуальній бесіді зі студентами доповнює, глибше розкриває конкретний матеріал, пов'язує його з лекційним курсом, уточнює окремі незрозумілі моменти, направляє студентів на подальше активне виконання практичного завдання. Це сприяє зростанню зацікавленості, розвиває навички навчально-пізнавальної діяльності. Викладач допомагає студентам опанувати матеріал, що вивчається. При цьому велика роль викладача, оскільки індивідуалізація викладання є невід'ємною складовою педагогічної діяльності, що зумовлює максимальну інтенсифікацію навчального процесу та його наочність [2]. За обмежений час студенту необхідно засвоїти велику кількість термінів, фактів, при цьому він не завжди усвідомлює змістовий зв'язок між ними. Все це вимагає від працівника вищої школи постійного удосконалення методики викладання, правильного і раціонального скерування студентами під час занять.

Оцінювання кінцевого рівня засвоєння знань проводиться із допомогою стандартизованого тест-контролю.

Загалом комплекс по забезпеченню кінцевого контролю включає в себе, крім традиційної усної співбесіди, вихідний та кінцевий тестовий контроль, вирішення ситуаційних задач, самостійну роботу студентів на занятті та перевірку практичних навичок. Все це дає можливість оцінити рівень підготовки всіх студентів групи та курсу в цілому на кожному прак-

тичному занятті, що ставить їх у рівні умови перед накопичувальною системою балів з модуля та рейтингом знань з дисципліни в цілому.

За 5-7 хвилин до закінчення кожного практичного заняття викладач підводить підсумки проведеного заняття та коротко висвітлює нову тему, скеровує студентів на подальшу індивідуальну роботу над темою заняття та самопідготовку у вечірній час при допомозі викладача-консультанта. На фундаментальних кафедрах акцентовано увагу на організації такої позааудиторної самостійної роботи студентів, адже введення кредитно-модульної технології навчання передбачає скорочення об'єму аудиторної і підвищує статус самостійної роботи, яка є одним із активних методів навчання, що дозволяє розкрити індивідуальні здібності.

Заслуговує на особливу увагу метод проблемного навчання, який щоразу ширше використовується в педагогічній практиці [3], адже допомагає розвивати клінічне мислення студентів, викликає у них більший інтерес до обговорюваних проблем, тобто створюється свідомо мотивація вивчення дисципліни. Вирішення ситуаційних задач відбувається в умовах максимальної самостійності студентів під керівництвом викладача.

Для отримання належних знань з морфології та фізіології широко практикується перегляд сучасних навчально-наукових програм та фото-, відеоматеріалів, комп'ютерних моделей різноманітних процесів в організмі, електронних атласів з ефектами анімації і звуковим коментарем. Це дає можливість удосконалити методику проведення занять, а побачене, як правило, викликає жвавий інтерес в аудиторії. Використання під час педпроцесу представлених унаочнень відповідає світовим стандартам викладання теоретичних медичних дисциплін [4].

Доцільним є використання на заняттях підготовлених на основі вивчення різних літературних джерел оригінальних схем і малюнків, які супроводжуються короткою анотацією, що є логічним завершенням роботи з підручниками, атласами, препаратами. Це допомагає студентам на належному рівні засвоювати навчальний матеріал, а також є елементом самоперевірки та самоконтролю. З метою підвищення якості навчання студенти можуть вивчати тему, користуючись навчальними таблицями, препаратами, муляжами, методичними посібниками, підготовленими співробітниками кафедр. Така можливість реалізується на постійних консультативних заняттях.

Не менш важливою ланкою в забезпеченні навчального процесу, зокрема, самопідготовки студентів, є

кафедральні музеї, фонди яких поповнюються якісними препаратами, виготовленими студентами. Робота студента зі скальпелем і пінцетом у руках є свідомим процесом і справжнім дослідженням. Попередньо познайомившись із відповідною літературою, з використанням малюнків, схем, і отримавши інструктаж викладача, проводиться препарування окремих органів чи частин тіла, з наступним виготовленням макро- і мікропрепаратів. Використання таких препаратів у навчальному процесі має також і велике виховне значення. Популяризуються спроби студентів замальовувати, фотографувати виявлені морфофункціональні особливості тканин і органів у нормі та при патології.

Популярними стали “брейн-ринги”, виставка студентських робіт, виготовлених препаратів, функціональних моделей, оригінальних схем, малюнків, які істотно підвищують ефективність засвоєння навчального матеріалу і позитивно впливають на успішність студентів, оскільки дають додаткові бали до поточних оціночних. Це є одним із мотивуючих факторів стимулювання успіхів у навчанні. В цілому, вагомою мотивацією є і моральне заохочення студента.

Позитивний вплив на навчальний процес має проведення навчально-дослідної роботи, яка є його органічною частиною, а не додатковим елементом. У системі вищої освіти активізувалась її наукова складова, тому доцільним є використання в навчальному процесі наукових здобутків кафедр [2, 5, 6]. Ще М.І. Пирогов говорив, що відокремити навчальне від наукового не можна, бо наукове без навчального світить і гріє, а навчальне без наукового – тільки виблискує. Для цього створено всі умови. Студенти мають можливість розширити і поглибити об'єм своїх знань, беручи участь у роботі наукових гуртків. Під керівництвом викладачів юні дослідники самостійно опановують різноманітні методики дослідження, залучаються до підготовки літературних оглядів із актуальних проблем.

На відміну від практичних занять, які дають можливість використати різні форми роботи, підсумковий модульний контроль проводиться, як правило, письмово у два етапи: шляхом тестування студентів та вирішення індивідуальних завдань. При цьому студент демонструє не тільки теоретичні знання, а також уміння їх застосувати на практиці під час вирішення ситуаційних задач. Оцінювання рівня знань здійснюється згідно з визначеними критеріями.

Таким чином, на базових кафедрах університету впроваджено сучасні підходи до організаційно-методичного забезпечення навчального процесу з вико-

ристанням педагогічних прийомів, кінцевою метою яких є формування стійкої свідомої мотивації на вивчення не тільки програмного матеріалу, але й додаткового, а також розвитку інтересу до фундаментальних дисциплін і медицини в цілому.

Працювати в такому режимі доволі складно. Відзначаються протиріччя між ростом завантаженості викладачів, значним обсягом витрат навчального часу на оцінювання, якістю самостійної роботи студентів і труднощами у матеріально-технічному оснащенні вищих навчальних закладів. Велика кількість студентів в академічних групах не дозволяє провести повноцінне опитування всіх студентів групи. Невелика кількість годин, передбачених для лекцій, зумовлює об'єднання кількох тем. Значно зменшена кількість практичних занять із збереженням попереднього об'єму теоретичного матеріалу призводить до недостатньо повного вивчення предмета. Як зазначають колеги з інших медичних ВНЗ [7], збільшений об'єм тестування шкодить усному розгляду матеріалу, зменшує зацікавленість студентів у вивченні предмета, оскільки вони акцентують увагу на механічному запам'ятовуванні початку запитання і правильної відповіді. Крім того, запропоновані тести прості за своєю структурою (вибрати одну відповідь із представлених п'яти варіантів), на відміну від американських і західноєвропейських аналогів, де такі тести становлять до 30 % [8].

Із більшості навчальних дисциплін проведення модульного контролю передбачено на останніх заняттях у семестрі, що призводить до суттєвого перевантаження студентів в останні тижні навчання. З метою покращення такої ситуації на молодших курсах доцільно було б відмінити рейтингову систему оцінки знань із дисциплін суспільно-гуманітарного блоку і курсів за вибором, оскільки більшість із них відсутні в навчальних планах університетів Європи, та надати кожному студенту можливість індивідуального вибору предметів, які є в переліку курсів за вибором [9].

Висновки. Виходячи з вищезазначеного, необхідно забезпечити централізоване виробництво в Україні віртуальних засобів навчання, відеофільмів, фантомів тощо [10]; запровадити визначене чинним законодавством співвідношення викладач-студент до 1:4 – 1:6 [1], як цього вимагає європейський досвід; слід забезпечити підготовку нового покоління підручників та навчальних посібників, що відповідають міжнародному досвіду кредитно-модульної організації навчального процесу.

Об'єднання зусиль фахівців вищої медичної школи визначить перспективи галузі, зокрема фундаментальні та прикладні, у вирішенні цілої низки проблем,

зумовлених запровадженням кредитно-модульної системи. Запозичивши всі позитивні елементи навчання студентів по Болонському процесу, необхідно

творчо осмислити й адаптувати його до наших умов, до національних пріоритетних освітніх програм і навчальних планів.

Література

1. Мишанич Г.І. Медична та фармацевтична освіта в умовах Болонського процесу // *Внутрішня медицина*. – 2007. – № 3. – С. 128–131.

2. Значення впровадження наукових здобутків кафедри гістології в навчальний процес у рамках кредитно-модульної системи / О.І. Дельцова, С.Б. Геращенко, О.І. Гришук та ін. // *Впровадження досягнень морфологічної науки в навчальний процес та його значення для європейської інтеграції медичної освіти: Тези доп. наук-практ. конфер.* – Тернопіль, 2006. – С. 55–58.

3. Оптимізація організації контролю знань студентів з гістології, цитології та ембріології у світлі вимог Болонського процесу / Ю.М. Нерянов, В.К. Сирцов, О.В. Федосєєва, В.М. Євтушенко // *Галицький лікарський вісник*. – 2010. – Т. 17, № 2, ч. 2. – С. 108–110.

4. Алиева Е.Г. Применение новых форм визуализации учебного материала в преподавании морфологических дисциплин в медицинских вузах // *Український морфологічний альманах*. – 2008. – Т. 6, № 1. – С. 43–44.

5. Впровадження досягнень морфологічної науки та оптимізація методів навчання студентів стоматологічного факультету на кафедрі патологічної анатомії Української медичної стоматологічної академії / А.П. Гасюк, Л.Г. Ніколенко, Т.В. Новосельцева та ін. // *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. – 2006. – № 2. – С. 162–164.

6. Роль наукової творчості студентів у підвищенні якості навчання у світлі Болонського процесу / С.Б. Геращенко, О.І. Дельцова, А.П. Мотуляк та ін. // *Впровадження досягнень морфологічної науки в навчальний процес та його значення для європейської інтеграції медичної освіти: Тези доп. наук-практ. конфер.* – Тернопіль, 2006. – С. 43–44.

7. Особливості організації навчального процесу з гістології, цитології та ембріології в умовах впровадження кредитно-модульної системи при підготовці студентів, які навчаються за фахом “Педіатрія” / В.К. Сирцов, І.В. Сидорова, Г.А. Зідрашко та ін. // *Галицький лікарський вісник*. – 2010. – Т. 17, № 2, ч. 2. – С. 110–112.

8. Некоторые аспекты кредитно-модульной системы в медицинском вузе / Э.Г. Топка, Ю.В. Мамрак, Т.А. Квятковская и др. // *Прикладні аспекти морфології: Тези доп. наук-практ. конфер., присвяченої пам’яті професора Б.В. Шутки*. – Івано-Франківськ, 2010. – С. 148–150.

9. Ковальчук Л.Я., Мисула І.Р., Пашко К.О. Медична освіта в Україні та Болонський процес: реальність і шляхи переходу до європейського освітнього простору // *Медична освіта*. – 2005. – № 2. – С. 21–23.

10. Болонський процес і система організації практичної підготовки студентів / Є.М. Нейко, Л.В. Глушко, М.І. Мізюк, І.П. Вакалюк // *Медична освіта*. – 2007. – № 2. – С. 56–58.

