

Міністерство охорони здоров'я України

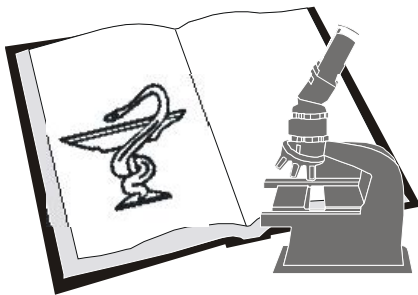
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

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

4/2010

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор
Вороненко Ю.В.
Заступники головного редактора:
Волосовець О.П.
Ковальчук Л.Я.
Вітенко І.С.

Боднар Я.Я.
Вдовиченко Ю.П.
Гойда Н.Г.
Гощинський В.Б.
Гребеник М.В.
Завальнюк А.Х.
Зозуля І.С.
Кліщ І.М. – відповідальний секретар
Криштопа Б.П.
Мазур П.Є.
Масик О.М.
Мисула І.Р. – відповідальний редактор
Мінцер О.П.
М'ясников В.Г.
Поляченко Ю.В.
Посохова К.А.
Рудик Б.І.
Файфура В.В.
Харченко Н.В.
Хміль С.В.
Шкробот С.І.
Шютц В.
Ярема Н.З.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Москаленко В.Ф. (Київ)
Бабанін А.А. (Сімферополь)
Балл Г.О. (Київ)
Бондаренко О.Ф. (Київ)
Богатирьова Р.В. (Київ)
Буларчук Л.Ф. (Київ)
Дзяк Г.В. (Дніпропетровськ)
Запорожан В.М. (Одеса)
Зіменковський Б.С. (Львів)
Казаків В.М. (Донецьк)
Ковешніков В.Г. (Луганськ)
Максименко С.Д. (Київ)
Мороз В.М. (Вінниця)
Орбан-Лембрик Л.Е. (Івано-Франківськ)
Пішак В.П. (Чернівці)
Портус Р.В. (Запоріжжя)
Проданчук М.Г. (Київ)
Скрипніков М.С. (Полтава)
Туманов В.А. (Київ)
Хвисюк М.І. (Харків)
Циганенко А.Я. (Харків)
Чернишенко Т.І. (Київ)
Черних В.П. (Харків)
Чепелева Н.В. (Київ)
Яценко Т.С. (Черкаси)

МЕДИЧНА ОСВІТА

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Виходить з 1999 року

Свідоцтво про державну
реєстрацію: КВ 3636

Передплатний індекс: 21885

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

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

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

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

Затверджено вченою радою Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського (протокол № 6 від 23.11.2010 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	Нижегородова Н.Ю.
Дизайн обкладинки	Кушик П.С.

Підписано до друку 24.11.2010. Формат 60×84/8.
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.
Ум. др. арк. 13,49. Обл.-вид. арк. 10,88.
Наклад 600. Зам. № 29.

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

ЗМІСТ

<i>С.В. Озарь, Л.В. Пляка</i> ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ ДО НАВЧАННЯ У ВИЩОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ	5
<i>І.С. Чекман, Н.О. Горчакова</i> НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ВИКЛАДАННЯ ПОБІЧНОЇ ДІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ СЛУХАЧАМ ФАКУЛЬТЕТУ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ВИКЛАДАЧІВ	7
<i>Т.А. Хомазюк, І.С. Борисова, В.І. Березуцький, К.Ю. Єгоров, І.Л. Караванська</i> ВИРОБНИЧА ПРАКТИКА “ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ”. НОВІТНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ЗА ПРИНЦИПАМИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ	11
<i>В.О. Ульянов, В.Є. Бреус</i> ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ВИКЛАДАННЯ ГІСТОЛОГІЇ, ЦИТОЛОГІЇ ТА ЕМБРІОЛОГІЇ В УМОВАХ КМСОНП	14
<i>Т.В. Сорокман, С.В. Сокольник, Л.В. Швиگار</i> КРЕДИТНО-МОДУЛЬНА СИСТЕМА НАВЧАННЯ В ПЕДІАТРІЇ	17
<i>А.С. Сон, В.В. Добровольський, Ю.І. Горанський, Г.В. Перькова, О.М. Стоянов, О.П. Лебідь, І.Г. Чемересюк, О.В. Хруц, І.В. Хубетова</i> ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАВЧАЛЬНОГО, ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСІВ НА КАФЕДРІ НЕЙРОХІРУРГІЇ І НЕВРОЛОГІЇ ОДЕСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ	19
<i>Л.Д. Грицан, В.І. Кабачний, Т.О. Томаровська</i> ФАХОВА СПРЯМОВАНІСТЬ ВИКЛАДАННЯ РОЗДІЛУ “ФАЗОВІ РІВНОВАГИ” В КУРСІ ФІЗИЧНОЇ ТА КОЛОЇДНОЇ ХІМІЇ У ВИЩОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ	21
<i>Н.М. Бондаренко, Б.П. Терещук, Є.В. Черешинева</i> СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ В ТЕСТОВІЙ ФОРМІ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВУЗІВ З КУРСУ ЗАГАЛЬНОЇ ГІСТОЛОГІЇ	25
<i>Л.А. Ільницька, І.В. Шумлянський, О.Є. Січкоріз</i> ВИКЛАДАННЯ ОСНОВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ЯК ЗАСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ МЕДИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ І ТЕРАПІЇ ФПДО ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО	28
<i>І.М. Білай, В.І. Дарій, О.А. Рижов, Т.С. Райкова, І.В. Бушуєва, В.О. Демченко, Т.П. Зарічна, М.В. Білоус, Н.В. Кандибей, Є.С. Пругло</i> ПРОВЕДЕННЯ ЗАХОДІВ ДЛЯ ПОДАЛЬШОГО ВДОСКОНАЛЕННЯ НАВЧАННЯ ПРОВІЗОРІВ-ІНТЕРНІВ НА БАЗАХ СТАЖУВАННЯ	30
<i>М.В. Гребеник, О.І. Криський, Л.С. Бабінець, В.М. Творко</i> ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТА СУБОРДИНАТОРІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ	33
<i>В.М. Василюк, Л.П. Боднар, Л.П. Мартинюк, Л.В. Наумова, Л.В. Радецька, Н.В. Кравчук, В.В. Василюк, Т.В. Лихацька, І.В. Смачило, М.Є. Гаврилюк</i> ОСНОВИ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ І БОЛОНСЬКИЙ ПРОЦЕС	36
<i>Л.М. Іванець, О.Б. Поляк</i> РОЗВ’ЯЗУВАННЯ ЗАДАЧ З МОДУЛІВ “ФІЗИЧНА ХІМІЯ” ТА “ФАРМАЦЕВТИЧНА ХІМІЯ” ЯК ВАЖЛИВИЙ ЕЛЕМЕНТ ПІДГОТОВКИ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ	40
<i>Н.М. Воронич-Семченко, М.М. Багрії</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІН “ФІЗІОЛОГІЯ” ТА “ПАТОМОРФОЛОГІЯ” ДЛЯ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ І-ІІ РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ	42
<i>В.М. Бобирьов, Т.О. Дев’яткіна, О.М. Ваджичка</i> МЕТОДОЛОГІЯ НАВЧАЛЬНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ ПРИ ВИКЛАДАННІ БАЗИСНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ	45
<i>С.Ю. Чечотіна, Т.О. Чикор, Е.Г. Колот</i> ПРО МОНІТОРИНГ БЕЗПЕКИ ЛІКІВ З КУРСУ БІОЕТИКИ	48
<i>Н.С. Кузякіна</i> ВИКОРИСТАННЯ КРОСВОРДІВ ЯК МЕТОДУ АКТИВІЗАЦІЇ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СЛУХАЧІВ	51
<i>Н.Ф. Новосьолова</i> ПРОБЛЕМИ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ “ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ’Я ТА ГРОМАДСЬКЕ МЕДСЕСТРИНСТВО”	53
<i>С.М. Андрейчин, М.М. Руда, Т.Ю. Чернець, Н.З. Ярема, Н.А. Бількевич, Б.Г. Бугай, І.М. Бутвін, В.В. Василюк, Н.Я. Верещагіна, Н.А. Хабарова</i> ОСОБЛИВОСТІ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ	55
<i>Н.В. Банадига, І.О. Рогальський</i> ЗНАЧЕННЯ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ У ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З ФАХУ “ПЕДІАТРІЯ”	57
<i>Л.С. Білик, Н.Є. Слободян</i> РОЗВИТОК КОМУНІКАТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ “СЕСТРИНСЬКА СПРАВА”	60
<i>М.С. Гнатюк, О.Б. Слабий, Р.М. Гнатюк, М.Ф. Ковальчук, Ю.О. Данилевич, П.І. Шев’як, Т.І. Гаргула</i> ВПЛИВ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТУДЕНТІВ НА ЗАСВОЄННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ПРИ ВИВЧЕННІ ОПЕРАТИВНОЇ ХІРУРГІЇ ТА ТОПОГРАФІЧНОЇ АНАТОМІЇ	62

<i>І.Я. Господарський, С.О. Ястремська, С.О. Коноваленко, Н.І. Рега, І.Я. Криницька, В.В. Максимова, Б.А. Локай, Н.Б. Галіяш, О.М. Креховська-Лепяко, І.В. Яворська, Н.В. Петренко, В.Є. Городецький</i> ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР-БАКАЛАВРІВ У ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО	65
<i>В.Б. Гоцинський, Н.І. Корильчук, Н.Є. Боцюк, І.О. Боровик, Т.Б. Корильчук, І.І. Ляшенко, В.Р. Перейма, О.І. Бенца</i> КОМУНІКАТИВНІ БАР'ЄРИ У ВІДНОСИНАХ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА	68
<i>І.Я. Дзюбановський, В.В. Бенедикт, В.І. П'ятночка, Ю.М. Герасимець, Р.В. Свистун, О.Б. Луговий, К.Г. Поляцко, Я.П. Нагірний</i> ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ХІРУРГІВ У СВІТЛІ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ	70
<i>С.І. Климнюк, Н.І. Ткачук, Л.Б. Романюк, М.С. Творко, Г.Р. Малярчук, В.П. Борак</i> САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ЯК ВАЖЛИВИЙ НАПРЯМ У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ	72
<i>П.Є. Мазур, Г.Р. Голуб, О.С. Кралоук, І.Я. Криницька</i> ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	74
<i>П.Є. Мазур, Є.Л. Горошко, О.С. Кузнець</i> ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ МОЛОДШИХ СПЕЦІАЛІСТІВ З МЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ	76
<i>П.Є. Мазур, Л.С. Мишаківська, О.С. Кралоук</i> САМОСТІЙНО-ПІЗНАВАЛЬНА ДІЯЛЬНІСТЬ СТУДЕНТІВ У КОНТЕКСТІ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ	77
<i>З.П. Мандзій, І.М. Кліц, В.Ф. Тюріна, І.М. Марків, Ю.М. Цяпа, І.В. Мерецька, В.О. Лихацька, М.П. Гаріян</i> МОДУЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ	80
<i>С.М. Марчишин, М.І. Шанайда, О.І. Грималюк, І.З. Кернична, О.Л. Демидяк, Т.С. Бердей</i> СПЕЦИФІКА ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ОСВІТНЬО-КВАЛІФІКАЦІЙНИХ РІВНІВ “МАГІСТР ФАРМАЦІЇ” ТА “МАГІСТР КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ” НА КАФЕДРІ ФАРМАКОГНОЗІЇ З МЕДИЧНОЮ БОТАНІКОЮ ТДМУ	83
<i>О.В. Олійник, О.Г. Лавра, Л.Р. Юз'ків, М.І. Щур, Л.В. Буцкін, В.В. Борак</i> ЗАВДАННЯ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ ЩОДО ПРОДОВЖЕННЯ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ ПІСЛЯ ПІДПИСАННЯ БУДАПЕШТСЬКО-ВІДЕНСЬКОЇ КОНВЕНЦІЇ 2010 РОКУ	85
<i>М.А. Пайкули, Е.І. Личковський</i> ТЕХНОЛОГІЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГОТОВНОСТІ ВИКЛАДАЧІВ ТЕОРЕТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН ДО ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ	87
<i>І.Р. Сагаль, О.Р. Боярчук</i> ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З ФАХУ “ПЕДІАТРІЯ”	89
<i>С.І. Сміян, У.С. Слаба, Л.П. Мартинюк, А.А. Лепяко, Р.Р. Колоровський, Р.Я. Боднар, С.Р. Гусак</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ АНГЛОМОВНИМ СТУДЕНТАМ-ІНОЗЕМЦЯМ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	91
<i>О.В. Ткачук, В.Ф. Мислицький, С.С. Ткачук, С.І. Анохіна, О.М. Ленюков, О.В. Кузнецова, О.В. Ясінська</i> РЕАЛІЗАЦІЯ ІДЕЇ БЕЗПЕРЕРВНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ПРИ ВИКЛАДАННІ ФІЗІОЛОГІЇ ТА ПАТОФІЗІОЛОГІЇ НА ЗАСАДАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ	94
<i>О.В. Швидкий, Н.В. Будь</i> ВИКОРИСТАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДІЛОВОЇ ГРИ ПРИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНІЙ СИСТЕМІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	96
<i>М.Б. Шегедин, І.С. Смачило</i> РЕЗУЛЬТАТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНО-РЕЙТИНГОВОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ЛЬВІВСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ ІМ. АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО	98
<i>С.І. Шкробот, О.П. Венгер, О.Є. Смашина, Я.М. Несторович, Л.Т. Сновида, Ю.І. Мисула</i> ВПЛИВ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВИХ СИСТЕМ НАВЧАННЯ ТА ОЦІНЮВАННЯ НА СТРУКТУРУ МОТИВАЦІЇ ДО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ	100
<i>С.І. Шкробот, Л.С. Мілевська-Вовчук, З.В. Салій, І.І. Гара, О.Ю. Бударна, Н.Р. Сохор, М.С. Мисула</i> РОЛЬ ТА ЗНАЧЕННЯ НОВІТНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОПТИМІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ-МЕДИКІВ	104
<i>І.С. Шпонька, Г.С. Короленко, С.В. Козлов, П.О. Гриценко, О.О. Алексеєнко, К.М. Сулосєв, М.П. Федченко, І.О. Мальцев, О.А. Легеза, С.М. Чекан, В.О. Бондарєва</i> ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПРИ ВПРОВАДЖЕННІ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ І СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ	106
<i>М.М. Савула, Ю.І. Сливка</i> КРАЦІ УНІВЕРСИТЕТИ: РЕЗУЛЬТАТИ СВІТОВОГО РЕЙТИНГУ	108
<i>В.З. Свиридюк, В.А. Копетчук, П.В. Яворський, С.В. Гордійчук, О.В. Горай, І.Р. Махновська</i> ЖИТОМИРСЬКИЙ ІНСТИТУТ МЕДСЕСТРИНСТВА – НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД НОВОГО ТИПУ З ЄВРОПЕЙСЬКИМИ СТАНДАРТАМИ ОСВІТИ (до 135-річчя заснування закладу)	112

УДК 169.9

ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ ДО НАВЧАННЯ У ВИЩОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ

С.В. Огарь, Л.В. Пляка

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF ADAPTATION PROCESS FOR STUDENTS TRAINING IN HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENT

S.V. Ohar, L.V. Pliaka

National University of Pharmacy, Kharkiv

У статті розкриваються питання, пов'язані з адаптацією першокурсників до навчання у вищому навчальному закладі.

Article deals with the problem of adaptation process for 1 course students training in higher educational establishment.

Вступ. Актуальним завданням вищої освіти є проблема адаптації першокурсників до навчання у вищому навчальному закладі. Успішне вирішення цього завдання значною мірою залежить від процесу включення першокурсників у нову соціальну роль – роль студента, яка передбачає виконання певних норм та правил, встановлених вищим навчальним закладом, нових умов навчання та відпочинку, реалізації своїх здібностей тощо. Від успішності цього процесу багато в чому залежать навчання, подальша професійна кар'єра і особистісний розвиток майбутнього фахівця.

У сучасній психолого-педагогічній літературі питанню адаптації студентів до умов навчання у вищому навчальному закладі приділяється значна увага. Зокрема це наукові пошуки Т. Алексєєвої, Г. Балла, Ю. Бохонкової, О. Галуса, Н. Герасимової, С. Гури, В. Демченка, С. Даміярова, О. Кузнєцової, Л. Литвинової, Є. Павлютенкова, В. Сорочинської, В. Скрипник, І. Соколової, В. Штифурак та ін.

Мета статті – визначення та обґрунтування психологічних особливостей адаптації студентів першого курсу до навчання у вищому навчальному закладі та факторів, що істотно впливають на цей процес.

Основна частина. Перехід першокурсника до нової соціальної ролі, ролі студента, зміна алгоритму проживання і навчання вимагають від нього часу для адаптації. Це пов'язане з тим, що життя студента будується за нормами і правилами навчального закладу, де відбувається навчання, що, в свою чергу, зумовлює у них певні труднощі.

© С.В. Огарь, Л.В. Пляка

Термін “адаптація” (лат. *adapto* – пристосовую) науковці розглядають по-різному, вони вважають, що це процес: – засвоєння нових видів навчальної та трудової діяльності [2, с. 198];

– врівноважування поміж актуальним рівнем розвитку індивіда, його можливостями та новими вимогами середовища (діяльності) до нього [1, с. 13];

– пристосування індивідуальних і особистісних якостей до життя і діяльності людини у змінених умовах існування [3].

Адаптаційний процес визначає структуру потреб і мотивів індивіда, має конкретний характер і передбачає пристосування особистості до конкретних умов вищого навчального закладу. Вона пов'язана з різкою зміною соціального стану особистості, визначається психологічними особливостями юнацького віку, пошуку життєвих цінностей та професійного самовизначення. Виходячи із зазначеного, можна виділити такі компоненти адаптації першокурсників: особистісний, діяльнісний, соціальний та професійний.

Особистісний компонент адаптації передбачає вміння здійснювати саморегуляцію поведінки та діяльності, характеризує ступінь загального психологічного комфорту, що відчуває студент у нових умовах навчання та відпочинку. Діяльнісний компонент відображає здатність студента виконувати навчально-виховну діяльність. Соціальний компонент характеризує стосунки, що виникають між студентами і зовнішніми умовами їх життєдіяльності. Професійний компонент характеризує ставлення сту-

дентів до майбутньої професійної діяльності як основної життєвої перспективи.

Процеси адаптації скеровані на активність першокурсників до навчально-пізнавальної діяльності, що вимагає осмислення власних дій і вчинків, пошуку власних шляхів рішень відповідно до конкретних умов життєдіяльності, аналіз характерних особливостей і результатів взаємодії (в даному випадку першокурсника) з новими людьми і обставинами. Адаптація містить у собі складні, багатогранні взаємини людини з довкіллям, що призводить до конфліктів, стресів та депресії. Частими є випадки, коли студент не знає, до кого звернутися в ситуації психоемоційного стресу, міжособистісних конфліктів як із студентами, так і з викладачами, неможливості налагодити контакт з однокурсниками, студентами, що мешкають з ним в одній кімнаті у гуртожитку. Саме тому надзвичайно важливого значення набуває робота фахівців психологів та створення на базі вищого навчального закладу психологічної служби.

На рівень адаптації студентів впливає ряд факторів, що визначають життєвий досвід, сформованість моральних, соціальних та мотиваційних установок першокурсників. На наш погляд, цими факторами можна вважати:

- ставлення студентів до обраної професії, їх прагнення здобувати професійні знання, вміння та навички;
- рівень розвитку їх духовності, соціальної і моральної зрілості;
- індивідуально-особистісні якості першокурсника;
- самооцінка студента;
- рівень психологічної, мовленнєвої та правової культури;
- комунікативні вміння та навички індивіда, що передбачають їх вміння спілкуватися з викладачами та студентами;
- психологічний мікроклімат у найближчому оточенні студента;
- бажання брати участь у суспільному житті навчального закладу.

Комплексне знання сукупності цих факторів характеризує результативність адаптації першокурсників, є методичним підґрунтям для роботи куратора, який не тільки здійснює моніторинг, але і контролює цей процес. Період адаптації триває протягом усього першого року навчання і для абсолютної більшості студентів завершується, здавалося б, цілком успішно.

Під час дослідження проблеми адаптації студентів-першокурсників у Національному фармацевтичному університеті було проведено анкетування студентів першого курсу. Питання анкети подавалися у простій

і доступній формі. Головними принципами анкети були: відкритість, анонімність і вільне висловлення студентів на поставлені питання. В анкеті піднімалися питання особистісних особливостей адаптації та чинників, що впливають на цей процес.

У своїх відповідях більшість студентів-першокурсників відверто відповіли, що навчаються в університеті тому, що це їм запропонували їх батьки (47,4 %), 26,3 % сказали, що це їх мрія, 13,2 %, зазначили, що прийшли навчатися до університету тому, що це престижний навчальний заклад, 13,1 % першокурсників відповіли, що ця професія дасть їм можливість матеріально забезпечувати себе і свою родину. Згідно з цими даними можна стверджувати, що достатньої мотиваційної установки на здобуття обраної спеціальності вони ще не мають, їх мотивація зумовлена авторитетом батьків. Тому у цієї групи студентів необхідно розвивати професійну самосвідомість, що характеризується їх бажанням здобувати професійні знання, вміння та навички.

Зі вступом до вищого навчального закладу різко змінюються об'єктивні чинники впливу на особистість: змінюється оточення, побутові умови, (мешкання в гуртожитку, харчування та ін.), що породжує складності, веде до руйнування уже сформованих стереотипів, нерідко негативно впливає на ставлення до навчально-пізнавальної діяльності. Аналіз анкет першокурсників виявив труднощі, що виникають під час навчання: 85,3 % респондентів вказують на те, що більшість їх труднощів зумовлена саме навчальною діяльністю, 21 % студентів важко спілкуватися з викладачами, 15 % відчують труднощі у побуті.

Потрапивши у нові умови, першокурсники відчувають потребу в самостійній регуляції своєї поведінки: оптимізації режиму навчальної діяльності та відпочинку, налагодження побуту і самообслуговування для тих, хто у гуртожитку. Усі ці труднощі різні за своїм походженням, мають суб'єктивний та об'єктивний характер, залежать від виховання та готовності першокурсника здобувати нові знання. Більшість опитаних студентів (54,2 %) у перші місяці навчання відчували труднощі під час спілкування з викладачами та студентами, їм було важко сприймати нове для них оточення. Для 35,7 % опитаних студентів процес адаптації виявився досить важким і тривалим, оскільки вони не лише змінили місце навчання, але й проживання. Ця група студентів приїхала навчатися до університету з інших міст і проживає у гуртожитку, що ускладнило процес їх адаптації до навчання. Для 10,1 % адаптація не була складною, оскільки серед студентів групи виявилось багато знайомих.

Згідно з проведеними дослідженнями, студенти відчувають труднощі, що пов'язані з недостатньою психологічною підготовкою до самостійного життя, відсутністю контролю з боку батьків за їх навчанням та поведінкою, необхідністю самостійно приймати рішення, брати на себе відповідальність за власні дії та вчинки. Першокурсники невпевнені у собі, у них недостатньо розвинута потреба у спілкуванні з іншими. Навчання у вищому навчальному закладі розраховано на високий рівень свідомості студентів, їх самостійність та здатність до самоконтролю своєї навчальної діяльності та поведінки.

Адаптація першокурсників відбувається за такими напрямками: професійне становлення особистості; ознайомлення з новими видами навчальної діяльності; пристосування до нового колективу; пристосування до нових умов побуту (студенти, що живуть у студентських гуртожитках). У цей період відбувається трансформація раніше сформованих стереотипів поведінки та моделей життєдіяльності

першокурсників, сформованість їх особистості з позиції нової соціальної ролі "Я – студент". Складність управління цим процесом полягає в тому, що адаптаційний перебіг у різних студентів відбувається по-різному, залежить від їх індивідуально-психологічних особливостей та рівня підготовленості до навчання у вищому навчальному закладі.

Всі ці аспекти впливають на їх навчально-пізнавальну діяльність, формування позитивної "Я"-концепції, відповідальності за те, як складеться подальше життя.

Висновки. Окреслені аспекти адаптації та визначення проблем, що хвилюють першокурсників, дозволяють зазначити, що процес адаптації слід розглядати комплексно, враховуючи його чинники та фактори, що значною мірою впливають на адаптаційні процеси. В адаптації студентів велике значення мають індивідуальний підхід, психологічна підтримка, доброзичливість та увага викладачів до кожної особистості. Все це сприяє скороченню строків адаптації до навчального процесу у вузі.

Література

1. Каткова Т. І. Соціально-професійна адаптація студентів вищих навчальних закладів економічного профілю / Т. І. Каткова. – Запоріжжя : Прем'єр, 2004. – 136 с.
2. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность /

А. Н. Леонтьев. – 2-е изд. – М. : Политиздат, 1977. – 304 с.

3. Сиомичев А. В. Психологические особенности адаптации студентов в сфере познания и общения в вузе / А. В. Сиомичев. – Л., 1987.

УДК 611:16-053.2:614.2.373

НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ВИКЛАДАННЯ ПОБІЧНОЇ ДІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ СЛУХАЧАМ ФАКУЛЬТЕТУ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ВИКЛАДАЧІВ

І.С. Чекман, Н.О. Горчакова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ADVERSE DRUGS EFFECT TEACHING FOR THE LISTENERS OF THE TEACHERS' QUALIFICATION IMPROVEMENT FACULTY

I.S. Chekman, N.O. Horchakova

National Medical University by O.O. Bohomolets

У статті визначені науково-методичні основи викладання побічної дії лікарських засобів зі слухачами факультету підвищення кваліфікації викладачів. Враховуючи сучасні вимоги розвитку вищої медичної освіти в аспекті кредитно-модульної системи та значення оволодіння питаннями щодо безпеки ліків, велика увага надається диференційованому ознайомленню з темою викладачів медичних коледжів та медичних вузів. Впровадження інноваційних технологій буде

© І.С. Чекман, Н.О. Горчакова

сприяти перспективам поліпшення засвоєння теми ускладнень фармакотерапії, механізмів їх виникнення та попередження.

The article deals with the main scientific-methodical aspects of teaching the adverse effects of drugs to the listeners of teachers' qualification improvement faculty. According to the modern high medical education development requirement in aspect of credit-modular system and the meaning to master the questions about the drugs' safety the great attention devoted to different acquaintance with the goal of colleges' and universities' teachers. Inoculation of new technologies will promote the perspectives of theme "The pharmacotherapy's complication" and mechanisms' of their appearance mastering improvement and protection.

Вступ. Значні успіхи в різних галузях медицини, що були досягнуті за останні роки, значною мірою зобов'язані впровадженню в медичну практику нових високоактивних препаратів, ефективність яких не є сумнівною. Неспокій лікарів викликають повідомлення щодо ускладнень фармакотерапії, які ведуть до більших страждань, ніж основні захворювання, є причиною інвалідизації та навіть загибелі хворих. Проблема безпеки хворих і нешкідливості фармакотерапії обговорювалася на конференціях, симпозиумах, з'їздах, конгресах. Відомо, що якість препарату певною мірою визначає його ефективність і безпечність. Однак нерідко важкі серйозні несприятливі побічні реакції виникають при застосуванні високоякісних препаратів, що може бути пов'язано з незвичайною реакцією хворого на препарат, а також з неадекватним вибором і нераціональним застосуванням лікарського засобу. Зважаючи на вимоги часу та в контексті Болонського процесу, програма навчання слухачів факультету підвищення кваліфікації НМУ на кафедрі фармакології та клінічної фармакології складена за вимогами кредитно-модульної системи і певне значення в ній мають питання побічної дії ліків [1, 2]. Це пов'язано з реформуванням медичної освіти, основним завданням якої є підвищення якості підготовки спеціалістів і вимагає від викладачів кафедри фармакології та клінічної фармакології НМУ концентрації уваги щодо оптимізації умов викладання фармакології і клінічної фармакології не тільки студентам та інтернам, але і слухачам факультету підвищення кваліфікації викладачів НМУ [3]. Викладачі кафедри представляють фармакологічні властивості препаратів щодо нових досягнень науки фармакології і педагогіки, здатні передати своїм колегам повідомлення про побічні дії ліків під час навчання на факультеті ФПК, щоб останні після повернення в медичні університети і коледжі мали можливість ознайомити студентів. Адже останні повинні бути впевнені в необхідності щодо моніторингу безпеки лікування та вміння розпізнавати виникнення побічних реакцій, вміти розпізнавати їх, попереджати і лікувати той хворобливий стан, який розвивається як небажані реакції. В зв'язку з вищезазначеним, в НМУ приділяється значна

увага оновленню планів і робочих програм зі слухачами ФПК, узгоджується зі створенням нового інформаційного та навчально-методичного забезпечення [4].

Основна частина. Останні роки за вимогами Болонської системи поглиблюється фундаменталізація науки та формування у студентів системного підходу до аналізу не тільки складних ситуацій і стратегічного мислення, але також виховання професійної мобільності [5], в тому числі щодо опанування такими поняттями, як ефективність і безпечність медикаментів. Кафедра фармакології та клінічної фармакології НМУ є опорною, тому двічі на рік проводить в Києві та інших містах засідання завідувачів кафедр фармакології медичних вузів України та відповідальних за педагогічний процес з метою обговорення методики викладання лекційного матеріалу і проведення практичних занять.

На цих нарадах затверджується та удосконалюється методика проведення занять, надається цікава інформація щодо лікарських засобів, їх механізмів дії, фармакодинаміки і фармакокінетики, побічних ефектів, показань і протипоказань. На нарадах демонструються основні форми і методи навчання в залежності від специфіки майбутньої діяльності студентів у практичній медицині. Під час проходження слухачами ФПК вузів і медичних училищ циклів навчання розмежована тривалість циклів, що обумовлює диференціацію планів з метою отримання якісного навчання. З метою поглиблення практичної спрямованості занять, темою яких є "Побічна дія ліків", слухачами ФПК запропоновано ознайомитися з програмою і тестовими завданнями елективного курсу з побічної дії лікарських засобів, а також з посібниками, присвяченими питанням побічної дії, які підготовлені викладачами кафедри та співробітниками Державного фармакологічного центру МОЗ України [6, 7].

Питання з побічної дії включені в посібник для самостійної роботи студентів заочного відділення фармацевтичного факультету для дистанційної форми навчання [8] і в підручники з фармакології і клінічної фармакології, в написанні яких брали участь викладачі кафедри. На першому занятті зі слухачами ФПК їх знайомлять з системою фармагляду в Україні,

який являє науково-практичну діяльність, що пов'язана з визначенням, оцінкою, розміщенням і попередженням побічних реакцій [9]. Під час занять зі слухачами ФПК наголошується, що система надання повідомлень про побічні реакції є зрозумілою та доступною медичним працівникам та, при необхідності, пацієнтам. Повідомлення про побічні реакції вивчаються відповідними спеціалістами і отримана інформація відправляється за змістом вимоги. При цьому підтримується зв'язок між національним або регіональним центром фармагляду і медичними працівниками. Зв'язок здійснюється завдяки публікаціям бюлетенів, а також прямим зв'язком між медичним працівником та представником інформації. Велике значення для вирішення проблем фармагляду має читання лекцій, організація обговорень за участю спеціалістів під час проведення нарад, конференцій, симпозіумів, з'їздів доступу до сайтів, які полегшують складання повідомлень про побічні реакції, що підозрюються.

Слухачів ФПК також знайомлять зі значенням формулярної системи, що є державною політикою в галузі лікарських засобів для забезпечення сучасного рівня медичної допомоги, яка гарантує не тільки більш ефективне використання фінансових ресурсів на виробництво, а дозволяє підвищити ефективність та безпечність лікарських засобів. На заняттях зі слухачами ФПК викладачам медичних училищ і коледжів, згідно з спеціальними підручниками для медичних університетів і коледжів, рекомендовано зупинитись на більш типових побічних реакціях ліків. На семінарському занятті з фармакології місцевих анестетиків для слухачів ФПК виділяються такі побічні реакції новокаїну, як алергічні реакції (в тому числі ідіосинкразія), судоми, гіпотензія, колапс, сповільнення дихання. При розборі фармакодинаміки лідокаїну також підкреслюється виникнення подібних реакцій – судоми, гіпотензія, але зазначається, що препарат може викликати сонливість, брадикардію.