УДК 378.147.31:004

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА ЛЕКЦІЙНИХ ЗАНЯТТЯХ

Л.Т. Котляренко, І.М. Кліщ, І.Я. Господарський, Л.В. Вронська, І.Б. Привроцька
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

PECULIARITIES OF THE USAGE OF INFORMATION TECHNOLOGIES IN THE LECTURES

L.T. Kotliarenko, I.M. Klishch, I.Ya. Hospodarskyi, L.V. Vronska, I.B. Pryvrotska
Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Впровадження кредитно-модульної технології навчання суттєво підвищило якість вищої освіти, забезпечило конкурентоспроможність випускників вищих медичних закладів на сучасному ринку праці. Це, у свою чергу, вимагає

© Л.Т. Котляренко, І.М. Кліщ, І.Я. Господарський та ін.

проведення лекцій не лише на високому науково-методичному рівні, але й розробки нових підходів, урізноманітнення та вдосконалення форм подачі матеріалу. Лише взаємне використання ефективних педагогічних та інформаційних технологій під час лекційних занять сприятиме якісній підготовці фахівців з вищою медичною освітою й надходженню їх в єдиний інформаційний та освітній простір.

Introduction of credit-modular technology education significantly has increased the quality of higher education, has provided the competitiveness of graduates in higher institutions of the modern labor market. This in turn requires not only lectures on high scientific standards, but also development of new approaches, diversification, and improvement of presentation material. Only the mutual usage of effective pedagogical and information technologies during lectures will promote high quality training of specialists with higher medical education, and income into a single informational and educational space.

Вступ. На сьогодні неможливо уявити навчальний процес без використання інформаційних технологій. Серед розмаїття форм і методів організації навчального процесу, застосування інноваційних освітніх технологій у вищій школі, пошуків альтернативних шляхів передачі знань лекційні заняття залишаються однією з провідних та головною формою навчання в абсолютній більшості вузів [1, 2]. На лекційні заняття в середньому припадає від 18 до 30 % усіх навчальних годин з вивчення предмета, саме з неї починається кожна дисципліна, розділ і більшість тем, що передбачені програмами. Лекція є незамінною формою організації навчання через те, що вона не повторює підручник, а доповнює його останніми даними науки, іноді ще неопублікованими, але вже відомими викладачу, фактами з життя, особистим розумінням і відношенням до матеріалу, що викладається [3, 4]. Проте необхідно враховувати, що на сьогодні у багатьох вузах відкриваються все нові спеціальності здебільшого вузького спрямування й тому набір таких студентів є невеликим, а отже й кількість слухачів на лекціях буде нечисленною. Крім того, якщо на перших трьох курсах, як правило, лекційні заняття проходять у великих групах (до 200-300 студентів), то на наступні роки навчання припадає значна частка спецкурсів, які доводиться читати невеликим групам студентів. Все це спонукає не лише до використання новітніх інформаційних технологій, але й суттєві відмінності в їх застосуванні.

Основна частина. Успіх лекційного заняття на 90 % залежить від того, наскільки вдало воно підготовлено. Досвідчений викладач знає, що починати підготовку до лекції слід набагато раніше, ніж вона з'явиться у розкладі занять. Адже часто підготовчий етап займає в кілька разів більше часу, ніж саме читання цієї лекції. Відомо, що за відсутності технічних засобів навчання під час лекційних занять задіяні лише слухові аналізатори, в той час як приблизно 80-90 % людей переважно отримують і запам'ятовують інформацію через канал "око-мозок". Тому використання інформаційних та інтерактивних технологій у

навчальному процесі стало важливим мотивом до вивчення комп'ютерної техніки та програмного забезпечення як студентами, так і викладачами. Інтенсивний розвиток сучасних технічних засобів надають великі дидактичні можливості, ефективність реалізації яких у значній мірі залежить від рівня кваліфікації лектора, його правильного вибору "технологічності" методичного забезпечення. Впровадження комп'ютеризації значно покращило якість навчального процесу, а використання Інтернету відкрило для викладачів і студентів великі можливості для розширення своїх знань. Проте одночасно виник ряд проблем, які, з одного боку, пов'язані з невикористаними можливостями інформаційних технологій, а з іншого – невідповідністю традиційних навчальних курсів можливостям комп'ютера. Крім того, здебільшого причиною низької ефективності нової техніки є не людина, а можливість її використання у процесі навчання.

За даними ЮНЕСКО відомо, той, хто навчається, на слух запам'ятовує приблизно 15 % інформації, зором – 25 %, при одночасному впливі на слуховий і зоровий апарат – 65 %. Створення мультимедійних лекцій надзвичайно позитивно вплинули на сприйняття матеріалу студентською аудиторією й певною мірою це полегшило роботу лектора. Крім значного збільшення швидкості отримання інформації можна відмітити ряд інших переваг. Студенти з більшою увагою сприймають таку лекцію, ілюстративний матеріал відрізняється чіткістю, яскравістю та насиченістю. Лектор може вільно формувати послідовність викладу матеріалу по тезах на слайдах, які підбираються таким чином, щоб відобразити ключові моменти. Все це, у свою чергу, полегшує студентам процес конспектування. Важливим є також те, що викладач може впливати на планування часу щодо викладу матеріалу, провівши попередній хронометраж показу окремих слайдів, і дотримуватись відпрацьованого графіка демонстрацій.

Одним із завдань сучасного лектора у вищій медичній школі є формування у майбутнього спеціаліста науково-клінічного мислення, засвоєння ним необхідних знань та умінь, які будуть визначати професійно-

практичний принцип підходу з орієнтацією на кінцеву мету. Ефективному використанню системи програмно-цільового управління якістю підготовки студентів сприяло впровадження мультимедійних лекцій у навчальний процес. Восьмирічний досвід використання таких лекцій в нашому вузі показав як переваги, так і певні недоліки при створенні таких презентацій. Крім того, такі форми представлення лекційного матеріалу по-різному сприймаються студентськими аудиторіями, зокрема, це залежить від їх чисельності (малі чи великі групи) та форми навчання (денна, заочна чи дистанційна).

Так, для створення мультимедійної лекції необхідні вміння користуватися програмами MS PowerPoint (*.ppt), StarOffice Impress, основними можливостями яких є створення наочного супроводу представленого матеріалу, а саме використання таблиць, графіків, схем, звуку й анімації, окремих визначень, текстів у вигляді тез, об'єднання зображень з декількох елементів. До переваг таких презентацій необхідно віднести: відносну простоту їх оформлення; можливість використання вбудованих анімацій, текстів з редактора MS Word, об'єктів WordArt, діаграм, електронних таблиць Excel, навіть програм; зручність, нескладність і можливість автоматичного керування демонстрацією слайдів. Широке використання анімації, відеокліпів та аудіосупроводу подій дозволяє зробити лекцію цікавою й тією, яка запам'ятовується. Для дистанційної та заочної форми навчання саме така подача лекційного матеріалу, ще й з накладкою голосу лектора (за необхідності) є надзвичайно ефективною. Такі мультимедійні лекції можна зробити ще й інтерактивними, щоб відбувалося не лише просте сприйняття матеріалу, а й певний "діалог" між студентом і електронним носієм цієї інформації. Так, нова термінологія, складні запитання можуть бути розкриті на проявляючихся підказках чи додаткових слайдах, перехід на які здійснюється по гіперсилці. Таким же способом можна після розкриття окремих питань у презентації включати запитання й на додаткових слайдах відповіді на них. Найціннішим у такій формі подачі лекційного матеріалу є те, що студент перестає бути пасивним об'єктом навчання, а змушений активно брати участь у вирішенні чи пошуку правильних дій поставлених перед ним завдань.

Щодо застосування таких мультимедійних презентацій в аудиторії студентів денної форми навчання, то крім позитивної сторони вони мають ряд недоліків. Зокрема, всі елементи презентації інтегруються в один файл, часто дуже великий за розмірами, структура представленого матеріалу є лінійною,

гіперпосилання на файли та програми не редагуються. Крім того, можливе лише фронтальне використання (демонстрація), що обмежує індивідуалізацію подачі матеріалу. Також існує повна залежність від технічних засобів, які забезпечують проведення таких мультимедійних лекцій, тому залишається лише людський фактор самого лектора, а саме наскільки він зуміє подати й донести необхідний навчальний матеріал до студента. В останній час багато досвідчених лекторів звертають увагу на зниження інтересу студентів денної форми навчання щодо таких лекцій. Звичайно, є певна залежність між особистістю лектора, його вмінням володіти аудиторією, подачею ним матеріалу й технічним рівнем представленої ним презентації, а також можливостей конкретної лекційної аудиторії. Проте дана тенденція має місце. Чому це відбувається? Мабуть, для цього є декілька причин.

Однією з них є однотипність представлення більшості лекцій, незалежно від їх технічного вирішення. Наступною причиною все ще залишається інформаційна культура та готовність викладачів до застосування інформаційних технологій у навчальному процесі. На сьогодні існує практика попереднього розміщення презентацій лекцій на Web-сторінку вузу для того, щоб студент міг її переглянути й бути підготовленим до сприйняття нового матеріалу й зосередити свою увагу на найбільш складних для нього питаннях. Практика показала, що для студентів стаціонару бажано, щоб форма подачі матеріалу чи структури презентацій на Web-сайті вузу й під час її показу на лекційному занятті були частково відмінними. Такі дії дозволять зберегти зацікавленість студентів до вивчення дисципліни й формувати глибоке розуміння набуття необхідних знань для оволодіння майбутньою професією, а не лише бути пасивним спостерігачем.

Існує велика різноманітність традиційних (вступна, тематична, оглядово-узагальнююча, клінічна) і нетрадиційних (проблемна, брейнстормінг, конференція, брифінг і т. д.) лекцій. Щодо останніх, то є всі підстави їх відносити до комплексу інноваційних освітніх технологій подачі навчального матеріалу й можуть розглядатися як органічне доповнення, оскільки відрізняються, в першу чергу, формою подачі цієї інформації. Зрозуміло, що будь-які класифікації є достатньо умовними, тому лише від самого викладача буде залежати, які форми і методи роботи він обере для того чи іншого лекційного заняття. Це, в першу чергу, залежить від досвідченості лектора, його методичної підготовки й навіть від його сміливості, адже не так вже й просто відійти від випробуваних шляхів і спробувати щось нове. Оскільки необхідно обов'язково враховувати й бути готовим до непередбачуваних ситуацій

під час проведення нетрадиційних лекцій. Наприклад: що робити, якщо під час самого заняття з'ясується, що є відхилення від заздалегідь запланованого; раптово відмовить технічне забезпечення; чи психологічно готовий до експерименту (в тому числі і до його невеликого результату) як сам викладач, так і його слухачка аудиторія і т. п. Тому випробовуючи різні інновації при проведенні лекційних занять важливо не забувати про міру й розумний консерватизм при застосуванні нових освітніх технологій.

Окремо необхідно зупинитися на такій формі подачі матеріалу, як "Лекція із заздалегідь запланованими помилками". На підготовчому етапі у презентації такої лекції закладається певна кількість помилок змістовного, фактологічного чи методичного характеру. На початку лекційного заняття викладач попереджає аудиторію, що в представленому матеріалі є певна кількість помилок і під час лекції чи ще при підготовці до неї студенти повинні знайти ці помилки, кваліфікувати їх, надати правильні відповіді. З одного боку, така лекція виконує стимулюючу, контролюючу та діагностичну функції, але таку форму подачі лекційного матеріалу не бажано використовувати при підготовці майбутніх медичних працівників. Багаторічний досвід викладання медичних дисциплін показав, що коли на заняттях акцентувати увагу на помилках чи на тому, як не потрібно робити ту чи іншу маніпуляцію, то це спрацьовує не завжди на позитив. Так, на перевірних чи навіть на державних іспитах спостерігаються інколи ситуації, коли студенту необхідно відтворити послідовність дій чи маніпуляцій для надання відповідної медичної допомоги, він може чітко вказати, як не потрібно робити, а от як правильно – у нього виникають труднощі. Оскільки життя пацієнта залежить не лише від правильних дій медпрацівника, а ще й від своєчасно правильно наданої ним допомоги, застосовувати форму подачі матеріалу на виявлення помилок чи неправильних відповідей навіть на практичних заняттях чи у тестових завданнях однозначно є недоцільно використовувати.

Важливим моментом в успішному проведенні лекційного заняття є правильний підхід лектора до вибору форми подачі матеріалу залежно й від чисель-

ності слухачької аудиторії. Необхідно розглядати два якісно відмінних ресурси – великі та малі аудиторії. Збільшення частки перших призводить до суттєвої економії й читають лекції у таких аудиторіях висококваліфіковані спеціалісти, доценти, професори. Чим менше великих аудиторій, тим більше необхідно лекторів, а це призводить до залучення викладачів більш низької кваліфікації. Практика західних країн Європи показує значне застосування великих лекційних аудиторій на 600-1000 людей. У Франції вони зовні схожі на великі ангари, в Італії їх називають амфітеатрами. При цьому із технічних засобів здебільшого використовується лише мікрофон [1]. У таких аудиторіях лектор одночасно спілкується з достатньо великою кількістю людей, а це не дозволяє здійснювати диференційований підхід і тим самим робити лекцію цікавою та корисною як для відмінника, так і для того, хто не вирізняється особливими здібностями. У малих же аудиторіях лектору значно простіше встановити контакт із слухачами, спонукати їх при розгляді окремих питань до обговорення, бесіди, диспуту. Все це, звичайно, вимагає певної лекторської майстерності, яка проявиться у викладача лише за умови постійного самовдосконалення на педагогічній ниві й самостійного творчого пізнання.

Висновки. Проведення лекцій на високому науково-методичному рівні на сьогодні є неможливим без застосування сучасного технічного та інформаційного забезпечення, а створення відповідних мультимедійних лекційних курсів дозволить стандартизувати лекційний матеріал, що сприятиме його кращому засвоєнню студентами. Незважаючи на інтенсивний розвиток інформаційних технологій та їх застосування у навчальному процесі, знайти альтернативу лекції практично неможливо. Лише лекційні заняття дозволяють у найбільш концентрованій формі зосередити ту інформацію, що репрезентує зміст дисципліни – й включити слухачку аудиторію в процес наукового пошуку, підводячи до самостійного усвідомлення одержаних висновків. Тому взаємне використання ефективних педагогічних та інформаційних технологій сприятиме якійсь підготовці фахівців з вищою медичною освітою й надходження їх в єдиний інформаційний та освітній простір.

Література

1. Підаєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – 190 с.
2. Пахотін К. Якість освіти – інтелектуальне обличчя держави // Вища освіта України. – 2005. – № 4(181). – С. 112–117.

3. Досвід впровадження телекомунікаційних лекцій у навчальний процес / І.Р. Мисула, С.І. Климнюк, О.П. Пашко та ін. // Медична освіта. – 2002. – № 2. – С. 69-70.
4. Чайковська О. Розроблення та впровадження мультимедійних програмно-педагогічних систем у навчальний процес // Вища освіта України. – 2004. – № 1(11). – С. 102–106.

УДК 377.4:378.147:614.253.52

ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР-БАКАЛАВРІВ У ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

**І.Я. Господарський, С.О. Ястремська, С.О. Коноваленко, Н.І. Рега,
В.В. Максимова, Б.А. Локай, Н.Б. Галіяш, О.М. Креховська-Лепявко,
І.В. Яворська, Н.В. Петренко, В.Є. Городецький, О.І. Зарудна**

*ННІ медсестринства Тернопільського державного медичного
університету імені І.Я. Горбачевського*

INTRODUCTION OF INNOVATIVE STUDIES FORMS IN TRAINING FOR BSN-DEGREE NURSES IN TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY BY I.YA. HORBACHEVSKY

**I.Ya. Hospodarskyi, S.O. Yastremska, S.O. Konovalenko, N.I. Reha, V.V. Maksymova,
B.A. Lokay, N.B. Haliyash, O.M. Krekhovska-Lepiavko, I.V. Yavorska, N.V. Petrenko,
V.Ye. Horodetskyi, O.I. Zarudna**

ESI of Nursing of Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті розглядається питання дистанційної освіти як альтернативи безперервної професійної підготовки медичних сестер – бакалаврів.

New questions of distant education as an alternative way of permanent professional training of BSN-degree nurses are described in this article.

Вступ. Важливою складовою стратегічного плану розвитку медичної галузі є запровадження новітніх підходів до організації підготовки медичних сестер. Тому вперше в Україні, детально вивчивши світовий досвід роботи дистанційної форми навчання на прикладі медсестринської школи Мері Блек (Південна Кароліна, США) та заручившись підтримкою Міністерства охорони здоров'я України, Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського запровадив дану форму навчання щодо підготовки медсестер-бакалаврів.

Основна частина. Виникнення глобальної мережі “Інтернет” стало поштовхом у створенні та розвитку навчання за допомогою нових інформаційних технологій, а також загальному розповсюдженню дистанційної форми навчання [1–7]. Всесвітня павутина спричинила розвиток мережевих технологій, а також надала можливість студентам та викладачам використовувати електронні підручники, бібліотеки, зручні

системи тестування та інформаційні засоби спілкування.

Дистанційне навчання як одна з форм системи освіти виникло і розвивалося ще до появи комп'ютерної мережі “Інтернет”, поступово нарощуючи комплекс використовуваних технологій.

Навчання on-line – це форма отримання освіти, при якій в освітньому процесі використовуються кращі інноваційні засоби та форми навчання, основані на комп'ютерних і телекомунікаційних технологіях. При такому способі здобування освіти перевага віддається самостійній роботі студента. Суб'єкт і об'єкт навчання мають можливість здійснювати навчальну діяльність у зручному для себе місці, за попередньо узгодженою схемою й індивідуальним інтервальним графіком взаємодії в часі.

При дистанційному навчанні існують певні особливості, пов'язані, перш за все, з наявністю техноло-

© І.Я. Господарський, С.О. Ястремська, С.О. Коноваленко та ін.

гічних можливостей студента. Для навчання йому необхідно мати регулярний доступ до персонального комп'ютера, бажано з підключенням до Інтернету, на якому встановлена операційна система не нижче Windows 98. Навчатися можна в режимі on-line. При цьому використовуються спеціальні технології, серед яких знайшли поширення: кейс-технології (базуються на пакетах навчально-методичних матеріалів для самостійного вивчення, контрольних завдань і тестах контролю); телевізійні технології (базуються на замкнених телевізійних системах із зворотним зв'язком); технології відеоконференцій (базуються на засобах забезпечення двостороннього або багатостороннього аудіо – відеозв'язку на значних відстанях) та комбіновані технології.

Організація навчання передбачає правильно розплановані етапи засвоєння навчальної дисципліни: лекційні, практичні і лабораторні заняття, семінари, чати, форуми, виконання контрольних робіт, консультації з навчальних дисциплін, самостійна робота тощо. Основною формою отримання знань є самостійна робота. У процесі навчання важлива роль надається методиці оцінювання отриманих знань та їх контролю за етапами навчання. Заключна стадія навчання передбачає повторювання й узагальнення. На цій стадії шляхом очного спілкування з тьютором безпосередньо в університеті або ж у навчально-консультаційних центрах закріплюються отримані знання, уміння, доводиться їх рівень до рівня навичок.

Вивчивши європейський та американський досвід проведення дистанційної форми навчання та заручившись підтримкою МОЗ України, на базі Тернопільського державного медичного університету імені І.Я.Горбачевського відкрито центр дистанційного навчання (далі – центр) для медсестер-бакалаврів.

Головна мета центру – навчити викладачів керувати системою дистанційного навчання, створювати дистанційні курси та організувати навчальний процес у системі.

Завдання центру:

- сформувати основні поняття та принципи дистанційної освіти;
- навчити працювати у системі дистанційного навчання професорсько-викладацький склад;
- сформувати навчально-методичну базу;
- сформувати вміння навчатися дистанційно “викладач-студент”.

На базі центру підготовлена платформа дистанційного навчання, яка інтегрована з Web-порталом університету. Реєстрація абітурієнтів, які бажають навчатися за дистанційною формою, прийом документів, вступних іспитів та співбесіди здійснюються через

Web-портал університету. На порталі 3-ма мовами (українською, російською, англійською) представлені для користувачів з авторизованим доступом методичні матеріали – розклади занять та лекцій, робочі програми з дисциплін, методичні вказівки, презентації лекцій, матеріали для підготовки до лекцій і практичних занять, інструкції щодо виконання практичних навичок, електронні підручники, посібники, навчальні таблиці. Для відповідного напрямку підготовки фахівців з використанням технологій дистанційного навчання розроблений та затверджений навчальний план. Відповідно до наказів Міністерства освіти України від 07.08.2002 р. № 450 та Міністерства охорони здоров'я України від 06.06.1986 р. № 804 розроблені та затверджені норми часу для планування та обліку навчальної роботи науково-педагогічних працівників, а також затверджено перелік основних видів методичної, наукової й організаційної роботи науково-педагогічних працівників, які залучені до дистанційної форми навчання. Всі викладачі, які залучені до навчального процесу і працюють на постійній основі, є фахівцями відповідних науково-педагогічних спеціальностей та пройшли курси у сфері дистанційного навчання.

Зв'язок викладача із студентом відбувається через мережу “Інтернет” на порталі університету двома основними способами: перший спосіб – обмін інформацією через поштові скриньки, розміщені на Web-порталі університету; другий спосіб – зв'язок через Інтернет у системі “Skype”. Кожному студенту відкривається персональна електронна поштова скринька на Web-порталі університету і дається персональний пароль та логін доступу до нього на час проходження навчання. Через дану скриньку викладач підтримує зв'язок між студентом, а також студент має змогу відправляти власну інформацію на скриньку викладача. Викладач і студент реєструються у програмі “Skype”, попередньо встановивши її на своєму персональному комп'ютері, проводять обмін між собою контактними зареєстрованими іменами користувача у системі і через встановлені Web-камери проводять спілкування та вільно обмінюються інформацією з навчального процесу. Цей спосіб дає можливість ідентифікації особи (студента) і збільшує швидкість обміну інформації. Напередодні (за день до початку викладання дисципліни) викладач зобов'язаний зв'язатися зі студентом шляхом відправлення необхідної інформації про методику навчального процесу з даної дисципліни.

Контроль якості підготовки студентів здійснюється в межах кожної дисципліни. Проводиться вхідний,

щоденний і поточний контроль знань під час контрольних та семінарських занять. Підсумковий контроль знань включає семестрові, семестрово-модульні диференційовані заліки та іспити, а також перевідні і державні іспити. На всіх етапах контролю якості підготовки студентів використовуються тестові завдання. Для дисциплін, формою контролю яких визначено іспит, передбачено очний цикл навчання, який включатиме контроль у формі єдиного комплексного тестового іспиту на порталі університету.

Передбачені навчальним планом цикли практичного навчання після першого навчального року – “Медсестринська виробнича практика (3 тижні)” та після другого навчального року – “Медсестринська переддипломна практика (6 тижнів)” будуть проведені на базах лікувальних та лікувально-профілактичних закладів за місцем роботи студента і проконтрольовані головною медичною сестрою лікарні (кваліфікація – бакалавр) та старшими медичними сестрами відділень, і завірена ними документально у журналі проходження практики, який відправляється студенту в електронному варіанті на поштову скриньку. Після проходження практики студент відсилає завідувачеві практики електронний і паперовий варіанти журналу з виконаними відповідними вимогами та складає тестовий контрольний залік на порталі університету. Усі оцінки, отримані студентом протягом навчального процесу, заносяться в електронну базу університету “Контингент”, а також у навчальні журнали по кафедрах згідно з пройденою дисципліною.