На заняттях зі слухачами ФПК, які присвячені фармакології засобів, що впливають на еферентну іннервацію, дуже важливим є розбір побічних реакцій антихолінергічних, особливо фосфорвміщуючих засобів, які застосовують не тільки як ліки, але і як інсектициди. Підкреслюється, що як заходи допомоги при гострому отруєнні необхідні реактиватори холінергічних, а також атропіну сульфат. У свою чергу, потрібно запам'ятати, що небажані ефекти атропіну сульфату ідентичні побічній дії блекоти, беладони, дурману, інших атропінвміщуючих рослин. Паралельно з картиною гострого отруєння слід звернути ува-

гу на засоби, які сприяють видаленню отрути, що не всмокталася, стримують елімінацію отрути, підтримують функцію життєво важливих органів, а також звернути увагу на штучну вентиляцію легенів. На занятті, присвяченому фармакології міорелаксантів, необхідно підкреслити, що при передозуванні виникає розслаблення м'язів діафрагми, зупинка дихання, зазначити, що антидеполяризуючі засоби викликають також гіпотензію, а деполяризуючі – біль внаслідок гіпогастрії. Переходячи до побічних реакцій засобів, які впливають на адренергічні синапси, треба зупинитись на побічній дії адреналіну (аритмія, неспокій, головний біль, нудота, блювання), можливостях галогенвміщуючих медикаментів сенсibiliзувати міокард до адреналіну.

Широке впровадження бета-адреноблокаторів у медичну практику є підставою для опанування студентами картиною ускладнень фармакотерапії при застосуванні бета-адреноблокаторів, особливо неселективних. До побічних реакцій цієї групи належать гіпотензія, брадикардія, атріовентрикулярна блокада, бронхоспазм, зменшення толерантності до глюкози, порушення вуглеводного обміну. Питання щодо побічної дії ліків обговорюються зі слухачами ФПК, викладачами медичних вузів на семінарських заняттях. Їм також, крім посібників, підготовлених співробітниками кафедри, рекомендують підручник-довідник "Побочное действие лекарств" під редакцією С.М. Драгавоз, що містить "абетку" ускладнень фармакотерапії, класифікації побічної дії ліків, перелік побічних реакцій лікарських препаратів різних груп з зазначенням антидотів.

Розбір побічних реакцій життєво важливих препаратів проводять з урахуванням механізму дії виникаючих ускладнень. Так, відомо, що серцеві глікозиди можуть викликати при пероральному прийомі нудоту, блювання, біль в епігастрії. Слухачі повинні знати, що це ускладнення пов'язано з прямим подразнювальним впливом на слизову оболонку травного каналу, а також з активацією дофамінових D_2 -рецепторів тригерної зони. Поява екстрасистол є результатом позитивного інотропного ефекту, який пов'язаний з блокадою Na^+K^+ -АТФази. В результаті у волокнах Пуркін'є і кардіоміоцитах підвищується вміст Na^+ та Ca^{2+} , що веде до пониження трансмембранного потенціалу та критичного рівня деполяризації. Тому повільна діастолічна деполяризація швидше досягає критичного рівня та виникає позачергове скорочення екстрасистоли.

Брадикардія і атріовентрикулярні блокади при введенні серцевих глікозидів є наслідком негативного хро-

но- та дромotropного ефектів, що пов'язано з активацією парасимпатичної системи, адже, внаслідок підвищення сили серцевих скорочень, під час систоли з більшою силою викидається в аорту, що веде до активації барорецепторів дуги аорти та рефлекторної активації центрів блукаючого нерва. Цей ефект також є наслідком посиленого звільнення ацетилхоліну з нервових закінчень, гальмування активності холінестерази, підвищення чутливості M_2 -холінорецепторів до ацетилхоліну. Головна негативна властивість нестероїдних протизапальних засобів – високий ризик розвитку небажаних реакцій травного каналу – диспептичні розлади (біль в епігастрії, нудота, блювання, ерозії, виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, кровотечі, перфорації тощо). Ульцерогенний ефект цієї групи препаратів лише частково пов'язаний з локальним пошкоджуючим впливом, а головним чином обумовлений пригніченням циклооксигенази-1 внаслідок системної дії. При цьому зменшується рівень простагландинів, які регулюють цілісність слизової оболонки травного каналу, функцію тромбоцитів, нирковий кровообіг. Пропранолол має протиаритмічну і антиангінальну дію внаслідок блокади β_1 -адренорецепторів серця і одночасно може викликати бронхоспазм у результаті блокади β_2 -адренорецепторів бронхів.

Останні роки в лекціях для слухачів ФПК з наномедицини, нанофармакології звертається увага на можливість виникнення побічних реакцій під впливом нанопрепаратів. Дані побічні реакції можуть спостерігатися при недодержанні правил безпеки і проявлятися алергічними реакціями та ураженням дихальної системи. Таким чином, небажані ефекти ліків, що є супутніми бажаним фармакодинамічним ефектам, можуть бути серйозними, несерйозними, передбачуваними, непередбачуваними і можуть обмежувати застосування лікарських засобів. В зв'язку з тим, що поява побічних реакцій одного лікарського засобу може змінити реакцію організму, відповідь імунної системи, на заняттях слухачі ФПК повинні оволоді-

Література

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

2. Стан підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників, завдання вищої медичної школи щодо її інтеграції до світового освітнього простору // В.В. Лазоришинець, М.В. Банчук, О.П. Волосовець та ін. // Медична освіта. – 2009. – № 1. – С. 5-10.

3. Медична освіта у світі та в Україні. Додипломна освіта. Післядипломна освіта. Безперервний професійний розви-

ти не тільки знанням картини проявів побічних ефектів, але і методикою викладання, що буде сприяти покращенню якості навчання.

Висновки. Підвищення кваліфікації викладачів медичних вузів, училищ, коледжів взаємопов'язано з набуттям знань щодо побічної дії лікарських засобів та умінням довести ці знання до студентів. Саме засвоєння і аналіз інформації про побічні дії лікарських засобів є не тільки інноваційним, але складним процесом, тому що під час призначення лікарського засобу можуть з'явитися нові спонтанні повідомлення, висвітлені в звітах по безпечності (PSUR), що періодично оновлюються. Тому на заняттях з слухачами ФПК необхідно їх інформувати про нові відомості щодо побічних реакцій препаратів. Ознайомлення з цими питаннями студентів після навчання викладачів фармакології та клінічної фармакології буде сприяти підвищенню компетентності викладачів у галузі ускладнень фармакотерапії.

З метою організації навчального процесу слухачів ФПК за темою “Побічна дія ліків” необхідно:

1. Удосконалювати робочу програму слухачів ФПК.

2. Підготувати мультимедійні повідомлення, що відображують побічні ефекти еталонних препаратів та засоби їх профілактики.

3. Створити тести для слухачів ФПК з побічної дії ліків.

4. Модернізувати матеріально-технічну базу забезпечення засвоєння слухачами ФПК теми “Побічна дія ліків”.

Застосування такої форми викладання слухачам ФПК “Побічної дії ліків” завдяки застосуванню новітніх технологій буде сприяти удосконаленню методики занять за темою та впровадженню нових сучасних підходів до організації педагогічного процесу на факультеті підвищення кваліфікації педагогів з урахуванням інновацій та потреб практичної охорони здоров'я.

ток / Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерій, О.П. Волосовець та ін. – Київ: Книга плюс, 2005. – 282 с.

4. Про шляхи удосконалення якості освіти в НМУ імені О.О. Богомольця відповідно до міжнародних стандартів якості / В.Ф. Москаленко, О.П. Яворовський, Л.І. Остапюк, А.І. Чубатий // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 50-53.

5. Модульний підхід до викладання клінічної фармації в умовах кредитно-модульної технології навчання / З.П. Мандзій, І.М. Кліщ, В.Ф. Тюріна та ін. // Медична хімія. – 2010. – № 1. – С. 74-79.

6. Фармакологія та клінічна фармакологія. Ч.І. Побічна дія лікарських засобів та фармакологічний нагляд за безпекою застосування ліків в Україні / Під ред. чл.-кор. НАН і НАМН України, д.м.н., проф. І.С. Чекмана. – Запоріжжя-Київ: Вид-во ЗДМУ, 2007. – 77 с.

7. Побічні реакції серцево-судинних засобів: Навч. посібник / І.С. Чекман, О.П. Вікторов, Н.О. Горчакова та ін. – Київ-Запоріжжя-Харків: Вид-во ЗДМУ, 2010. – 88 с.

8. Посібник для самостійної роботи студентів заочного відділення фармацевтичного факультету (дистанційна форма навчання) / І.С. Чекман, І.Ф. Беленічев, Н.О. Горчакова та ін. – Запоріжжя: Вид-во ЗДМУ, 2009. – 154 с.

9. Руководство по фармаконадзору за лекарственными средствами, которые применяются в медицинской практике / Под ред. В.Т. Чумака, А.Н. Морозова, А.П. Викторова и др. – К.: Морион, 2010. – 480 с.

УДК 61:378.147:336.77

**ВИРОБНИЧА ПРАКТИКА “ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ”.
НОВІТНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ЗА ПРИНЦИПАМИ
КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ**

Т.А. Хомазюк, І.С. Борисова, В.І. Березуцький, К.Ю. Єгоров, І.Л. Караванська

Дніпропетровська державна медична академія

**INDUSTRIAL PRACTICE “NURSING”.
MODERN ASPECTS OF TEACHING ACCORDING
TO THE PRINCIPLES OF THE CREDIT-MODULAR SYSTEM**

T.A. Homaziuk, I.S. Borysova, V.I. Berezutskyi, K. Yu. Yehorov, I.L. Karavanska

Dnipropetrovsk State Medical Academy

Проведено порівняльний аналіз типових та робочих програм виробничої практики “Догляд за хворими” для студентів 2 курсу за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, та “Медико-профілактична справа” вищих медичних навчальних закладів України III-IV рівнів акредитації відповідно до освітньо-кваліфікаційної характеристики та освітньо-професійної програми підготовки фахівців напрямку “Медицина”, затверджених наказом МОН України від 16.04.2003 № 239 та навчального плану, затвердженого наказом МОЗ України від 23.07.2007 № 414.

Визначені перспективні аспекти нової типової програми “Догляд за хворим” для студентів 2 курсу медичних вузів та шляхи вирішення основних задач виробничої практики в умовах кредитно-модульної системи.

It has been implemented the analysis of typical and working programs of industrial practice “Nursing” for the second-year students according to the specialties “Medical business”, “Pediatrics”, “Medicoprophyllactic business” of higher medical educational institutions of Ukraine of the III-IV accreditation level in accordance with educational and qualification characteristics and educational and professional training program of specialists of course “Medicine”, confirmed by the order of DES of Ukraine of the 16.04.2003 № 239 and curriculum, confirmed by the order of DPH of the 23.07.2007 № 414.

It has been studied the perspective aspects of modern typical program “Nursing” for the second-year students of medical HEIs and the ways of decision of the basic tasks of industrial practice under the conditions of the credit-modular system.

Вступ. Для досягнення найбільш високого рівня медичної допомоги в Україні основною задачею вищої медичної школи є реалізація всіх прогресивних ідей та ініціатив, в першу чергу це викладання медичних дисциплін за принципами кредитно-модульної системи [2, 10, 11, 12].

За даними ЮНЕСКО відомо, що при опрацюванні навчального матеріалу на слух можливо засвоїти 15 % матеріалу, разом на слух та на зір – до 60 % і тільки самостійне опрацювання дає можливість студенту засвоїти, зрозуміти, а в медичній освіті і відчути, близько 90 % необхідних лікарю знань [1]. Саме

© Т.А. Хомазюк, І.С. Борисова, В.І. Березуцький та ін.

тому у викладанні дисциплін за кредитно-модульною системою достатньо велика кількість робочих годин приділяється самостійній підготовці.

Особливо важливої ролі у заохоченні студента до самостійної роботи набуває виробнича практика, особливо на початкових курсах, коли студенти вперше приходять в клініку. Відомо, що виробнича практика у системі формування лікаря закладає основи подальшого вивчення студентом клінічних дисциплін – пропедевтики внутрішньої медицини, медичної психології, внутрішньої медицини, інфекційних хвороб, онкології, анестезіології та інтенсивної терапії, що передбачає інтеграцію з цими дисциплінами “по вертикалі” та формування умінь застосовувати знання з догляду за хворими в процесі подальшого навчання та у професійній діяльності [1, 3, 5].

Основна частина. Кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, пропедевтики дитячих хвороб та загальної хірургії Дніпропетровської державної медичної академії четвертий навчальний рік викладають відповідну дисципліну, проводячи виробничу практику “Догляд за хворими” за сучасними державними стандартами та принципами кредитно-модульної системи [4, 6-9].

У 2009-2010 навчальному році відповідно до програми підготовки лікаря-фахівця за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія” та “Медико-профілактична справа” виробнича практика “Догляд за хворими” для студентів 2 курсу IV семестру буде проводитись за новими типовими програмами, де визначені сучасні аспекти новітніх реалій проведення виробничої практики для студентів. Ця програма виробничої практики з догляду за хворими для вищих медичних навчальних закладів України III-IV рівнів акредитації складена для спеціальностей “Лікувальна справа”, “Педіатрія” та “Медико-профілактична справа” напряму підготовки “Медицина” відповідно до освітньо-кваліфікаційної характеристики та освітньо-професійної програми підготовки фахівців, затверджених наказом МОН України від 16.04.2003 № 239 та навчального плану, затвердженого наказом МОЗ України від 23.07.2007 № 414 [4, 8, 9].

На кафедрах пропедевтики внутрішньої медицини, пропедевтики дитячих хвороб та загальної хірургії Дніпропетровської державної медичної академії розроблені робочі програми цих дисциплін “Догляд за хворими (практика)” на тлі типових програм з відповідної дисципліни.

Виробнича практика з догляду за хворими проводиться послідовно у терапевтичному, хірургічному та педіатричному відділеннях стаціонару безпосеред-

ньо під час IV навчального семестру. Необхідно підкреслити, що структуру виробничої практики “Догляд за хворими” – “Догляд за хворими, його роль у лікувальному процесі та організація в умовах профільного стаціонару” для студентів 2 курсу за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія” та “Медико-профілактична справа” залишено без змін і складається вона з трьох змістовних модулів:

1. Структура та основні завдання догляду за хворими в загальній системі лікування хворих терапевтичного профілю;

2. Догляд за хворими хірургічного профілю;

3. Догляд за хворими дітьми; які викладаються відповідними кафедрами.

Погодинно виробнича практика “Догляд за хворими” складається з п’яти кредитів і становить за новою робочою програмою 150 годин, з них 80 годин відведено на аудиторну підготовку і 70 годин – на самостійну роботу студентів.

Зміни у порівнянні з попередньою програмою виробничої практики досить суттєві. А саме, загальну кількість годин, відведених на проведення виробничої практики “Догляд за хворими”, збільшено майже вдвічі – на 60 годин (40%), при цьому аудиторну підготовку збільшено на 40 год (50%). Це дозволило підвищити кількість аудиторних навчальних годин на кожний змістовний модуль на три 4-годинних заняття.

У минулих навчальних роках виробнича практика не мала в навчальному плані лекційних годин, а у програмі “Догляд за хворими” 2009-2010 р. відведено 12 годин на викладення лекційного матеріалу, що становить у кожному змістовному модулі дві лекції. Правильним та методично обґрунтованим є такий підхід, коли до початку самостійної та аудиторної роботи студенту запропоновано у вигляді лекцій ознайомлення з особливостями навчання у клініці. На наш погляд, дуже важливими у програмі виробничої практики є лекції на теми: “Визначення ролі та місця догляду за хворими в лікувально-діагностичному процесі, поняття про його структуру та умови проведення” та “Роль розпитування та огляду у визначенні загального стану хворого і подальшої тактики його ведення”.

Виробнича практика наприкінці 2 курсу має певні особливості, тому що це перша для студента зустріч із хворим, перші його кроки у клініці. Студент 2 курсу ще не має навичок спілкування з хворим і не може самостійно працювати у відділенні без нагляду викладача. У зв’язку з цим, практична робота студента у відділеннях стаціонару та закріплення ним отриманих знань і умінь потребує нагляду та контролю. В редакції нової програми “Догляду за хворими” ці особ-

ливості вирішені, в тому числі за рахунок збільшення часу, який виділений на самостійну роботу студентів. Так, за новою програмою виробничої практики самостійну роботу збільшено на 30 %, що дає можливість студентам більш якісно опанувати певні питання практики, в першу чергу практичні навички, кількість яких у кожному змістовному модулі складає від 35 до 50.

Таким чином, у курсі виробничої практики застосовані всі методичні форми викладання матеріалу. Після засвоєння теоретичного матеріалу лекцій, щодо особливостей роботи стаціонару та основних обов'язків молодшої медичної сестри, студент під керівництвом викладача кафедри має можливість самостійно відпрацювати набуті практичні навички у відділеннях міської лікарні.

Отже, такі кількісні та якісні зміни у програмі “Догляд за хворими” для студентів 2 курсів за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія” та “Медико-профілактична справа” дозволять у подальшому більш змістовно та досконало проводити виробничу практику.

Але на фоні певних досягнень та позитивних змін щодо проведення виробничої практики в умовах кредитно-модульної системи є і певні труднощі.

Це:

- Недосконалість системи оцінювання студентів. Ця проблема полягає в тому, що викладачу необхідно конвертувати традиційні оцінки “задовільно”, “добре” та “відмінно” у бали та букви, відповідно до вимог кредитно-модульної рейтингової системи, що віднімає досить велику кількість часу викладача. Потім необхідно конвертувати бали та рейтинг у традиційну оцінку для легітимності нарахування студентам стипендії.

- Труднощі оцінювання та контролю самостійної роботи студентів.

- Незначний термін навчання. На одній з трьох відповідальних за виробничу практику кафедр “Догляд за хворими” студент перебуває 5 днів (з урахуванням аудиторних годин та самостійної роботи).

- Складність відпрацювання великої кількості практичних навичок протягом 5 днів. За темами Змістовного модуля 1 (Догляд за терапевтичними хворими) студенти повинні засвоїти та відпрацювати 34 практичних навички (маніпуляції), за Змістовним модулем 3 (Догляд за хворими дітьми) – 50 практичних навичок.

- Велика кількість студентів на одній клінічній базі. Одночасно на базі кафедри проходять виробничу практику студенти 2 та 3 курсів різних факультетів, в тому числі іноземні та англомовні.

- Організаційні складнощі проведення підсумкового модульного контролю одночасно трьома кафедрами, відповідальними за проведення виробничої практики.

- Важливо зазначити, що за новою типовою програмою виробничої практики “Догляд за хворими” без змін залишився час, який відведено на прийом Підсумкового модульного контролю.

Вищезазначені проблеми можливо розділити на дві категорії. Перша група – це проблеми загального характеру, які зумовлені загальними процесами в суспільстві. Такі проблеми вирішуються повільно, а деякі, наприклад морально-етичні питання, залишаються відкритими назавжди в будь-якій розумно збудованій або матеріально забезпеченій державі з високими соціальними гарантіями.

Друга група проблем – “внутрішні”. Це труднощі, які можуть бути вирішені завдяки мобілізації внутрішніх можливостей та розумній методичній організації навчального процесу на базі навчального закладу, клінічних баз проведення виробничої практики студентів-медиків.

Так, при обговоренні до підготовки та проведення виробничої практики “Догляд за хворими” для студентів 2 курсу згідно з новою програмою, в Дніпропетровській державній медичній академії організація навчального процесу вистроєна з виділенням 3 лекційних днів. Такий підхід до організації навчального процесу вирішує декілька проблем. А саме, дозволяє на початку практики вирішити питання адаптації студентів до особливостей навчання у клініці та підготовки їх до роботи з хворими у лікарні.

Проблему великої кількості студентів на одній кафедрі на засіданні ЦМК ДДМА запропоновано вирішити, наприклад, шляхом збільшення кількості клінічних баз. При цьому важливим та методично обґрунтованим є проведення виробничої практики “Догляд за хворими” в рамках семестру, що дозволяє задіяти достатню кількість викладачів-керівників практики.

Для більш ефективного проведення виробничої практики “Догляд за хворими” можливо також створення так званих палатних команд, коли студенти 2 курсу працюють під наглядом більш досвідчених студентів, які мають середню сестринську освіту або у співпраці зі студентами 3 курсу. Така робота “у команді” дає можливість студентам 2 курсу оптимізувати відпрацювання практичних навичок та краще засвоювати отримані знання та уміння у терапевтичному відділенні міської лікарні при самостійній роботі.

Такий підхід до організації виробничої практики лише частково вирішує проблему труднощів з конт-

ролем та проведенням самостійної роботи. Ще один підхід до вирішення цієї проблеми це шлях активного залучення до контролю за самостійною роботою студентів керівників клінічних баз та старших медичних сестер відділень, на базі яких проводиться виробнича практика.

Висновок. Вирішення головної мети національної політики України – забезпечення конкурентоздатності

Література

1. Болонський процес: головні принципи входження в Європейський простір вищої освіти. – К.: ІВЦ “Видавництво “Політех”, 2003. – 200 с.
2. Голубенко О., Морозова Т. Європейська мета – структури кваліфікацій для сфери освіти // Вища школа. – 2007. – № 2. – С. 37-45.
3. Загородній А. Європейська система забезпечення якості вищої освіти // Вища школа. – 2006. – № 4. – С. 15-22.
4. Закон України “Про вищу освіту”.
5. Ковальчук Л.Є., Случик В.М., Стефурак В.П. Медична біологія і Болонський процес // Галицький лікарський вісник. – 2006. – Т. 13, № 3. – С. 84-88.
6. Матеріали П’ятої міністерської конференції країн – учасниць Болонського процесу (Лондон, 17-18 травня 2007 р.). – www/dfes.gov.uk/bologna/.

українських фахівців у світі – можливе тільки при комплексному підході до організації навчального процесу в медичних вузах за умов поєднання досвіду європейських партнерів по формуванню єдиного освітнього простору на засадах кредитно-модульних принципів на тлі збереження традицій вітчизняної клінічної школи – самостійної роботи студента в клініці із хворим у рамках виробничої практики.

7. Матеріали П’ятої Всеукраїнської науково-методичної конференції “Сучасні технології вищої освіти” (м. Одеса, 30 вересня-3 жовтня 2008 р.).
8. Наказ МОН України № 239 від 16.04.2003.
9. Наказ МОЗ України № 414 від 23.07.2007.
10. Пидаев А.В., Передерий В.Г. Болонський процес в Європе. – Киев, 2004. – 191 с.
11. Реформа вищого образования Украины и Болонский процесс. Интервью с министром образования и науки С. Николаенко // Образование. – 2007. – № 99 (4099).
12. Чайка В.К., Чайка А.В., Носенко О.Н. Основні питання інтеграції медичної освіти в Україні в Болонський процес // Медико-соціальні проблеми сім’ї. – 2005. – Т. 10, № 1. – С. 137-141.

УДК 616-018

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ВИКЛАДАННЯ ГІСТОЛОГІЇ, ЦИТОЛОГІЇ ТА ЕМБРІОЛОГІЇ В УМОВАХ КМСОНП

В.О. Ульянов, В.Є. Бреус

Одеський державний медичний університет

WAYS OF IMPROVEMENT OF TEACHING OF HISTOLOGY, CYTOLOGY AND EMBRYOLOGY ACCORDING TO THE ECTS

V.O. Ulyanov, V.Ye. Breus

Odessa State Medical University

У статті розглядається застосування навчальних алгоритмів як ефективного засобу вдосконалення викладання гістології, цитології та ембріології. Умовою використання навчальних алгоритмів є чітка постановка мети вивчення предмета і розуміння особливостей складових його частин.

It has been considered the application of educational algorithms as an effective means of perfection of teaching of histology, cytology and embryology. The condition of the using of educational algorithms is the clear goal of studying the subject and understanding the peculiarities of its component parts.

© В.О. Ульянов, В.Є. Бреус

Вступ. Удосконалення викладання гістології, цитології й ембріології як фундаментальної теоретичної дисципліни в структурі вищої медичної освіти завжди являло інтерес через складність матеріалу, запропонованого студентам до вивчення [1, 4]. Особливої актуальності набуває цей факт у рамках реформування системи вищої освіти, що здійснюється сьогодні в Україні [5].

Накопичений досвід застосування кредитно-модульної системи організації навчального процесу останнім часом активно обговорюється [2, 6]. Запропоновані варіанти перебудови більше стосуються організаційних форм навчальних заходів і використання можливостей сучасних методів навчання [3]. На наш погляд, недостатньо уваги приділяється внутрішній реорганізації самих навчальних дисциплін. Спираючись на традиції вітчизняних гістологічних шкіл і досвід викладання предмета в університеті, вважаємо за доцільне виділити кілька напрямів такої реорганізації. Істотною умовою підвищення ефективності викладання в рамках кредитно-модульної системи ми вважаємо чітку постановку навчальних цілей, структурування навчального матеріалу і викладання його в межах компактних алгоритмів, зручних для засвоєння навчального матеріалу і практичних навичок.

Основна частина. Починаючи вивчення курсу гістології, цитології й ембріології, студентові потрібно ясно уявити, що мета цього – розуміння мікроскопічної і субмікроскопічної будови організму здорової людини як необхідна умова для засвоєння тонких механізмів його функціонування на фізіологічному і біохімічному рівнях, а також для подальшого вивчення суті і форм прояву змін за умов патології.

Студентові важливо одразу ж продемонструвати, що характерною особливістю предмета є чіткий взаємний зв'язок основних його розділів. В основі морфологічного опису, вживаного в гістології, лежить виділення поняття про тканини. Але зрозуміти структуру і функції тканин не можна без ретельного вивчення цитології, враховуючи, що у складі кожної тканини клітини – це найважливіші елементи. Не маючи чітких уявлень про тканини, студент не зможе достатньо зрозуміти гістологічну будову органів, тому що, з позицій гістології, орган – це своєрідна комбінація тканин. Важливо також показати при цьому, що цитологічні характеристики в межах загальної і спеціальної гістології вивчаються не як самоціль, а як елементи порівняння окремих клітин. Студент повинен навчитися виділяти порівняльні ознаки для використання при характеристиці тканин і органів. Так само характеристики тканин при вивченні органів

треба розглядати в порівняльному плані, відзначаючи детально тільки особливості даної тканини в конкретному органі. Важливо оцінити також і значення ембріології не тільки як загального уявлення про розвиток організму, але і як способу вивчення суті складних мікроскопічних структур у процесі їх поступового ускладнення під час розвитку. Чітке уявлення про цілі вивчення предмета і взаємний зв'язок його складових, їх особливості в межах даної дисципліни дозволяє студентові швидко налаштуватися на регулярну цілеспрямовану роботу. Викладач повинен допомогти сформувати таке ставлення до предмета. Чим раніше це вдається зробити, тим ефективніший загальний підсумок навчання.

Наступний важливий крок – формування у студента оптимального алгоритму засвоєння навчального матеріалу. Це особливо важливо з урахуванням багатоплановості гістологічного опису, беручи до уваги, що навчальна література часто переобтяжена другорядними деталями, які розсіюють увагу студента. Рационально виділяти найбільш загальний підхід і його більш вузько вживані варіанти. Враховуючи інтегральний характер сучасних гістологічних уявлень, що відображає порядок нагромадження знань про мікроструктури, послідовність опису гістологічних структур зручно представляти як ступінчастий процес, що включає такі етапи: картина при світловій мікроскопії + субмікроскопічна картина + гістохімічні дані = функції структури, що вивчається. При дотриманні цього порядку студентові легше розібрати і запам'ятати навчальний матеріал. Студент краще розуміє, що саме він може побачити, працюючи з мікроскопом на практичному занятті, а що потребує особливих умов для спостереження. Особливо слід відзначити роль функції в цьому алгоритмі. Вона виступає як мета всього описання, тому студент повинен на кожному з попередніх етапів звертати увагу перш за все на ті факти, які дозволяють зрозуміти і обґрунтувати функціональне значення досліджуваної структури. Це дозволяє менше уваги звертати на другорядні відомості, якими часто переобтяжені сторінки підручників, де гістологічна картина інколи сприймається як мозаїка. Такий підхід дозволяє студентові самостійно проконтролювати себе щодо оцінки повноти характеристики об'єкта: опис структури повинен обґрунтовувати функцію цієї структури і не бути переобтяженим другорядними деталями. Це набуває особливої актуальності на тлі збільшення в навчальних планах часу на самостійну роботу студентів за умов кредитно-модульної системи організації навчального процесу. Цей навчаль-

ний алгоритм ефективно застосовується при вивченні розділу “Цитологія”.

Формуючи у студентів подібний підхід, зручно показати, що фактично таким самим алгоритмом керується лікар при постановці діагнозу: з мозаїки різних за значенням ознак обираються найістотніші і на їх основі приймається остаточне рішення. Таким чином, вивчення курсу гістології допомагає студентові формувати і розвивати елементи клінічного мислення.

Як спосіб формування додаткового позитивного емоційного фону при роботі з навчальним матеріалом ми іноді рекомендуємо студентам образно розглядати вивчення конкретного навчального матеріалу як умоглядне детективне розслідування, перефразовуючи відому французьку приказку “шукайте... функцію”, при цьому ретельно відбираючи найсуттєвіші факти про структуру об'єкта для обґрунтування його функції.

При вивченні розділу “Загальна гістологія” навчальний алгоритм базується на логічній структурі поняття “гістологічна тканина”. При цьому студентові пропонується відзначити в порядку відміченого вище основного алгоритму особливості клітин даної тканини, її неклітинних структур (якщо вони є) з урахуванням спільності їх будови, походження і функції.

У межах спеціальної гістології зручно чітко виділяти два основні типи органів на мікроскопічному рівні: порожнинні і паренхіматозні. При характеристиці кожного з цих типів використовується свій алгоритм. Так, описуючи порожнинний орган, послідовно вказуємо його оболонки (їх кількість, назву, рельєф внутрішньої). Потім у кожній оболонці відзначаємо шари (теж – кількість і назву). Кожен шар характеризуємо на тканинному рівні (вид тканини, її особливості в даному шарі; специфічні структури розглядаємо в порядку основного алгоритму, наведеного раніше). Паралельно відзначаємо наявність в окремих шарах або оболонках особливих структур (наприклад, залоз). Зрозуміло, описувані структурні компоненти (особливо специфічні) максимально зв'язуються з функціями даного органа.

При розгляді органа паренхіматозного типу спочатку виділяємо дві його головні частини: строму і паренхіму. Характеризуючи строму, відзначаємо особливості капсули і трабекул, вирішуємо питання про наявність частин і часточок, звертаючи увагу на особливості їх форми і розташування. При характеристиці паренхіми визначаємо її структурні компоненти, аналізуємо особливості їх за тканинною приналежністю і цитологічними особливостями, використовуючи основний описовий алгоритм. За наявності в органі

часточок опис паренхіми можна обмежити характеристикою однієї часточки; за відсутності часточок паренхіму розглядаємо в різних ділянках органа, оскільки її елементи зазвичай розрізняються на периферії і в центрі (кіркова і мозкова речовина).

Питання ембріології розглядаються теж у певній послідовності, максимально наближаючись до специфіки ембріології як характеристики процесу розвитку. Студент спочатку вказує джерела розвитку даного об'єкта, потім дає характеристику первинних похідних і, нарешті, описує (можна з виділенням окремих стадій) основні зміни цих первинних структур у процесі ембріогенезу. Цей алгоритм може бути доповнений відомостями про найчастіші вади розвитку і вікові зміни. При цьому для студентів, які навчаються за фахом “Педіатрія”, робиться акцент на особливостях дитячого віку.

Практична робота студентів з вивчення мікропрепаратів і електронних мікрофотографій також ефективніша, якщо вона проводиться за конкретними алгоритмами. Ми вважаємо за корисне замальовки мікропрепаратів виконувати за нескладними алгоритмами, виключаючи тим самим створення малюнків, переобтяжених другорядними деталями, отже, менш інформативних.

Викладення матеріалу за певними алгоритмами не тільки допомагає студентам ефективніше користуватися навчальною літературою і виконувати практичну роботу, але і відкриває великі можливості для розробки навчальних і контролюючих комп'ютерних програм, що значно розширює можливості дистанційного навчання студентів, сприяє його індивідуалізації і цілком відповідає вимогам кредитно-модульної системи організації навчального процесу. Кафедра продовжує роботу в напрямку створення нових навчальних алгоритмів і на їх основі – нових навчальних посібників.

Висновки. Формування у студентів чітких уявлень про цілі вивчення і особливості окремих складових навчального курсу гістології, цитології й ембріології є важливою умовою успішного застосування в навчанні різноманітних навчальних алгоритмів. Такий підхід дає можливість чітко структурувати навчальний матеріал, дозволяє студентові легше орієнтуватися в ньому, створює сприятливі умови для самостійної роботи, скорочує час на вивчення предмета. Це повною мірою відповідає вимогам кредитно-модульної системи організації навчального процесу. Навчальні алгоритми перспективні при створенні навчально-методичних посібників і навчально-контролюючих комп'ютерних програм.