Контроль або тестування – дуже важливий аспект у дистанційному навчанні. Існує безліч способів оцінювання знань студентів. Сьогодні тестування широ-

ко використовується як зручний інструмент для контролю та оцінювання рівня знань студентів в традиційному і дистанційному навчанні. Багато методистів стверджує, що комп’ютер не може оцінити певні навички. Наприклад, найбільш зручним способом оцінювання письмової роботи студента є іспит. Тому використання комп’ютера як засобу оцінювання полегшує процес перевірки знань як для студента, так і для викладача.

У процесі навчання студенти знайомляться з теоретичним матеріалом, виконують практичне завдання і проходять тестування в системі Moodle.

Під час навчання використовується рейтингова система оцінювання знань студентів. За виконання кожної частини (практичного завдання, проходження тесту та участь у форумі й чаті) студенти отримують оцінку, виражену у 12-бальній системі. По закінченні циклу дисципліни тьютор (викладач) розсилає всім студентам оцінки на їх електронні поштові скриньки. Результати тестування зберігаються у рейтинговій таблиці курсу. Після проходження тесту система оцінює студента, він має змогу побачити результати відразу після проходження тесту, або у рейтинговій таблиці курсу. Тьютор має змогу змінити бали оцінювання системою та зберегти зміни.

Висновок. Дистанційна освіта дозволяє підвищувати кваліфікаційний рівень мотивованої до навчання медсестри без відриву від робочого процесу та залучати до навчання іноземних громадян. Збільшення прийому іноземців до наших навчальних закладів є стратегічним завданням медичної школи України, що дозволить у перспективі забезпечити її стабільну роботу та фінансову незалежність.

Література

1. Гиркин И.В. Новые подходы к организации учебного процесса с использованием современных компьютерных технологий // Информационные технологии. – 1998. – № 6. – С. 44–47.
2. Евреинов Э.В., Каймин В.А. Информатика и дистанционное образование. – М.: ВАК, 1998. – 88 с.
3. Околесов О. П. Системный подход к построению электронного курса для дистанционного обучения // Педагогика. – 1999. – № 6. – С. 50–56.

4. Пидкасистый П.И., Тыщенко О.Б. Компьютерные технологии в системе дистанционного обучения // Педагогика. – 2000. – № 5. – С. 7–12.
5. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования / Е.С. Полат, М.Ю. Бухаркина, М.В. Моисеева, А.Е. Петров. – М.: Издательский центр “Академия”, 2001. – 272 с.
6. Полат Е.С., Петров А.Е. Дистанционное обучение: каким ему быть? // Педагогика. – 1999. – № 7. – С. 29–34.
7. Barr R., Tagg J. From teaching to learning: A new paradigm for undergraduate education. – 1995, Change, 27 (6), 13–25.

УДК 611 (07.07)

ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ВИКЛАДАННІ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ

А.М. Пришляк, І.В. Пришляк

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

THE USAGE OF MODERN TECHNOLOGIES IN TEACHING OF HUMAN ANATOMY FOR FOREIGN STUDENTS

A.M. Pryshliak, I.V. Pryshliak

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті висвітлено застосування новітніх технологій при викладанні анатомії людини іноземним студентам Інституту медсестринства Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, що сприяє покращенню засвоєння матеріалу та загального рівня підготовки майбутніх спеціалістів.

The usage of new technologies in teaching of human anatomy for foreign students of Nursery department of I. Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University, that promotes improvement of learning the material and general level of training of future experts is explained in the article.

Вступ. У Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського навчається 656 іноземних громадян із 47 країн світу. Викладання анатомії людини іноземним студентам відбувається з урахуванням їх расових, етнічних та культурних особливостей. Знання цих особливостей є важливими як викладачам для кращого індивідуального підходу при викладанні предмета, так і студентам для налагодження їх ефективної співпраці у групах [1].

Глобальні трансформації, які відбуваються в нашому суспільстві, зумовлюють потребу суттєвих техногенних змін. Їхнє розв'язання вимагає збільшення обсягу наукових знань, кількості відповідних спеціалістів та запровадження нової системи вищої освіти, особливо для іноземних студентів. Тому на перший план виступає пошук нових технологій навчання, які суттєво прискорять підготовку висококваліфікованих спеціалістів з якісно новим ступенем знань [2, 3]. Науково-технічний прогрес вимагає суттєвого вдосконалення форм викладання, розробки нових ефективних навчальних програм, подачі для засвоєння великого об'єму інформації на більш високому та якісно новому рівнях. Слід зауважити, що одним із факторів поглибленого вивчення медичних дисциплін є подальша оптимізація навчального процесу, зокрема покращення викладання предмета [4].

Основна частина. Освітній процес у навчально-науковому інституті (ННІ) медсестринства передбачає зростання ролі практичних аспектів кожної теоретичної дисципліни, мета яких дати студентам фундаментальні знання, необхідні для роботи в клініці. При цьому для досягнення найбільшої ефективності при вивченні анатомії людини необхідно, щоб студенти не тільки отримували глибокі теоретичні знання, але й істотно вдосконалювали практичні навички [5]. Для покращення засвоєння складного матеріалу при вивченні будови людського тіла викладачами кафедри використовується великий арсенал сучасних технологій. Серед інтерактивних освітніх технологій застосовують метод аналізу конкретних, проблемних ситуацій, метод проектів, метод мозкового штурму, кейс-метод, метод конференції ідей, метод групової дискусії, методи моделювання, метод конкурентних груп, метод кооперативних груп, метод пошуку і відкриття (дослідницький).

Викладання анатомії людини вимагає пристосування курсу практичних занять та змісту лекцій до зростання вимог щодо засвоєння практичних навичок студентів – майбутніх медсестер та бакалаврів медсестринства. Оскільки надмір фундаментальних знань, не підкріплених практикою, призводить до перенавантаження навчального процесу та слабкої

© А.М. Пришляк, І.В. Пришляк

практичної підготовки випускників. На кафедрі поряд із звиклими “класичними” (вологі препарати, рентгівські знімки) впроваджене ознайомлення з новітніми технологіями візуалізації анатомічних об’єктів (КТ, МРТ), якими майбутні фахівці будуть користуватись у повсякденній практиці. Як показала практика, студенти, майбутні медсестри, виявили значний інтерес до “читання” томограм. Провідна роль та велика відповідальність викладачів кафедри анатомії людини полягає у прищепленні навиків роботи у вищій медичній школі та адаптації до традиційних академічних вимог, включаючи ряд таких особистісних аспектів, як інтелектуальні, психологічні, етнічні, тобто застосовуються елементи технології індивідуалізації, особистісно-орієнтованої освіти серед іноземних студентів.

Виконання практичних навичок передбачає акцентування уваги студентів на анатомічних утворах, найбільш актуальних для клінічної практики, що реалізується у формі морфологічного обґрунтування медсестринських маніпуляцій чи клінічних ситуацій. Навчальний процес на кафедрі анатомії людини відповідає принципу “піраміди навчання Джорджа Міллера” [6], згідно з яким найбільше часу приділяється активним формам навчання – практичним заняттям та самостійній роботі (теоретичний виклад усіх анатомічних структур, бачення усіх анатомічних структур на муляжі, фантомі чи на трупному матеріалі, демонстрація усіх анатомічних структур під наглядом та самостійно і, нарешті, здача практичної навички з занесенням у звітний документ – матрикул). Використовуються інформаційні технології по розв’язанню віртуальних задач з клінічними віньєтками, що дає змогу виявити анатомічні знання студентів.

При укладанні робочих програм для медсестер за американськими взірцями в ННІ медсестринства враховані міждисциплінарні зв’язки і синхронізація морфологічних та фізіологічних дисциплін (технології міждисциплінарної, інтегрованої освіти). Узгодження тематичних і календарних планів з анатомії людини та фізіології полегшило цілісне сприйняття систем та органів, а також підвищило зацікавленість та мотивацію навчання. Синхронізація вивчення будови і функцій

сприяє глибокому розумінню й, відповідно, знижує ступінь механічного заучування навчального матеріалу з морфологічних дисциплін.

Для ефективного навчання на кафедрі анатомії людини за впровадженою методикою “єдиного дня” необхідна якнайповніша інтеграція студентів у самостійну роботу, що передбачає спілкування між собою, із студентами різних національностей і з українськими студентами також. Студенти з іншою расовою приналежністю інтегруються у самостійну роботу гірше, порівняно із українськими студентами. Причиною тому є мовний бар’єр, інша культура та релігія, що створює психологічний дискомфорт серед студентів, особливо на перших курсах [7]. Один із шляхів подолання проблеми інтеграції студентів при самостійній роботі полягає у використанні інтерактивних (“студент-орієнтованих”) підходів при викладанні анатомії людини із активним залученням студентів до ігрових форм ситуативного моделювання.

На заняттях з анатомії людини викладачі використовують такі педагогічні стратегії, як: питання та відповіді, пілотування, підказування, доповнення, демонстрація, виявлення знань лекційного матеріалу [8]. Ramsden [9] класифікував вищеописані стратегії таким чином:

- I. Навчання як можливість зрозуміти матеріал.
- II. Навчання як організація діяльності студентів.
- III. Навчання як спосіб передачі інформації.

При викладанні внутрішньої медицини студентам 4-6 курсів ми надаємо перевагу I-III групам педагогічних стратегій та інтерактивним лекціям, оскільки вони орієнтовані, передусім, на потреби студентів, дозволяють їм повніше інтегруватися у повсякденну діяльність клінічних відділень та позитивно ними сприймаються, що засвідчили результати проведеного нами анкетування.

Висновок. Використання сучасних технологій при викладанні анатомії людини іноземним студентам буде сприяти кращому засвоєнню матеріалу, дозволить їм повніше інтегруватися у самостійну і позааудиторну роботу по вивченню дисципліни та адаптуватися в студентському середовищі.

Література

1. Evans P., Suzuki Y., Begg M., Lam W. Can medical students from two cultures learn effectively from a shared web-based learning environment? // Medical Education. – 2008. – Vol. 42. – P. 27–33.

2. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров’я та обґрунтування перспектив розвитку вищої медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 6–11.

3. Ковальчук Л.Я. Основні тенденції розвитку світової вищої школи. Впровадження сучасних технологій у

навчальний процес Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського: досягнення і перспективи // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 5–11.

4. Ковальчук Л.Я. Використання мультимедійних лазерних компакт-дисків для оптимізації навчального процесу // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 12–15.

5. Синяк К.М., Давиденко О.С., Касьяненко Т.И. Методологические аспекты преподавания эпидемиологии // Врачебное дело. – 1988. – № 8. – С. 112–118.

6. Мруга М.Р., Булах І.С. Оцінка клінічної компетентності студентів медичних навчальних закладів за допо-

могою стандартизованих пацієнтів // Медична освіта. – 2000. – № 4. – С.14–19.

7. Roberts J.H., Sanders T., Wass V. Students' perception of race, ethnicity and culture at two UK medical schools: a qualitative study // Medical Education. – 2008. – Vol. 42. – P. 45–52.

8. Nilsson M.S., Pennbrant S., Pilhammar E., Wenes-tam C.-G. Pedagogical strategies in clinical medical education: an observational study // BMC Medical Education. – 2010. – Vol. 10. – P. 9.