Література

1. Афанасьев Ю.И. Медицинская направленность в преподавании гистологии, цитологии и эмбриологии / Ю.И. Афанасьев, Ю.И. Ухов // Морфология. – 1998. – Т. 113, №2. – С. 115-116.
2. Викладання гістології у контексті її практичної спрямованості / К.С. Волков, Л.В. Якубишина, О.П. Андрієшин [та ін.] // Медична освіта. – 2007. – №3. – С. 96-97.
3. Денисенко А.В. Мультимедійні технології в дисциплінах на кафедрах природничо-наукової підготовки / А.В. Денисенко // Проблеми впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу: матеріали навчально-методичної конференції, присвяченої 110-й річниці університету, 27 січня 2010 року. – Одеса: ОДМУ, 2010. – С. 94-95.
4. Павлов А.В. Оптимизация тестового контроля знаний на кафедре гистологии / Павлов А.В., Гансбургский А.Н., Щапов А.Н. // Морфология. – 1998. – Т. 113, №2. – С. 117-119.
5. Підаєв А.В. Болонський процес в Європі / А.В. Підаєв, В.Г. Передерій. – Одеса: ОДМУ, 2004. – 190 с.
6. Сучасні аспекти практичної спрямованості навчання студентів стоматологічного факультету на кафедрі гістології, цитології та ембріології / В.І. Шепітько, О.Д. Лисаченко, С.М. Білаш [та ін.] // Медична освіта. – 2007. – №3. – С. 135.

УДК 378.147:616-053.2]-057.88

КРЕДИТНО-МОДУЛЬНА СИСТЕМА НАВЧАННЯ В ПЕДІАТРІЇ

Т.В. Сорокман, С.В. Сокольник, Л.В. Швигар

Буковинський державний медичний університет

THE CONDITIONS OF CREDIT-MODULAR SYSTEM TEACHING IN PEDIATRICS

T. V. Sorokman, S. V. Sokolnyk, L. V. Shvyhar

Bukovynian State Medical University

У статті наведене узагальнення досвіду впровадження кредитно-модульної системи в навчальний процес підготовки студентів з педіатрії на кафедрі педіатрії та медичної генетики Буковинського державного медичного університету.

In the article the resulted generalisations of experience of introduction of credit-modular system in educational process of students training on pediatrics on department of pediatrics and medical genetics of Bukovynian State Medical University are presented.

Вступ. Якісна медична допомога – мета, до якої прагнуть пацієнти і лікарі та декларують медична адміністрація й органи державної влади України. Запропонована Болонська система навчання закінчує експериментальну частину. Болонський процес передбачає здатність випускників європейських вищих навчальних закладів до працевлаштування в умовах глобального ринку праці.

Більшість рекомендацій Консультативної комісії Європейського Союзу додипломної медичної освіти орієнтовані на поглиблення інтеграції базових та клінічних дисциплін, на здійснення переходу від пасивного викладання до активного навчання студентів, поліпшення клінічного навчання біля ліжка хворого,

© Т.В. Сорокман, С.В. Сокольник, Л.В. Швигар

оволодіння практичними навичками за рахунок збільшення спілкування і контролю викладачами самостійної роботи студентів з пацієнтами, особливо хворими дітьми та їх батьками [1-4]. Одним із основних завдань новітнього періоду в освіті є об'єктивне оцінювання знань і вмінь студентів вищих медичних закладів [2].

Мета та завдання дослідження – оцінити перший досвід викладання педіатрії в студентів четвертого курсу та виявити труднощі у виконанні вимог Болонського процесу.

Основна частина. Як відомо, 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 закінчуються підсумковим модульним контролем.

Викладання педіатрії на кафедрі педіатрії та медичної генетики Буковинського державного медичного університету за умов кредитно-модульної системи розпочато у 2008-2009 навчальному році на четвертому курсі. Одразу виявилися певні труднощі, що пов'язані з недоліком неналежної матеріально-технічної бази наглядних посібників, неадаптованих підручників, комп'ютерного забезпечення. Співробітниками кафедри для поліпшення ефективності методів контролю і мотивації до навчання студентів була опрацьована, обговорена і прийнята на методичному засіданні рейтингова система оцінювання знань і вмінь студентів: перевірка базових знань, тестовий контроль з теми заняття, усне опитування, знання і вміння виконувати передбачені програмою практичні навички, активність біля хворих дітей, спілкування з батьками, вирішення ситуаційних задач, поведінка та виконання деонтологічних принципів. Рациональна організація навчання на практичних заняттях, опитування студентів під час самостійної праці в стаціонарах дитячої лікарні, палатах сприяють збільшенню часу для практичної діяльності.

Нами виявлені суттєві розбіжності в оцінюванні знань студентів. Так, якщо оцінювання знань проводилось тільки за допомогою тестового контролю, то 90 % четвертокурсників отримали високі бали. Тимчасом як, за результатами усного опитування, здачі практичних навичок та вирішення тестового контролю двох рівнів складності, лише 10-15 % підтвердили отримані ними високі бали. На нашу думку, тести дають можливість студентам, не вивчаючи тему заняття, навмання, можливо методом виключення, чи логічно міркуючи, набрати необхідну кількість

балів. Це підтверджено при усному опитуванні студентів. Рейтингова система оцінювання комплексної праці студентів на практичному занятті має завдання також підвищити мотивацію студентів до самостійного активного навчання, оволодіння практичними навичками. Підвищенню мотивації для оволодіння практичними навичками у студентів сприяють викладачі кафедри, надаючи бажаним можливість брати участь у роботі п'ятихвилинки, лікарських конференцій, консиліумів, обходів, чергувань, проведенні процедур, призначенні лікування хворим дітям при різних захворюваннях дитячого віку.

Висновок. Використання рейтингової оцінки знань студентів значно підвищує об'єктивність оцінювання, а в поєднанні із акцентом на вирішальному впливі суми балів, отриманих впродовж навчання, на підсумкову оцінку з навчальної дисципліни, запроваджує здорову конкуренцію в навчанні. Оцінювання знань і вмінь студентів за рейтингом на всіх практичних заняттях, включаючи залік з модуля, забезпечення умов і сприятливих обставин для самостійної роботи студентів біля ліжка хворої дитини з одночасним спілкуванням із батьками під керівництвом і при допомозі викладача є визначальними умовами для засвоєння програми педіатрії, оволодіння практичними навичками, деонтологічними принципами.

Подальшого доопрацювання потребує приведення у відповідність із світовим рівнем стандартів системи медичної освіти та якості надання медичної допомоги, удосконалення організації та методичного забезпечення відпрацювання пропущених занять. Найбільш повноцінне опанування матеріалу може забезпечити лише впровадження монотематичних відробок у вигляді повноцінних практичних занять, їх результати можуть підвищити ефективність контролю підготовки студентів із тем пропущених занять на основі рейтингової системи оцінювання знань і вмінь.

Література

1. Кремень В. Г. Вища освіта України і Болонський процес / В. Г. Кремень. – Тернопіль : ТДМУ, 2004. – 200 с.

2. Куликова В. О. Модернізація освіти в Україні / В. О. Куликова // Болонський процес: завдання та перспективи. – Київ : АКС, 2004. – 261 с.

3. Передерий В. Г. Болонський процес в Європі / В. Г. Передерий. – Одеса: Одес. гос. мед. ун-т, 2004. – 192 с.

4. World Federation for Medical Education. The Falinburgh declaration // Medical education. – 1988. – Vol. 22. – P. 48–482.

УДК 378.147:616.8

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАВЧАЛЬНОГО, ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСІВ НА КАФЕДРІ НЕЙРОХІРУРГІЇ І НЕВРОЛОГІЇ ОДЕСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

А.С. Сон, В.В. Добровольський, Ю.І. Горанський, Г.В. Перькова,
О.М. Стоянов, О.П. Лебідь, І.Г. Чемересюк, О.В. Хрущ, І.В. Хубетова

Одеський державний медичний університет

WAYS OF IMPROVING THE QUALITY OF EDUCATIONAL AND MEDICAL PROCESSES AT THE DEPARTMENT OF NEUROSURGERY AND NEUROLOGY OF ODESSA STATE MEDICAL UNIVERSITY

A.S. Son, V.V. Dobrovolskyi, Yu.I. Horanskyi, H.V. Perkova, O.M. Stoyanov,
O.P. Lebid, I.H. Chemeresiuk, O.V. Hrushch, I.V. Hubietova

Odessa State Medical University

У статті представлений аналіз методичних підходів, запропонованих кафедрою нейрохірургії і неврології Одеського державного медичного університету, щодо підвищення якості навчальної та лікувальної роботи.

The article presents an analysis of methodological approaches proposed by the Department of Neurosurgery and Neurology of Odessa State Medical University, to improve the quality of educational and medical work.

Вступ. Різне підвищення якості підготовки студентів обумовлено низкою об'єктивних і суб'єктивних факторів:

1. Студенти Одеського державного медичного університету (ОДМУ) безумовно достатньо конкурентоспроможні на світовій арені. Але пропонуючи свої послуги в Європі, США та інших країнах в останні роки, вони наражаються на гостру конкуренцію представників інших світових медичних шкіл. Це обумовлено економічною кризою та скороченням, внаслідок цього, робочих місць. Саме тому висока кваліфікація, отримана в ОДМУ, дає їм можливість зайняти гідне місце на ринку медичних послуг.

2. В нашій країні, у зв'язку з низькою оплатою праці, досить великий відтік лікарів в інші сфери діяльності та за кордон. Але згодом з підвищенням рівня економіки країни цей процес може набути зворотного характеру, і тоді підвищення конкуренції дасть змогу перемогти більш кваліфікованим фахівцям [1].

3. В зв'язку зі збільшенням кількості приватних клінік, де лікарі отримують досить пристойну зарплату, робочі місця отримують тільки лікарі з високим фаховим рівнем.

4. В державі назріла реформа охорони здоров'я, в якій ключовим моментом буде страхова меди-

цина, підвищиться матеріальне заохочення лікарів та зросте боротьба за якість лікарських послуг населенню, розгорнеться боротьба за кожне робоче місце [2]. Не виключено, що з підвищенням якості надання медичних послуг, покращенням забезпечення сучасною апаратурою будуть скорочуватися робочі місця.

5. В країні за останні роки відбулося розшарування суспільства, тому деяким дуже забезпеченим верствам населення стає можливим вкладати досить великі суми для покращення стану свого здоров'я з використанням новітніх медичних технологій. Опанування методів такого високого рівня доступно тільки високодосвідченим фахівцям. Студенти з середнім рівнем знань не зможуть конкурувати на ринку медичних послуг. Це спонукає більшість з них краще вчитися та вимагати від викладачів викладання дисциплін на більш високому рівні.

Основна частина. Клінічні бази ОДМУ і зокрема Університетська клініка ОДМУ (УКОДМУ) забезпечені сучасним медичним обладнанням на рівні світових стандартів. Високодосвідчені кадри та сучасна матеріальна база дають можливість якісної підготовки студентів. На кафедрі нейрохірургії і неврології ОДМУ створена і працює чітка система

© А.С. Сон, В.В. Добровольський, Ю.І. Горанський та ін.

підвищення якості навчального, а з часу створення УК, і лікувального процесів.

1. На кафедрі налагоджена система підготовки та перепідготовки викладачів. Співробітники кафедри консультують і безпосередньо працюють в двох неврологічних (обласна клінічна лікарня, УКОДМУ) і двох нейрохірургічних (міські клінічні лікарні № 11 та № 1) клініках, це дає можливість практично з'єднати навчальний та лікувальний процеси, і позитивно сприймається студентами.

Кафедра приділяє велику увагу підготовці до лекцій і практичних занять. Після щотижневого обходу хворих клініки спільно обговорюються складні випадки, розбираються клінічні випадки, які будуть представлені студентам під час занять. Для викладачів проводяться міні-лекції, які насичують якість їх підготовки практичним вмістом. Обговорюється нова література, йде спільна підготовка до наукових конференцій. Особливо приділяється увага викладачам, які працюють з іноземними студентами, аналізуються особливості підготовки студентів з тої чи іншої країни. На кафедрі створена атмосфера взаємодії, взаємодопомоги, що дає можливість розкрити потенціал кожного викладача. Впроваджується в життя партнерство студента і викладача, що відповідає вимогам вищої освіти, формує підвищену відповідальність за результати своєї діяльності, дає можливість створити в навчальних групах сприятливий мікроклімат ефективного зворотного зв'язку [3].

2. Болонська система вимагає приділяти практичним заняттям та самостійній роботі студентів не менше 75 % навчального часу. Це великий резерв підвищення якості навчально-лікувальної роботи. Використовуються можливості закріплених за кафедрою клінік під час СРС, коли поєднується консультація студента та опанування практичних навичок біля ліжка хворого.

3. На кафедрі створена електронна бібліотека (підручники, методичні розробки, зображення результатів нейровізуалізаційних досліджень, медичні та науково-популярні фільми на медичну тематику), яка дає можливість студентам більш ретельно вивчити тему з курсу нервових хвороб, а при необхідності перевірити знання на практиці. Незважаючи на те, що в електронній бібліотеці закладені всі теми навчального плану, вона систематично поновлюється новими матеріалами. Викладацьким складом кафедри більшість лекцій читаються із застосуванням мультимедійного супроводження. На кафедрі один раз в два роки оновлюються науково-методичні матеріали та навчальні посібники, згідно з рекомендаці-

ями оргметодвідділу ОДМУ та враховуючи світові тенденції розвитку медичної освіти.

4. На кафедрі та закріплених за нею клініках використовуються сучасна апаратура, передові методи діагностики (енцефалографія, електронейроміографія) та лікування, які першими опановують викладачі. Такий підхід дає можливість підвищити не тільки якість діагностично-лікувальної роботи, але й рівень практичної підготовки студентів і лікарів.

5. Для студентів, які в майбутньому готуються опанувати професію невропатолога або нейрохірурга і бажають поглиблено вивчати предмет, на кафедрі створений науковий студентський гурток. Його відвідують як вітчизняні студенти, так і студенти-іноземці. Саме ці студенти активно вивчають додаткову літературу, працюють індивідуально з викладачем, готують і доповідають реферати та, як правило, беруть участь в університетських олімпіадах та наукових студентських конференціях.

6. Одним з напрямків підвищення якості науково-дослідницького, лікувального та педагогічного процесу є міжнародна співпраця з EFNS (Європейська федерація неврологічних товариств), Українській асоціації нейрохірургів, Одеському науковому товариству неврологів. Одним з результатів такої співпраці є проведення (RTC) регіональної навчальної школи неврологів, на якій українські медики мають можливість почути доповіді провідних неврологів і нейрохірургів світу на актуальні теми сучасної неврології.

7. Підвищенню якості навчально-лікувального процесу сприяє взаємодія з УК, а з'єднання за допомогою єдиної комп'ютерної мережі УК з аудиторією головного навчального корпусу ОДМУ відкриває нові можливості викладання як клінічних, так і теоретичних дисциплін [3].

Якість взаємодії викладачів і лікарів в клініках могла б бути вищою, якби було удосконалено законодавство та визначена підпорядкованість в клініках, підпорядкованих місцевому самоврядуванню [4].

Висновки: 1. В ОДМУ, зокрема на кафедрі нейрохірургії і неврології створені умови для якісної підготовки студентів. Цьому сприяє висока кваліфікація викладачів, солідна матеріальна база, висока мотивація, партнерство викладачів і студентів, диференційований підхід до кожного студента, передові методи викладання дисципліни, які створені сумісно з профільними кафедрами та сприяють конкурентоспроможності студентів нашого університету, як в Україні, так і за кордоном.

2. Для покращення якості навчально-лікувального процесу та посилення інтеграції у світову медицину

необхідний спільний комплекс зусиль кафедри, університету і суспільства.

3. Для підвищення якості необхідна сучасна законодавча база щодо клінік, підпорядкованих місцевому самоврядуванню, які, на відміну від УК, деякою

мірою, гальмують ріст якості навчально-лікувального процесу.

4. Реформа медицини, яка назріла в нашій країні, страхова медицина, безумовно, позитивно вплине на якість підготовки студентів і лікарів.

Література

1. Панчишин С., Сахарська О. Конкурентоспроможність робочої сили у відкритій господарській системі України // Вісник Львівського університету. Серія екон. – 2009. – Вип. 41. – С. 3-7.

2. Журавель В.И. Украинской системе здравоохранения – украинскую стратегию реформирования // Здоров'я України. – 2002. – № 4. – С. 5.

3. Запорожан В.М., Кресюн В.Й., Чернецька О.В. Міжнародне науково-освітнє співтовариство як каталізатор реформування // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 34-36.

4. Нейко Є. Майбутнє – за університетськими клініками // Медична газета України “Ваше здоров'я”; Медицина Івано-Франківщини. – № 12 (839). – 25.03-31.03.2006 (<http://www.vz.kiev.ua/med/12-06/2.shtml>).

УДК 541.1:541.18

ФАХОВА СПРЯМОВАНІСТЬ ВИКЛАДАННЯ РОЗДІЛУ “ФАЗОВІ РІВНОВАГИ” В КУРСІ ФІЗИЧНОЇ ТА КОЛОЇДНОЇ ХІМІЇ У ВИЩОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ

Л.Д. Грицан, В.І. Кабачний, Т.О. Томаровська

Національний фармацевтичний університет

PROFESSIONAL TRENDS IN TEACHING “PHASE EQUILIBRIUMS” SECTION IN THE COURSE OF PHYSICAL AND COLLOID CHEMISTRY AT THE PHARMACEUTICAL INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION

L.D. Hrytsan, V.I. Kabachnyi, T.O. Tomarovska

National University of Pharmacy

У статті розглянуті деякі аспекти методики викладання розділу “Фазові рівноваги” в курсі фізичної та колоїдної хімії студентам фармацевтичних спеціальностей з урахуванням цілей Болонського процесу.

There are considered some features of the methodology of teaching “Phase equilibriums” section in the course of physical and colloid chemistry for students of pharmaceutical specialities taking into consideration the goals of Bologna process.

Вступ. Основи вчення про фази були закладені у фундаментальних роботах Дж.В. Гіббса, але тільки після досліджень М.С. Курнакова та його школи воно увійшло до ряду прикладних наук, таких як фармація, медицина, біологія, біотехнологія тощо.

Термодинамічна теорія фазових рівноваг дозволяє на основі дослідних даних по діаграмах стану (фазових діаграмах) теоретично передбачити й розрахувати умови для одержання біологічно активних та

лікарських речовин шляхом випаровування, кристалізації, екстракції та інших фазових переходів.

Ідентифікація та визначення ступеня чистоти лікарських препаратів, вибір основ супозиторіїв, визначення сумісності лікарських речовин у лікарських формах (порошкових композиціях, мазях тощо) неможливі без попереднього вивчення певних систем методом фізико-хімічного аналізу, зокрема термічного аналізу [1].

© Л.Д. Грицан, В.І. Кабачний, Т.О. Томаровська

Зважаючи на сказане вище, треба відзначити, що розділ “Фазові рівноваги” посідає важливе місце в курсі фізичної та колоїдної хімії.

Мега даної публікації полягає в бажанні викладачів поділитись багаторічним досвідом викладання цього розділу студентам Національного фармацевтичного університету, зважаючи на те, що найбільш важливим та складним завданням вищої медичної та фармацевтичної освіти є підготовка кваліфікованого фахівця для системи охорони здоров'я.

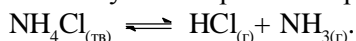
Основна частина. Викладання фізичної та колоїдної хімії, зокрема розділу “Фазові рівноваги”, потребує певної адаптації змісту курсу з урахуванням рівня знань студентів з фізики та математики, а також його профілізації. Викладач, приступаючи до проведення занять, перш за все повинен чітко сформулювати коло питань, які вивчатимуться, та їх значення для фармації, технології парфумерно-косметичних засобів, біотехнології, медицини та ін. Певний час доцільно приділити розгляду та тлумаченню на конкретних прикладах основних законів, рівнянь, понять та визначень даного розділу, а саме “фаза”, “компонент”, “термодинамічний ступінь свободи”, правило фаз Гіббса тощо [2-10].

Декілька прикладів розрахунку кількості компонентів у різних системах наведені нижче.

Приклад 1. В однофазній системі, що складається з газоподібних водню, гелію та аргону, між якими немає хімічної взаємодії, число компонентів дорівнює числу складових речовин, тобто трьом.

Приклад 2. Трифазна система, яка містить кристали сахарози + насичений водний розчин сахарози + водяну пару, складається з двох індивідуальних речовин – води та сахарози. Оскільки між ними не відбувається хімічна взаємодія, то число незалежних компонентів дорівнює двом.

Приклад 3. Система, яка складається з NH_4Cl , NH_3 та HCl (взятих у довільних кількостях), має дві фази: тверду (NH_4Cl) і газоподібну ($\text{NH}_3 + \text{HCl}$). Для опису всіх фаз у даному випадку не обов'язково вказувати кількості всіх трьох складових речовин, тому що їх концентрації не можуть довільно змінюватись, а зв'язані між собою умовами рівноваги реакції



Достатньо вказати кількості лише двох реагентів, і концентрація третього буде визначеною (за умовою $\frac{c_{\text{NH}_3} \cdot c_{\text{HCl}}}{c_{\text{NH}_4\text{Cl}}} = K_c$). Таким чином, система $\text{NH}_4\text{Cl} + \text{NH}_3 + \text{HCl}$ хоча й містить три речовини, але є двокомпонентною.

Якщо у цій же системі складові частини брати не довільно, а отримати суміш термічною дисоціацією NH_4Cl (не додаючи ззовні HCl або NH_3), то кількість компонентів буде дорівнювати одиниці. Крім наведеної вище умови додається ще одна $c_{\text{NH}_3} = c_{\text{HCl}}$.

Варто також зупинитись на деяких аспектах практичного застосування фазових діаграм, зокрема діаграм плавкості у фармацевтичній технології.

Визначення сумісності компонентів у твердих лікарських формах.

При виготовленні твердих лікарських форм суміш твердих інгредієнтів, взятих у певних співвідношеннях, може розпливатись у густу в'язку масу або, плавлячись, перетворюватись у рідину. Утворення таких рідких евтектичних сумішей є причиною зниження терапевтичної активності лікарської форми та розглядається як фізична несумісність лікарських речовин. Тому при розробці технології їх виготовлення насамперед будують й аналізують діаграми плавкості відповідних бінарних систем та за їх допомогою визначають агрегатний стан порошкових сумішей потрібного складу.

Раціональний метод підбору складу супозиторіїв.

Особливістю технології виготовлення супозиторіїв (медичних свічок) є необхідність підбору такої основи (суміші жирових речовин), щоб свічки плавилась при 35-37 °С (температура тіла людини) та не розм'якшувались при температурі, нижчій за 32 °С. З цієї метою вивчають бінарні суміші різних жирових речовин методом термічного аналізу і обирають ту основу, яка найкраще задовольняє поставлені вимоги.

Визначення складу бінарних сумішей твердих лікарських речовин.

Вимірюють температуру кінця плавлення суміші невідомого складу, відкладають її значення на осі ординат і проводять через цю точку пряму паралельну осі абсцис (рис. 1). Якщо ізотерма T_1 буде перетинати тільки одну гілку кривої плавкості, то перпендикуляр, опущений з точки перетину на вісь абсцис, дає шуканий склад контрольної суміші x_1 . Якщо ізотерма T_2 перетинає обидві гілки діаграми, то для визначення істинного складу контрольної суміші (x_2 або x_2') необхідно порівняти температури кінця плавлення цієї суміші та суміші з добавкою одного з чистих компонентів. Наприклад, у тому випадку, коли додавання компонента А приводить до підвищення температури кінця плавлення контрольної суміші ($T_3 > T_2$), істинний склад її визначиться точкою перетину ізотерми T_2 з лівою віткою лінії ліквідусу, тобто x_2 (рис. 1).

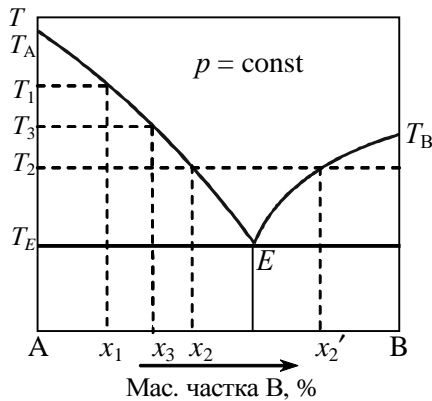


Рис. 1. Визначення складу контрольної суміші.

Діаграми плавкості використовують також при розв'язанні інших задач у фармацевтичній практиці.

Необхідно зауважити, що якісне засвоєння основних законів та положень розділу “Фазові рівноваги” неможливе без освоєння методів експериментального дослідження, обробки та узагальнення одержаних результатів, тобто без лабораторного практикуму [11]. Лабораторне заняття може містити в собі різноманітні складові формування майбутньої професійної діяльності студента. Зокрема однією з головних задач є опанування студентами умінь і навичок побудови та аналізу фазових діаграм з метою їх подальшого використання при вивченні спеціальних дисциплін, зокрема, технології ліків. У зв'язку з цим важливе місце посідає виконання лабораторної роботи “Термічний аналіз бінарних сумішей лікарських речовин”, яка має декілька варіантів для усунення дублювання. Об'єктами дослідження слугують такі лікарські речовини, як аспірин, фенацетин, сечовина, бензойна кислота тощо. Слід зазначити, що на лекціях детально розглядається метод побудови діаграм плавкості за кривими охолодження, а при виконанні лабораторної роботи використовується візуальний метод. Після побудови діаграми плавкості за експериментальними даними студенти виконують декілька завдань за вказівкою викладача, а саме:

- визначають евтектичну температуру та склад евтектичної суміші;
- проводять аналіз фазового стану систем, які відповідають певним фігуративним точкам на діаграмах плавкості, за допомогою правила фаз Гіббса;
- розраховують маси співіснуючих фаз за допомогою правила важеля для гетерогенної системи визначеного складу.

В умовах проведення педагогічного експерименту з впровадження кредитно-модульної системи в навчальний процес [12], а також згідно з основними

цілями та принципами Болонського процесу великої уваги потребує організація самостійної роботи студентів. Тому при вивченні розділу “Фазові рівноваги”, крім лабораторних робіт, кожному студенту для самостійного виконання пропонуються індивідуальні розрахунково-графічні завдання, які складаються з трьох частин. Для проведення роботи з академічною групою таких індивідуальних завдань підготовлена достатня кількість [13]. Приклад наводиться нижче.

1. Розрахуйте тиск насиченої пари сірковуглецю при $-10\text{ }^{\circ}\text{C}$, якщо тиск пари при $0\text{ }^{\circ}\text{C}$ складає $16\ 929\ \text{Па}$. Прихована теплота пароутворення сірковуглецю $363,3\ \text{Дж/г}$.

2. У стоматологічній практиці використовують рідкі лікарські форми, які містять камфору та хлоралгідрат. На основі даних термічного аналізу була побудована діаграма плавкості системи хлоралгідрат-камфора (рис. 2). Користуючись діаграмою, визначте:

- тип діаграми плавкості. Зробіть висновок про взаємну розчинність компонентів у рідкому і твердому станах;
- які фази перебувають у рівновазі за умов, позначених точками 1, 2, 3, 4. Вкажіть їх склад і розрахуйте число термодинамічних ступенів свободи;
- інтервал співвідношень компонентів у лікарській формі, яка при $20\text{ }^{\circ}\text{C}$ повинна перебувати у рідкому стані, щоб її можна було б застосовувати як зубні краплі.

3. При спектрофотометричному визначенні кофеїну в багатокомпонентних таблетках перед вимірюван-

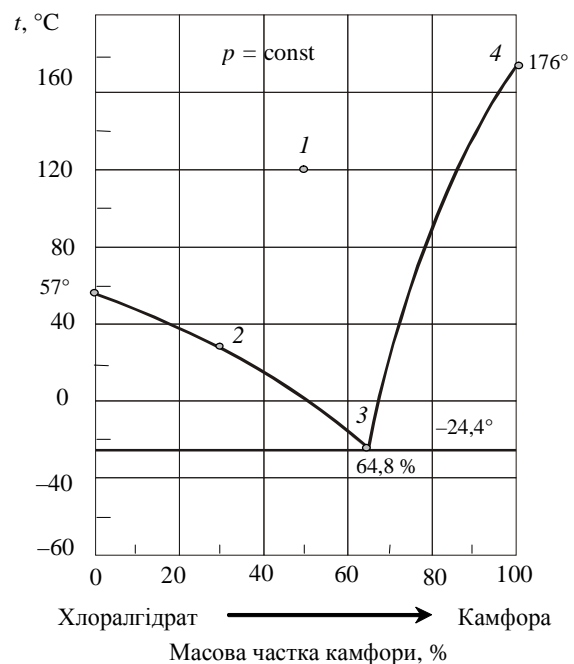


Рис. 2. Діаграма плавкості системи хлоралгідрат-камфора.

ням оптичної густини таблетки розтирають і порошок розчиняють у водному розчині аміаку. 15 мл одержаного розчину оброблюють спочатку 30 мл хлороформу, а потім трьома порціями (по 20 мл) того ж розчинника. Розрахуйте, яка кількість кофеїну (%) залишиться у водному розчині. Коефіцієнт розподілу кофеїну між хлороформом та водою при 20 °С дорівнює 19.

Враховуючи сучасні вимоги до контролю знань студентів, у завдання обов'язково додатково включаються також 5-10 тестів. Наприклад:

Для раціонального підбору складу та умов зберігання лікарської форми (зубних крапель), яка містить камфору та ментол, треба попередньо вивчити бінарну систему камфора-ментол методом:

- A.* Термічного аналізу.
- B. Осмометрії.
- C. Потенціометрії.
- D. Віскозиметрії.
- E. Фотометрії.

Викладачами кафедри створений збірник [14], до якого увійшло, зокрема, близько 100 тестових завдань з розділу “Фазові рівноваги”. Ці тести пройшли багаторічну перевірку, тобто є загальнозрозумілими, надійними, однозначно валідними. Крім того, для

Література

1. Державна Фармакопея України. – Харків: РІРЕГ, 2001. – 556 с.
2. Фармацевтична енциклопедія. – К.: Моріон, 2005. – 848 с.
3. Програма з фізичної та колоїдної хімії для студентів вищих фармацевтичних закладів освіти та фармацевтичних факультетів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації / В.І. Кабачний, Л.Д. Грицан, Л.К. Осіпенко та ін. – Київ, 1998. – 24 с.
4. Програма з фізичної та колоїдної хімії для студентів спеціальності 7.110204 “Технологія фармацевтичних препаратів” вищих закладів освіти III-IV рівнів акредитації / В.І. Кабачний, Л.Д. Грицан, Л.К. Осіпенко та ін. – Київ, 2000. – 28 с.
5. Кабачний В.І., Томаровська Т.О., Грицан Л.Д. Програма з фізичної та колоїдної хімії для студентів напряму 6.051401 “Біотехнологія” вищих закладів освіти III-IV рівнів акредитації. – Київ, 2007. – 7 с.
6. Красовский И.В., Вайль Е.И., Безуглый В.Д. Физическая и коллоидная химия. – К.: Вища школа, 1983. – 352 с.
7. Фізична і колоїдна хімія / В.І. Кабачний, Л.К. Осіпенко, Л.Д. Грицан та ін. – Харків: Прапор, Вид-во НФаУ, 1999. – 368 с.
8. Евстратова К.И., Купина Н.А., Малахова Е.Е. Физическая и коллоидная химия. – М.: Высш. шк., 1990. – 487 с.

щорічного проведення ліцензійного інтегрованого іспиту “Крок-1” викладачі кафедри постійно працюють над поповненням банку тестових завдань.

Висновки: 1. Викладання розділу “Фазові рівноваги” студентам вищих фармацевтичних навчальних закладів повинно мати фахову спрямованість. Для ілюстрування навчального матеріалу при проведенні аудиторних занять викладачу необхідно наводити приклади з фармацевтичної та медичної практики, які доцільно брати зі спеціальної літератури з метою відображення сучасного стану наукових досліджень у цій галузі.

2. Самостійне виконання студентами розрахунково-графічних завдань, які складені на підставі фахових літературних даних, дозволяє забезпечити належний рівень їх підготовки до вивчення спеціальних дисциплін.

3. Для забезпечення ефективного контролю якості знань студентів банк тестових завдань потребує постійного оновлення та поповнення з урахуванням останніх досягнень фармації.

Автори вдячні О.О. Мозговій за допомогу в оформленні статті.

9. Стромберг А.Г., Семченко Д.П. Физическая химия. – М.: Высш. шк., 2001. – 527 с.
10. Лебідь В.І. Фізична хімія. – Харків: Гімназія, 2008. – 478 с.
11. Фізична та колоїдна хімія. Лабораторний практикум: Навч. посіб. для студ. вищ. фармац. навч. закладів / В.І. Кабачний, В.П. Колеснік, Л.Д. Грицан та ін. / За ред. проф. В.І. Кабачного. – Харків: Вид-во НФаУ: Золоті сторінки, 2004. – 200 с.
12. Кредитно-модульна система організації навчання у контексті Болонського процесу в Національному фармацевтичному університеті: Навч.-метод. посіб. / В.П. Черних, В.М. Толочко, Л.Г. Кайдалова та ін. – Харків: Вид-во НфаУ, 2004. – 68 с.
13. Фізична та колоїдна хімія. Збірник задач: Навч. посібник для студентів вищ. фармац. закладів освіти / В.І. Кабачний, Л.К. Осіпенко, Л.Д. Грицан та ін. / За ред. проф. В.І. Кабачного. – Харків: Вид-во НФаУ; Вид-во ТОВ “Золоті сторінки”, 2001. – 208 с.
14. Сборник тестовых заданий по физической и коллоидной химии: Учеб. пособие для студентов высш. фармац. учеб. заведений / В.И. Кабачный, Л.Д. Грицан, Л.К. Осіпенко и др. / Под ред. проф. В.И. Кабачного. – Харьков: Изд-во НФаУ, 2007. – 224 с.

УДК 611-018.1/9(075.5)

СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ В ТЕСТОВІЙ ФОРМІ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВУЗІВ З КУРСУ ЗАГАЛЬНОЇ ГІСТОЛОГІЇ

Н.М. Бондаренко, Б.П. Терещук, Є.В. Черешнєва

Донецький національний медичний університет імені М. Горького

THE SITUATIONAL TASKS IN TEST FORM FOR INDEPENDENT WORK OF MEDICAL STUDENTS ON THE COURSE OF GENERAL HISTOLOGY

N.M. Bondarenko, B.P. Tereshchuk, Ye.V. Chereshnieva

Donetsk National Medical University by M. Horkyi

У статті обґрунтовані можливості суттєвого покращення ефективності самостійної позааудиторної роботи студента шляхом розширеного застосування ілюстрованих ситуаційних завдань у тестовій формі для формування системи знань. Поєднання таких завдань з модульним принципом організації педагогічного процесу забезпечують наочність, інформативність й логічність сприйняття навчального матеріалу, а також високий рівень його засвоєння під час вивчення морфологічних дисциплін студентами-медиками.

In the article there have been grounded the possibilities of essential improvement of effective independent out of lecture-hall room student's work by the way of wide use of illustrative situational tasks in test for basing system of knowledge. The combination of such tasks with the modular principle of organization of pedagogical process ensure visualization, information and logical perception of educational material and also high level of mastering in learning of morphological subjects by medical students.

Вступ. Однією з переваг системи ECTS в рамках Болонського процесу є перехід до новітніх освітніх технологій, від пасивних форм навчання до активних [1]. Поняття “освітні технології” на цей час має на увазі широке застосування в навчальному процесі різних способів комп’ютерної візуалізації лекцій та презентацій, тестових форм, використання нових поколінь наочних посібників, а також засобів навчання студентів вирішувати різнопланові завдання з отриманням гарантованого результату [2]. Серед новітніх технологій навчання і контролю знань найбільший інтерес нині приділяється тестовим формам навчання [3]. Нами запропоновано спосіб покращення якості фундаментальної медичної освіти на основі поширеного застосування завдань у тестовій формі, підібраних за тематичним принципом, не тільки для контролю, але й для формування системи знань. При цьому мається на увазі застосування в навчальному процесі не тестів, а завдань у тестовій формі, що стає можливим за умов розуміння викладачем навчаючого потенціалу таких завдань. Навчальні завдання дозволяють активізувати власне навчання, засвоєння навчального матеріалу, саморозвиток, що свідчить про високий навчальний потенціал даних завдань.

© Н.М. Бондаренко, Б.П. Терещук, Є.В. Черешнєва

Розробка великого банку навчальних завдань у тестовій формі відкриває перспективи широкого їх застосування в навчальному процесі, особливо в тій частині, яка має назву самостійна робота.

Основна частина. Масштабне використання широких педагогічних можливостей тестових форм дозволяє вузам ліквідувати в питаннях наукової організації освіти й досягати нових результатів у підвищенні якості підготовки фахівців шляхом впровадження завдань у тестовій формі в поточний навчальний процес, в самостійну роботу і в нове покоління підручників та посібників. Переважаючи на цей час у навчальному процесі тестова технологія призначена лише для контролю результатів навчання, тоді як сучасна концепція освіти передбачає формування у майбутніх випускників-медиків цілого ряду ключових (фундаментальних) компетенцій [4]. Зокрема вивчення морфологічних дисциплін базується на оволодінні цільовими видами діяльності з диференціації структурних елементів клітин, тканин і органів і, врешті-решт, досягненні кінцевих цілей навчання. Стратегія подачі матеріалу в підручниках, що мають на цей час, має суто інформаційний характер, тоді як в гістології більш важливим є закріплення в

пам'яті зорових образів структурних елементів клітин, тканин і органів. В цьому аспекті створення "образу структури" за її словесними описами в підручнику для студента-першокурсника виявляється занадто складною задачею, що потребує знання термінології, певних навичок абстрактного мислення й створення стереологічної композиції. На сьогодні в арсеналі студента є класичні морфологічні атласи (В.Г. Елисеєв і др., 2004; Афанасьєв; О.В. Волкова і др., 1996), що містять окремі базисні ілюстрації і/чи схеми тканин, при цьому вони не несуть мотиваційне навантаження та не адаптовані для самостійної позааудиторної підготовки в рамках кредитно-модульної системи навчання. Створені нашим авторським колективом атласи електронної мікроскопії (Э.Ф. Баринов і др., 1997, 1998) і практикуми для кредитно-модульної системи освіти (Э.Ф. Баринов і др., 1998-2009) призначені ліквідувати невідповідність між змістом навчання й практикою самостійної підготовки студентів, що навчаються. Проте ілюстративний фонд перелічених вище посібників не дозволяє в повному об'ємі забезпечити самостійне оволодіння студентом цільових видів діяльності, і частина роботи виконується в рамках аудиторної самостійної роботи. Враховуючи різний ступінь базисної підготовки студентів та їх індивідуальні можливості сприйняття і запам'ятовування, на відпрацювання професійних навичок з диференційної діагностики тканинних елементів, заснованої на формуванні образу структури, що вивчається, залишається недостатньо часу, оскільки більша його частина витрачається на пошук і замальовування ключових ознак тканини.

В цьому контексті для ефективної позааудиторної (самостійної) підготовки студентів з курсу загальної гістології необхідними є зорієнтовані на практичну діяльність тестові технології, відсутні на цей час, що стало мотивом для створення нами навчального посібника нової конструкції. Саме за допомогою завдань у тестовій формі можна створити сучасні навчальні системи, що опираються на філософію конструкторизму.

Оскільки стратегія подачі навчального матеріалу визначається кінцевими цілями навчання, то в основу посібника закладені тести продуктивного рівня (розвиваючого характеру), які дозволяють сформувати в пам'яті студента, що навчається, зорові образи тканин та їх компонентів, відпрацювати діагностичні навички і професійні вміння. В створених нами навчаючих завданнях кожна структура тканини подається в різних ракурсах на десятках оригінальних мікрофотографій з позначеннями, що дозволяє закріпити зоро-

вий образ морфологічного об'єкта навіть в умовах відсутності гістологічного препарату під час позааудиторної підготовки та уникнути витрачання часу на перегляд не завжди високоякісних та невідповідних навчальним вимогам ілюстрацій в мережі Internet.

Переваги ситуаційних завдань у тестовій формі такої конструкції полягають в тому, що вони:

- дозволяють забезпечити систематизацію знань і виконують навчальну функцію (формують діагностичні навички, вміння бачити морфологічні елементи, а не відтворювати їх на підставі прочитаної інформації в підручнику);

- об'єднують зоровий образ тканини і зміст, завдяки чому навчання набуває конкретної форми;

- надають активного характеру самостійному набуттю знань – студент з самого початку залучається до активної пізнавальної діяльності, що не обмежується оволодінням теоретичних знань, а неодмінно передбачає їх застосування для вирішення проблем діагностики структурних елементів тканин загального значення;

- реалізують засвоєння 1-3-го таксономічних рівнів пізнавальної діяльності студентів;

- завдяки композиції ситуаційні завдання в тестовій формі дозволяють створювати ефективні й технологічні задачі, однаково придатні для контролю і навчання;

- можуть використовуватися для самоконтролю, оскільки вони віддзеркалюють конкретні, а не загальні аспекти дисципліни, що вивчається, супроводжуються вказівками щодо рішення, а також точними і повними відповідями, а тому їх вирішення не потребує додаткової допомоги педагога;

- спрямовані на психолого-педагогічну адаптацію студентів для проходження рубіжного і/чи заключного контролю в тестовій формі;

- дозволяє додатково використовувати посібник якості гістологічного атласу, оскільки містить великий банк мікрофотографій (700 ілюстрацій світлової та електронної мікроскопії клітин і тканин) з поясненнями.

Створена на кафедрі гістології Донецького національного медичного університету "Збірка ситуаційних завдань в тестовій формі з загальної гістології" включає 280 ілюстрованих завдань продуктивного типу і 120 тестових завдань для контролю ефективності засвоєння матеріалу. Термінологія, що використана в завданнях, відповідає Міжнародній гістологічній номенклатурі, а їх тематика охоплює всі базисні питання загальної гістології, викладені в [5].

Кожне ситуаційне завдання продуктивного рівня відповідає формату А, отже складається з умови й

питання до нього. Умова завдання являє собою комбінацію з 2-х частин: текстової та ілюстративної. Вивчення тільки однієї частини умови не дозволяє правильно вирішити ситуаційне завдання, оскільки одна частина (текстова) логічно доповнюється другою (ілюстративною). Наприклад (рис. 1), текстова частина (з правого боку) має вигляд тестового завдання, а ілюстративна (з лівого боку), крім мікрофо-

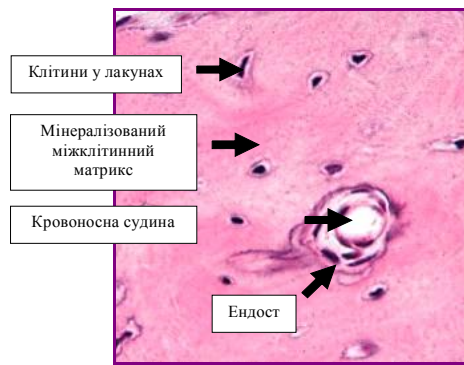


Рис. 1. Структура ситуаційного завдання з гістології.



Рис. 2. Зорові образи в структурі ситуаційного завдання.

Блок контролюючих тестових завдань супроводжує кожен навчальний розділ і включає як текстові завдання, що дозволяють оцінити засвоєння 1-го таксономічного рівня навчання, так і ілюстровані тести, призначені оцінити оволодіння 2-го і 3-го таксономічних рівнів пізнавальної діяльності студентів.

Висновок. Ситуаційні завдання в тестовій формі успішно реалізують задачний підхід до організації позааудиторного навчання, що надає йому більш техно-

графії тканини, містить позначення до рисунка, без врахування яких неможливо знайти правильну відповідь.

У кожному ситуаційному завданні передбачена одна правильна відповідь, яка в текстовій частині виділена кольоровою смужкою, що дозволяє студенту зіставити зоровий образ з ключовими термінами і/чи функціями структур (рис. 2).

СИТУАЦІЙНЕ ЗАВДАННЯ

У препараті виявляється тканина, що складається з позначених на рисунку структурних елементів. Вкажіть різновид даної тканини.

- А. Епітеліальна.
- Б. Кісткова.
- В. Хрящова.
- Г. М'язова.
- Д. Нервова.

СИТУАЦІЙНЕ ЗАВДАННЯ

У дорослої людини в крові виявили лейкоцити, функції яких представлені на рисунку. Визначте даний вид лейкоцита.

- А. Нейтрофіл.
- Б. Базофіл.
- В. Еозинофіл.
- Г. Моноцит.
- Д. Лімфоцит.

логічної й ефективної форми. Це стало можливим за рахунок навчальної, контролюючої, організуючої, діагностуючої і мотивуючої функцій таких завдань. Поєднання використання ситуаційних завдань продуктивного типу з модульним принципом організації навчального процесу забезпечить наочність, інформативність і логічність сприйняття навчального матеріалу, а також високий рівень його засвоєння під час вивчення морфологічних дисциплін студентами-медиками.

Література

1. Вища медична освіта і Болонський процес: Навчально-методичні та інформаційно-довідкові матеріали наради-семінару для науково-педагогічних працівників, аспірантів, магістрантів. – Київ, 2005. – Ч. 1. – С. 97.
2. Аванесов В.С. Основы педагогической теории измерения // Педагогические измерения. – 2004. – Т. 1, № 1. – С. 15-21.
3. Аванесов В.С. Системы заданий в тестовой форме // Педагогические измерения. – 2006. – № 2. – С. 117.

4. Мілерян В.С. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах. – Київ, 2006. – 80 с.
5. Програма з гістології, цитології та ембріології для студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації зі спеціальностей: 7.110101 “Лікувальна справа”; 7.110104 “Педіатрія”; 7.110105 “Медико-профілактична справа”. – Київ, 2005.

УДК 616+614.252:374.6

**ВИКЛАДАННЯ ОСНОВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ЯК ЗАСІБ
ОПТИМІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ МЕДИЧНОЇ
ДІАГНОСТИКИ І ТЕРАПІЇ ФПДО ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО
МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО**

Л.А. Ільницька, І.В. Шумлянський, О.Є. Січкоріз

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр імені В. Поліщука*

**THE TEACHING OF EVIDENCE-BASED MEDICINE FUNDAMENTALS
AS A WAY TO OPTIMIZE THE EDUCATIONAL PROCESS
OF THE MEDICAL DIAGNOSTICS AND THERAPY DEPARTMENT
OF LVIV NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY BY DANYLO HALYTSKYI
POST-GRADUATE FACULTY**

L.A. Pnytska, I.V. Shumlianskyi, O.Ye. Sichkoriz

*Lviv National Medical University by Danylo Halyskyi,
Rivne Regional Clinical Diagnostic Center by V. Polishchuk*

У статті висвітлені питання впровадження основ доказової медицини у навчальний процес, оскільки технології доказової медицини визнані світовим співтовариством як базовий принцип медичної практики, суть якого полягає у використанні якісної клінічної інформації для прийняття клінічного рішення у конкретного пацієнта.

The article describes the issues of implementing of evidence-based medicine fundamentals into the educational process. Evidence-based medicine techniques are recognized by the world community as a basic principle of medical practice, the essence of which is in using of quality clinical information for making a clinical decision regarding a certain patient.

Вступ. На сучасному етапі формується принципово нова концептуальна модель медичної освіти – безперервний професійний розвиток лікарів. Однак навіть найдосконаліша система освіти не може дати спеціалісту впевненості у повноті власних знань і умінь, в продуманій послідовності дій по відношенню до хворого.

В ідеалі практикуючий лікар для вирішення конкретної задачі повинен володіти сучасною інформацією щодо результатів проведених клінічних досліджень існуючих методів лікування та діагностики. Проте потік інформації у сфері медичних наук, кількість опублікованих робіт зростає настільки швидко, що лікар не в змозі ефективно їх відслідковувати. Навчання різних методик ефективного пошуку інформації та її інтеграції є новим напрямком в освіті.

Одним із найважливіших напрямків медичної науки, який отримав розвиток за останнє десятиліття, є доказова медицина [1-6]. Впровадження доказової

медицини вимагає від лікаря вибору найбільш раціональних, ефективних методів діагностики та лікування; регулярного критичного перегляду не тільки даних наукових досліджень та думки експертів, але й особистого досвіду. Значимість постулатів доказової медицини для практичного лікаря важко переоцінити. Адже завдяки їм підвищується ефективність лікування захворювань; вплив на кінцеві точки – досягнення тривалої ремісії, покращання якості життя, зменшення смертності; зменшується ризик появи побічних реакцій і ускладнень від медичних втручань; оптимізується економічне забезпечення фармакотерапії.

Основна частина. Кваліфікація лікаря та її рівень створюється поетапно – під час навчання у вищих медичних навчальних закладах, згодом – на факультетах післядипломної освіти. Постійно триває процес отримання сучасної медичної інформації – з підручників, навчальних посібників, монографій, ме-

© Л.А. Ільницька, І.В. Шумлянський, О.Є. Січкоріз

тодичних вказівок та наукових статей, а також інформаційних даних з мережі “Інтернет”. Однак медична інформація постійно змінюється відповідно до нових даних наукових досягнень і клінічних випробувань. Англійським епідеміологом А. Кокраном було започатковано створення систематичних оглядів аналітичного узагальнення всіх рандомізованих клінічних іспитів з усіх дисциплін та спеціальностей. Систематичні огляди – головний результат діяльності Кокранівського співробітництва. Кокранівські огляди доступні в електронному вигляді за назвою “The Cockrane Database of Systematic Reviews”.

Входження України в міжнародний інформаційний простір означає використання міжнародних клінічних рекомендацій. Для того щоб усвідомити методологію їх розробки, необхідно мати базові знання у галузі клінічної епідеміології. Сучасні епідеміологи визначають клінічну епідеміологію як науку, що дозволяє здійснити прогнозування для кожного конкретного пацієнта на основі вивчення клінічного перебігу хвороби в аналогічних випадках з використанням наукових методів вивчення груп хворих для забезпечення точності прогнозу. Клінічна епідеміологія передбачає вивчення ефективності діагностичних методів, дослідження факторів ризику, методів оцінки ефективності лікування, методологію розробки стандартів і клінічних рекомендацій, принципи використання різноманітних статистичних методів для аналізу результатів клінічних досліджень, інформаційних ресурсів та технологій з доказової медицини. Клінічна епідеміологія і доказова медицина передбачають єдину методологію наукового пошуку на певних етапах вивчення ефективності нових технологій діагностики і лікування, зокрема: на етапі до клінічних досліджень через використання міжнародних стандартів GLP (лабораторної практики); на етапі клінічних досліджень – використання міжнародних стандартів GCP (клінічної практики); на етапі планування і проведення клінічних досліджень, обробки та аналізу їх результатів – використання міжнародних стандартів GSP (статистичної практики). Дані стандарти гарантують отримання достовірних результатів клінічних випробувань, які слугують для створення ефективних технологій діагностики і лікування.

Прикладною метою доказової медицини є створення клінічних рекомендацій. Якщо такі рекомендації визнані співтовариством медичних працівників та затверджені системами охорони здоров'я, то вони набувають статусу стандартів терапії. Будь-які клінічні рекомендації на момент їх затвердження вже мають певний ступінь недосконалості, оскільки не можуть

враховувати ще не узагальнені дослідження. Клінічні рекомендації повинні щорічно поновлюватись. Це досить складне завдання, яке вимагає суттєвих фінансових вкладень. Тому з врахуванням цих проблем кожен лікар повинен критично оцінювати той чи інший стандарт лікування.

Основою доказової медицини про ефекти медичних технологій є дані, отримані в контрольованих клінічних дослідженнях. Основними ознаками високодоказових контрольованих клінічних досліджень є: наявність групи контролю, крім основної групи; застосування в дизайні дослідження елементів “обману” – приховуються дані про характер лікування; рандомізація – довільний вибір пацієнтів для включення їх у дослідну та контрольну групи. Виділяють мало-доказові дослідження (опис випадку, серії випадків); проміжні; високодоказові (дослідження, що включають більше тисячі хворих – подвійні сліпі плацебо-контрольовані). Виділяють наступні рівні доказів: рівень А – дані, отримані у багатоцентрових рандомізованих клінічних дослідженнях; рівень В – дані, отримані у поодиноких рандомізованих і нерандомізованих дослідженнях; рівень С – консенсус думок експертів або невеликих досліджень.

Для успішної підготовки висококваліфікованих спеціалістів необхідним є підвищення рівня навчально-методичної роботи, удосконалення методологічного рівня викладання дисциплін. Завдання викладача на сучасному етапі полягає в тому, щоб ознайомити слухачів з основами доказової медицини та клінічної епідеміології. При викладанні таких дисциплін, як ПАЦ “Терапія”, ТУ “Інструментально-лабораторна діагностика у терапевтичній практиці” на кафедрі медичної діагностики і терапії у навчальні плани включені елементи доказової медицини. Зокрема, конкретні рекомендації з діагностики та лікування всіх нозологічних одиниць супроводжуються коментарем про рівні та класи доказовості. У програму введено 2 години семінарського заняття, на якому з лікарями-курсантами розглядаються питання ролі технологій доказової медицини в сучасних умовах прийняття клінічного рішення. На занятті лікарі-курсанти детально розглядають структуру моделі сучасної клінічної практики. Національний протокол терапії визначає стратегічні принципи лікування, а навички пошуку нової якісної інформації дозволяють лікарю враховувати особливості певної клінічної ситуації, в чому змінити ці принципи, а також виробити тактику лікування конкретного пацієнта. Контроль засвоєння матеріалу здійснюється шляхом тестування лікарів-курсантів. Питання з основ доказової меди-

щини включені у комплексну контрольну роботу для лікарів-курсантів ПАЦ “Терапія”. Комплексна контрольна робота являє собою набір тестових питань, складається з 5 варіантів, кожен з яких містить по 50 питань. Викладачами кафедри створені тестові задачі, які містять декілька варіантів відповідей. Окрім того, в окремих тестах описана конкретна клінічна ситуація, а лікарю-терапевту пропонується прийняти рішення щодо методів діагностики і лікування, враховуючи постулати доказової медицини.

Така структура ситуаційних задач підвищує рівень засвоєння знань, сприяє самостійності мислення, за-

безпечує ефективність, об’єктивність і точність контролю при навчанні лікарів на ПАЦ “Терапія”.

Висновки: 1. Доказова медицина надає практичним лікарям можливість постійно підвищувати свій професійний рівень; обирати ті методи діагностики і лікування, які ґрунтуються на результатах клінічних випробувань, адаптувати їх до конкретних умов і використовувати у повсякденній практиці.

2. Впровадження основ доказової медицини в систему післядипломної освіти забезпечує підготовку висококваліфікованих спеціалістів, які повинні поєднувати індивідуальний клінічний досвід з доказами, отриманими шляхом систематизованих досліджень.

Література

1. Епідеміологічні методи вивчення неінфекційних захворювань: Навчальний посібник / В.М. Лехан, Ю.В. Вороненко, О.П. Максименко та ін. – Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС, 2004. – 184 с.

2. Скакун М.П. Основи доказової медицини. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 242 с.

3. Скакун М.П. Доказова медицина: що, де і як викладати у медичних ВНЗ // Медична освіта. – 2005. – № 1. – С. 4-9.

4. Воробьев К.П. Доказательная медицина – новая мето-

дология медицинской практики. Часть I. Мотивации врача и исследователя при изучении доказательной медицины // Украинский медицинский альманах. – 2005. – № 2. – С. 32-36.

5. Воробьев К.П. Доказательная медицина – новая методология медицинской практики. Часть II. Сущность доказательной медицины // Украинский медицинский альманах. – 2004. – № 6. – С. 142-146.

6. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – М.: Медиа Сфера, 2001. – 392 с.

УДК 615.12-057.4]001.76

ПРОВЕДЕННЯ ЗАХОДІВ ДЛЯ ПОДАЛЬШОГО ВДОСКОНАЛЕННЯ НАВЧАННЯ ПРОВІЗОРІВ-ІНТЕРНІВ НА БАЗАХ СТАЖУВАННЯ

І.М. Білай, В.І. Дарій, О.А. Рижов, Т.С. Райкова, І.В. Бушуєва, В.О. Демченко, Т.П. Зарічна, М.В. Білоус, Н.В. Кандибей, Є.С. Пругло

Запорізький державний медичний університет

MEASURES FOR FURTHER IMPROVEMENT OF PHARMACEUTICAL CHEMISTS – INTERNS TRAINING ON PROBATION BASES

I.M. Bilay, V.I. Dariy, O.A. Ryzhov, T.S. Raykova, I.V. Bushuyeva, V.O. Demchenko, T.P. Zarichna, M.V. Bilous, N.V. Kandybey, Ye.S. Pruhlo

Zaporizhian State Medical University

У роботі показано подальше вдосконалення навчання провізорів-інтернів на базах стажування фармацевтичними кафедрами факультету післядипломної освіти Запорізького державного медичного університету.

Further improvement of pharmaceutical chemists – interns training on probation bases by pharmaceutical departments of post-graduate education faculty in Zaporizhian State Medical University has been shown in this work.

© І.М. Білай, В.І. Дарій, О.А. Рижов та ін.

Вступ. Інтернатура є обов'язковою формою післядипломної підготовки випускників фармацевтичних факультетів вищих медичних навчальних закладів та Національного фармацевтичного університету. Основними завданнями інтернатури є підвищення рівня практичної підготовки випускників вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти III-IV рівня акредитації, їх професійної готовності до самостійної провізорської діяльності [1, 3-7].

Основна частина. Для подальшого вдосконалення навчання провізорів-інтернів на базах стажування фармацевтичними кафедрами факультету післядипломної освіти Запорізького державного медичного університету проведено ряд заходів. Так, підготовка до загального циклу інтернатури була розпочата кафедрами та деканатом факультету під час навчання майбутніх провізорів-інтернів на 5 курсі. З цією метою була підготовлена і прочитана лекція на тему "Інтернатура і порядок її проходження" (доцент Т.С. Райкова). Лекція була проведена у режимі конференції. Студентам були доведені вимоги до термінів навчання в інтернатурі, організаційні моменти в оформленні договорів з урахуванням контрактної або бюджетної форм навчання, щодо навчання у заочному періоді.

Щодо контролю навчального процесу в заочному періоді в м. Запоріжжі співробітниками кафедр фармацевтичного профілю був розроблений і здійснений ряд контрольних заходів. На засіданнях кафедр проведено обговорення аптек – баз стажування провізорів-інтернів, закріплених Запорізьким КП "Фармація". Разом з деканатом ФПО розроблений і затверджений графік щомісячних контрольних відвідувань викладачами кафедри клінічної фармації, фармакотерапії і управління та економіки фармації ФПО. У м. Запоріжжі 43 провізори-інтерни проходили стажування у 8-ми аптечних закладах (аптека № 4 КП "Примула", міська багатопрофільна дитяча лікарня № 5, багатопрофільна клінічна лікарня № 9, аптека № 221 КП "Примула", аптека № 107, аптека № 212 обласної клінічної лікарні, аптека № 9 КП "Примула", аптека № 205 лікарні швидкої допомоги).

Для проведення контрольних відвідувань були залучені всі викладачі кафедри клінічної фармації, фармакотерапії і УЕФ ФПО: зав. кафедрою І.М. Білай (аптека № 107, 205), доцент Т.С. Райкова (аптека № 212, № 9), доцент І.В. Бушуєва (аптека № 4), ст. викладач Т.П. Зарічна (аптека клінічної лікарні № 9), асистент Р.В. Стець (аптека № 221), асистент В.О. Демченко (аптека дитячої лікарні № 5), а також викладачі кафедри фармакогнозії, технології ліків і фарма-

цевтичної хімії ФПО: зав. каф. проф. О.В. Мазулін, доцент Г.Т. Андреева, доцент Л.І. Бородин, старший викладач П.А. Логвін, асистент Г.Т. Смайловська. Були складені графіки перевірки проходження інтернатури по заочному циклу провізорами в аптеках м. Запоріжжя. Контрольні відвідування проводилися регулярно 2 рази на місяць.

У результаті контрольних відвідувань встановлено, що в цілому робота провізорів-інтернів на робочих місцях задовільна. Більшість з них сумлінно ставляться до виконання завдань стажування, вчасно і якісно заповнюють щоденники інтерна, добре засвоюють практичні навички роботи. Необхідно відзначити, що провізори-інтерни за звітний період не допускали порушень трудової дисципліни, якісно оформляли звітну документацію. Кожним провізором-інтерном заповнено індивідуальний графік проходження інтернатури та виконувався перелік теоретичних знань і умінь, практичних навичок, якими повинен оволодіти провізор-інтерн на базі стажування. Всі ці заходи затверджені керівником інтерна та виконувалися відповідно до графіка заочного циклу навчання.

Всі провізори-інтерни під час заочного навчання виконували свої професійно-посадові функції в обсязі 50 % навантаження провізора, брали участь в семінарах, конференціях, які проводилися в аптечних установах. В адміністративному відношенні інтерни підпорядковувалися керівництвом базових установ.

У процесі контролю за виконанням плану і програми інтернатури (залік, рубіжний контроль) керівники підготовки інтернів оцінювали засвоєння інтерном теоретичних положень з фармації, його світогляд, уміння застосовувати отримані знання у практичній діяльності.

Після закінчення заочного циклу підготовки в інтернатурі провізори-інтерни були направлені на очні цикли навчання в Запорізький державний медичний університет на факультет післядипломної освіти, де продовжили навчання в очних циклах для кінцевої атестації по визначенню рівня знань і практичних навичок з присвоєнням звання спеціаліста з фаху "Загальна фармація". Кожного інтерна при проходженні інтернатури на кінцевому етапі націлюють на комп'ютерний контроль знань та вмінь, оцінку вмінь та рівня оволодіння практичними навичками, співбесіду для підсумкового контролю рівня засвоєння програми.

З метою кращої поінформованості про законодавче регулювання організації процесу навчання в інтернатурі був розроблений викладачами клінічної фармації, фармакотерапії і УЕФ ФПО та затверджений Центральною методичною радою університету

Збірник законодавчих актів з організації навчання в інтернатурі (для студентів фармацевтичних факультетів і провізорів-інтернів). Збірник був тиражований для студентів 5 курсу. На 2009 рік збірник включений кафедрою до списку матеріалів, які рекомендовані до випуску ЦМРУ.

Під час проходження заочного циклу на базі аптечного закладу всі провізори-інтерни щотижнево заповнювали щоденник, який в повному обсязі відображає виконану роботу із п'яти розділів: управління і організація фармації, технологія ліків, фармацевтичний аналіз лікарських засобів, фармакогнозія і клінічна фармація. Всі інтерни склали звіт про роботу в заочний та очний цикл навчання. На кожного інтерна написана характеристика керівників бази стажування. Оскільки щоденник є офіційним документом, який повинен вестися належним станом, його надавали для перевірки керівникам навчання з боку аптечного закладу, а потім і викладачам наших кафедр. Цей документ здавався інтернами на співбесіді підсумкового контролю рівня засвоєння програми.

З урахуванням пропозицій викладачів фармацевтичних кафедр ФПО в щоденник провізора-інтерна внесені зміни. Враховуючи специфіку дисциплін спеціалізації, роботу профільних кафедр, є пропозиція, щоб щоденник був розділений на блоки. Це дасть можливість корегувати перелік завдань і робочі матеріали частіше по мірі змін, які виникають в організації роботи аптечних установ, вимог законодавства та інших питань. При цьому слід зазначити, що виникає необхідність визначити, де зберігати прийняті матеріали, яким чином приймати такий документ як індивідуальний план проходження інтернатури, який повинен включати плани інтернатури усіх дисциплін і є документом особливого зберігання – терміном 5 років.

Заочний цикл інтернатури у 2008 році розпочався у два етапи. Перший з 1-го квітня – до нього приступили 93 інтерни, які навчалися на заочному факультеті нашого університету та НФаУ. Другий етап з 1 серпня. Контракти заключили – 295. Всього 388 інтернів.

Треба сказати, що кількість провізорів-інтернів, які навчаються в інтернатурі на базі нашого університету, постійно зростає.

Так, за період 2004-2008 рр. кількість провізорів-інтернів збільшилася значно з 216 до 343 осіб (на 58 %).

Якщо порівнювати динаміку зростання по потоках, то, як видно за період 2004-2008 рр., кількість провізорів-інтернів зросла з 70-117 до 215 осіб на I потоці (на 207 %) і відповідно з 99 до 171 осіб на II потоці (на 72,7 %).

В той час, кількість провізорів-інтернів на бюджетній основі зменшилась за період 2006-2008 рр. з 54-62 осіб до 17 осіб (на 72,6 %). На контрактній основі, навпаки, збільшилась кількість інтернів з 121 до 198 осіб (на 63,6 %).

Зазначимо, що питання контролю навчання провізорів-інтернів на базах стажування повинно розглядатися з точки зору нормативних документів, якими встановлено, що під час заочного циклу навчання контроль здійснюють керівник ВО "Фармація", відповідальний за інтернатуру на базі стажування, керівник провізорів-інтернів на базі стажування. Від вищого навчального закладу ці питання виконує деканат ФПО. Профільні кафедри повинні здійснювати контроль за роботою баз стажування, які закріплені за кафедрою.

У 2008 році на базах стажування м. Запоріжжя проходили навчання 22 провізори-інтерни (бюджетники).

Як уже було зазначено, контроль проходження заочного циклу на базах стажування проводиться регулярно у місті Запоріжжі викладачами наших кафедр.

Але певні труднощі для цього контролю є на базах стажування, які розташовані у Запорізькій області та інших містах та областях України, закріплених за Запорізьким державним медичним університетом: Донецька, Дніпропетровська, Миколаївська, Херсонська області, Республіка Крим, м. Севастополь. Також складно контролювати бази стажування, які знаходяться у Києві чи Західній Україні. Проте під час проведення курсів підвищення кваліфікації провізорів викладачі намагаються контролювати проходження заочного циклу на базах і за межами Запорізької області.

Вбачається перспективним впровадження в оптимізацію заочного циклу провізорів-інтернів дистанційного навчання безпосередньо на базах стажування з основних дисциплін: клінічна фармація і фармакотерапія, управління та економіка фармації, фармакогнозія, технологія ліків і фармацевтична хімія [2].