9. Ramsden P. Learning to teach in higher education. London, Routledge Falmer 2003.

УДК 378:61

ВИКОРИСТАННЯ СТАНДАРТИЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ У НАВЧАННІ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

І.Я. Господарський, С.О. Ястремська, Л.Т. Котляренко

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

USE OF STANDARD PATIENTS IN TRAINING OF FOREIGN STUDENTS IN HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL INSTITUTIONS

I.Ya. Hospodarskyi, S.O. Yastremska, L.T. Kotliarenko

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті обговорені питання і проблеми, пов'язані з навчанням іноземних студентів різних рівнів акредитації у вищих медичних навчальних закладах України. Показано, що важливим методом реальної оцінки знань і вмінь студента є використання стандартизованих пацієнтів під час клінічних екзаменів.

The issues and problems of foreign students of different accreditation level studying in higher medical institutions of Ukraine have been discussed in the article. It has been shown that use of standard patients is an important method in evaluation of patients' knowledge and skills in clinical examinations.

Вступ. В Україні все більшої ваги починають набувати проблеми, пов'язані з навчанням іноземних студентів. Актуальність “конвертованості” медичної освіти пов'язана як з економічними, так і з міграційними, соціокультурними та іншими причинами.

Проте до цього часу немає достатньої кількості серйозних досліджень, які б дозволили зробити об'єктивну оцінку існуючих методів викладання іноземним

студентам, їх навчання, оцінювання тощо. Загострюється потреба у розробці нових методів об'єктивного навчання і тестування, які б забезпечили значний прогрес у бік професійно орієнтованого клінічного оцінювання на всіх рівнях та етапах навчання і практики [1]. Фокус оцінювання в медичній, у тому числі – в медсестринській, освіті зміщується з простої перевірки запам'ятованих медичних наукових фактів до

© І.Я. Господарський, С.О. Ястремська, Л.Т. Котляренко

оцінки дій студента безпосередньо в клінічних умовах, тобто зсувом оцінювання з першого (“маю уявлення, знаю і розумію”) та другого (“знаю як саме, бачив”) рівнів до третього (“демонструю на фантомі”), а інколи навіть четвертого (“виконую сам під контролем викладача”) і п’ятого (“виконую самостійно”) [2]. Зрозуміло, що робота з майбутніми медсестрами повинна не обмежуватися 3-м рівнем, а сприяти максимальному використанню 4-го і навіть 5-го. У медичній освіті такий підхід не тільки формує комплекс активно функціонуючих алгоритмів, але й дозволяє ефективно оцінити клінічну компетентність студентів.

Основна частина. Серед основних проблем, з якими стикаються іноземні студенти, найважливішим є мовний бар’єр. Ситуація ускладнюється ще й фактом неофіційного домінування російської мови у багатьох медичних навчальних закладах центральної і східної України. Тому для належного засвоєння матеріалу іноземцям часто доводиться вивчати не одну, а навіть дві достатньо тяжкі для опанування слов’янські мови. При цьому жодна з цих мов не матиме ніякого практичного застосування після отримання диплома, оскільки жодна з них не буває робочою на серйозних міжнародних форумах, не відповідає серйозним інформаційним ресурсам Internet чи іншим пошуково-бібліотечним базам даних. Після втрати Росією статусу наддержави російська мова остаточно втратила шанси на те, щоб стати однією з мов міжнародного спілкування. Не можна забувати і про те, що складна і об’ємна медична термінологія є, по суті, ще однією іноземною мовою. Вивчені протягом 6-7 років навчання декілька тисяч медичних термінів слов’янською мовою теж залишаються “мертвим багажем” у подальшій практиці медсестри з арабських країн, Африки чи Індії.

Враховуючи наведені аргументи, альтернативним методом підготовки є проведення навчання іноземною мовою. Оптимальним вибором на сьогодні залишається англійська мова:

- переважна більшість іноземних студентів тією чи іншою мірою вже володіє цією мовою, що принаймні на 1 рік скорочує тривалість навчання;
- англійська мова підвищує “конвертованість освіти”, відкриваючи для заможніших студентів можливість стажування чи спеціалізації у країнах Західної Європи, Канади, США. Не можна забувати ще й про факт гострої нестачі медсестер у цих країнах, що відкриває дорогу для успішних англомовних випускників закладів 1-2-го рівнів акредитації;
- переважна більшість інформаційних ресурсів Internet та інших пошуково-бібліотечних баз даних англомовні;

- робочою мовою переважної більшості міжнародних конгресів залишається англійська. А згідно з сучасними рекомендаціями, фахівцям практичної охорони здоров’я необхідно не менше 1 разу на рік, а науковим працівникам – не менше 2-3 разів брати участь у міжнародних конгресах для підтримки належного фахового рівня [3];

- викладання іноземною мовою відкриває нові економічні резерви для вітчизняних медичних ВНЗ і збільшує їх конкурентноздатність на міжнародних ринках вищої освіти.

Єдиним винятком залишаються араби з країн МАГРИБу (Туніс, Мароко, Алжир тощо), для яких більш привабливим варіантом часто є французька мова.

Проблеми, які з’являються при викладанні іноземною мовою:

- підготовка достатньої кількості англомовних фахівців з кожного предмета. Ця проблема достатньо легко долається за рахунок внутрішніх ресурсів ВНЗ і з часом забезпечує досить серйозні переваги (активація міжнародного співробітництва, обміну, участі у грант-проектах, збільшення відсотка викладачів, які активно користуються англомовними інформаційними ресурсами);
- підготовка англомовних навчальних матеріалів і документації. За наявності англомовних фахівців це питання вирішується в достатньо короткий термін;
- інформаційно-рекламна робота для належної поінформованості потенційних закордонних абітурієнтів про можливість такої форми навчання;
- вирішення проблеми клінічної підготовки (у першу чергу – контакт “студент-пацієнт”).

Можливі декілька шляхів вирішення цього питання:

- викладання англійською мовою лише базових фундаментальних дисциплін з поступовим опануванням української протягом перших 2-3 років навчання. Цей варіант практично зводить нанівець основні переваги англомовного навчання, за винятком скорочення тривалості навчального процесу. Без сумніву, його необхідно залишити як альтернативний лише для тих студентів, які оберуть такий спосіб продовження студіювання;
 - можливість спілкування через викладача як посередника і перекладача. Такий варіант допустимий на 3-5-му курсах (2-3-й рівні засвоєння матеріалу).
- Використання тільки одного із сучасних прогресивних методів підвищення клінічної компетентності – методу стандартизованих пацієнтів – згадувалося на цій конференції в доповідях представників щонайменше з 15 країн. Метод оцінки за допомогою стандартизованих пацієнтів входить до випускних,

ліцензійних та сертифікаційних програм, а також використовується з метою поточного контролю, клінічної підготовки та самооцінки студентів.

Іспит з оцінки клінічної компетентності студентів є однією з форм практично орієнтованого оцінювання. Він передбачає вимірювання широкого спектра взаємопов'язаних, але різних навичок та вмінь студента, необхідних для взаємодії лікаря з хворими, зокрема збір анамнезу, проведення фізикального обстеження пацієнта, спілкування з хворими тощо. Деякі медичні освітяни додають до переліку вмінь та навичок, які можуть перевірятись у формі іспиту з оцінки клінічної компетентності, також уміння інтерпретувати лабораторну та іншу діагностичну інформацію, принципи діагностики [3] й ведення хворих [4]. Крім того, в іноземних медичних випускників можна оцінити володіння іноземною мовою для спілкування з хворими [5].

У широкому розумінні оцінку клінічної компетентності можна проводити в будь-яких клінічних умовах (стандартизованих і нестандартизованих) з використанням будь-яких пацієнтів (реальних, стандартизованих пацієнтів або симуляторів) та за допомогою лікарів-викладачів у ролі екзаменаторів. Тобто поширені в Україні традиційні іспити з оцінки практичних навичок “біля ліжка хворого” також є однією з форм оцінки клінічної компетентності. Але сучасні наукові дослідження продемонстрували незадовільну об'єктивність, валідність та надійність звичайного методу оцінки практичних навичок. Саме тому світовою тенденцією є відмова від нього, і сьогодні під фразою “оцінка клінічної компетентності” часто розуміють стандартизований клінічний іспит.

Яким чином стандартизований іспит з оцінки клінічної компетентності забезпечує кращу об'єктивність, валідність та надійність, ніж традиційний іспит “біля ліжка хворого”?

У процесі встановлення клінічної оцінки беруть участь три суб'єкти: студент, хворий та екзаменатор, і від кожного з них та їхньої взаємодії залежить результат. Метою створення стандартизованого клінічного іспиту є бажання максимально уніфікувати хворого та екзаменатора з тим, щоб єдиним фактором, який визначатиме результат іспиту, були знання, вміння, навички та особисті якості студента, тобто його клінічна компетентність.

Стандартизація хворого може проводитись через використання симуляторів або шляхом підготовки стандартизованих пацієнтів.

Стандартизація екзаменаторів може проводитись шляхом структурування процедури оцінювання за допомогою контрольних таблиць (checklists), рейтин-

гових шкал, використання декількох екзаменаторів та проведення загального контролю об'єктивності та точності оцінки за допомогою різних методів візуалізації роботи студента.

Стандартизація пацієнта проводиться, по-перше, з метою уніфікації клінічних ситуацій, по-друге, ліквідації розбіжностей в оцінюванні складності захворювань, якості та ступеня прояву фізикальних даних, поведінки хворих, спроможності представляти свій анамнез тощо. Стандартизовані пацієнти (СП) – це “люди з наявним або відсутнім захворюванням, яких навчили демонструвати клінічний випадок в постійній, однаковій манері. Ці люди можуть демонструвати власні проблеми [реальні хворі] або проблеми інших [симульовані хворі] [7]. Стандартизовані пацієнти використовуються з метою контролю та навчання студентів, а також для оцінки роботи лікаря в реальних умовах. Під час клінічного іспиту стандартизовані пацієнти можуть виконувати декілька функцій. Головним їхнім завданням є забезпечити демонстрування проблеми без змін та варіацій для кожного студента протягом усього часу контакту зі студентами. Крім того, стандартизований пацієнт може виконувати функцію “записувача” (особи, яка фіксує виконання студентом деяких дій без оцінки якості їх виконання) або “оцінювача” (особи, яка не тільки фіксує деякі дії студента, а й оцінює їх за наданими шкалами).

Більшість стандартизованих пацієнтів вимагають ретельного тренінгу, щоб забезпечити достатній рівень точності та надійності під час презентації “своїх” проблеми. Симульовані пацієнти повинні забезпечити ще й достатню достовірність симуляції з тим, щоб досвідчений клініцист не міг відрізнити симульованого пацієнта від справжнього хворого [8]. Ступінь тренінгу стандартизованих пацієнтів залежить від складності симульованої клінічної ситуації, активності або пасивності пацієнта за сценарієм, необхідності імітувати фізикальні дані, необхідності виконувати функції “оцінювача” та “записувача”, ступеня стандартизації тощо. Існує невелика категорія справжніх хворих, які можуть функціонувати як стандартизовані пацієнти без додаткового тренінгу, це хворі з реальними фізикальними даними та симптомами (серцевий шум, збільшення печінки, деформація опорно-рухового апарату, вагітність тощо). Але таких хворих можна використовувати лише для вузько сфокусованої оцінки наявних фізикальних даних. Крім того, як правило, існують обмеження щодо кількості хворих, часу можливого контакту зі студентами, розбіжності в поведінці, комунікабельності тощо. В інших випадках для організації стандартизованого іспиту проводять тренінг.