Позитивним є те, що з травня 2007 року було відкрито ще одну кафедру фармацевтичного профілю ФПО клінічної фармації, фармакотерапії і УЕФ. Це дає змогу покращити навчання в інтернатурі провізорів-інтернів, контролювати виконання плану і програми з окремих дисциплін.

Треба сказати, що кафедри фармацевтичного профілю ФПО активізували роботу щодо складання тестових завдань для комп'ютерного тестування, відповідних методичних матеріалів для заочного та очного циклів навчання.

Ці питання набувають особливої актуальності у зв'язку з тим, що у провізорів-інтернів дуже обмежені можливості користуватися бібліотечним фондом ЗДМУ, особливо в заключний період навчання в інтернатурі.

Велику увагу кафедрам фармацевтичного профілю треба приділяти університетському сайту, де постійно необхідно поновлювати матеріали для підготовки провізорів-інтернів не тільки в очному, а, більш того, у заочному періодах навчання.

Література

1. Вороненко Ю. В. Фактори реформування післядипломної освіти / Ю. В. Вороненко, О. П. Минцер // Проблеми безперервного розвитку лікарів і провізорів: матеріали науково-методичної конференції з міжнародною участю. – К., 2007. – С. 27-29.
2. Минцер О. П. Трансфер знань при дистанційних формах обучения / О. П. Минцер // Матер. наук.-практ. конф. “Актуальні питання дистанційної освіти та телемедицини”. – Запоріжжя, 2008.
3. Методичні основи підготовки і проведення навчальних занять в медичних вузах : методичний посібник. – К. : Хрещатик, 2007. – 76 с.
4. Ковальчук Л. Я. Концептуальні підходи до інтегрального середовища оцінки знань у медичній освіті / Л. Я. Ко-

вальночук, А. В. Марценюк, А.В. Семенець // Клин. информат. и телемед. – 2008. – Т. V., вып. 5. – С. 71-76.

Висновок. Тільки злагоджена робота кафедр ФПО та фармацевтичних закладів, викладачів, провізорів-інтернів та їх керівників буде покращувати контроль за станом навчального процесу на базах стажування в заочний період.

вальчук, А. В. Марценюк, А.В. Семенець // Клин. информат. и телемед. – 2008. – Т. V., вып. 5. – С. 71-76.

5. Поляченко Ю. В. Медицинское образование в мире и Украине / [Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерий, А. П. Волосовец и др.] – Х. : ИПП “Контраст”, 2005. – 464 с.

6. Торхова Т. В. До питання самостійної роботи провізорів-інтернів за спеціальністю “Загальна фармація” / Т. В. Торхова, Р. С. Коритнюк, К. Л. Давтян [та ін.] // Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір: матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції. – Тернопіль : ТДМУ, 2009. – 314 с.

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

УДК 614.253+614.23

ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТА СУБОРДИНАТОРІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

М.В. Гребеник, О.І. Криський, Л.С. Бабінець, В.М. Творко

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

DEONTOLOGICAL ASPECTS OF PRACTICAL WORK OF DOCTORS- INTERNS' AND SUBINTERNS' OF THERAPEUTIC TYPE

M.V. Hrebenyk, O.I. Kryskiv, L.S. Babinets, V.M. Tvoriko

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті подано аналіз деонтологічних аспектів практичної роботи лікарів-інтернів та субординаторів терапевтів.

The analysis of deontological aspects of practical work of doctors-interns' and sub interns' of therapeutic type is given in the article.

© М.В. Гребеник, О.І. Криський, Л.С. Бабінець, В.М. Творко

Вступ. Своє практичне застосування етика медичного працівника знаходить у конкретних моральних принципах, що визначають його ставлення до хворої людини в процесі спілкування з нею, її родичами, колегами по роботі. Весь цей моральний комплекс прийнято називати терміном “деонтологія”, що походить від грецького “deon” – обов’язок і “logos” – вчення. Таким чином, деонтологія – це вчення про обов’язок лікаря, сукупність етичних норм, необхідних йому для виконання своїх професійних обов’язків. Іншими словами, деонтологія – це практичне втілення морально-етичних принципів у діяльність лікарів, середнього і молодшого медичного персоналу. Вона направлена на створення максимально сприятливих умов для ефективного лікування хворих.

Саме деонтологія формує ті положення, що стосуються суті лікарської діяльності, її специфіки і становлення [2]. Завдяки їй логічно обґрунтовуються рекомендації, якими лікар повинен керуватись, формуючи в себе лікарське сприйняття щодо суспільства, своєї професії, своїх помилок і успіхів, пацієнтів і колег по роботі.

Основна частина. Медична деонтологія, що покликана регламентувати діяльність медика під кутом зору інтересів хворої людини, включає в себе різні аспекти його роботи, в тому числі: етичні, моральні принципи, правове вирішення конфліктних ситуацій. У сферу лікарської деонтології входять питання, пов’язані з лікувальною тактикою, стосунками “лікар – пацієнт”, поняттям про лікарську таємницю, колегіальність лікарів.

У наш час виділяють загальну деонтологію, яка розглядає моральні аспекти лікарської діяльності в загальноетичному, соціальному та історичному плані, і окремо деонтологію конкретної клінічної дисципліни (деонтологія в хірургії, терапії, педіатрії і т. п.).

Майбутній лікар, навчаючись в університеті, набуває багато знань з різноманітних предметів. Це – основа його професійної діяльності. Деонтологія є обов’язковою взаємно зв’язуючою ланкою між лікарем і пацієнтом. Це – запорука успіху лікаря і його авторитету.

На завершальних етапах додипломної освіти та в інтернатурі ми звертаємо увагу молодих лікарів на такі моделі спілкування лікаря і пацієнта [3]:

- інформаційна (неупереджений лікар, повністю незалежний пацієнт);
- інтерпретаційна (переконливий лікар);
- дорадча (довіра і взаємна згода);
- патерналістська (лікар-опікун).

Саме субординатори і лікарі-інтерни найбільше навчального часу проводять із хворими. Ми провели

анкетування серед лікарів-інтернів циклу “Загальна практика – сімейна медицина” щодо їхніх уявлень і навичок використання деонтологічних принципів у роботі лікаря терапевтичної практики. Нас цікавили, зокрема, такі аспекти: “лікар-пацієнт”, “лікар і оцінка його досягнень”.

Виявилось, що всі інтерни правильно трактують такі поняття, як: взаємне порозуміння між лікарем і пацієнтом, повага до пацієнта і до лікаря, розуміння почуття. 25 % опитаних вважають, що не менш важливим є вміння заставити хворого беззастережно виконувати настанови лікаря. Це, на їхню думку, вивільняє додатковий час для професійної діяльності лікаря і роботи з медичною документацією.

Як з’ясувалось, досить проблемним у субординаторів та лікарів-інтернів є поняття співчуття лікаря до пацієнта. На запитання “Пацієнт для лікаря є: а) хворим; б) людиною, яка страждає; в) вашим ближнім?” всі інтерни відповіли: хворим. Очевидно, молодим лікарям важко зуміти поставити себе на місце хворого і поглянути на світ його очима. Більше того, вони не розуміють, навіщо це робити. Зауважмо, що досвідчені лікарі добре знають основні чинники, що полегшують спілкування із пацієнтом: прихильність співбесідників один до одного; взаєморозуміння між ними; достатній час для спілкування; вміння говорити ясно і лаконічно, не відхиляючись від теми [1]. Вони ж є і деонтологічними принципами. Але юнацький максималізм нівелює цей фактор.

Цікавим виявилось і те, що найважче майбутнім лікарям спілкуватись із хворими було на III курсі навчання, встановлювати контакт стало реальним лише на V курсі, а знаходити індивідуальний підхід – лише навчаючись в інтернатурі.

На запитання “З якими хворими найтяжче спілкуватись?” отримали дуже різні відповіді. Інтерни виділили такі категорії пацієнтів: похилого віку, хворі із невротичними розладами, тяжко і онкохворі, жінки в постменопаузі. А от до найтяжчих терапевтичних відділень 90 % опитаних зарахували гематологію. З нашого досвіду зазначимо, що лікарям-інтернам складно спілкуватись з пацієнтами-однолітками, особливо, якщо лікар і пацієнт протилежної статі. Очевидно, в даній ситуації у пацієнта-ровесника немає сприйняття молодшої особи як лікаря через відсутність різниці віку.

Одне із наших запитань було таке: “Чи потрібно враховувати думку пацієнта в лікуванні?” 60 % опитаних відповіли – не завжди, 20 % – не всіх пацієнтів, 20 % – так, враховувати. Це свідчить про те, що молоді лікарі більше схиляються до інтерпретаційної

моделі спілкування лікаря і пацієнта (тобто домінує переконливий лікар), ніж до дорадчої.

Нас цікавило також, чи може лікар-інтерн переконати пацієнта в проведенні складних інструментальних обстежень і як саме. 60 % опитаних відповіли – так, 40 % – не завжди (хоча і аргументували своє переконання). А ось на запитання “Чи вмієте Ви спілкуватись з родичами пацієнтів?” всі лікарі-інтерни відповіли: ні.

Більшість майбутніх лікарів сприймають призначення і маніпуляції лікаря тільки з позитивної сторони і очікують чудесного, швидкого видужання пацієнта. Хоча відомо, що деколи лікування може бути не безпечнішим за хворобу. Мова йде про побічну дію ліків, негативні ефекти за наявності поліпрагмазії, невідповідність між прогнозованою користю і можливим ризиком від медичного втручання. Одним із найважливіших в діяльності лікаря був і залишається принцип *primum non nocere*. З досвіду зазначимо, що вже перший рік самостійної роботи молодого лікаря докорінно змінює такі погляди.

В умовах технізації медицини і прогресу фармакології суттєво зросло значення принципу “не нашкодь”. Технічний прогрес дає можливість лікарю більш активно втручатись у природу людини, що так чи інакше пов’язано із ризиком нанести їй шкоду. Виникає ситуація морального конфлікту (“не нашкодь” і “активно втручайся”). Як зробити правильний вибір лікаря, особливо молодому? В будь-якому випадку він буде визначатись найважливішою моральною вимогою: завдати хворому найменше зла.

Все більш складними і опосередкованими стають у сучасних умовах технізації і спеціалізації медицини

зв’язки між лікарем і хворим. Створюються, на жаль, об’єктивні можливості для знецінення особистого підходу до хворого. За відсутності певних ідейних і моральних якостей у лікаря ця можливість може перетворитись у дійсність.

На це звертає увагу і ВООЗ, вказуючи, що змістом існування медицини є і залишається хвора людина, хоча в результаті всезростаючої вузької спеціалізації в медицині з’явилась тенденція, що відводить лікаря від сприйняття хворого як єдиного цілого.

Ми також поцікавились, над чим потрібно найбільше працювати в субординатурі та інтернатурі. З’ясувалось, що на VI курсі студентів більше цікавить вміння комплексно обстежувати хворого, а в інтернатурі – завоювання ними авторитету як лікаря, а не студента чи практиканта, вміння спілкуватись із невротичними хворими та хроніками, синтезувати отримані дані в діагноз. З нашого досвіду відмітимо, що сприятливий вплив на лікарів-інтернів справляє їх представлення викладачем перед хворими як дипломованих молодих лікарів, які продовжують навчання.

У ТДМУ імені І.Я. Горбачевського впроваджено алгоритм контролю за оволодінням практичними навичками із урахуванням вимог деонтології: вираз обличчя лікаря, форма звертання та ін. Це широко практикується в ході педагогічного процесу як на VI курсі під час матрикуляції, так і в інтернатурі під час складання заліку з практичних навичок.

Висновок. Деонтологічні аспекти практичної роботи лікарів-інтернів та субординаторів слід вважати важливими і реальними факторами формування особистості майбутнього фахівця.

Література

1. Вітенко І.С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. – Харків: Золоті сторінки, 2002. – 388 с.
2. Гудивок В.І. Психологічно-деонтологічні аспекти

лікарської діяльності // Архів клінічної медицини. – 2004. – №2 (6). – С. 90-92.

3. Алгоритми спілкування студентів (лікарів) з пацієнтами (методичні рекомендації) / Л.Я. Ковальчук та ін. – Тернопіль: ТДМУ, 2009. – 40 с.

ОСНОВИ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ І БОЛОНСЬКИЙ ПРОЦЕС

В.М. Василюк, Л.П. Боднар, Л.П. Мартинюк, Л.В. Наумова, Л.В. Радецька,
Н.В. Кравчук, В.В. Василюк, Т.В. Лихацька, І.В. Смачило, М.Є. Гаврилюк

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

THE FOUNDATIONS OF CLINICAL THINKING AND BOLOGNA PROCESS

V.M. Vasyliuk, L.P. Bodnar, L.P. Martyniuk, L.V. Naumova, L.V. Radetska,
N.V. Kravchuk, V.V. Vasyliuk, T.V. Lyhatska, I.V. Smachylo, M.Ye. Havryliuk

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Клінічне мислення – це своєрідна розумова діяльність лікаря, яка передбачає особливі форми аналізу та синтезу, пов'язані із необхідністю зіставити загальну картину хвороби з виявленим симптомокомплексом захворювання, а також швидке і своєчасне прийняття рішення про природу захворювання. Виходячи із єдності усвідомлених та не усвідомлених логічних та інтуїтивних компонентів досвіду, клінічне мислення – складний діалектичний суперечливий процес, оволодіння яким є однією із найскладніших і важливих задач вищої медичної освіти.

Введення в навчальний процес нових інформаційно-комп'ютерних технологій навчання та безпосереднє обстеження хворого в палаті суттєво підвищили мотивації студентів до навчання, підвищили їх успішність та клінічне мислення. Ступенем оволодіння принципами клінічного мислення (а це залежить від особистого досвіду, пройдені школи, знання теорії медицини) і визначається кваліфікація лікаря.

Clinical thinking is a doctor's specific thinking activity, which foresees particular types of analyses and syntheses enabling to compare the disease general picture to the revealed complex of its symptoms as well as to determine quickly and timely its origin. Proceeding from the unity of realized and unrealized logical and intuitive components of experience, clinical thinking is a complicated contradictory process and to master it is one of the most difficult and important tasks of the medical education. From the organization and economic points of view the quickest and the simplest way of improving the doctor's skill is not in using modern diagnostic apparatuses and new methods of investigations but in applying rational clinical thinking by the doctor of any specialty. The doctor's skill is determined by the degree of mastering the principles of clinical thinking, which depends on his own experience, the knowledge obtained and the theory of medicine learned.

Вступ. Незаперечною перевагою Болонської системи навчання є стандартизація адміністративних вимог, зближення навчальних планів та концепцій, – все, що дозволяє неодноразово змінювати освітній заклад як всередині, так і поза межами країни, не перериваючи процесу навчання в часовому вимірі (тобто декларована в опорних документах), мобільність студентів та викладачів [1].

Стан здоров'я нації є важливою соціальною проблемою. Первинна і вторинна профілактика зможе продовжувати важливий напрямок у боротьбі з передчасною смертю та втратою працездатності. Надзвичайно відповідальна місія лікаря під час проведення цих заходів вимагає набуття у студентів лікувального профілю сучасного клінічного мислення й світогляду, бо профілактична медицина є тією галуззю медицини, мета якої полягає в запобіганні захворюванню [6].

Надання медичної допомоги при захворюваннях, екстремальних випадках, травмах, отруєннях; профілактика всіх захворювань, в т. ч. інфекційних, ВІЛ-інфекції, туберкульозу; ефективне збереження та відтворення здоров'я нації. Ці напрямки пов'язані з підготовкою лікарів, які зможуть виконати ці завдання, вдосконалюючи своє клінічне мислення [7, 8].

Основна частина. Клінічне мислення – це своєрідний вид діяльності лікаря, який передбачає особливі форми аналізу та синтезу, пов'язані з необхідністю зіставити загальну картину хвороби з виявленим симптомокомплексом захворювання, а також швидке і своєчасне прийняття рішення про природу захворювання. Виходячи з єдності усвідомлених та не усвідомлених логічних і інтуїтивних компонентів досвіду, клінічне мислення – складний діалектичний суперечливий процес, оволодін-

ня яким є однією із найскладніших і важливих задач медичної освіти.

На кафедрі внутрішньої медицини створені умови, необхідні студентам для успішного навчання [1, 3].

Удосконаленню (поглибленню) клінічного мислення служить впровадження нових технологій навчання – використання комп'ютерної техніки, розробки структурно-логічних систем, тестових завдань. Основну увагу студентів спрямовано на підготовку до складання іспиту “Крок-2” – внутрішні хвороби [2].

Для розпізнавання хвороб студенти, крім фізичних, інструментальних та лабораторних методів обстеження, використовують клінічне мислення [4, 5, 9]. Основні принципи діагностичного мислення: симптомний, синдромний, алгоритму, нозологічний. Специфіка клінічного мислення визначається такими обставинами: особистістю об'єкта пізнання (здоровий чи хворий); специфікою завдання – необхідністю установлення психологічного контакту з обстежуваною особою, наданням психотерапевтичної допомоги хворому. Специфіка клінічного мислення вимагає особливих шляхів його формування – навчання в клініці. Від студента-діагноста повсякденна праця вимагає тонкої і точної спостережливості: вміння і здатності побачити ознаку, синдром та оцінити їх діагностичне значення. Це може зробити тільки той фахівець, який знає про ці ознаки (про цю семіотику) і має аналітико-синтетичний тип сприйняття та спостереження (побачити не тільки ознаку, але й клінічну картину захворювання в цілому, вміти її верифікувати), включити їх в логічну дидактичну схему і дати їм патогенетичне обґрунтування [3, 17].

Процес діагностики має бути найбільш економним стосовно грошей і часу та безпечним для здоров'я особи. Принципи клінічного діагностичного мислення мають бути найбільш універсальними, дозволяючи за єдиною методологією діагностувати будь-яку патологію всіх органів і систем людини. У процесі діагностики використовують доказові методи обстеження і найменш обтяжливі для хворого. У тих випадках діагностики, коли окремі симптоми, синдроми є недостатніми, переходять до сучасних дорогих інструментальних методів дослідження (комп'ютерна томографія, біопсія органа тощо) [7, 8, 12].

Діагностика як наукова дисципліна складається із трьох основних розділів: 1) вивчення методів спостереження за хворим – лікарська діагностична техніка; 2) вивчення діагностичного значення симптомів хвороб – семіологія; вивчення особливостей клінічного мислення при розпізнаванні захворювання – методика діагнозу [2, 6]. Діагнози за методами побудо-

ви: 1) діагноз прямиий, або за аналогією; 2) диференційний діагноз (зокрема діагноз шляхом виключення); 3) синтетичний діагноз, або повний (діагноз хвороби і хворого); 4) діагноз шляхом спостереження; 5) діагноз за лікувальним ефектом. За часом виявлення захворювання розрізняють діагнози: 1) ранній; 2) клінічний; 3) ретроспективний; 4) посмертний [14]. За ступенем обґрунтування: 1) діагноз попередній; 2) діагноз кінцевий; 3) діагноз під питанням – до верифікованого діагнозу [10, 11, 19].

Діагностичний пошук – найважливіша частина діяльності лікаря, і в цьому напрямку відводиться надзвичайно багато часу й уваги на різних курсах навчання у вузі. Студентів навчають різних діагностичних прийомів і методів, семіотики, фізичних методів обстеження (основа клінічного мислення – анамнез, огляд, пальпація, перкусія, аускультация), клінічної інтерпретації результатів лабораторних та інструментальних досліджень, методики проведення диференційного діагнозу. Без цих знань немислимий діагностичний творчий пошук [16, 17, 18]. Лікувальний напрямок клінічного мислення стосується побудови найбільш раціонального плану лікування, вибору засобів і методів, які характеризуються найвищою ефективністю в кожному конкретному випадку. Головними методами навчання клінічного мислення є лекції і практичні заняття, клінічні, патолого-анатомічні конференції, заняття в тематичних гуртках, науково-дослідна робота, праця з підручниками, монографіями, Інтернетом, журналами з наступним обговоренням їх з викладачем. Процес клінічного мислення багатогранний. Він базується на певному досвіді і результатах попереднього навчання, індуктивному і дедуктивному мисленні, інтерпретації фактів, відтворення і цінність яких непостійні, та на інтуїції. Для оптимізації клінічного мислення було прийнято низку спроб з метою проведення можливого кількісного аналізу багатьох початкових чинників, включаючи визначення пізнавальних підходів (семіотика), які використовуються лікарями для вирішення важливих проблем, розробку комп'ютерних систем, підтримку прийняття рішень, які можуть виділяти найбільш важливий елемент у діагностичному процесі, та застосування теорії прийняття рішення щодо конкретного хворого [7, 12].

Етапи клінічного мислення та прийняття рішення включають: деталізацію скарг хворого, анамнезу, результатів фізичного обстеження всіх органів та систем; наявність діагностичних тестів, кожен із яких має певну точність та інформативність. Зіставлення їх з результатами лабораторних та інструменталь-

них досліджень для уточнення діагнозу та проведення диференційного діагнозу; порівняння оцінки ризику і переваг альтернативних варіантів подальших досліджень; складання плану лікування стосовно установленого діагнозу та з урахуванням фінансових можливостей пацієнта [13]. Однак досвідчені клініцисти починають створювати гіпотезу діагнозу на тлі основних скарг і перших відповідей пацієнта на запитання, ставлячи наступні в такому порядку, який дозволить їм оцінити первинну гіпотезу і при необхідності скоротити або внести поправки в перелік можливих діагнозів. Одночасно можна розробляти тільки обмежену кількість діагностичних гіпотез, і для підтвердження або заперечення їх часто використовується одна і та ж інформація [14]. Оскільки виявлення ключових діагностичних критеріїв є наріжним каменем клінічного мислення, то для розробки статистичних підходів до поліпшення діагностичного прогнозування використовується накопичений клінічний досвід кожного лікаря. У подібних дослідженнях ідентифікують факти, які перебувають в універсальній кореляції з тим чи іншим діагнозом. Потім ці універсальні кореляції можуть бути включені в багаточинниковий аналіз, що дозволяє визначити, які з них є вірогідними і незалежними предикторами діагнозу. Деякі види аналізу дозволяють ідентифікувати важливі чинники передбачення діагнозу і потім визначити їх значення, яке може бути при подальшому математичному розрахунку трансформовано у вірогідність. З іншого боку, аналіз дозволяє виділити обмежену кількість категорій пацієнтів, кожна з яких має певну вірогідність наявності того чи іншого діагнозу [15, 16].

Синдромний принцип діагностики полягає в розпізнанні та розмежуванні захворювань, в його царині клінічне мислення пов'язане з патологічними процесами і хворобами, що мають спільний провідний синдром. Перевага синдромного принципу клінічного мислення полягає в тому, що синдроми відрізняються один від одного і діагностична помилка неможлива. Названий етап клінічного мислення є максимально ефективним для встановлення точного діагнозу [2].

Алгоритм діагностики (АД) – пунктуальний загальноприйнятий етап виконання в певній послідовності розумових операцій та дій для встановлення діагнозу тих захворювань, що проявляються провідним синдромом. Алгоритм клінічного мислення має низку принципів особливостей, що дозволяє при мінімумі його етапів віддиференціювати всі найбільш поширені хвороби, які проявляються названим синдромом. Цей АД опирається тільки на певний син-

дром, який містить найбільш ключові симптоми, що мають вирішальне значення в диференційній діагностиці захворювання. Названий алгоритм відповідає етапам клінічного мислення лікаря. Головною метою АД є встановлення доказового діагнозу найкоротшим шляхом. Ось чому цей АД містить мінімум ключових ознак, які розміщені в певній послідовності. АД на кожному етапі має розгалуження, стосовно якого формується клінічне мислення лікаря. На кожному етапі АД проводять диференційну діагностику тільки одного або невеликої групи споріднених симптомів (синдромів) і дають однозначну відповідь. Після кожного етапу АД необхідно зробити висновок. В останньому визначають вірогідність, яка в подальшому віддиференціюється одна від одної. Першою визначають ключову ознаку, яка дозволяє віддиференціювати найбільш поширені хвороби. Наступні етапи АД використовують симптоми за ступенем зниження їх діагностичної цінності. АД проводиться на тлі фізичних методів дослідження, а також за допомогою аналізу ключових ознак захворювання. Недоліки і помилки при використанні АД залежать від верифікації ключового синдрому захворювання [12].

Використовують і метод диференційного діагнозу (ДД). Головна складність діагностики полягає в тому, що багато захворювань внутрішніх органів не мають постійних синдромів і ознак. Одна і та ж хвороба, наприклад туберкульоз, може виявлятися тими або ж іншими ознаками. Якщо до цього додати, що одні й ті ж синдроми й ознаки зустрічаються при багатьох хворобах, то стане очевидно необхідність удосконалення клінічного мислення лікаря – уміння бачити за окремими симптомами, синдромами причини їх виникнення [20]. Біля ліжка хворого не так вже й рідко зустрічаються ситуації, в яких не тільки синдроми, але навіть ознаки хвороби мають менше діагностичне значення, ніж клінічний фон, на якому вони виявляються. Як на ілюстрацію можна посилатися на оцінку III тону серця, що, залежно від клінічного контексту, може бути і проявом активної діастолі здорового серця, і “криком хворого серця про допомогу”. Процес ДД починається з критичної оцінки виявлених при обстеженні хворого синдромів і ознак хвороби. Це найвідповідальніший етап аналітичної роботи лікаря. Виявлені ознаки групуються за ступенем їх імовірної важливості та за передбачуваним зв'язком одної з одною. ДД спрощується, якщо виявлені ознаки можуть бути об'єднані в один-два синдроми. ДД стає зовсім легким, якщо серед виявлених симптомів один із них патогномонічний для будь-якої хвороби. Наприклад, в товстій краплі крові

хворого на лихоманку виявляють малярійні плазмодії. Такі випадки в терапевтичній клініці зустрічаються надто рідко. У більшості випадків виявлені при обстеженні хворого ознаки та синдроми є характерними не для однієї, а для декількох хвороб [4, 15]. Наступний етап ДД аналізу полягає у виділенні синдрому або синдромів, що домінують протягом усієї хвороби або тільки протягом якогось одного з її періодів. Для уміння виділити провідний синдром необхідне знання ключових ознак і закономірностей перебігу багатьох хвороб. Ці знання набуваються біля ліжка хворого, при обговоренні перебігу хвороби з вчителями, колегами, при читанні спеціальної літератури. Вирішуючи питання про відношення виявленої ознаки до того або іншого синдрому, окрім часу його появи, необхідно враховувати також його виразність та зворотність під впливом проведених терапевтичних заходів. В одного й того ж хворого інколи вдається виявити не одну, а дві хвороби і навіть більше. Про це особливо важливо пам'ятати в тих випадках, коли при обстеженні хворого виявляється водночас два клінічних синдроми, які немовби не мають зв'язку один з одним. Наприклад, пурпура і протеїнурія, гострий біль у животі, атаксія і відсутність сухожилкових рефлексів. У подібних випадках кожний з виявлених синдромів повинен стати підставою для самостійного діагностичного аналізу. Якщо хворий страждає тільки від однієї хвороби, то окремий клінічний аналіз і пурпури, і протеїнурії приведе до одного і того ж діагнозу, до мієломної хвороби. Якщо хворий страж-

дає від двох хвороб, то діагностичний аналіз болю в животі і причин ураження ЦНС може закінчитися встановленням двох самостійних діагнозів, наприклад “спинної сухотки” і гострого апендициту. ДД закінчується встановленням попереднього діагнозу, що може бути визнаний кінцевим тільки тоді, коли в світлі цього діагнозу вдається пояснити причину появи всіх синдромів і ознак, виявлених у хворого при обстеженні. На цьому етапі міркування над діагнозом особливо увагу треба приділяти негативним ознакам.

Висновки: 1. Клінічне мислення – це своєрідна розумова діяльність лікаря, яка передбачає особливі форми аналізу та синтезу, пов'язані із необхідністю зіставити загальну картину хвороби з виявленим симптомом комплексом захворювання, а також швидко і своєчасно прийняття рішення про природу захворювання. Виходячи із єдності усвідомлених та не усвідомлених логічних і інтуїтивних компонентів досвіду, клінічне мислення – складний діалектичний суперечливий процес, оволодіння яким є однією із найскладніших і важливих задач медичної освіти.

2. Введення в навчальний процес нових інформаційно-комп'ютерних технологій навчання та безпосереднє обстеження хворого в палаті суттєво підвищили мотивацію студентів до навчання, підвищили їх успішність та глибину клінічного мислення.

3. Ступенем оволодіння принципами клінічного мислення (а це залежить від особистого досвіду, пройденої школи, знання теорії медицини) і визначається кваліфікація лікаря.

Література

1. Ковальчук Л.Я., Мисула І.Р., Пашко К.О. Впровадження положень Болонського процесу в Тернопільському медичному університеті // Мед. освіта. – 2004. – № 3-4. – С. 4-6.
2. Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського: історія і сучасність / за ред. В.В. Файфури, Я.Я. Боднара, А.Х. Завальнюка. – Тернопіль: ТДМУ, 2007. – 320 с.
3. Швед М.І. У ногу з часом // Медична академія. – 2007. – 31 травня. – С. 5.
4. Уланова Е.А. Обучающие технологии терапевтической практики в медицинской школе Оксфорда // Вестник новых медицинских технологий. – 2004. – №1. – С. 114-117; Попов А.С. Очерки клинического мышления. – Ленинград, 1972. – 216 с.
5. Ли Голдмен. Количественные аспекты клинического мышления // В кн.: Внутренние болезни: В 10 книгах: Пер. с англ. / Под ред. Е. Браунвальда, К.Дж. Иссельбахера, Р.Г. Петерсдерфа и др. – М.: Медицина, 1993. – Кн. 1. – С. 36-51.
6. Благородов В.М., Гавриш О.С., Вербицкий В.В. Грамматика диагноза. – К.: Фітосоціоцентр, 2001. – 188 с.
7. Внутрішня медицина: Підручник: У 3 т. / К.М. Амосова, О.Я. Бабак, В.М. Зайцека та ін. / За ред. проф. К.М. Амосової. – К.: Медицина, 2008. – Т.1. – С. 1013-1041.
8. Шулуток Б.И., Макаренко С.В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. – 3-е изд. – С.Пб.: Элби С.Пб., 2005. – 800 с.
9. Губергриц А.Я. Непосредственное исследование больного. Курс физикальной диагностики. – 3-е изд. – Ижевск, Удмуртия, 1996. – 322 с.
10. Энциклопедия клинического обследования больного: Пер. с англ. – М.: ГЭОТА Медицина, 1998. – 704 с.
11. Билибин А.Ф., Царегородцев Г.И. О клиническом мышлении. – М.: Мед., 1973. – 150 с.
12. Клиническая диагностика: Рук. для практических врачей / А.Г. Чучалин, Е.В. Бобков. – М.: Литтерра, 2005. – 312 с.
13. Козловский И.В. Формирование направлений клинического мышления в процессе обучения студентов старших курсов по внутренним болезням // Тер. арх. – 1978. – 5. – С. 104-107.
14. Матльований А., Белов В., Котова А. Організм і особистість. Діагностика та керування. – Львів: Вид. Мед. газ.

України, 1998. – 147 с.

15. Виноградов А.В. Дифференціальна діагностика внутрішніх захворювань. Справочное руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1987. – 592 с.

16. Семинацкая Ж.Д. Основы теории познания и проблемы врачебной диагностики (фрагменты лекций элективного курса для студентов медицинского университета). – Харьков: ХГМУ, 1996.

17. Щербатий А.Й., Поліщук В.М. Медична діагности-

ка. – Рівне, 1996. – 127 с.

18. Большая медицинская энциклопедия: В 30-ти т. / АМН СССР / Гл. ред. Б.В. Петровский. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1981. – Т. 16. – С. 145-153.

19. Чернега Р.П. Філософський аспект діагностики // Одеський медичний журнал. – 2004. – № 57. – С. 3-5.

20. Флетчер Р., Флетчер Э., Вагнер С. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1998. – 263 с.

УДК 378.147

РОЗВ'ЯЗУВАННЯ ЗАДАЧ З МОДУЛІВ “ФІЗИЧНА ХІМІЯ” ТА “ФАРМАЦЕВТИЧНА ХІМІЯ” ЯК ВАЖЛИВИЙ ЕЛЕМЕНТ ПІДГОТОВКИ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ

Л.М. Іванець, О.Б. Поляк

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

DECISION OF TASKS FROM THE MODULES “PHYSICAL CHEMISTRY” AND “PHARMACEUTICAL CHEMISTRY” AS AN IMPORTANT ELEMENT OF PHARMACY SPECIALISTS TRAINING

L.M. Ivanets, O.B. Polyak

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Узагальнено досвід викладання фізичної хімії та фармацевтичної хімії студентам фармацевтичного факультету. Звертається увага на професійну орієнтацію при розв'язуванні задач.

Experience of teaching of physical chemistry and pharmaceutical chemistry to the students of pharmaceutical faculty has been generalized. Attention is paid on a professional orientation at decision of tasks.