Уперше метод симульованих пацієнтів був застосований у 1964 р. Барроузом та Абрамсоном [9] з метою вивчення практичних навичок. Із часом симульованих та стандартизованих пацієнтів почали використовувати в оцінюванні (Барроуз, 1968 [10], Ламонт, 1972 [11], Харден, 1985 [12], Стілман, 1986 [13]), і саме такий підхід надзвичайно поширився у світі. Наприклад, уже в 1993 році зі 125 медичних шкіл США 39 (за іншими даними – 55 шкіл) вимагали від студентів обов'язкового складання такого іспиту для отримання диплома [14]. З 1999 р. його складання є обов'язковим для отримання ліцензії на практикування в Канаді. У Великій Британії метод OSCE використовують майже всі медичні школи, і навіть у певній модифікації під іншою назвою – OSPRE – цей іспит використовує поліція. Аналогічні тенденції спостерігаються в інших країнах. 1992 р. щонайменше в доповідях з 15 країн згадується використання стандартизованих пацієнтів, у 1994 р. створена Лондонська ініціатива з підтримки Проєктів по стандартизованих пацієнтах, 1997 р. впроваджено національні іспити зі стандартизованими пацієнтами для оцінювання медичних студентів та випускників в Іспанії, з 1998/1999 р. іспит є обов'язковим для отримання ліцензії в Сполучених Штатах. З початку нового тисячоліття метод використовують у Канаді, Австралії, Новій Зеландії, Німеччині, Ірландії, Великій Британії, Тайваню, Швеції, Нідерландах та багатьох інших країнах.

Існує багато варіацій в організації іспитів із клінічної компетентності за допомогою стандартизованих пацієнтів, наприклад поєднання в одному іспиті симульованих та реальних хворих (що може підвищити достовірність усього іспиту) і навіть симуляторів, іспит може складатись з різної кількості (7–40) станцій (станція – це місце роботи екзаменованого з конкретним стандартизованим пацієнтом), тривалість станції може коливатись від 4 до 25 хвилин, використовуються різні форми контролю (контрольні таблиці (checklists), рейтингові шкали (rating scales), відеозапис. Але в основі іспитів лежить одна типова структура:

- попереднє інформування студента щодо стандартизованого пацієнта;
- робота студента з хворим на станції;
- письмова робота студента (наприклад, заповнити коротку історію хвороби або відповісти на запитання, пов'язані з обстеженням хворого). Якщо стандартизований пацієнт виконує функцію “оцінювача” або “записувача”, то він заповнює контрольні таблиці та рейтингові шкали в той час, коли студент працює над своєю письмовою роботою.

Одна з форм організації контролю із залученням стандартизованих пацієнтів була апробована в Украї-

ні. У 1994/1995 навчальному році в Національному медичному університеті в межах міжнародного проєкту ECFMG (Освітня комісія іноземних медичних випускників, США) проводився експериментальний іспит “Оцінка клінічних навичок”. Іспит за такою ж схемою проводили в шести країнах світу – США, Ізраїль, Іспанія, Росія, Україна та Бразилія [15].

Іспит складався з 10 інтегрованих клінічних станцій, за кожною з них – післястанційний період. Перед входом у кімнату зі стандартизованим пацієнтом студент отримує коротку інформацію щодо хворого (стать хворого, вік, головна скарга, необхідний анамнез та фізикальні дані, які студент не може отримати від хворого, наприклад ректальне обстеження, показники життєво важливих функцій – артеріальний тиск, пульс, частота дихання, температура) та завдання для студента.

Станції розташовуються в окремих кімнатах. Під час іспиту студент працює з хворим наодинці, але в умовах експерименту присутність спостерігачів не була заборонена. Кожна станція триває 15 хвилин, під час яких студент має отримати сфокусовану мінімально достатню інформацію щодо проблем хворого, провести відповідне обстеження хворого, отримати у хворого необхідні дані для встановлення діагнозу та подальших дій, дати хворому якусь інформацію щодо діагнозу, подальшої тактики та обстеження. Метою кожної станції є оцінювання вміння збирати інформацію, оцінювання комунікативних навичок студента. Основний інструмент оцінювання – контрольні таблиці та оцінювальні шкали, що заповнюються стандартизованим пацієнтом. Кожна інтегрована клінічна станція супроводжується післястанційним періодом, який триває 7 хвилин. У цей період стандартизований пацієнт (СП) заповнює контрольну таблицю, де відображено, яку інформацію студент зібрав від СП, які дії студент виконав під час фізикального обстеження, а також чи дав студент якісь поради хворому в контексті його захворювання. Для кожної клінічної ситуації розроблена своя контрольна таблиця. Додатково СП заповнює анкету з оцінки комунікативних навичок за п'ятибальною шкалою Лікерта (1 – дуже слабо, 5 – відмінно). Анкета містить 5 запитань щодо вміння збирати інформацію, навичок спілкування, взаєморозуміння, особистих манер та загальну оцінку. Анкета є однаковою для всіх станцій.

Одночасно протягом цих 7 хвилин студент заповнює міні-історію хвороби, яка структурована за 4-ма розділами: суб'єктивні дані, об'єктивні дані (позитивні та негативні), попередній діагноз, рекомендований попередній план обстеження. Головною метою цього

етапу іспиту є оцінка навичок студента документувати та інтерпретувати клінічну інформацію. Основним інструментом оцінювання є перевірка письмової роботи лікарем за допомогою ключових слів та контрольної таблиці, які є індивідуальними для кожної клінічної ситуації.

Додатково до клінічної частини іспиту проводився тестовий іспит (100 тестових завдань типу А), який мав на меті оцінку теоретичних знань з діагностики, ведення хворих та вміння інтерпретувати лабораторну інформацію.

Використання СП має багато переваг над використанням справжніх хворих та штучних симуляторів. Зокрема це:

- можливість забезпечити уніфіковане, точне та надійне подання та демонстрацію багатьох медичних проблем для великої кількості студентів протягом певного періоду часу та в різних місцях;
- можливість уніфікувати поведінку хворих під час іспиту;
- можливість контролювати складність клінічного тесту та підбирати відповідний рівень складності для відповідного освітнього рівня студентів;
- відсутність ризику завдати шкоду реальному хворому діями студента;
- можливість тривалого контакту зі студентами;
- можливість оцінки роботи студента в складних етичних умовах (наприклад, із хворим на рак чи його родичами або з психічно хворим);
- можливість використати стандартизованого пацієнта як “оцінювача” та “записувача” (дослідження показали високу точність та надійність такої роботи СП [16], [17], [18]);
- наявність стандартизованих пацієнтів певного профілю в будь-який момент часу;
- більша достовірність порівняно зі штучними або комп’ютерними симуляторами;

Література

1. Hart I.R. Trends in Clinical Assessment // Approaches to the assessment of clinical competence. – 1992. – P. 17.
2. Miller G.E. “The Assessment of Clinical Skills/Competence/“Performance” // Academic Medicine. – 65:9. ~ September Supplement. – 1990.
3. Swartz M.H., Friedman M., Gambert S., Anderson-Kline S., Regan M.B. and Stimmel B. Assessment of Clinical Competence Utilizing Standardized Patients: What are we Really Measuring? // Approaches to the assessment of clinical competence. – 1992. – P.261.
4. Sutnick A.I. The global value of standards in medical knowledge and competence // Changing medical education. – 1993. – P. 27.

– високе задоволення студентів від складання клінічного іспиту у такій формі.

Коллінз та Харден [19] також вказують на користь для суспільства завдяки співпраці між населенням та медичною школою.

Звичайно існують певні обмеження під час організації іспиту з оцінки клінічної компетентності за допомогою СП, наприклад, обмеження щодо демонстрації аномальних фізикальних даних, можлива менша достовірність СП порівняно з реальними хворими, вартість тренінгу та роботи стандартизованих пацієнтів вища за іспит з реальними хворими, необхідні значні витрати часу на пошук, тренінг СП, на організацію і проведення стандартизованого іспиту та необхідна наявність зацікавленої команди викладачів-ентузіастів.

Метод стандартизованих пацієнтів є ефективним та якісним методом оцінювання клінічної компетентності. Він має кращі психометричні властивості, ніж традиційні засоби оцінювання студентів біля ліжка хворого. Світове поширення цього методу з метою навчання та оцінювання підтверджує, що його переваги більші, ніж недоліки та обмеження, а також свідчать про прийнятність його апробації в Україні. Цілком природно і те, що дискусія про впровадження стандартизованих пацієнтів викликає посилення на переваги реальних хворих.

Висновки: 1. Одним з методів виявлення реальних клінічних знань і вмінь студента є оцінка компетентності за допомогою стандартизованих пацієнтів.

2. Перевагами цього методу є безпечність, оскільки не залучають хворих людей, відсутність мовного бар’єра (стандартизований пацієнт може вільно володіти англійською чи французькою мовами), відсутність юридичних колізій (ми прямуємо до світових стандартів роботи з хворими, які передбачають захист прав пацієнтів та чимало інших юридичних формальностей).

5. Sutnick A.L., Stiilrnan P.L., Norcmi J.J., Friedman M., Regan M.B., Williams R.G., Kachur E.K., Haggerty M.A., Wilson M.P. ECFMG Assessment of Clinical competence of graduates of foreign medical schools // JAMA. – 1993. – № 270 (9).

6. Collins J.P., Harden R.M. The use of real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations // Medical Teacher. – 1999. – № 20. – P. 508–521.

7. RCSA/ “Consensus statement of the Researchers in Clinical Skills Assessment (RCSA) on the use of standardized patients to evaluate clinical skills” // Academic Medicine. – 2004. – № 6. – P. 475–477.

8. Norman G.R., Tugwell P., Feightner J.W. A comparison of residents’ performance on real and simulated patients // Journal of Medical Education. – 1982. – № 57. – P. 705–715.

9. Barrows H.S., Abrahamson S. The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology // *Journal of Medical Education*. – 1994. – № 39. – P. 805–809.
10. Barrows H.S. Simulated patient in medical teaching // *Canadian Medical Association Journal*. – 1968. – № 98. – P. 676.
11. Lamorst C.T., Hennen B.K.E The use of simulated patients in certification examinations in family medicine // *Journal of Medical Education*. – 1972. – № 47. – P. 789–795.
12. Harden R.M., Stevenson M., Downie W.W., Wilson G.M. Assessment of clinical competence using objective structured examination // *British Medical Journal*. – 2005. – № 1. – P. 447–451.
13. Stillman P.L., Sabers D.L., Redfield D.L. The use of paraprofessionals to teach interviewing skills // *Pediatrics*. – 1976. – № 57. – P. 769–774.
14. Anderson M.B., Stillman P.L. Wang Youde Growing use of standardized patients in teaching and evaluation in medical education // *Teaching and Learning in Medicine*. – 1994. – 6 (1). – P. 15–21.
15. Ziv A., Ben-David M.F., Sutnick A.L., Gary N.E. Lessons learned from six years of international administrations of the ECFMG's SP-based clinical skills assessment // *Academic medicine*. – 1998. – № 73 (1). – P. 84–91.
16. Stillman P.L., Swanson D.B., Smees S. Assessing clinical skills of residents with standardized patients // *Annals of internal medicine*. – 1986. – № 105. – P. 762–771.
17. Standardised (simulated) patients' accuracy in recording clinical performance check-list items / Vu N.V., Marcy M.M., Colliver J.A. et al. // *Medical Education*. – 2002. – № 16. – P. 99–104.
18. Using standardized patients to assess the interpersonal skills of physicians / Boulet J.R., Ben-David M.F., Ziv A. et al. // *Academic Medicine*. – 1998. – № 73 (10). – P. 94–96.
19. Collins J.P., Harden R.M. The use of real patients-simulated patients and simulators in clinical examinations // *Medical Teacher*. – 1999. – № 20. – P. 508–521.