Вступ. Розвиток хімічної і фармацевтичної науки неможливий без урахування кількісної сторони явищ. Саме тому розрахункова частина курсів фізичної та колоїдної, фармацевтичної хімії є основою для свідомого вивчення дисципліни, для кращого розуміння і конкретизації теоретичного матеріалу. Вправи і задачі не тільки підвищують інтерес до предмета, але й, оскільки розглядаються в аспекті їх застосування до проблем медицини і фармації, націлюють на майбутню професію [1-5].

Основна частина. Під час вивчення модуля “Фізична хімія” (II курс) у нашому навчальному закладі практикується розв'язування задач зі збірників за-

дач та посібників для студентів фармацевтичних факультетів. Постійно робиться акцент на міжпредметних зв'язках, зокрема, з фармацевтичною хімією (III-IV курси), де одержані знання стануть у пригоді під час лабораторних та інструментальних досліджень.

На занятті з теми “Хімічна термодинаміка” студенти вчать розраховувати калорійність харчових продуктів, затрати енергії організмом людини при виконанні навантажень. Вивчаючи термохімію і хімічну рівновагу, студенти обчислюють теплові ефекти хімічних реакцій, в тому числі реакцій синтезу лікарських речовин. Значний відсоток займає тип задач на встановлення можливості перебігу процесу

© Л.М. Іванець, О.Б. Поляк

при заданих умовах і на пошук оптимальних умов проведення процесу з метою досягнення максимального виходу продукту.

Вивчення теми “Фазові рівноваги” передбачає не просто розв’язування ситуаційних задач за формулами, а формування умінь побудови графіків кривих охолодження і діаграм плавлення. Користуючись одержаними графіками, студенти вчаться передбачати сумісність компонентів системи. Особлива увага звертається на двокомпонентні системи лікарських речовин: їх фазовий стан при кімнатній температурі і при температурі тіла людини (для порошоків, екстемпоральних засобів). Важливим є вивчення поведінки системи при високій температурі (в даному випадку моделюється процес стерилізації), оскільки при цьому не виключене утворення токсичних сполук.

На заняттях з теми “Хімічна кінетика і каталіз” розглядаються переважно реакції першого порядку (розкладу, розпаду) і другого порядку (синтезу лікарської речовини). Студенти повинні оволодіти формулами для розрахунку періоду напіврозпаду радіоактивних речовин, напівперетворення лікарських речовин. Крім того, необхідно навчитися обчислювати термін придатності ліків за кінетичним рівнянням константи швидкості реакції, а також за методом “прискореного старіння ліків” Вант-Гоффа.

Ситуаційні задачі, які виносяться на тему “Колігативні властивості розчинів”, спрямовані на знаходження тиску насиченої пари над розчинами, температур їх замерзання і кипіння, осмотичного тиску та встановлення ізотонічності. Зазначимо, що криоскопічний метод використовується у фармацевтичній практиці для визначення молекулярної маси лікарської речовини. Розв’язання вказаних типів задач є неможливим без знання способів вираження складу розчинів і відповідних формул.

Під час вивчення розділу “Властивості розчинів електролітів. Електрохімія” студенти розв’язують класичні задачі: на знаходження електропровідності розчинів, електродного потенціалу, ЕРС гальванічного елемента і т. д., вчаться записувати рівняння електродних реакцій і схеми гальванічних елементів. Крім того, пропонуються задачі, в яких за результатами кондуктометрії потрібно знайти константу дисоціації лікарської речовини, за результатами потенціометрії – рН ін’єкційних розчинів, біологічних рідин тощо. Такі задачі для студентів є більш цікавими. Вони дають змогу зрозуміти, для яких цілей результати електрохімічних досліджень можуть бути використані провізором.

Завдання викладача полягає не тільки в тому, щоб підібрати для заняття професійно орієнтовані задачі. Важливо знайти оптимальну кількість задач, кількість типів задач, рівень їх складності. Від студентів потрібно вимагати самостійного виконання завдань. При цьому викладач вказує найбільш раціональні прийоми розв’язку і допомагає студентам оволодіти ними. Практика показує, що дуже часто навіть при правильному виборі методу розв’язування студенти одержують відповідь, яка в 10^n разів завищена або занижена. Це пояснюється тим, що, вибравши необхідну формулу для розрахунку, студенти відразу підставляють у неї числові значення, не звертаючи уваги на їх розмірність. Тому при розв’язуванні задач з фізичної та колоїдної хімії необхідно відпрацьовувати зі студентами навички виконання дій із розмірностями.

Під час вивчення фармацевтичної хімії студенти III і IV курсів фармацевтичного факультету на кожному занятті повинні вміти розв’язувати певні види задач, пов’язані з виконанням практичної роботи (зокрема, проведенням кількісного визначення лікарських речовин): обчислювати молярні маси еквівалентів, титри титрантів за визначеною речовиною, визначати масові частки діючих речовин у досліджуваних субстанціях різними методами. У фармацевтичному аналізі кількісне визначення лікарських речовин як в субстанціях, так і в лікарських формах проводять титриметричними та фізико-хімічними методами, для кожного з яких є свої розрахункові формули. Найчастіше студенти при розв’язуванні задач з фармацевтичної хімії розраховують: наважку субстанції лікарської речовини, яку необхідно взяти для кількісного визначення, щоб на її титрування було витрачено певний об’єм титранту; наважку лікарської форми для кількісного визначення окремого інгредієнта (прописаного у грамах, мілілітрах або відсотках); масову частку діючої речовини при прямому (зворотному) титруванні (окремо з урахуванням втрати в масі при висушуванні, при відбиранні розчину наважки визначуваного інгредієнта методом пікетування, у випадку проведення “сліпої” проби).

Засвоєння теоретичного матеріалу та набуття відповідних практичних навичок (в тому числі уміння розв’язувати розрахункові задачі) є необхідною складовою знань майбутнього спеціаліста в галузі контролю якості лікарських засобів та субстанцій лікарських препаратів.

Висновок. Запас знань теоретичного матеріалу з фізичної та колоїдної хімії, фармацевтичної хімії є необхідним для розв’язування різного роду ситуаційних задач. Це дає можливість систематично вико-

ристовувати проблемний підхід, зміцнювати міжпредметні зв'язки і тим самим активізувати навчальний процес. У студентів розвиваються навички само-

стійної роботи і логічне мислення, а для викладача – це додатковий спосіб одержати інформацію про стан їх знань.

Література

1. Кабачний В.І. Фізична та колоїдна хімія. Збірник задач: Навчальний посібник для студентів вищ. фармацев. закладів освіти. – Харків: Вид-во НФАУ; Вид-во “Золоті сторінки”, 2001. – 208 с.

2. Біофізична та колоїдна хімія / А.С. Мороз, Л.П. Яворська, Д.Д. Луцевич та ін. – Вінниця: Нова Книга, 2007. – 600 с.

3. Рыдная Д.С., Пантелеева С.М. Методика решения расчетных задач по химии // Збірка тез доповідей Другої Всеукраїнської наукової конференції студентів, аспірантів і

молодих учених “Хімічні проблеми сьогодення”. – Донецьк: ДонНУ, 2010. – С. 282.

4. Коробко Д.Б., Яворська Л.П., Гнідець В.І. Методичні рекомендації з фармацевтичної хімії для студентів III курсу фармацевтичного факультету (спеціальність “Провізор”). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 80 с.

5. Фармацевтичний аналіз / П.О. Безуглий, В.О. Грудько, С.Г. Леонова та ін. / За ред. П.О. Безуглого. – Х.: Вид-во НФАУ; Золоті сторінки, 2001. – 240 с.

УДК 371.32+37.011.32+612+612.664.4

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІН “ФІЗІОЛОГІЯ” ТА “ПАТОМОРФОЛОГІЯ” ДЛЯ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ I-II РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ

Н.М. Воронич-Семченко, М.М. Багрій

Івано-Франківський національний медичний університет

THE PECULIARITIES OF TEACHING THE DISCIPLINES “PHYSIOLOGY” AND “PATHOMORPHOLOGY” FOR STUDENTS OF HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF I-II LEVELS OF ACCREDITATION

N.M. Voronych-Semchenko, M.M. Bahriy

Ivano-Frankivsk National Medical University

У статті представлено пропозиції стосовно викладання навчальних дисциплін “Фізіологія” та “Патоморфологія” для студентів вищих медичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації.

Suggestions for teaching educational disciplines “Physiology”, “Pathomorphology” for students of higher medical educational institutions of I-II levels of accreditation have been presented in the article.

Вступ. Новітні досягнення медичної науки, впровадження у практику сучасних методів діагностики та лікування вимагають у майбутніх медичних сестер глибоких теоретичних і практичних знань із базових дисциплін. Необхідно, щоб у студентів формувалися поняття про зв'язок різних органів і систем, уявлення про механізми регуляції фізіологічних

функцій та вплив на них факторів зовнішнього середовища. Сприймаючи структурно-функціональні особливості органів, як єдину біологічну систему, студенти зможуть краще оцінювати стан здоров'я хворого, підвищувати свій професійний рівень. Загалом покращення якості підготовки фахівців відповідає вимогам європейського освітнього простору і є

© Н.М. Воронич-Семченко, М.М. Багрій

пріоритетним напрямком розвитку медичної освіти в Україні. Однією із засад Болонського процесу, у тому числі у вищих медичних закладах, є інтеграція навчального процесу, в основі якої лежить принцип логічних узагальнень послідовності програмних дисциплін. Так, вивчення фізіології базується на даних анатомії людини, загальної біології, біофізики, біохімії. В останні роки великого значення набули кібернетика та обчислювальна техніка, які шляхом методу математичного моделювання допомагають з'ясувати основні принципи регуляції та взаємодії органів і систем організму. Важливим є зв'язок із психологією, педагогікою [5, 6]. Вікові аспекти фізіології людського організму (особливості розвитку органів, їх будови, функціональної здатності залежно від віку) вивчає навчальна дисципліна “Ріст і розвиток людини”. У той же час фізіологія служить основою для вивчення патофізіології, патоморфології, фармакології. У свою чергу, знання патоморфології також інтегровані у клінічні дисципліни. Для медицини згадані предмети є теоретичною основою. Кінцева мета їх вивчення студентами спеціальності “Сестринська справа” – досконалий медсестринський догляд за пацієнтами. Тому при складанні робочих програм з фізіології та патоморфології було чітко враховано міждисциплінарні зв'язки.

Основна частина. Навчальним планом підготовки молодших спеціалістів в Україні передбачено вивчення фізіології на 1-му курсі (I-II семестри), а патоморфології – на 2-му курсі (IV семестр). На наш погляд, доцільним є викладання фізіології студентам, починаючи із II семестру, коли вони набудуть необхідних знань із анатомії, біології, біофізики. Це дало би можливість покращити якість підготовки із фізіології. Паралельне вивчення анатомії та фізіології вимагає узгодження календарно-тематичних планів відповідних дисциплін. Проте не завжди вдається досягти відповідності та послідовності вивчення спочатку будови, а потім функцій органів та систем. У цьому плані вивчення патоморфології протягом IV семестру є оптимальним, адже відбувається після завершення курсу фізіології та патофізіології. Досконале узгодження та синхронізація термінів вивчення морфологічних та фізіологічних дисциплін дала би можливість підвищити зацікавленість та мотивацію навчання, знизила ступінь механічного заучування навчального матеріалу, полегшила цілісне сприйняття будови та функції [4].

Процес удосконалення викладання фізіології та патоморфології пройшов тривалий час становлення від поєднаного курсу вивчення анатомії, фізіології з па-

тологією (згідно з Програмою для студентів вищих медичних навчальних закладів I-IV рівнів акредитації за спеціальністю 5.110102 “Сестринська справа” 1998 року) до окремого вивчення згаданих дисциплін (відповідні Програми для студентів вищих медичних навчальних закладів I-IV рівнів акредитації за спеціальністю 5.110102 “Сестринська справа” 2006 року). Таке розмежування навчальних дисциплін дало можливість підвищити якість викладання кожного із предметів на відповідних фахових кафедрах, удосконалити володіння практичними навичками, а головне – дало можливість досягти інтеграції у плані спадкоємності викладання фундаментальних і клінічних предметів.

Програма із фізіології розрахована на 150 годин, зокрема 60 годин лекцій, 40 годин практичних занять та 50 годин самостійної позааудиторної роботи. Таким чином, на активні форми навчання відводиться 90 годин, проте більша частина з них – це позааудиторне навчання. Хочеться звернути увагу, що студенти-першокурсники – це вчорашні школярі із малим досвідом самостійної роботи. Тому, можливо, більш доцільним є перерозподіл годин на користь практичних занять. Це дало би можливість на аудиторних заняттях набувати перших практичних навичок, які є невід'ємною умовою формування висококваліфікованого фахівця середньої медичної ланки. Завершує вивчення фізіології перевірний іспит.

Основними завданнями майбутніх медичних сестер при вивченні фізіології є: 1) ознайомлення із закономірностями діяльності та механізмами регуляції фізіологічних функцій та організму в цілому; 2) оволодіння основними клініко-фізіологічними методами дослідження фізіологічних функцій; 3) засвоєння основних констант діяльності здорового організму та окремих його систем.

Робоча програма з патоморфології складена на основі програми “Патоморфологія та патофізіологія” для вищих медичних навчальних закладів I-III рівнів акредитації за спеціальністю 5.110102 “Сестринська справа”, погодженої Департаментом кадрової політики, освіти і науки МОЗ України та Центральним методичним кабінетом підготовки молодших спеціалістів МОЗ. На вивчення курсу патоморфології передбачено 54 години, з них на лекції відведено 20 годин, на практичні заняття – 14 годин та 20 годин – на самостійну підготовку студентів. Мета викладання дисципліни – забезпечити знання та уміння з патологічної анатомії стосовно до запитів клініки. Її завданнями є: 1) дати конкретні знання з патологічної анатомії як теоретичну основу діагностики захворювань

людини; 2) прищепити майбутнім фахівцям потяг до постійного удосконалення і творчий підхід до своєї професії. Професійна спрямованість патоморфології ґрунтується на ролі викладеного фактичного матеріалу у підвищенні професійної майстерності та моральних якостей особи майбутнього медичного працівника. Конкретно ці завдання відображені у методичних розробках лекцій і практичних занять і реалізуються у навчальному процесі.

Дисципліна структурована на два розділи: загальну та спеціальну патоморфологію. Загальна патоморфологія розкриває роль патоморфологічної служби у системі охорони здоров'я України, роз'яснює суть основних патоморфологічних процесів. Спеціальна патоморфологія містить знання про структурні зміни при хворобах дихання, серцево-судинної системи, органів травлення та інших системних хворобах. Навчальним планом із дисципліни "Патоморфологія" передбачений диференційований залік. На підсумковий контроль виносяться теоретичні знання з дисципліни, рівень засвоєння практичних навичок (за мікро- та макропрепаратами), тестовий контроль.

Вивчення фізіології проводиться на однойменній кафедрі, а патоморфології – на кафедрі патоморфології з біопсійно-секційним курсом. При плануванні навчального процесу з дисциплін передбачено передудання тематики лекцій відносно тематики практичних занять. Обмежено дублювання матеріалу, за винятком важливих питань, на яких акцентується увага як на лекціях, так і на практичних заняттях. Перевірка знань студентів на практичних заняттях здійснюється за допомогою усного фронтального опитування, вирішення тестових завдань різного ступеня важкості, використання макро- та мікропрепаратів, проведення лабораторних робіт. Постійне проведення тестового контролю дає можливість підвищити якість написання Кроку М, оперативність опитування, рівнозначність оцінювання. З метою активізації та інтенсифікації знань на заняттях з фізіології та патоморфології розігруються ігри, студентам пропонується моделювання та вирішення наближених до клініки ситуаційних задач, розв'язання проблемних питань. На відповідних кафедрах ведеться навчально-дослідницька робота, до якої за бажанням залучаються студенти спеціальності "Сестринська справа".

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 удосконалювати методику проведення занять, а побачене, як правило, викликає жвавий інтерес в аудиторії. Використання під час педпроцесу зазначених унаочнень відповідає світовим стандартам викладання теоретичних медичних дисциплін [1, 8, 9].

Запорукою глибокого розуміння та засвоєння предмету є наявність якісного підручника. На жаль, навчальній літературі для медичних сестер приділяється менше уваги. Посібники для молодших спеціалістів повинні містити більше ілюстративного матеріалу, мати чітку структурованість, важливий матеріал необхідно виділяти [7]. Більшості цих вимог відповідають підручники "Анатомія та фізіологія з патологією" (за редакцією засл. діяча науки і техніки України, проф. Я.І. Федонюка, засл. лікаря України, канд. мед. наук Л.С. Білика, доц. Н.Х. Микули) [2] та "Патологічна анатомія і патологічна фізіологія людини" Я.Я. Боднара, В.В. Файфури [3], хоча і написані на основі діючих на момент видання навчальних програм (2000-2001 рр.). Проте доцільним, на наш погляд, було би видання до основних текстових підручників додаткових матеріалів (зокрема довідників, практикумів, бази тестів), які орієнтовані конкретно на молодших медичних спеціалістів.

Таким чином, для фахового медсестринського догляду за пацієнтами необхідні глибокі знання із анатомії, фізіології, патоморфології, адже об'єм функціональних обов'язків медсестри зростає. Це вимагає підвищення кваліфікаційного рівня медичної сестри, що неможливо без якісної освіти.

Висновки. Зазначені проблеми викладання навчальних дисциплін "Фізіологія" та "Патофізіологія" є актуальними і потребують подальшого вивчення та удосконалення. Вважаємо, що при викладанні фізіології та патоморфології головна увага повинна приділятися тим розділам, які сприяють практичній підготовці молодших медичних фахівців, що завданням медичної сестри є набути знання з фізіології та патоморфології, які можуть служити основою для вивчення клінічних дисциплін. Для забезпечення проведення практичних занять на високому рівні необхідно забезпечити підготовку підручників та навчальних посібників нового покоління, що відповідають міжнародному досвіду кредитно-модульної організації навчального процесу.

Високий рівень підготовки з фізіології та патоморфології дозволяє медичній сестрі підвищити свою кваліфікацію, адекватно проводити догляд за хворим, надавати невідкладну медичну допомогу, самостійно ставити сестринський діагноз.

Література

1. 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.
2. Анатомія та фізіологія з патологією / За ред. засл. діяча науки і техніки України, проф. Я.І. Федонюка, засл. лікаря України, канд. мед. наук Л.С. Білика, доц. Н.Х. Микули). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 676 с.
3. Боднар Я.Я., Файфура В.В. Патологічна анатомія і патологічна фізіологія людини. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 495 с.
4. Викладання анатомії людини за умов реформування вищої медичної освіти з врахуванням світового досвіду / Б.Я. Ремінецький, І.Є. Герасим'юк, Я.І. Федонюк та ін. // Медична освіта. – 2009. – № 1. – С. 38-39.
5. Досвід викладання фізіології за кредитно-модульною системою на медичному факультеті / М.Р. Гжегоцький, Ю.С. Петришин, С.М. Ковальчук та ін. // Медична освіта. – 2009. – № 1. – С. 36-39.
6. Ємельяненко І.В., Воронич-Семченко Н.М. Особливості викладання та засоби оцінки знань, умінь і навиків студентів з курсу нормальної фізіології на стоматологічному факультеті // Медична освіта. – 2009. – № 1. – С. 40-42.
7. Ліщенко Н.О., Усинська О.С. Вимоги до сучасного підручника з медсестринства // Медична освіта. – 2006. – № 4. – С. 82-84.
8. Педанов Ю.Ф., Гоженко А.І., Макульків Р.Ф. Викладання дисципліни “Анатомія і фізіологія людини” у вищому навчальному закладі I-II рівнів акредитації в Україні і Російській Федерації // Медична освіта. – 2005. – № 4. – С. 34-36.
9. Педанов Ю.Ф., Гоженко А.І., Макульків Р.Ф. Викладання дисципліни “Анатомія і фізіологія людини” у вищому навчальному закладі I-II рівнів акредитації в Україні й США // Медична освіта. – 2004. – № 3-4. – С. 17-20.

УДК 615:378.147

**МЕТОДОЛОГІЯ НАВЧАЛЬНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ
ПРИ ВИКЛАДАННІ БАЗИСНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ**

В.М. Бобирьов, Т.О. Дев'яткіна, О.М. Важнича

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

**METHODOLOGY OF TRAINING EXPERIMENT IN THE TEACHING
OF BASIC PHARMACOLOGY**

V.M. Bobyriov, T.O. Devyatkina, O.M. Vazhnycha

HSEI “Ukrainian Medical Stomatologic Academy”, Poltava

У статті проаналізовано види навчального експерименту, які застосовуються під час лабораторних занять і лекцій з фармакології. Висвітлено окремі біоетичні питання, що стосуються навчального експерименту з використанням лабораторних тварин та за участю студентів-добровольців. Запропоновано шляхи удосконалення цього виду навчально-пізнавальної діяльності студентів-медиків.

In the article, it has been analyzed the types of training experiment which are used during laboratory lessons and lectures on pharmacology. It is elucidated some bioethical aspects concerning training experiments involving laboratory animals as well as experiments with a participation of volunteer students. It is proposed the ways of improvements of this kind of educational activity of medical students.

Вступ. Відомо, що експеримент може бути не тільки науковим, а й навчальним. Експеримент як форма навчально-пізнавальної діяльності характеризується вивченням істотних, провідних властивостей

та закономірностей об'єктів природи, яке відбувається шляхом втручання й впливу на них [2]. Значення досліду полягає в тому, що під керівництвом викладача учні або студенти повинні самостійно одержа-

© В.М. Бобирьов, Т.О. Дев'яткіна, О.М. Важнича

ти максимально можливу кількість інформації, яку потрібно засвоїти. Ще К.Д. Ушинський вказував на необхідність саме такої організації педагогічного процесу, стверджуючи, що думка, висловлена педагогом, ніколи не стане такою повною власністю учня, як тоді, коли він сам її виробить [3].

Навчальний експеримент (НЕ) у ВНЗ медичного профілю є основою вивчення багатьох теоретичних дисциплін, зокрема базисної фармакології. Без перебільшення можна сказати, що якість знань і практична підготовка студентів з фармакології перебувають у прямій залежності від якості НЕ. Навчальний фармакологічний експеримент унаочнює класичні властивості відомих лікарських засобів, підводить студентів до розуміння сучасних методів дослідження фармакокінетики та фармакодинаміки, виробляє у них практичні вміння й навички. Він застосовується в практиці вищої медичної освіти практично всіх країн світу, причому реалізується на високому методичному й технічному рівні [5].

Мета роботи – проаналізувати види НЕ при викладанні базисної фармакології й намітити перспективи їх розвитку.

Основна частина. Під системою НЕ взагалі розуміють сукупність взаємопов'язаних предметів навчального обладнання, методів і методичних прийомів, що відповідають домінуючій концепції навчання і виховання [2]. Вона охоплює такі види експериментування, як: 1) демонстраційні дослід, виконуваний викладачем; 2) фронтальні лабораторні роботи; 3) практикуми; 4) експериментальні задачі; 5) позааудиторні дослід. За нашими спостереженнями, нині при викладанні фармакології найчастіше використовують демонстраційні дослід та лабораторні роботи.

Усі види НЕ з фармакології підпорядковані загальній меті навчання і виховання. Проте, крім цієї загальної мети, кожен вид НЕ має більш вузьке цільове призначення, свої особливості в методиці й техніці проведення експерименту.

Демонстрування дослідів – активний цілеспрямований процес, у ході якого викладач керує відчуттями та сприйняттями студентів і на їх основі формує певні поняття та переконання. Цей вид НЕ може бути застосований як під час проведення лабораторних занять, так і під час читання лекцій з фармакології.

Демонстрування дослідів завжди пов'язане з відповідними поясненнями викладача або лектора. У зв'язку з цим важливого значення набуває доцільне поєднання техніки експерименту із словом педагога.

Демонстраційний дослід передає інформацію в основному за допомогою зорових образів, тому забез-

печення доброї видимості під час демонструвань – одна з найважливіших вимог до нього. Ігнорування цієї вимоги, як правило, приводить до втрати студентами інтересу до питань, що розглядаються. Не менш важливою вимогою до демонстраційного експерименту є наочність. Під “наочністю” розуміють чітку й зрозумілу постановку досліду, його “ефектний” результат, який справляє враження й добре фіксується в пам'яті. Тому демонстраційні дослід мають бути достатньо емоційними для збудження в студентів почуттів “здивованості”, “захоплення”, “незвичності”, необхідних для виникнення проблемної ситуації. До числа таких дослідів, наприклад, належать класичні експерименти з відтворення каталепсії в білого щура під впливом аміназину або пластичного паралічу в жаби під дією нікотину.

Кожне демонстрування має бути переконливим, не викликати сумнівів у достовірності здобутих результатів. Тому, проводячи демонстраційний дослід, треба повністю виключати або зводити до мінімуму різні побічні явища, які можуть відвертати увагу студентів від основного. Для цього інколи доводиться проводити додаткові дослід.

Одним із найважливіших факторів педагогічного процесу є раціональне використання часу. Викладачеві завжди потрібно стежити, щоб темп виконання досліду відповідав темпу сприймання студентами демонстраційного матеріалу. Значно зекономити час на занятті можна в процесі попередньої підготовки досліду. Наприклад, попередньо моделювавши запалення в тварини, щоб продемонструвати протизапальну дію глюкокортикоїдів.

Важливою методичною вимогою до демонстраційних дослідів є їх надійність. Невдале демонстрування завжди порушує нормальний хід заняття і, певною мірою, підриває авторитет викладача. Надійності дослідів добиваються ретельною підготовкою їх, багаторазовою перевіркою, вибором найбільш вдалих моделей експериментальної патології та доз препаратів, оптимальних композицій лікарських речовин у дослідях *in vitro*.

При вивченні окремих питань програми студенти під безпосереднім керівництвом викладача виконують фронтальні лабораторні роботи. Особливістю їх є те, що всі студенти одночасно виконують одну й ту саму роботу. Цей вид НЕ використовують лише під час лабораторних занять. Як правило, в такий спосіб вивчаються ефекти лікарських засобів у студентів добровольців. Наприклад, за допомогою лінгвального тесту визначається вплив вживання аскорбінової кислоти на забезпечення організму антиоксидантами.

Проведення будь-якого НЕ повинне здійснюватись при суворому дотриманні правил техніки безпеки, а значна частина дослідів з фармакології вимагає ще й належного біоетичного забезпечення [4]. Тому під час лабораторних занять з фармакології студенти на практиці стикаються з роботою комісії з питань біоетики, ознайомлюються з оформленням відповідної документації, зокрема інформаційної згоди особи-добрровольця на участь у дослідженні лікарського засобу.

Одним з видів НЕ є практикуми, до яких включаються складніші лабораторні роботи, які можуть бути проведені в кінці великих розділів. Особливістю практикумів є те, що при проведенні їх студенти одночасно виконують різні роботи, працюючи індивідуально або групами по 2-3 особи залежно від конкретних умов кафедри. Виконуючи фронтальні лабораторні роботи, досліджують чи розглядають одне або невелику кількість споріднених питань. Якщо проводяться практикуми, то в них треба включати ширше коло питань, які стосуються всього розділу або навіть різних розділів. На жаль, впровадження цього перспективного виду НЕ гальмується слабкою матері-

альною базою і відсутністю міжкафедральних навчальних наукових лабораторій, як це має місце за кордоном [5].

Перехід до кредитно-модульної системи навчання і збільшення питомої ваги самостійної роботи студентів [1] створює передумови для розвитку таких видів НЕ з фармакології, як виконання експериментальних задач та позааудиторних дослідів.

Аналіз дидактичних можливостей НЕ показує, що він може бути використаний на різних етапах вивчення матеріалу та з різною дидактичною метою. При опануванні базисної фармакології НЕ дозволяє втілювати найефективніший із методів оволодіння навчальним матеріалом – евристичний метод, коли значну частину необхідних висновків студенти роблять самостійно, використовуючи дані експерименту (демонстраційного, фронтального тощо).

Висновок. Навчальний експеримент є невід'ємною складовою викладання базисної фармакології у вищій школі, активною формою навчально-пізнавальної діяльності студентів і має перспективи розвитку за умов належного матеріально-технічного забезпечення та біоетичної бази.

Література

1. Каленюк І. Рух Європи до суспільства знань, Болонський процес і Україна / І. Каленюк, К. Корсак // Вища освіта України. – 2004. – № 3. – С. 22-28.
2. Современный образовательный процесс: основные понятия и термины / М. Ю. Олешков, В. М. Уваров. – М. : Комисия Спутник, 2006. – 191 с.
3. Ушинский К. Д. Собрание сочинений : в 11 т. / К. Д. Ушинский. Т.10. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1950. – С. 422.
4. Encyclopedia of Bioethics. 3rd edition / Ed. by S. G. Post. – 2003. – 3045 p.
5. Pharmacology teaching and its reform in China / [Li W. D., Zhang Y., Zhang C. L., Zhang X. M.] // Acta Pharmacol. Sin. – 2004. – Vol. 25, № 9. – P. 1233-1238.

УДК 615:17

ПРО МОНІТОРИНГ БЕЗПЕКИ ЛІКІВ З КУРСУ БІОЕТИКИ

С.Ю. Чечотіна, Т.О. Чикор, Е.Г. Колот

ВДНЗ України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

MONITORING OF DRUGS SAFETY ON THE COURSE “BIOETHICS”

S.Yu. Chechotina, T.O. Chykor, E.H. Kolot

HSEI of Ukraine “Ukrainian Medical Stomatologic Academy”, Poltava

Формування відповідальності майбутніх лікарів відносно процесу фармакологічного нагляду в їх практичній діяльності забезпечується вже на рівні опанування студентами курсу “Медична біоетика”, де вивчається розвиток системи фармаконагляду в Україні та моніторинг і запобігання побічній дії ліків.

The formation of future doctors' responsibility concerning the process of pharmacological supervision in their practice is achieved on the stage of mastering of the course “Medical bioethics” by students, in which they study the development of pharmacological supervision in Ukraine as well as monitoring and prevention of drugs side-effects.

Вступ. Проблема безпеки лікарських засобів стає дедалі актуальнішою у всьому світі. Насамперед це пов'язано з широким застосуванням великої кількості лікарських засобів із високою біологічною активністю, що може супроводжуватися виникненням побічних реакцій, різних за проявами та ступенем тяжкості. Для відслідковування всіх випадків побічних реакцій та небажаних ефектів при прийомі лікарських засобів в Україні запроваджено систему фармакологічного нагляду, основну роль в якій повинні відігравати всі без винятку лікарі, які зобов'язані повідомляти про кожен випадок побічних реакцій медичних препаратів. Але не завжди лікар вважає за потрібне робити таке повідомлення, вважаючи, що вчасно помітивши побічну реакцію та уникнувши розвитку тяжких ускладнень в окремо взятого пацієнта, він виконав свою місію в покращенні надання медичної допомоги.

Так, відділ фармакологічного нагляду ДФЦ МОЗ України повідомив, аналізуючи форми № 69-здоров та спонтанних карт-повідомлень (форма № 137/о), що надійшли до відділу лише у 2005 р., про те, що кількість лікувально-профілактичних закладів, які беруть участь у здійсненні фармакологічного нагляду при медичному застосуванні лікарських засобів, є недостатньою і становить лише 14 % [2].

Тому формування відповідальності майбутніх лікарів відносно процесу фармакологічного нагляду в їх практичній діяльності покладено на вивчення провідних в цьому напрямку таких програм, як “Клінічна

та загальна фармакологія”, “Побічна дія ліків” та “Медична біоетика”.

Основна частина. Програма курсу за вибором “Біоетика” була впроваджена в медичних вузах вперше в 2004 р. В 2008 р. надійшли оновлені спеціалізовані програми з курсу біоетики окремо для студентів стоматологічного та медичного факультетів, в складі яких пропонується вивчення теми “Моніторинг і запобігання побічній дії ліків. Система фармакологічного нагляду в Україні”. За цією темою проводиться практичне заняття і читається лекція. В матеріалах лекції показані всі моменти становлення, розвитку фармаконагляду в Україні та світі та пояснюється процес участі всіх медичних та фармацевтичних ланок в моніторингу побічної дії ліків.

Спочатку в лекційній доповіді студенти знайомляться з історичною епопеєю становлення системи фармаконагляду в Україні. В нашій державі керівним органом фармаконагляду є Державний фармакологічний центр МОЗ України, який почав функціонувати з 20.10.93 р., що відносно недавно, порівняно з іншими європейськими країнами. З жовтня 2001 р. створена Асоціація фармакологів України, до складу якої увійшли Державна установа “Інститут фармакології та токсикології АМН України” і державне підприємство “Державний фармакологічний центр МОЗ України”, що прийнято на установчих зборах представників науково-освітньої фармакологічної громадськості на II Національному з'їзді фармакологів України в м. Дніпропетровську за ініціативи академіка АМН

© С.Ю. Чечотіна, Т.О. Чикор, Е.Г. Колот

України О.В. Стефанова. Останній раз її керівні органи були переобрані на III Національному з'їзді фармакологів (м. Одеса, 2006 р.) [6].

Далі розмова йдеться про нормативно-правову базу фармаконагляду в Україні, яка на сьогодні не є ще ідеальною, але ведеться розробка нових законів та наказів, які б оптимізували моніторинг побічних реакцій лікарських засобів. Сьогодні здійснення фармаконагляду в нашій країні ґрунтується на Законі України “Про лікарські засоби” (1996), відповідних наказах МОЗ України, таких як наказ МОЗ України від 27.12.2006 р. № 898 “Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування” (правова і адміністративна база) та з урахуванням нормативно-правових актів Європейського Союзу – директиви 2001/83ЕС Європейського парламенту та Ради ЄС від 06.11.2001р. “Про звіт законів Співтовариства стосовно лікарських препаратів для людини” [3].

З липня 2009 р. публічно обговорюється проект наказу МОЗ України “Про затвердження Порядку проведення моніторингу безпеки та ефективності лікарських засобів у стаціонарах закладів охорони здоров'я”, який передбачає впровадження в Україні моніторингу безпеки та ефективності лікарських засобів у стаціонарах закладів охорони здоров'я [3].

Ці законодавчі постанови ставлять перед собою такі завдання: раннє виявлення нових побічних реакцій лікарських засобів; внесення змін в інструкцію; збір інформації; поширення інформації; оцінка переваг нового лікарського засобу перед вже існуючими; швидке реагування в разі виникнення побічних реакцій; навчання медпрацівників алгоритму подання інформації про побічні реакції; запобігання летальним випадкам при виникненні побічних реакцій шляхом швидкого реагування лікарів та служби фармакологічного нагляду.

У разі виявлення великої кількості побічних реакцій при використанні певного медпрепарату керівництво фармакологічного нагляду має право призупиняти дію ліцензії на цей препарат для проведення додаткової експертизи в інтересах безпеки здоров'я пацієнтів.

В лекції акцентується поняття моніторингу за побічною та неспецифічною дією мед- і біопрепаратів – як безперервної системи збору, обліку та розслідування побічної та неспецифічної дії мед- і біопрепаратів, що направлена на запобігання застосуванню неякісних препаратів, уточнення схем їх введення. Це метод отримання інформації про безпеку та ефективність лікарських засобів, який дозволяє визначити частоту побічних реакцій, особливості взаємодії

лікарських засобів у хворих одного або декількох стаціонарів, коли протягом певного періоду під контролем знаходяться усі хворі стаціонарів, враховуються всі лікарські засоби, які призначаються, і усі побічні реакції, які виникають.

Важко переоцінити роль моніторингу побічних реакцій лікувальних засобів у вигляді спонтанних повідомлень лікарів, фармацевтів, виробників ліків, до чого зобов'язує наказ МОЗ України № 898 від 27.12.2006 “Про порядок здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування”. Це особливо важливо, якщо врахувати лавиноподібне зростання кількості медикаментів та застосування хворими потужних ліків. Адже на сьогодні світова номенклатура ліків сягає 350 тис. найменувань. В Україні зареєстровано понад 20 тис. лікувальних засобів. Причому 60-80 % тих, які використовують у наш час, 20-30 років тому не були відомі, що розцінюється як своєрідний “фармацевтичний вибух” [1]. Сучасні хворі не лише за призначенням лікаря, але й з метою самолікування, сподіваючись на “всемогутність” ліків, позитивно сприймають лікувальні засоби. Велика кількість ліків та торгових найменувань на один і той же препарат може позначитися на якості фармакотерапії й сприяти виникненню побічних реакцій.

Існує помилковий погляд, що засоби, дозвалені до медичного застосування, всебічно вивчені з їх можливими як лікувальними, так і побічними ефектами. Проте в короткі терміни всебічно вивчити препарат можливо тільки після проведення багатоцентрового рандомізованого плацебоконтрольованого випробування. Але навіть найпотужніші виробники не можуть собі дозволити такі високовартісні дослідження для всіх препаратів. У більшості випадків медична громадськість може зробити остаточний висновок через десятиліття їх медичного застосування, як це було для циметидину, амідопірину, еуфіліну з етилендіаміном та ін. [4].

Згідно з чинним законодавством та відповідними наказами МОЗ України, затвердженими Міністерством юстиції України, у нашій державі впроваджено організаційну вертикаль контролю за безпекою лікарських засобів та визначено джерела надходження інформації про побічні реакції.

Тому вже студент, а далі кожний лікар повинні знати порядок своїх дій у разі виникнення побічної реакції, пов'язаної з підозрою на невідповідну якість лікарського засобу [4]:

1. Після того, як виникла така побічна реакція, потрібно повідомити відповідального за фармаконагляд у лікарні про цей випадок.

2. Відповідальний за фармаконагляд повідомляє про цей випадок побічної дії регіонального інспектора Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів і викликає його в лікувально-профілактичний заклад.

3. Регіональний інспектор, прибувши до лікувально-профілактичного закладу, де стався випадок побічна реакція, робить висновок щодо правил зберігання та використання лікарських засобів, вилучає зразки лікарських засобів, які підозрюються в невідповідності якості, складає акт вилучення лікарських засобів.

4. У випадку, якщо регіональна лабораторія акредитована, вона самостійно здійснює аналіз вилучених зразків, якщо ні, то надсилає зразки до центральної лабораторії в м. Київ.

Більшість лікарів ще не усвідомлюють важливості необхідності подання інформації про випадки побічної дії при медичному застосуванні лікарських засобів до Державного фармцентру МОЗ України, що зменшує продуктивність роботи системи фармакологічного нагляду, створює умови для подальшого застосування небезпечних лікарських засобів. Спостерігається негативна тенденція надходження неякісної

інформації про випадки побічних реакцій при медичному застосуванні лікарських засобів, що унеможливує встановлення причинно-наслідкового зв'язку між клінічними проявами побічних реакцій та медичним застосуванням підозрюваного лікарського засобу [5]. Недостатньо відпрацьованим є порядок дій лікаря при виникненні побічних реакцій, підозрі на низьку якість лікарських засобів, а також при його співпраці у таких випадках із Державною інспекцією з контролю якості лікарських засобів МОЗ України.

Висновки: 1. Система реєстрації лікарських засобів має суттєве нормативно-правове забезпечення, яке за основними напрямками гармонізовано з європейським законодавством та рекомендаціями ВООЗ. Вимоги до реєстраційних документів та порядок проведення експертизи регламентуються Законом України "Про лікарські засоби", постановою КМУ № 376 та наказами МОЗ.

2. Нагальною є потреба в гармонізації діяльності усіх ланок у процесі фармаконагляду в Україні. Важливо донести майбутньому лікарю про етично-моральну необхідність участі в цьому процесі, а не тільки за адміністративними вимогами та наказами.

Література

1. Вікторов О., Ковтун Л. Проблеми розвитку фармакологічного нагляду в Україні // Вісник фармакології і фармації. – 2002. – № 1. – С. 24-28.

2. Контроль за безпекою лікарських препаратів в Україні / А.П. Вікторов, О.В. Матвеева, А.Г. Войтенко і соавт. // Провизор. – 2002. – № 1. – С. 9-13.

3. Проект наказу МОЗ України "Про затвердження Порядку проведення моніторингу безпеки та ефективності лікарських засобів у стаціонарах закладів охорони здоров'я" [№701 (30) 03.08.2009] – Режим доступу: <http://www.apteca.ua/article/36367>.

4. Руководство по клиническим испытаниям лекарственных средств // Виктор А.П., Коваленко В.Н., Ковтун Л.И. Фармакологический надзор / Под ред. чл.-кор. АМН Украины А.В. Стефанова и др. – К.: Издательский дом "Авиценна", 2001. – С. 288-314.

5. Сілантьєва О.В. Етична експертиза проведення клінічних досліджень лікарських засобів // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – К., 2007. – Вип. 16, книга 2. – С. 871-877.

6. http://expert_ua.info/document/archiveha/law5xnmde/index.htm/

УДК 378.147:616-053.4

ВИКОРИСТАННЯ КРОСВОРДІВ ЯК МЕТОДУ АКТИВІЗАЦІЇ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СЛУХАЧІВ

Н.Є. Кузякіна

Криворізьке училище підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів

USING OF CROSSWORDS – AS A METHOD OF COGNITION ORGANIZATION OF AUDIENCE'S ACTIVITY

N.Ye. Kuziakina

Kryvyi Rih specialized school (college) of improvement of professional skills and training of young medical and pharmaceutical specialists

У статті дана інформація про використання кросвордів у навчальному процесі.

Some information about using crosswords in studying process is given in the article.

Вступ. На сучасному етапі розвитку медицини значно зросло значення лабораторних методів дослідження. Досягнення медичної науки і зростаючі потреби практичної охорони здоров'я, покращення технічного оснащення лабораторій значно підвищують вимоги до якості і надійності лабораторних методів дослідження, що, в свою чергу, можливо за умови високої кваліфікації лабораторних кадрів і систематичного її удосконалення [1-2].

Основна частина. При навчанні дорослих сьогодні значно зросла необхідність в таких методах і формах навчання, які б дозволяли активно, а отже і прискорено засвоювати і закріплювати знання на практиці, опрацювати інформацію, набувати навичок та вмінь. Використання активних методів примушує перебудовувати та вдосконалювати систему навчання.

На сучасному етапі професіоналізм молодших медичних спеціалістів визначається рівнем сформованості загальноосвітніх та професійних знань, навиків та вмінь, можливістю творчо використовувати їх в конкретних умовах і гнучко реагувати на різноманітні нестандартні ситуації.

При роботі з дорослими велика увага приділяється організації самостійної роботи, мета якої – розвиток мислення, працьовитості тощо. Пошук можливостей зацікавити слухачів при вивченні предмета, перетворити сухий залік чи контрольну роботу в гру привели до думки про складання кросвордів та чайнвордів [3-7].

© Н.Є. Кузякіна

Педагогічний досвід викладачів нашого училища свідчить про можливість використання навчальних кросвордів як дидактичного засобу в різних дисциплінах. Особливого значення вони набувають при вивченні таких дисциплін, зміст яких не дозволяє розробляти алгоритмічні завдання і різного типу задачі. В даному випадку кросворди є достатньо ефективним засобом не тільки збагачення змісту самостійної роботи, але і рішенням ряду питань індивідуального і диференційного навчання, контролю та самоконтролю.

Всі викладачі училища використовують кросворди у своєму навчальному процесі поряд з іншими методами і формами навчання. Особливо активно використовуються кросворди та інші інтелектуальні ігри при вивченні таких дисциплін, як: лабораторна діагностика, інфекційні хвороби, фармакологія, терапія, педіатрія тощо. З дисципліни “Лабораторна діагностика” складено і надруковано посібник, до якого увійшли кросворди майже з усіх тем даної дисципліни.

Тридцятирічний досвід використання інтелектуальних ігор у навчальному процесі показав, що різні вікові категорії слухачів з задоволенням розв'язують і складають нові кросворди.

Робота з кросвордами і чайнвордами може бути різноплановою як за формою та структурою організації занять, так і за формуванням різних рівнів пізнавальної діяльності.

Слід виділити дві основні форми організації самостійної роботи з кросвордами та чайнвордами. Пер-

ша з них – робота слухачів з заздалегідь заготовленими викладачем кросвордами чи чайнвордами. Ця форма організації роботи направлена в основному на відтворення у пам'яті навчальної інформації і є ефективним засобом закріплення і тренування.

Друга – самостійне складання простих чи складних кросвордів. Вона дозволяє перевести слухачів на більш продуктивний рівень діяльності, що потребує не тільки багаторазового синтезу і аналізу навчального матеріалу, але й конструювання гри-задачі. Натомість можливо залучати слухачів як до індивідуальної, так і до колективної діяльності.

Головне, потрібно мати на увазі при складанні кросвордів – повне дотримання відповідності змісту кросворда програмі. Кросворди не повинні включати поняття, котрі не згадувалися на лекціях, але в свою чергу повинні відповідати рівню підготовки слухачів. Кросворди можуть складатися з понять двох чи декількох дисциплін, такі комплексні кросворди складати простіше – ширше коло спеціальних термінів і використовувати їх можливо на заліках з різних предметів.

Складання та рішення кросвордів повинно розглядатися як елемент проблемно-пошукового навчання,

головний зміст якого складається в поступовому переходу від одного рівня оволодіння знаннями і вміннями до другого, більш високого рівня, направлено на тривале запам'ятовування і осмислення конкретного матеріалу.

Висновок. Використання самостійної роботи з кросвордами (чайнвордами) в процесі підвищення кваліфікації молодших спеціалістів дозволяє розширити традиційні форми і методи контролю, засвоєння і закріплення теоретичних знань, урізноманітнити домашнє завдання, внести ігрові елементи в процес навчання, позитивно впливати на інтелектуальний розвиток особистості.

Використання кросвордів навчає слухачів мислити, формує у них понятійне мислення, підвищує якість знань, сприяє систематизації та узагальненню вивченого матеріалу, створює умови для розвитку зацікавленості до даного предмета.

Інтелектуальні ігри спонукають до тренування пам'яті, розвивають кмітливість, вміння аналізувати, порівнювати, логічно мислити, виховують усидливість та наполегливість у досягненні цілі.

Література

1. Манастирська О.С. Клінічні лабораторні дослідження. – Вінниця : Нова книга, 2007.
2. Плотнікова К.С. Практикум з клінічних лабораторних досліджень. – К.: Здоров'я, 2002.
3. Кудикіна Н. Педагогічне керівництво інтелектуальними іграми в позаурочному навчально-виховному процесі // Початкова школа. – 2004. – № 4. – С. 10-13.
4. Ретюнских Л.Т. Философия игры. – М.: Вузовська книга, 2002.

5. Андреев В.И. Педагогика творческого саморазвития, инновационный курс. – Казань: Казанский университет, 1998.

6. Мендель Б.Р. Интеллектуальная игра: на перекрестке научных дисциплин // Педагогика. – 2006. – № 7. – С. 44-48.

7. Захаров В.М. Интеллектуальные игры как средство формирования познавательной деятельности учащихся: Автореферат дис. канд. пед. наук. – Москва, 1988.

УДК 614.253.5

ПРОБЛЕМИ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ “ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ’Я ТА ГРОМАДСЬКЕ МЕДСЕСТРИНСТВО”

Н.Ф. Новосьолова

Білоцерківський базовий медичний коледж

THE PROBLEMS OF THE EDUCATIONAL DISCIPLINE “PUBLIC HEALTH AND COMMUNITY HEALTH NURSING”

N.F. Novosiolova

Bila Tserkva Basic Medical College

У статті проаналізовано програму навчальної дисципліни “Громадське здоров’я та громадське медсестринство”, зроблено висновок про необхідність її удосконалення.

The educational program of the discipline “Public health and community health nursing” has been analysed in the article. The conclusion concerning the necessity of its improving has been made.

Вступ. Впровадження у 2006 році нового навчального плану підготовки медичних сестер освітньо-кваліфікаційного рівня “молодший спеціаліст” стало важливим кроком у наближенні медсестринської освіти України до європейських стандартів та поліпшенні її якості [1]. Навчальний план включає низку кардинально нових дисциплін, серед яких – “Громадське здоров’я та громадське медсестринство” [4]. Аналіз програми названої дисципліни дозволяє стверджувати про необхідність її суттєвого удосконалення на основі сучасних концепцій громадського медсестринства [2].

Основна частина. У пояснювальній записці програми навчальної дисципліни “Громадське здоров’я та громадське медсестринство” заявлено про її спрямованість на вивчення студентами основних проблем, що стосуються формування, збереження і зміцнення здоров’я здорових людей та профілактики найпоширеніших захворювань серед дорослого населення і дітей [2]. Поставлена мета є надзвичайно важливою для підготовки медичних сестер нового покоління. Проте фактично вона визначає лише одну із багатьох цілей дисципліни. Очевидна невідповідність цілей та структури програми навчальної дисципліни її змістовному наповненню.

З одного боку, навчальні цілі та зміст підготовки у повному обсязі дублюють попередньо вивчені дисципліни, зокрема “Ріст і розвиток людини”, “Основи профілактичної медицини”, “Медсестринство в акушерстві”, “Медсестринство в педіатрії”, “Медсестринство у внутрішній медицині” та “Медсестринство в сімейній медицині”, а з іншого – кожна тема про-

© Н.Ф. Новосьолова

грами містить велику кількість матеріалу, який, за твердженням психологів, неможливо опанувати у настільки обмежений час. Парадокс ситуації полягає у тому, що питання програми вивчаються кілька разів, але поверхнево через перевантаженість студентів великими обсягами навчального матеріалу, у тому числі того, що виділяється на самостійне опрацювання. Проблема слабкої міждисциплінарної інтеграції залишається актуальною і у новому навчальному плані.

Аналіз змісту навчальної дисципліни показує, що структура дисципліни абсолютно не відповідає міжнародним зразкам [3]. На практичних заняттях повторюються переважно застарілі малоефективні форми профілактичної роботи, які у нових умовах суспільного устрою вже довели свою неідеальність. Вивчення традиційного підходу до проведення диспансерного спостереження при окремих захворюваннях не дає студентам системного бачення проблем організації профілактичної роботи. Інші напрями та сучасні організаційні форми роботи медичних сестер на комунальному рівні зовсім не розглядаються.

Усвідомлення змістовного наповнення назви дисципліни дозволяє правильно визначити її мету, навчальні цілі, завдання і зміст. Навчальна дисципліна “Громадське здоров’я та громадське медсестринство” є результатом синтезу наукових знань “Соціальної медицини та організації охорони здоров’я”, сучасних досягнень медсестринської науки та інших суспільних, природничих та клінічних дисциплін. “Громадське здоров’я та громадське медсестринство” – навчальна дисципліна, що вивчає закономірності гро-

мадського здоров'я та ролі медсестринства в організації його охорони. Рушійною силою її виокремлення з інших дисциплін став стрімкий розвиток суспільства, науки і технологій, що, з одного боку, призвів до значного підвищення потреб населення в охороні здоров'я та покращенні якості життя, а з іншого – до нестримного підвищення вартості медичних послуг. Кваліфікована медична допомога стала недоступною для значної частини населення світу, а тому суттєво зросла роль сестринського персоналу у забезпеченні позитивних змін у стані громадського здоров'я та боротьбі із більшістю захворювань. Навчальна дисципліна “Громадське здоров'я та громадське медсестринство” покликана допомогти майбутнім медичним сестрам усвідомити їхні можливості та ролі в системі охорони здоров'я населення у тісній співпраці з іншими фахівцями.

З урахуванням традицій вітчизняної науки та сучасних концепцій громадського медсестринства до складу навчальної дисципліни пропонується включити такі розділи: громадське здоров'я, основи медичної статистики та організації охорони здоров'я, основи економіки охорони здоров'я та страхової медицини, управління якістю медичної допомоги та сестринської практики, мистецтво та наука громадського медсестринства, практика громадського медсестринства. Останні два розділи мають містити теоретичні основи громадського медсестринства, питання медсестринського процесу у громаді, організації медсестринської допомоги населенню в Україні і світі, інноваційних моделей та сучасних організаційних форм медсестринської допомоги, стандартизації сестринської практики, компетенції та ролі громадської медсестри, медсестринства спільнот, сімей та особи у громаді, формування здорового способу життя, сприяння здоров'ю, профілактики захворювань, догляду за пацієнтами з особливими потребами [3].

Викликає здивування підхід до формування авторських колективів, коли укладачами навчальних програм з багатьох дисциплін є представники лише двох провідних медичних коледжів України. Складається враження, що у цих навчальних закладах сконцентровано потужний науковий потенціал з усіх напрямів медсестринської науки, а також з дисциплін науково-природничого та гуманітарного циклів. Коли мова йде про підготовку спеціалістів лікувальної справи, жодному із науковців не спаде на думку, що автором навчальної програми, наприклад, із “Соціальної медицини та організації охорони здоров'я” може бути терапевт, а “Внутрішньої медицини” – організатор охорони здоров'я. Чому тоді подібна ситуація є ти-

повою для сестринської справи? Варто було б вивчити стан та науковий потенціал педагогічних кадрів усіх медичних училищ, коледжів та інститутів медсестринства, чітко визначити реальні можливості кожного навчального закладу, узгодити конкретні напрями наукових розробок (у тому числі нових програм навчальних дисциплін) та створити сприятливі умови для наукової роботи викладачів. Потрібно також звернути увагу на необхідність зміни підходу до підбору педагогічних кадрів для викладання дисциплін навчального плану підготовки медичних сестер. Визначальним критерієм має бути рівень професійної компетенції викладача у конкретній галузі знань. Так, наприклад, викладачами “Громадського здоров'я та громадського медсестринства” мають бути магістри медсестринства або організатори охорони здоров'я, додатково підготовлені з питань сестринської справи.

Не менш гострим є питання підготовки якісно нових підручників, у тому числі з “Громадського здоров'я та громадського медсестринства”.

Напрацьований досвід викладання нових дисциплін навчального плану 2006 року свідчить про необхідність доопрацювання або оновлення змісту багатьох із них. Щоб досягти максимальної міждисциплінарної інтеграції, варто обговорити усі удосконалені програми на узгоджувальній раді чи робочому семінарі представників авторських колективів. На усіх рівнях ухвалення навчальних програм необхідно брати до уваги компетентну думку спеціалістів медсестринства.

Висновки: 1. Результати аналізу програми навчальної дисципліни “Громадське здоров'я та громадське медсестринство” вказують на невідповідність змістовного наповнення назви дисципліни її меті і змісту. “Громадське здоров'я та громадське медсестринство” – навчальна дисципліна, що вивчає закономірності громадського здоров'я та роль медсестринства в організації його охорони.

2. Потрібно негайно розпочати системну роботу над удосконаленням навчального плану підготовки медичних сестер освітньо-кваліфікаційного рівня “молодший спеціаліст” та програм навчальних дисциплін.

3. Розробку програми навчальної дисципліни “Громадське здоров'я та громадське медсестринство”, як і інших дисциплін навчального плану, необхідно доручити авторським колективам за провідної участі фахівців медсестринської справи.

4. Рецензувати та рекомендувати до ухвалення навчальний план підготовки медичних сестер та програми навчальних дисциплін повинні компетентні фахівці медсестринської справи та освіти, а не лікарі чи спеціалісти інших споріднених професій.

Література

1. Про затвердження Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр.: Наказ МОЗ України № 585 від 08.11.2005 р.

2. Громадське здоров'я та громадське медсестринство. Програма для вищих медичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації за спеціальністю 5.12010102 "Сестринська справа" / Укладачі М.Б. Шегедин, І.О. Мартинюк. – К.: Медицина, 2008.

3. Медсестринство і громадське здоров'я: Пер. з англ. С. Семенко. – Громадський коледж ім. Грента МакЮена, 2000. – 201 с.

4. Навчальний план підготовки фахівців за напрямом 1101 "Медицина" спеціальності 5.110102 "Сестринська справа" освітньо-кваліфікаційного рівня "молодший спеціаліст". – К., 2006.

УДК 378. 1: 616. 1/4

**ОСОБЛИВОСТІ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ
НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ
В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ**

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

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

**SPECIFICS OF PRACTICAL TRAINING OF STUDENTS
AT THE INTERNAL MEDICINE PROPAEDEUTICS DEPARTMENT
IN CREDIT-MODULAR SYSTEM**

**S.M. Andreychyn, M.M. Ruda, T.Yu. Chernets, N.Z. Yarema, N.A. Bilkevych,
B.H. Buhay, I.M. Butvin, V.V. Vasyliuk, N.Ya. Vereshchahina, N.A. Habarova**

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті висвітлені основні напрямки організації навчального процесу з огляду на можливості покращення оволодіння практичними навичками студентів в умовах запровадження принципів Болонського процесу і модульної системи навчання на кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини Тернопільського медичного університету ім. І.Я. Горбачевського. Впровадження об'єктивного структурованого клінічного іспиту в систему навчання, як сучасного типу оцінки знань студентів, показало переваги щодо підвищення якості оволодіння студентами практичних навичок.

The main directions of organization of educational process on Care of Patients at Internal Medicine Propaedeutics and Tuberculosis Department are presented in the article. It is pointed attention to opportunities of students' practical skills mastering in the conditions of Bologna process and modular system inculcation. Introduction of objective structured clinical exam (OSCE) as a modern system of knowledge and skills evaluation into education of students showed prevalences concerning to improvement of students' practical skills mastering.

Вступ. Положення Болонської декларації підлягають впровадженню в навчальний процес медичних вузів України. Підвищені вимоги до якості підготовки фахівців-медиків, продиктовані сьогоденням, привели до реформування медичної освіти в Україні. Тому впровадження кредитно-модульної системи є

незворотним процесом, що задекларовано державою на міжнародному рівні, і його виконання передбачено нормативно-правовою базою [1-3].

У підготовці спеціаліста суттєвого значення надають оволодінню практичними навичками. Крім загальних вмінь, які розвиваються в процесі вивчення

© С.М. Андрейчин, М.М. Руда, Т.Ю. Чернець та ін.

окремої дисципліни, є необхідність освоєння специфічних навичок і знань. Тому ми вважаємо, що впровадження в навчальний процес матрикулів практичних навичок та об'єктивного структурованого клінічного іспиту (ОСКІ), зокрема на клінічних кафедрах, дасть можливість студентам більш досконало оволодіти методикою обстеження хворих.

Основна частина. Враховуючи особливості кредитно-модульної системи організації навчання, одним із важливих елементів її успішної реалізації на кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини є мотиваційні аспекти студентів при вивченні даної дисципліни. Особливістю вивчення пропедевтики внутрішньої медицини є те, що вміння обстежити хворого та знання основних даних про патологію внутрішніх органів потрібні лікарям усіх профілів.

Програма з пропедевтики внутрішньої медицини включає 2 основних модулі. Перший модуль "Основні методи обстеження хворих в клініці внутрішніх хвороб" передбачає освоєння методики обстеження хворого й структурований на 4 змістових модулі.

Другий модуль "Симптоми та синдроми при захворюванні внутрішніх органів" передбачає вивчення основних захворювань внутрішніх органів, включаючи етіологію, патогенез, класифікацію, клініку, діагностику, лікування, профілактику. Він також розділений на 4 змістових модулі.

Для кращого оволодіння студентами практичними навичками останні внесені в систему складання матрикулів. На кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини студенти опановують навички, які належать до третьої лінії. Кожна з практичних навичок, які входять до цієї лінії, має певний рівень опанування. Практичні навички з пропедевтики внутрішньої медицини передбачають фізикальне обстеження хворого, інтерпретацію додаткових методів обстеження та проведення маніпуляцій на фантомах.

Для кожної практичної навички є чіткі пункти алгоритму виконання. Такий алгоритм виконання кожної практичної навички з матрикулів дає можливість правильного їх опанування та об'єктивізації вимог до студентів. При демонстрації практичної навички враховується вміння коректного ставлення до пацієнта у момент розмови. Майбутній лікар повинен продемонструвати не тільки медичні знання та практичні навички, але й майстерність інтерактивного спілкування з пацієнтом, що є важливою складовою частиною професіоналізму.

Алгоритми практичних навичок постійно відпрацьовуються на практичних заняттях під керівництвом викладача. Для більш ефективного засвоєння прак-

тичних навичок створені навчальні відеофільми, які розміщені в Інтернеті. Освоєння матрикулів практичних навичок завершується складанням ОСКІ об'єктивного структурованого клінічного іспиту.

Для ОСКІ використовують практичні навички з третім, четвертим та п'ятим рівнями виконання, що містяться у матрикулах даної лінії. Відповідно до цих навичок створено конкретизовані лаконічні завдання, які розподіляються на чотири основних групи.

Наприклад:

Лінія № 3

Пропедевтика внутрішньої медицини

Фізикальне обстеження пацієнта

Топографічна перкусія легень у дорослих

Перелік обов'язкових навичок

1. Привітний вираз обличчя лікаря, посмішка.

2. Привітатися та представити себе.

3. Фізикальне обстеження пацієнта:

а) отримання згоди пацієнта;

б) підготовка засобів та умов для обстеження (тепла та тиха кімната, чисті теплі руки та коротко підстрижені нігті, дермограф, сантиметрова стрічка);

в) провести обстеження пацієнта, за допомогою топографічної перкусії легень визначити: висоту стояння верхівок легень спереду і ззаду, ширину полів Креніга, нижній край правої легені, нижній край лівої легені, екскурсію нижнього краю легень справа і зліва.

4. Пояснення результатів обстеження.

5. Завершення розмови (вербальні та невербальні компоненти).

Топографічна перкусія легень у дорослих

1. Визначення висоти стояння верхівок легень спереду і ззаду (5 хв).

2. Визначення ширини полів Креніга (5 хв).

3. Визначення нижніх країв правої легені (10 хв).

4. Визначення нижніх країв лівої легені (10 хв).

5. Визначення екскурсії нижнього краю легень справа і зліва (10 хв).

Кожен екзаменаційний білет складається із 12 завдань. Схема оцінювання кожного питання включає правильність технічного виконання практичної навички згідно з алгоритмом, беруть до уваги також комунікативні навички. Виконання практичної навички оцінюється відповідно 0; 0,5; 1 бал. Загальна кількість балів, яку може отримати студент, повинна бути не меншою 7 балів.

Перевагами ОСКІ є те, що на основі спостережень за діями студентів впродовж короткого проміжку часу можна оцінити ефективність оволодіння практичними навичками. Крім цього, участь в контролі знань

декількох викладачів дає змогу підвищити рівень надійності виставлення оцінок.

Аналізуючи отриманий нами досвід, слід сказати, що ОСКІ слід використовувати в групах з меншою кількістю студентів. Відповідно до Болонської системи оптимальним числом є 6-7 осіб.

Студенти не завжди мають можливість повноцінно працювати з хворими, що також є вагомою проблемою. Такий підхід до навчання повинен передбачати розвиток університетських клінік, що вже започатковано в нашому університеті.

Висновки. Набутий нами проміжний досвід впровадження засад Болонської системи навчання свід-

чить про зростання зацікавленості й відповідальності студентів у навчальному процесі, покращення рівня успішності. Впровадження в навчальний процес матрикулів практичних навичок, а також ОСКІ на клінічних кафедрах дає змогу студентам більш досконало оволодіти практичними навичками.

Крім сучасних методик навчання, підготовка лікаря потребує обов'язкового засвоєння деонтологічних засад контакту студента й пацієнта. Тому впровадження комунікативних навичок у навчальний процес розвиває в студентів вміння спілкування з хворими, що є необхідною складовою професії лікаря.

Література

1. Грубінко В.В., Бабин І.І. Нова парадигма вищої освіти в контексті Болонського процесу // Медична освіта. – 2004. – №3-4. – С. 8.

2. Підаєв А.В., Передерій В.Г. Болонський процес в Європі. Що це таке і чи потрібен він Україні? Чи можлива

інтеграція медичної освіти України в Європейській освітній простір? – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – 190 с.

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

УДК 378.147.34:616-053.2

ЗНАЧЕННЯ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ У ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З ФАХУ “ПЕДІАТРІЯ”

Н.В. Банадига, І.О. Рогальський

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

THE MEANING OF SEMINARS IN TRAINING OF DOCTORS-INTERNS FOR PEDIATRICS SPECIALITY

N.V. Banadyha, I.O. Rohalskyi

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Висвітлені різні форми семінарських занять із лікарями-інтернами, метою яких є систематизувати знання та вміння майбутнього спеціаліста, сформувати навички прийняття рішень в неординарних ситуаціях, вміння психологічної підтримки пацієнта та його батьків.

The article presents different types of seminars of doctors-interns. The aim is to make systematization of knowledge and practise of future pediatrician to improve skills of decision making in unordinary situations and skills of psychological support for children and their parents.

Вступ. Підготовка лікарів-інтернів з фаху “Педіатрія” потребує постійного перегляду підходів до реалізації навчальної програми, оскільки лікар-педіатр на даному етапі розвитку клінічної медицини має бути ерудованим, з добрим рівнем практичних вмінь, до-

© Н.В. Банадига, І.О. Рогальський

статньою теоретичною підготовкою, вміннями аналізувати та приймати рішення в невідкладних ситуаціях тощо [1, 3, 4]. Вже стало добрим правилом – забезпечити максимальне оволодіння необхідними практичними навичками в лікарській діяльності, які

вимагають хорошої теоретичної підготовки. Водночас викладачі кафедри добре розуміють [2], що існують у сьогоdnішнього лікаря-інтерна проблеми спілкування з батьками (пацієнтом); відсутній досвід вирішення негайних питань, що стосуються не тільки діагностично-лікувального процесу; не сформована необхідність щоденної роботи та поглибленого аналізу медичної літератури. А тому слід звернути увагу в підготовці майбутнього педіатра не лише на професійну діяльність, але й їх організаторські здібності, формування та дотримання правил професійної етики, розуміння норм етики та деонтології в педіатрії.