УДК 616.314-089:378.14

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ВИКЛАДАННЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ У ВИЩІЙ ШКОЛІ

П.І. Ткаченко, К.Ю. Резвіна

*Вищий державний навчальний заклад України
“Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава*

COMPLEX APPROACH TO TEACHING OF PROPAEDEUTICS OF SURGICAL STOMATOLOGY IN THE HIGHER SCHOOL

P.I. Tkachenko, K.Yu. Rezvina

Higher State Educational Institution “Ukrainian Medical Dental Academy”, Poltava

У статті проаналізовано варіанти підходу до викладання пропедевтики хірургічної стоматології, запропоновано необхідний комплекс навчально-методичного забезпечення для висвітлення розділів цієї дисципліни в умовах стаціонару.

This article presents the analysis of approaches to teaching of propaedeutics of surgical stomatology, complex of educational and methodical materials for preparing of teaching of surgical stomatology in the conditions of hospital have been offered.

Вступ. На сучасному етапі розбудови нашої країни вища школа покликана виховувати морально здорове покоління, яке прагне до знань і на перспективу спро-

можне забезпечити потребу держави у висококваліфікованих спеціалістах. Стрімке зростання вимог до вищої школи ставить перед викладачем ряд завдань,

© П.І. Ткаченко, К.Ю. Резвіна

вирішення яких має бути спрямоване на підвищення ефективності процесу навчання студентів, підготовку конкурентноспроможного фахівця високого рівня, професійної компетентності, вміння критично мислити в поєднанні з мобільністю та гнучкістю при їх застосуванні. Соціально-економічні й політичні зміни в суспільстві, входження нашої держави у світове співтовариство неможливі без структурної реформи національної системи вищої освіти. Пріоритетним завданням є модернізація її основних складових компонентів відповідно до положень Болонської декларації [1]. Колективи медичних вузів вже приступили до впровадження і реалізації її принципів у навчальний процес [2], однак у зв'язку з його складністю та багатofункціональністю він ще потребує уточнення і вирішення деяких методологічних, організаційних, економічних та законодавчих питань. Метою даної роботи є узагальнення особистого досвіду стосовно модернізації шляхів удосконалення педагогічного процесу на кафедрі хірургічної стоматології.

Основна частина. Ефективним шляхом підвищення професійного рівня підготовки майбутнього лікаря-стоматолога є поєднання вивчення предмета з одночасним поглибленим самостійним опрацюванням тем, які передбачені тематичним планом.

Навчання студентів відбувається у вигляді двох форм – аудиторної та позааудиторної частин. Аудиторна самостійна робота спрямована на вдосконалення вмінь і навичок у збиранні медичної інформації, яка дозволяє сформулювати діагноз, провести диференційну діагностику, призначити необхідний перелік клінічних і параклінічних методів обстеження, намити відповідний план лікування та провести його. Основні методичні прийоми самостійної роботи на даному етапі – це визначення схеми послідовності курації хворого та вдосконалення мануальних навичок.

Загалом, згідно з вимогами і змістом тематичного плану до практичних занять, перша година відводиться для теоретичного осмислення та опрацювання тієї чи іншої нозологічної форми захворювання, а другу присвячують практичній частині.

Найбільш складним і відповідальним завданням професійної підготовки спеціаліста є формування клінічного мислення, для закріплення якого вкрай необхідна вагома база доклінічна теоретична підготовка студентів, глибоке знання методів дослідження, вміння інтерпретувати отримані результати, розуміння симптоматики хвороби і застосування лікувально-діагностичних комплексів стосовно конкретного патологічного процесу.

В VI семестрі викладач повинен навчити студентів

III курсу стоматологічного факультету азів пропедвтики хірургічної стоматології і щелепно-лицевої хірургії, зокрема вміння ведення медичної документації, опанування прийомів збору анамнезу життя та хвороби.

З перших кроків перебування в хірургічній клініці студентам прищеплюються загальнолюдські цінності, які надають можливість впевнено і конкретно спілкуватися з хворим під час курації, вміло провести опитування, цілеспрямовано зібрати анамнез, детально обстежити хворого, прискіпливо проаналізувати результати та зробити відповідні висновки [3]. Безпосередньо, біля ліжка хворого, студенти навчаються розпізнавання і виявлення симптомів та синдромів, притаманних даному захворюванню, розглядають складові питання етіології й патогенезу патологічного процесу. Опановують навички діагностики запальних процесів органів порожнини рота і тканин щелепно-лицевої ділянки, відпрацьовують і вдосконалюють уміння місцевого знеболювання, що проводиться при розтинах обмежених і розповсюджених гнійно-запальних осередків з локалізацією в ділянці обличчя та шиї.

Врахування індивідуальних особливостей кожного студента дозволяє викладачеві допомогти йому більш повно розкрити свої здібності й цим самим спонукати його до активної самостійної роботи. Під час проведення практичних занять викладач має можливість всебічно оцінити рівень виконання і засвоєння її, встановити помилки та причини недостатнього опанування практичних навичок.

Більшу частину заняття намагаємося проводити не в навчальних кімнатах, а в палатах біля ліжка хворого, операційних, перев'язувальних, оглядових. Усе це збагачує враження студентів, пробуджує в них певний інтерес до важливості роботи хірурга-стоматолога і додатково викликає зацікавленість до хірургічної літератури, а інколи і до переоцінки власних знань та вмінь.

Позааудиторна самостійна робота складається з опанування матеріалу, висвітленого в підручниках, підготовки відповідей на контрольні питання, розв'язання ситуаційних задач. Самостійна робота студентів забезпечує добре засвоєння навчального матеріалу, відіграючи при цьому важливу роль у розвитку їхньої пізнавальної діяльності.

Викладання пропедвтики хірургічної стоматології повинно проводитись у тісній співпраці в першу чергу з кафедрами анатомії, гістології, патологічної анатомії і фізіології, топографічної анатомії, а також з клінічними кафедрами – внутрішніх і хірургічних хвороб,

анестезіології і реаніматології, що забезпечує тісний зв'язок та послідовність у засвоєнні різних розділів медицини. Необхідно також активно залучати студентів до наукової роботи на кафедрі з висвітленням отриманих результатів в періодичних виданнях та студентських наукових конференціях.

Успіх педагогічної роботи у вищому навчальному закладі значною мірою залежить від методологічного підходу до викладання дисциплін. Він має бути всебічним, комплексним, із застосуванням поряд із традиційними класичними формами навчання нових інформаційних телекомунікаційних технологій. Однак підхід до них повинен бути індивідуалізованим, із врахуванням практичних, функціональних, наукових і виховних аспектів. Ці складові, в певній мірі, відповідають змісту Болонської декларації, адже виникає необхідність створення умов не лише для підготовки висококваліфікованого лікаря, але спонукає до розвитку його особистості та надає можливість ще за часів студентства розкрити свої потенційні можливості до самовдосконалення. Нині цьому сприяє оснащення новими інформаційними запровадженнями, спілкування через систему Інтернет, широке застосування модульно-рейтингової технології, ділових ігор, інтерактивних форм навчання, однак вони обов'язково повинні поєднуватися з традиційними засобами.

Але, навіть за умов науково-технічного прогресу та впровадження комп'ютерних технологій, не слід відмовлятися від традиційного підходу до системи підготовки кадрів, адже сам процес його не заперечує додаткового впровадження програмованого, тестового, відео- та аудіо-навчально-методичного забезпечення.

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

Безумовно, і сам викладач не тільки повинен, але і зобов'язаний володіти передовим досвідом, бути яскравою та неповторною особистістю, носієм глибоких, різноманітних знань, взірцем високої культури. Необхідно пам'ятати, що кожний студент – це неповторна індивідуальність, яка вимагає особистісного підходу, ось чому викладач повинен створювати такі умови, які допомогли б кожному із них знайти шлях до самовдосконалення, відчувати насолоду від процесу пізнавальної творчості. Саме за таких умов він зможе досягти максимально високих показників у педагогічній діяльності. При цьому між викладачем і студентом мають установитися взаємодвіра, взаємоповага, співтворчість, доброзичливість.

Висновки: 1. Комплексний підхід до викладання дисципліни “Хірургічна стоматологія” у вищому медичному навчальному закладі на даному етапі в змозі забезпечити якісну підготовку студентів – майбутніх лікарів, а процес навчання повинен бути зорієнтованим на потреби практичних закладів охорони здоров'я.

2. Формування у студента професійних умінь, які визначаються здатністю оперувати складною системою теоретичних і практичних навичок у вирішенні професійних завдань, є головною метою вищої спеціальної освіти, досягти якої дозволяє координація програм із суміжними кафедрами та курсами.

3. Ураховуючи значимість мануальних умінь у повсякденній діяльності лікаря-стоматолога, цей критерій слід розглядати як один із головних у визначенні рівня професійної підготовки. При цьому самостійна позааудиторна робота студента повинна стати ключовою, а практичні заняття слід розглядати як направляючий, інтегруючий та корегуючий фактори.

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

3. Василюк В.М. Семіотика і діагностика внутрішніх хвороб (фізичні методи обстеження). – Тернопіль, 1997. – 236 с.

УДК 611/.612(477+436)

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

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

Одеське обласне базове медичне училище, Одеський національний медичний університет

**PECULIARITIES OF TEACHING SYLLABUSES
IN MORPHOFUNCTIONAL DISCIPLINES AT HIGHER EDUCATIONAL
ESTABLISHMENTS OF I-II ACCREDITATION LEVELS
IN UKRAINE AND AUSTRIA**

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

Odessa Regional Basic Medical College, Odessa State Medical University

У статті розглядаються особливості програм викладання дисциплін “Анатомія і фізіологія” та “Патологія” в Україні й Австрії.

Peculiarities of teaching syllabuses in Human Anatomy and Physiology and Pathology in Ukraine and Austria are reviewed in the article.

Вступ. Реформування медичної сфери потребує, перш за все, ефективної кадрової політики, оскільки від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я висококваліфікованими працівниками та їх безперервного професійного розвитку залежить якість надання лікувальної допомоги населенню країни. У світі на різних рівнях докладаються зусилля, які вказують на необхідність та невідкладність звернень до питань кадрового забезпечення медичної сфери, враховуючи глобальну кризу взагалі та кадрову зокрема. Однією з основних умов зміцнення системи охорони здоров'я та поліпшення здоров'я населення – наявність належних кадрових ресурсів.

Україна є донором медичних кадрів для багатьох держав ЄС та США. Міграція медичних працівників з країни має незворотний характер і призводить до наростання кадрового дефіциту в галузі [1, 2, 3].

В Європі не існує єдиної системи підготовки молодших медичних спеціалістів, тому для удосконалення підготовки їх у нашій країні необхідно вивчити систему навчання в інших державах, зокрема в Австрії, де ще за часів Австро-Угорської імперії навчалися медичні спеціалісти всіх рівнів з Західної України.

Спеціалізація медсестер відбувається в медичних школах за фахом: загальний профіль, педіатрія, психіатрія. Тому доцільно було звернути увагу на те, як викладаються морфофункціональні дисципліни в медичній школі лікарні Rudolfinerhaus. Автор Биргіт Бекер. Дидактична обробка Інgrid Роттенхофер [7].

Основна частина. Анатомія і фізіологія вивчається на 1 курсі в об'ємі 100 годин за системами:

1. Дихальна (4 години) – будова і функції дихальних шляхів, легені і плевра, фізіологія дихання, чинники, які впливають на дихання.

Патологія: 1. Функціональна патологія – 1 курс. 2. Медичне обстеження – 2 курс. 3. Хвороби дихальних шляхів – 2 курс.

Здоров'я і хвороби: 1. Життєва функція дихання – 1 курс. 2. Зміна дихання – 2 курс.

Перша допомога: 1. Зупинка дихання і серця (серцево-судинний колапс) – 1 курс. 2. Швидка допомога – 3 курс.

Педагогічний коментар: Медична термінологія, яка використовується в процесі навчання загальної і спеціальної патології, дається як основа перед заняттями і передбачає знання, які будуть застосовані.

2. Серцево-судинна (22 години) – будова і функція серця і судинної системи. Фізіологія і фактори, що впливають на серцево-судинну систему.

Патологія: 1. Функціональна патологія серцево-судинної системи – 1 курс. 2. Медичне обстеження – 1 курс. 3. Хвороби і порушення діяльності – 2 курс.

Здоров'я і хвороби: 1. Життєві функції серцево-судинної системи – 1 курс. 2. Зміни працездатності організму – 2 курс.

Перша допомога: 1. Дихальний і серцево-судинний колапс – 1 курс. 2. Швидка допомога – 3 курс.

Кров: 1. Склад і функції плазми крові. 2. Клітини крові. 3. Кровотворення.

Патологія: 1. Функціональна патологія крові – 1 курс. 2. Методи дослідження. 3. Переливання крові (основи) – 1 курс. 4. Хвороби крові та імунної системи – 3 курс.

Здоров'я і хвороби: 1. Видільна функція крові – 1 курс. 2. Ризик онкологічних захворювань крові – 3 курс.

Лімфатична система: 1. Лімфатичні судини. 2. Лімфатичні вузли. 3. Органи лімфатичної системи.

Патологія: 1. Функціональна патологія лімфатичної системи – 1 курс. 2. Патологія системи крові та лімфатичної системи – 3 курс.

Здоров'я і хвороби: Життя з ризиком онкологічних захворювань системи – 3 курс.

Ендокринна система: розташування, будова і функції: 1. Система регулювання. 2. Нервова регуляція і ендокринні залози. 3. Фізіологічна дія гормонів.

Патологія: 1. Функціональна патологія – 1 курс. 2. Методи обстежень – 1 курс. 3. Хвороби, порушення функцій ендокринної системи та обміну речовин – 3 курс.

3. Терморегуляція (4 години). Теплоутворення і тепловіддача. Температурний режим.

Патологія: Функціональна патологія – 1 курс.

Здоров'я і хвороби: Життєві функції – 1 курс.

4. Травна система (10 годин). Розташування, будова та функції травної системи. Топографія органів черевної порожнини. Печінка і підшлункова залоза. Фізіологічні процеси в травній системі. Обмінні процеси й енергоутворення при травленні.

Патологія: 1. Функціональна патологія – 1 курс. 2. Методи обстеження – 1 курс. 3. Захворювання травної системи – 2 курс.

Здоров'я і хвороби: 1. Вчення про раціональне харчування. Дієтологія – 1 курс. 2. Видільна функція – 1 курс. 3. Хронічні захворювання, як зміна життєвого статусу – 2 курс.

5. Сечова система (6 годин). Будова і функції нирок і сечових шляхів. Фізіологія сечоутворення і сечовиділення. Водно-сольовий обмін і кислотно-лужний стан, чинники, що на них впливають.

Патологія: 1. Функціональна патологія сечової системи – 1 курс. 2. Хвороби, порушення сечоутворення і сечовиділення – 3 курс.

Здоров'я і хвороби: 1. Виділення – 1 курс. 2. Зміни видільної функції і водного обміну – 3 курс.

6. Шкіра (4 години). Будова і функції шкіри: 1. Шари шкіри. 2. Органи шкіри. 3. Фізіологія шкіри. 4. Біологічне значення та регенерація.

Патологія – 1 курс: 1. Патологія шкіри, включаючи діагностику і терапію. 2. Медичне обстеження.

Здоров'я і хвороби – 1 курс: 1. Визначення загального стану шкіри.

7. Опорно-руховий апарат (20 годин). Кісткова і м'язова системи. Активна і пасивна частини опорно-рухового апарату.

Патологія: 1. Медичне обстеження пацієнта – 1 курс. 2. Захворювання опорно-рухового апарату – 2 курс.

Здоров'я і хвороби: 1. Положення тіла і рух – 1 курс. 2. Порушення рухової функції – 2 курс.

8. Орган зору (4 години). Анатомія та фізіологія органа зору.

Патологія: Функціональна патологія – 1 курс.

Здоров'я і хвороби: 1. Визначення гостроти зору і його корекція – 1 курс. 2. Життя з урахуванням патології зору – 3 курс.

9. Слух і вестибулярний апарат (4 години). Анатомія та фізіологія органа слуху і вестибулярного апарату.

Патологія: Функціональна патологія – 1 курс.

Здоров'я і хвороби: 1. Визначення гостроти слуху та його корекція – 1 курс. 2. Життя з урахуванням патології слуху – 3 курс.

10. Нервова система (10 годин). Центральна нервова система. Периферична нервова система. Вегетативна нервова система. Неврози. Виникнення збудження та його передача. Лікворна система.

Патологія: 1. Функціональна патологія нервової системи – 1 курс. 2. Медичне обстеження пацієнта – 1 курс. 3. Захворювання центральної і периферичної нервової системи – 2 курс.

Здоров'я і хвороби: 1. Функціональна патологія нервової системи – 1 курс. 2. Активність і спокій – 1 курс. 3. Порушення рухової функції – 2 курс. 4. Зміни нормального стану та їх дослідження – 3 курс.

11. Сон (2 години). Опис фізіологічних відновних процесів та пов'язані з цим зміни сприйняття і функцій організму. Фактори, що впливають на фази сну.

Патологія: 1. Функціональна патологія – 1 курс. 2. Вплив анестезії та інтенсивної терапії – 3 курс.

Здоров'я і хвороби: 1. Активність і спокій – 1 курс. 2. Зміни нормального стану та їх дослідження – 3 курс.

12. Статева система (10 годин). Топографія, будова і функції органів статевої системи. Репродукція, ріст і дозрівання.

Патологія: 1. Вагітність, допомога породіллі, патологія вагітності та післяпологового періоду – 1 курс. 2. Захворювання чоловічих статевих органів – 3 курс. 3. Захворювання жіночих статевих органів – 3 курс.

Здоров'я і хвороби: 1. Інтимність і сексуальність – 1 курс. 2. Зміна в поведінці чоловіків і жінок на основі сексуальності і репродуктивності – 3 курс.

Вивчаються також питання загальної спеціальної патології (20 годин) на 1 курсі:

13. Вагітність, її ускладнення, допомога породіллі та новонародженому.

1. Фізіологія жіночої статевої системи. 2. Людина, як соціум. 3. Інтимність і сексуальність. 4. Розвиток ембріона і плода. 5. Близнюки і багатоплідна вагітність. 6. Розрахунок часу дітнародження. 7. Обстеження вагітних та документація. 8. Аргументація необхідності консультацій. 9. Методики та ризики пренатальної діагностики. 10. Здоровий спосіб життя і профілактика захворювань.

На 3 курсі: 11. Проведення консультацій, професійна етика та догляд. 12. Ускладнення вагітності: позаматкова, відшарування плаценти, гестоз, еклампсія. 13. Розвиток вагітності. 14. Патологія положення плода. 15. Відшарування плаценти. 16. Кровотеча. 17. Патологія післяпологового періоду. 18. Мастит. 19. Новонароджений – норма і патологія.

14. Спеціальна патологія шкіри, включаючи діагностику і терапію (10 годин).

На 1 курсі: 1. Фізіологія шкіри. 2. Здоров'я і хвороби. 3. Гігієна шкіри. 4. Бактеріальні та вірусні захворювання.

На 2 курс: 5. Санітарно-гігієнічні заходи. 6. Лікарські засоби.

15. Патологічні зміни жіночої статевої системи і молочних залоз (10 годин).

На 1 курсі: 1. Фізіологія системи. 2. Клінічна картина патології – етіологія, патогенез, симптоматика, діагностика, терапія, догляд за хворими, прогноз. 3. Інтимне життя і сексуальність. 4. Роль соціального середовища.

Література

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

На 2 курсі: 5. Лікарські засоби. 6. Геронтологія та геріатрія.

На 3 курсі: 7. Здоров'я і хвороба (зміна сексуальності, схильність до онкологічних захворювань, хронічні захворювання).

16. Захворювання кровотворної та імунної системи (14 годин).

На 1 курсі: 1. Фізіологія і патологія (етіологія, патогенез, симптоми, діагностика, терапія, прогноз, профілактика).

На 2 курс: 2. Лікарські засоби. 3. Геронтологія та геріатрія.

На 3 курс: 4. Зміни імунної системи. 5. Онкохильність.

Викладене вище відповідає концепції Болонської декларації про права вищих навчальних закладів самостійно вирішувати питання щодо формування програм, навчальних планів і порядок викладання дисциплін.

З нашої точки зору, у ВНЗ I-II рівнів акредитації більш доцільно викладати дисципліну “Анатомія і фізіологія людини” за пропонуванням нами навчальним планом, де взаємопов'язані питання структури і функції, нейрогуморальної регуляції усіх систем і організму в цілому [4, 5, 6]. Так само це стосується програм і навчальних планів з дисципліни “Патологічна фізіологія” і “Патологічна морфологія”, які можна викладати інтегровано як дисципліну “Патологія людини”.

Висновок. Порівняльний аналіз програм “Анатомія і фізіологія” і “Патологія”, розроблених у медичній школі лікарні Rudolfinerthaus і запропонованих нами, свідчить про те, що у викладанні зазначених дисциплін існує низка спільних принципів. Цей багатий вітчизняний досвід заслуговує на особливу увагу з таких причин, як-от:

- більший обсяг і глибина вивчення;
- єдність структури і функцій;
- з метою вивчення нейрогуморальної регуляції функцій організму послідовно розглядаються загальні й окремі питання;
- теоретичні заняття супроводжуються практичними, що забезпечує належну підготовку студентів до вивчення клінічних дисциплін та сприяє формуванню клінічного мислення майбутніх спеціалістів.

2. Волосовець О.П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі // Досвід впровадження основних засад Болонського процесу в систему вищої медичної (фарма-

цевтичної) освіти: Матер. наук.-метод. конф. – Тернопіль, 2005. – С. 8–16.

3. Сучасний стан кадрової політики у галузі охорони здоров'я / З.М. Митник, М.В. Банчук, І.І. Феценко та ін. // Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України: Результати, проблеми та перспективи: Матер. навч.-наук. конф. – Тернопіль, 2010. – С. 3–5.

4. Педанов Ю.Ф. Практическое пособие по анатомии и физиологии человека / Под ред. А. И. Гоженко. – Одесса: Астропринт, 2008. – 52 с.

5. Педанов Ю.Ф. Практическое пособие по патологии / Под ред. А.И. Гоженко. – Одесса: Астропринт, 2009. – 36 с.

6. Педанов Ю.Ф., Макулькін Р.Ф., Даниленко А.І. Алгоритми засвоєння знань і практичних навичок у системі морфофункціональних наук у вузах I-II рівнів акредитації // Мед. освіта. – 2003. – № 1. – С. 18–21.

7. Biologie, Anatomie, Physiologie. Rudolfinerhous Gesundheits – und Krankenpflegeshule. Didaktische Bearbeitung: Ingrid Rottenhofer Autorin: Birgit Becker. Physiologie С. 371–377. Pathologie С. 395–398, 413–414.

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 друківаних 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 не вирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття.

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

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

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

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

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

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

Приклади бібліографічних посилань

– *посилання на книги:*

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

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

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

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

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

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

Перекладні видання:

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

– *посилання на статті:*

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

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

– *посилання на доповіді, тези доповідей:*

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

– *посилання на патенти, авторські свідоцтва:*

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

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

– *посилання на дисертації і автореферати дисертацій:*

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

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

– *посилання на укази, накази, постанови, закони:*

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

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

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

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

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

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

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

13. Статті треба відсилати за адресою:

Редакція журналу “Медицина освіти”
Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського
Майдан Волі, 1
46001, Тернопіль
Україна.

Бажаємо успіху!