Основна частина. Підготовка лікарів-інтернів з фаху “Педіатрія” здійснюється згідно з типовим планом, який охоплює очний цикл (11 місяців) та заочний цикл навчання. Дворічна підготовка лікарів-інтернів передбачає на I році навчання 936 годин, з них на кафедрі педіатрії – 845 год та 91 год – суміжних дисциплінах; на II році – 780 годин (540 год читає кафедра та 240 год – суміжні дисципліни). Кількість годин, відведених на семінарські заняття, складає 178 годин (I рік навчання) та 118 годин (II рік навчання). На кафедрі створена та щорічно оновлюється навчальна програма, на WEB-сторінці кафедри розміщені необхідні матеріали, список рекомендованої літератури, а також матеріали для підготовки до семінарських занять. Значну допомогу лікарям-інтернам надають численні посібники та довідники, підготовлені колективом кафедри.

У навчальному процесі використовуються різні методики проведення семінарських занять з метою підвищити зацікавленість лікарів-інтернів до обраної теми, стимулювати їх до інформаційного пошуку та вміння узагальнювати, виділяти головне. Зокрема, використовуються такі форми, як семінар-дискусія, семінар-конференція, семінар-колоквіум, семінар у вигляді ділових ігор. Наприклад, для лікарів-інтернів I року навчання проводиться семінар-дискусія “Етика і деонтологія в педіатрії”, коли вони вирішують окремі ситуації, які часто трапляються в діяльності лікаря-педіатра, при цьому кожний має можливість запропонувати свій вихід із ситуації; а далі разом із викладачем обговорюють рішення, яке відповідає принципам професійної етики. Водночас, виявляється, що лікарі-інтерни мають недостатню підготовку з питань медичної психології, що ускладнює їх роботу.

Відсутність досвіду у вирішенні конфліктних ситуацій, вміння надати психологічну допомогу батькам хворої дитини, а також самому пацієнту суттєво ускладнюють діяльність педіатра. Тут вирізняється недостатня підготовка лікаря на додипломному етапі,

очевидно, що вивченню медичної психології необхідно приділити більше уваги. Дефіцит саме такої підготовки суттєво обтяжує перші роки професійної діяльності педіатра, коли і малий життєвий досвід не допомагає у вирішенні щоденних практичних ситуацій. За цих обставин зростає роль особистого прикладу викладача, коли лікар-інтерн спостерігає за щоденною діяльністю наставника і знаходить відповіді на запитання.

У вигляді семінару-конференції відбувається семінар “Синдром раптової смерті у дітей”. Ця тема не втрачає своєї актуальності і на сучасному етапі, оскільки немає єдиної точки зору на причини цього стану. Готуючись до семінару, лікарі-інтерни знайомляться з інформаційним матеріалом в мережі INTERNET та публікацій в медичних часописах; вочевидь переконуються в різних підходах до пошуку причин даного синдрому, водночас знайомляться із результатами численних досліджень та останніми поглядами на сутність його виникнення. Попри це, досягається головна мета – настороженість майбутніх спеціалістів щодо виникнення синдрому раптової смерті та його попередження; необхідності інформування батьків тощо.

Останні рекомендації МОЗ України викладені у Протоколі по догляду за дитиною раннього віку (2008), власне, головну увагу приділяють профілактичному спрямуванню роботи педіатра та підвищенню ролі і відповідальності батьків за здоров'я дитини. Професійне інформування батьків з питань загрозливих станів у дитини суттєво покращить своєчасність діагностики патології.

Особливий інтерес викликає у лікарів-інтернів семінар “Правові аспекти діяльності лікаря-педіатра”, на якому обговорюється правова база дій педіатра в різних ситуаціях, законодавчі та нормативні документи, які регламентують права дитини (на здоров'я, на грудне вигодовування, на отримання медичної допомоги), її захист та відповідальність батьків за їх недотримання. Суттєвим позитивом при проведенні семінару є і те, що веде його викладач, котрий здобув другу вищу освіту із фаху “Медичне право”. Актуальність даного семінару доводиться сучасним станом клінічної медицини, свідченням цього є та активна дискусія, що розгорнулася при обговоренні проекту “Етичного кодексу лікаря”. Власне, вона підняла давно назрілі питання не лише обов'язків лікаря, але й його захисту і прав.

Семінар, присвячений “Комам у дітей”, передбачає вирішення ситуаційних задач, із вибором діагностичної та лікувальної тактики. Спочатку кожним інтерном самостійно, а далі – колективне обговорення.

Важливе значення у навчальному процесі мають семінари-колективи, якими завершуються тематичні розділи з педіатрії. В їх проведенні застосовуються спеціальні підбірки з результатами додаткових параклінічних методів дослідження, вони передбачають виписку рецептів, складання лікувального комплексу в кожній конкретній клінічній ситуації.

Відповідно до перегляду підходів до окремих станів у педіатрії, запроваджуються нові семінари, зокрема, згідно з Римськими критеріями III (2006) – проводиться семінар “Функціональні розлади органів травлення у дітей”. В цьому році запроваджений семінар з питань “Клініки доброзичливого ставлення до підлітків”, що є надзвичайно важливим моментом у становленні нових форм медичного консультування та лікування дітей підліткового віку. Саме в цьому віковому періоді вирізняється особлива потреба психологічної підтримки, консультування з питань сексуальних відносин, профілактики венеричних захворювань тощо. Підліткова медицина зустрічається із групою різних проблем, що на даному етапі до кінця не вирішені.

Великі розділи, як наприклад “Фізіологія і патологія дітей раннього віку” тощо, завершуються семінарським – підсумковим заняттям. При його проведенні використовують різні педагогічні прийоми: вирішення ситуаційних задач, проведення диференційного діагнозу, перевірка окремих практичних навиків; постановка діагнозу після перегляду фото тощо.

Література

1. Банадига Н.В., Боярчук О.Р., Гаріян Т.В. Впровадження основ доказової медицини у навчальний процес кафедри педіатрії ФПО // Медична освіта. – 2008. – № 3. – С. 22.

2. Безруков Л.О., Колоскова О.К., Вороняк Т.М. Критичний аналіз клініко-епідеміологічної оцінки інформативності діагностичних тестів в педіатрії // Медична освіта. – 2008. – № 3. – С. 26.

Особлива форма семінарських занять – ділові ігри. Звичайно, така форма роботи може бути використана лише за умови доброї теоретичної підготовки лікарів-інтернів. При цьому їм пропонують дві ролі: перша – мами хворої дитини, друга – лікаря-педіатра. Така рольова гра є доцільною в тих випадках, коли немає тематичних хворих або викладач має на меті перевірити рівень отриманих знань. Ця форма роботи також демонструє деонтологічні навички лікаря-інтерна, вміння спілкування, збору скарг і анамнезу тощо.

Важливе значення мають на семінарському занятті унаочнення та місце проведення, тому на цих аспектах акцентується особлива увага викладача. Значно підвищує рівень проведення семінарських занять використання сучасних клінічних баз (відділення відновного лікування, кабінет здорової дитини при міській дитячій лікарні, медико-генетичний центр на базі обласної дитячої лікарні та інші).

Висновки. Узагальнюючи, слід відмітити, що в процесі підготовки лікарів-інтернів з фаху “Педіатрія” слід використовувати різні форми проведення семінарських занять, що підвищує їх ефективність, та зацікавленість майбутніх спеціалістів до поглибленого оволодіння професійними знаннями. Проведення семінарського заняття має на меті сформулювати клінічне мислення, вміння аналізувати та доповісти головну інформацію лікарем-інтерном, що є першими кроками у професійному рості та самовдосконаленні.

3. Вища освіта України і Болонський процес: Навчальний посібник / За ред. В.Г. Кременя. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2004. – 384 с.

4. Ковальчук Л.Я. Використання мультимедійних лазерних компакт-дисків для оптимізації навчального процесу // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 5-11.

УДК 378.147:159.9

РОЗВИТОК КОМУНІКАТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ “СЕСТРИНСЬКА СПРАВА”

Л.С. Білик, Н.Є. Слободян

Чортківський державний медичний коледж

DEVELOPMENT OF COMMUNICATIVE SKILLS IN STUDENTS OF “MEDICAL NURSES” DEPARTMENT

L.S. Bilyk, N.Ye. Slobodian

Chortkiv State Medical College

У статті відображені основні підходи до опанування комунікативними навичками студентами спеціальності “Сестринська справа”.

The article reflects the basic methods for achievement of communication skills by medical nurses.

Єдина справжня розкіш – це розкіш людського спілкування.

Антуан де Сент-Екзюпері

Вступ. Введення у нашої країні кількарівневої освіти для медичних сестер, поява медичних сестер з вищою освітою значно підвищили престиж професії, змінили статус медичного працівника середнього рівня. З помічника, технічного виконавця вимог лікаря, молодший медичний персонал перетворився на високоосвіченого спеціаліста, здатного до прийняття рішень і здійснення повноцінної комунікативної взаємодії з іншими учасниками професійної діяльності [1-3].

Важливою складовою професійної компетентності медичної сестри є комунікативна компетентність, тобто здатність встановлювати та підтримувати необхідний рівень міжособистісних контактів, без яких важко уявити собі кінцевий результат будь-якої взаємодії, а в нашому випадку здійснення процесу сестринського догляду. Для надання ефективної кваліфікованої допомоги медична сестра повинна не тільки досконало засвоїти необхідну систему фахових знань, умінь і практичних навичок, але й досконало володіти мистецтвом спілкування. До комунікативних вмінь медичної сестри слід віднести вміння вести діалог з хворим, здатність до емпатії, спроможність у різних нестандартних ситуаціях займати адекватну позицію, щоб не зруйнувати віру пацієнта в одужання; уміння активно й тактовно співпрацювати з колегами в наданні медичної допомоги хворому; уміння переконувати й навіювати, приваблювати до себе.

© Л.С. Білик, Н.Є. Слободян

Мета роботи – визначення шляхів розвитку комунікативних вмінь у студентів медичних коледжів.

Основна частина. Не секрет, що студентам перших курсів притаманний загальний невисокий рівень готовності до комунікативної взаємодії. В результаті проведеного дослідження рівня комунікативних здібностей студентів (при використанні методів спостереження, бесіди та тестування) було виявлено, що студенти першого курсу в основному не володіють навичками міжособистісного спілкування, по-різному ставляться до тієї чи іншої ситуації, часто проявляють нетерпимість до тих, хто не поділяє їх точку зору. Частина з них володіє завищеною самооцінкою, що також заважає побудові міжособистісних відносин.

Тож чи можна навчити студента спілкування? Як доводить досвід, комунікативних навичок можна навчати, їх можна вивчити, але їх дуже швидко забувають, якщо вони не підтвержуються практикою.

Організацію педагогічної діяльності з формування у студентів вмінь комунікативної взаємодії у професійній діяльності можна поділити на 2 етапи: теоретичний і практичний.

Теоретичний етап спрямований на засвоєння знань студентів про особливості комунікативної взаємодії у професійній діяльності, а саме: спілкування як особливий та невід’ємний напрям діяльності медичного працівника; особливості міжособистісної взаємодії суб’єктів медичної сфери; пацієнт медичної устано-

ви як об'єкт і суб'єкт комунікативної взаємодії; перцептивні, невербальні, паралінгвістичні, екстралінгвальні механізми комунікації; ятрогенії як наслідки порушення комунікативної взаємодії медичних працівників та пацієнтів; деонтологія як етична основа комунікації та інше. Засвоєння представлених теоретичних елементів комунікативної взаємодії у професійній діяльності майбутніх медичних сестер відбувається при вивченні навчальних дисциплін “Основи психології та міжособистісного спілкування” і “Медсестринська етика та деонтологія”. Крім того, мовна культура студентів формується при вивченні гуманітарних дисциплін (філософія, історія, українська мова за професійним спрямуванням тощо).

Практичний етап спрямований на оволодіння студентами умінь та навичок організації комунікативної взаємодії у професійній діяльності. Завдання цього етапу досягаються у процесі виконання студентами завдань з виробничої практики та через залучення майбутніх медичних сестер до виконання професійно орієнтованих завдань при вивченні клінічних дисциплін. На нашу думку, навички спілкування з певними категоріями хворих повинні бути відпрацьовані за час навчання до автоматизму, тоді медична сестра

буде їх застосовувати як у повсякденних, так і в критичних ситуаціях. Викладачі коледжу з цією метою практикують використання методів активного навчання, які допомагають розвивати навички комунікації: розгляд і обговорення ситуаційних задач; постановка проблеми та її колегіальне вирішення; використання ділових та рольових ігор, імітаційних тренінгів; моделювання клінічних ситуацій; вироблення стандартів сестринського догляду. При цьому важливим є не лише використання та роз'яснення викладачами правил комунікації, але і контроль за їх застосуванням студентами під час практичних занять. Елементи комунікації включені у всі алгоритми виконання сестринських маніпуляцій (так звана “психологічна підготовка пацієнта”). Контролюється і оцінюється в даному випадку не тільки мовлення, але й міміка і пантоміміка.

Висновки. Формування та розвиток комунікативних здібностей – невід'ємна складова підготовки висококваліфікованої і компетентної медичної сестри. Подальшим завданням для себе вбачаємо створення алгоритмів спілкування медичної сестри в різних клінічних напрямках (внутрішня медицина, хірургія, акушерство та гінекологія, педіатрія, неврологія та психіатрія тощо).

Література

1. Опанування практичними та комунікативними навичками – невід'ємні складові підготовки висококваліфікованого лікаря / І.Р. Мисула, Н.Є. Лісничук, І.Є. Сахарова та ін. // Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір: Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції. – Тернопіль: ТДМУ, 2009. – С. 209-211.

2. Психология общения медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях / А.К. Хетагурова, И.О. Слепущенко, Б.К. Липкий и др. – М.: Медицинский вестник, 2003. – 96 с.

3. Старостина Р.В. Развитие коммуникативных способностей у студентов-медиков // Специалист. – 2007. – № 12. – С. 16.

УДК 378.1. 616-053.2(076.5)

ВПЛИВ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТУДЕНТІВ НА ЗАСВОЄННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ПРИ ВИВЧЕННІ ОПЕРАТИВНОЇ ХІРУРГІЇ ТА ТОПОГРАФІЧНОЇ АНАТОМІЇ

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

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

INFLUENCE OF STUDENTS' PSYCHOPHYSIOLOGICAL PECULIARITIES ON PRACTICAL SKILLS MASTERING DURING STUDY OF OPERATIVE SURGERY AND TOPOGRAPHICAL ANATOMY

**M.S. Hnatiuk, O.B. Slabyi, R.M. Hnatiuk, M.F. Kovalchuk,
Yu.O. Danylevych, P.I. Shevyak, T.I. Harhula**

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Практичні навички відіграють важливу роль у глибокому осмисленні та розумінні завдань навчальної дисципліни і кращому її освоєнні. Якість та ефективність опанування необхідними практичними навичками залежать від психофізіологічних особливостей студента, тобто від домінування правої чи лівої руки. Встановлено, що ліворуким студентам для повноцінного опанування практичними навичками необхідно створювати відповідні конкретні умови для виконання практичної роботи і приділяти більше уваги та часу.

Practical skills are important in profound understanding and comprehension of educational subject tasks and better its mastering. It is necessary to take into consideration the psychophysiological students' features (right- and left-handed persons) for adequate and valuable mastering of operative surgery and topographical anatomy practical skills, to create the proper concrete conditions and to give more time and to pay more attention for adequate practical work.

Вступ. Вхідження нашої країни у світове співтовариство неможливе без модернізації системи вищої освіти, спрямованої на підготовку фахівців на рівні міжнародних вимог. Сьогодні необхідні суттєві технологічні зміни в освіті, пошук нових технологій навчання, які істотно прискорять підготовку висококваліфікованих спеціалістів з новим ступенем знань [1, 2]. Науково-технічний прогрес, потужні потоки нової інформації вимагають суттєвого вдосконалення форм викладання, розробки нових ефективних навчальних програм, подачі для засвоєння великого обсягу інформації на більш високому та якісно новому рівні.

Оперативна хірургія та топографічна анатомія – важливий предмет у системі вищої медичної освіти і є перехідною дисципліною від теорії до практики. Оперативна хірургія та топографічна анатомія не обмежуються тільки топографічним препаруванням та вивченням поширеної будови ділянок людського організму. Важливе значення для повноцінного освоєння названого навчального предмета відводиться практичним навичкам, якими зобов'язаний володіти

лікар загальної практики. На практичних заняттях з оперативної хірургії та топографічної анатомії студенти медичного факультету повинні засвоїти цілу низку практичних навичок, які в майбутньому допоможуть їм оволодіти досконалим виконанням найбільш вживаних лікарських маніпуляцій. Варто також підкреслити, що опанування практичними навичками пов'язане із запитами клініки. Відомо, що засвоєння основ практичних навичок розширює кругозір майбутнього лікаря, досконале опанування ними сприятиме своєчасному і грамотному наданню невідкладної допомоги в екстремальних ситуаціях [3, 4]. Більшість педагогів вищої школи стверджує, що для досягнення максимального ефекту від вивчення будь-якої медичної дисципліни необхідно, щоб студенти не тільки отримували глибокі теоретичні знання, але й істотно вдосконалювали практичні навички [5, 6]. Адекватне та повноцінне опанування практичними навичками інтенсифікує засвоєння навчального матеріалу, стимулює цікавість до предмета і викликає активну діяльність мислення [7]. Слід зауважити, що

© М.С. Гнатюк, О.Б. Слабий, Р.М. Гнатюк та ін.

на кожному практичному занятті з оперативної хірургії та топографічної анатомії студенти медичного та стоматологічного факультетів виконують практичну роботу, під час якої засвоюють практичні навички: роз'єднання та з'єднання тканин, тимчасова та кінцева зупинки кровотечі, трахеотомія та трахеостомія, підокісна резекція ребра, торакотомія, лапаротомія та ін. Щоденним спостереженням за роботою студентів виявлено, що вони по-різному опановують практичні навички. Одні студенти вже з 2-3-го практичних занять впевнено та вміло виконують оперативні втручання, іншими практичні навички засвоюються важче. При цьому було виявлено, що праворуки студенти швидше та краще опановують практичні навички порівняно з ліворукими.

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

Основна частина. Для оцінки ефективності засвоєння практичних навичок з оперативної хірургії та топографічної анатомії проведений педагогічний експеримент у 15 академічних групах студентів, які були розділені на 2 підгрупи. У 1-шу підгрупу ввійшли праворуки студенти, у 2-гу – студенти, у яких домінувала ліва рука ("лівші"). При визначенні праворукості або ліворукості використовувався Луганський сенсibilізований опитувальник для визначення ліворукості у дітей [8, 9]. Взяти участь у даному експерименті 182 студенти, серед яких праворуких виявилось 155 студентів (85,2 %), а ліворуких – 27 (14,8 %). При проведенні даного експерименту враховувалися побажання "лівшів", тобто для них створювалися необхідні умови для роботи: конкретне розміщення біля операційного столу та тварини, подача та відповідна підготовка хірургічного інструментарію для них.

Підсумкове оцінювання засвоєння практичних навичок проводилося на 7-му практичному занятті за 12-бальною системою. При цьому бралися до уваги такі практичні навички:

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

У досліджених 182 студентів аналізували питому вагу відмінних, добрих, задовільних та незадовіль-

них оцінок, а також результати анонімного анкетування студентів.

Встановлено, що середній бал при оцінюванні перерахованих практичних навичок у праворуких студентів він виявився на 0,82 вищим, порівняно з ліворукими. При цьому у праворуких він склав 7,02, а у ліворуких – 6,20. Із 155 праворуких студентів на "відмінно" засвоїли практичні навички 48 (30,1 %), а ліворуких – 18,5 %, питома вага добрих оцінок при цьому відповідно склала – 50,1 та 33,3 %, задовільних – 10,2 і 29,7 %, незадовільних – 9,6 і 18,5 %. Наведені цифрові величини свідчать, що праворуки студенти, незважаючи на однакові умови виконання практичних навичок, швидше та ефективніше їх опановують.

Аналізом отриманих даних встановлено, що незважаючи на оптимальні умови роботи, створені для ліворуких студентів, існувала різниця у засвоєнні практичних навичок з оперативної хірургії та топографічної анатомії у досліджуваних підгрупах студентів.

Необхідно підкреслити, що в останні роки сучасна педагогіка звертає увагу на особливості навчання та якості засвоєння навчальних дисциплін у праворуких та ліворуких [10]. Відомо, що психофізіологічні відмінності право- та ліворуких обумовлені різними функціями лівої та правої півкуль головного мозку. Так, ліва півкуля головного мозку, що домінує у праворуких, відповідає за використання абстрактно-знакової інформації (читання, рахунки, мова), за властивість адекватно аналізувати предмети та явища, розкласти їх на окремі частини та елементи і формувати логічні ланцюжки. Права півкуля головного мозку, яка домінує у ліворуких, замість вказаного аналізу більш схильна до узагальнення та синтезу, забезпечуючи цілісність сприйняття. Обидві півкулі головного мозку функціонують у тісному взаємозв'язку, проте наведене домінування однієї з них зумовлює тип мислення людини, визначаючи її характер, ступінь невротизації, швидкість мислення, пам'ять, властивість зосередження, виконання різних дій та інші психофізіологічні властивості [8, 10, 11]. Ліворуки особи більш вразливі, збудливі, чутливі, відповідальні, але часто невпевнені у собі, піддаються різним змінам емоцій, схильні до коливань настрою від ейфорії до песимізму та зриву [8].

В корі лівої нижньої тім'яної часточки головного мозку (точніше у *gyrus supramarginalis*) у праворуких локалізована частина рухового аналізатора, при участі якого здійснюються цільові комбіновані рухи, які цілеспрямовані. У ліворуких вважають, що сигнал до здійснення цих рухів дещо пролонгований.

Отримані дані проведеного педагогічного експерименту та проаналізовані дані літератури свідчать, що засвоєння практичних навичок оперативної хірургії та топографічної анатомії залежить від психофізіологічних особливостей студентів, тобто право- та ліворукості. При цьому, незважаючи на створення оптимальних умов для останніх при засвоєнні практичних навичок, вони опановують їх дещо гірше порівняно із праворукими студентами. Наведене вказує, що при освоєнні практичних навичок студентами, крім створення конкретних умов, ліворуким особам потрібно приділяти більше уваги та часу для повноцінного опанування практичними навичками, які істотно доповнюють та розкривають найважливіші питання з оперативної хірургії та топографічної анатомії, допомагають ширше осмислити і правильно зрозуміти

Література

1. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров'я та обґрунтування перспектив розвитку вищої медичної освіти в Україні / Ю.В. Вороненко // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 6-11.
2. Ковальчук Л.Я. Основні тенденції розвитку світової вищої школи. Впровадження сучасних технологій у навчальний процес Тернопільської державної медичної академії імені І.Я. Горбачевського: досягнення і перспективи / Л.Я. Ковальчук // Медична освіта. – 2000. – № 2. – С. 5-11.
3. Ахтемійчук Ю.Т. Практичні навички з оперативної хірургії / Ахтемійчук Ю.Т., Пішак В.П., Слободян О.М. – Чернівці: Місто, 2005. – 152 с.
4. Попович Ю.Л. Техніка хірургічних операцій / Ю.Л. Попович, К.О. Діамантопуло. – Івано-Франківськ, 2005. – 348 с.
5. Синяк К.М. Методологические аспекты преподавания эпидемиологии / Синяк К.М., Давиденко О.С., Касьяненко Т.Н. // Врач. дело. – 1998. – № 8. – С. 112-118.
6. Гнатюк М.С. Роль відеофільмів та відеофрагментів у

мету та завдання даного навчального предмета, що створює найбільш адекватні умови для формування майбутнього лікаря.

Висновок. Адекватне та повноцінне засвоєння практичних навичок з оперативної хірургії та топографічної анатомії залежить від психофізіологічних особливостей студента, тобто від домінування правої чи лівої руки. Ліворуким студентам для повноцінного опанування практичними навичками необхідно створювати відповідні конкретні умови для виконання практичної роботи і приділяти більше уваги та часу. В майбутньому подальше вивчення та врахування психофізіологічних особливостей студентів при освоєнні та виконанні практичних навичок допоможе не тільки краще опанувати ними, а також повноцінніше засвоїти навчальну дисципліну.

засвоєнні практичних навичок на оперативній хірургії та топографічній анатомії / Гнатюк М.С., Гаргула В.Д., Данилевич Ю.О. // Впровадження засад Болонської системи освіти: український і зарубіжний досвід. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2007. – С. 122-123.

7. Авдєєв О.В. Концепція викладання клінічних дисциплін на кафедрі терапевтичної і дитячої стоматології за методикою єдиного дня / Авдєєв О.В., Якимець М.М., Чорній Н.В. // Медична освіта. – 2008. – № 3. – С. 15-18.

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

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

10. Чуприков А.П. Підготовка ліворукої дитини до письма / А.П. Чуприков, Р.М. Гнатюк. – Київ: Редакція світлицьких видань, 2003. – 132 с.

11. Fliescher W. Wartbildung der deutschen Gegenwartsprache / W. Fliescher, I. Barz. – Tubingen: Max Neimeyer Verlag, 2005. – 382 p.

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,
І.Я. Криницька, В.В. Максимова, Б.А. Локай, Н.Б. Галіяш,
О.М. Креховська-Лепявко, І.В. Яворська, Н.В. Петренко, В.Є. Городецький**

*ННІ медсестринства Тернопільського державного медичного
університету імені І.Я. Горбачевського*

DISTANT EDUCATION SYSTEM AS A NEW WAY OF STUDIES 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,
I.Ya. Krynytska, V.V. Maksymova, B.A. Lokay, N.B. Haliyash,
O.M. Krekhovska-Lepyavko, I.V. Yavorska, N.V. Petrenko, V.Ye. Horodetskyi**

Nursing Institute 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 розповсюдженні 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 технологічних можливостей студента. Для навчання йому не-

© І.Я. Господарський, С.О. Ястремська, С.О. Коноваленко та ін.

обхідно 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 замкнутих 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 комплексно-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 завірені ними документально у журналі проходження практики, який відправляється студенту в електронному варіанті на поштову скриньку. Після проходження практики студент відсилає завідувачу 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 ши-

роко 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 тех-

нологии 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 159.61

КОМУНІКАТИВНІ БАР'ЄРИ У ВІДНОСИНАХ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА

В.Б. Гощинський, Н.І. Корильчук, Н.Є. Боцюк, І.О. Боровик,
Т.Б. Корильчук, І.І. Ляшенко, В.Р. Перейма, О.І. Бенца

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

COMMUNICATION BARRIERS IN DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

V.B. Hoshchynskiy, N.I. Korylchuk, N.Ye. Botsiuk, I.O. Borovyk,
T.B. Korylchuk, I.I. Liashenko, V.R. Pereima, O.I. Bentsa

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У роботі вивчено комунікативні бар'єри у відносинах лікаря та хворого на цукровий діабет. Вивчено ряд бар'єрів у спілкуванні між лікарем та пацієнтом: бар'єр середовища, характеру та темпераменту, негативних емоцій, гніву та страху, поганого настрою та самопочуття тощо. Виявлено, що важчою групою для комунікативного зв'язку є хворі на цукровий діабет 2 типу.

In this paper we studied communication barriers in relationship between doctor and patient with diabetes mellitus. A number of barriers in communication between doctor and patient was studied: barrier of environment, character and temperament, negative emotions, anger and fear, bad mood and self-confidence etc. It was revealed that the more severe group for communication link are patients with diabetes mellitus type 2.

Вступ. Однією з найбільш актуальних проблем лікування хворих є вивчення умов оптимальності і ефективності лікувального процесу, важливою психологічною характеристикою якого є взаємозв'язок між лікарем та пацієнтом, а саме комунікативна взаємодія в діаді "лікар-пацієнт" [1, 3]. З усіх хронічних розладів цукровий діабет (ЦД) обґрунтовано вимагає найбільш активної залученості не лише лікаря, але й пацієнта в процес лікування та здійснення самопомоги [2, 4]. Так, хворий, що страждає від діабету, повинен рівною мірою бути сам собі лікарем, медичною сестрою, дієтологом і біохіміком одночасно. Через способи досконалої самопомоги людина пристосовується до наявності в неї захворювання, що є вирішальним в подальшому для результатів запобігання прогресуванню та ускладненням недуги. Всі ці навички, роз'яснення та повчання здобуваються хворим лише при досконалій комунікативній взаємодії з лікарем. Сам діабет потребує залучення у процес спілкування лікарів різних спеціальностей, зокрема: терапевта, ендокринолога, невролога, окуліста, хірурга тощо. Тому ми мали намір з'ясувати, чи існують комунікативні бар'єри у відносинах лікарів та хворих на ЦД і які саме.

Основна частина. Нами проведено опитування та анкетування 120 пацієнтів хворих на ЦД (88 – ЦД 2 типу, 32 – ЦД 1 типу) та 48 лікарів різних спеціаль-

ностей (ендокринологів, терапевтів, хірургів, урологів, неврологів, окулістів). Тривалість діагностованого ЦД у пацієнтів становила від 3 до 40 років, середній вік хворих $52,6 \pm 2,8$ роки. Середній вік анкетованих лікарів становив $44,6 \pm 3,2$ роки, стаж роботи лікарем від 3 до 32 років.

Проведені дослідження дозволяють стверджувати, що за умов спілкування між лікарем та хворим на ЦД постають часті, різнобічні комунікативні бар'єри. Наукові джерела [5, 7] вказують, що бар'єри спілкування являють собою психологічну перешкоду, яка заважає ефективному спілкуванню, причиною якого є індивідуально-психологічні особливості людей, що вступають у комунікативний зв'язок. Так, ці бар'єри можуть виникати під впливом різної вікової категорії та статі лікаря. Проте нами встановлено, що хворі на ЦД не мають комунікативного бар'єра стосовно віку лікаря та його статі. Нами виявлено, що 52 (43,3 %) пацієнти звертають увагу на так звані бар'єри, пов'язані з середовищем, у якому здійснюється комунікативний процес. Хворі зауважують, що при бесіді у кабінеті поліклініки мало часу на спілкування з лікарем, пацієнт не може швидко опанувати всі нюанси поведінки при вперше встановленому діагнозі, чи при недостатньому розумінні самого захворювання, зрозуміти тактику подальшої пожиттєвої поведінки. 25 (20,8 %) звертають увагу на інформа-

© В.Б. Гощинський, Н.І. Корильчук, Н.Є. Боцюк та ін.

ційне перевантаження (бар'єром стає занадто велика кількість інформації щодо лікування ЦД), так пацієнти розгублюються й часто призначену терапію лікарем змінюють під впливом інформаційних атак (преса, телебачення, знайомі, родичі тощо). Вагому впливу піддаються хворі на вперше виявлений ЦД. І коли неагресивні на початку прояви перебігу діабету 2 типу сприяють в деяких випадках (хворі не дотримуються дієти, перестають вживати цукрознижувальні середники тощо) повільному прогресуванню ускладнень, то відміна інсулінів при 1 типі прогностично передбачає високий ризик швидкої інвалідації та смертності хворих. Науковці зауважують [6, 8], що інколи комунікативні бар'єри спровоковані антипатією, недовірою тощо, а також через своєрідний "фільтр" довіри чи недовіри пацієнта до лікаря чи лікаря до пацієнта. Причому фільтр діє таким чином, що абсолютно істинна інформація може стати неприйнятною, а хибна, навпаки, прийнятною. Так, 7 (5,8 %) хворих мають своєрідну антипатію до лікарів, з якими спілкуються з приводу хвороби. А опитані лікарі зауважують, що більше 50 % хворих на ЦД при бесіді стверджують, що дотримуються всіх призначень лікаря, проте при досконалому аналізі встановлюється, що це далеко неправда. Окрім того, перебіг ЦД 1 та 2 типів вимагає від хворого щоденної корекції схем лікування. Б. Поршнев [10] виокремлює три форми комунікативних бар'єрів, які різняться за ступенем прозорості: уникання, авторитет та нерозуміння. Йдеться про те, що за своєю психологічною природою комунікативний бар'єр є механізмом захисту від небажаної інформації. Психологічна перешкода [9], яку пацієнт встановлює на шляху небажаної чи небезпечної інформації, може бути різного ступеня прозорості. Практично непрозорим бар'єром є уникання. Втекти від небажаної інформації та її впливу можливо як фізично (уникання не передбачає контакту із самим носієм такої інформації, а саме – лікарем), так і психологічно (забування інформації). Нами встановлено, що в 32 (26,7 %) хворих діагноз діабету викликав заперечення – це розповсюджена, але дезадаптивна реакція на діагноз, яка, в свою чергу, стимулювала бар'єр уникання у пацієнтів. Так, хворі на ЦД уникали поетапного диспансерного спостереження у спеціалістів. В основному це хворі на ЦД 2 типу (ЦД 2 типу – 26, ЦД 1 типу – 6). Виявлено "забування" інформації, що проявлялося порушенням схем вживання цукрознижувальних таблетованих середників – 32 (26,7 %), зменшення доз ін'єкцій інсуліну – 17 (14,2) (ЦД 1 типу – 4 (3,3 %), ЦД 2 типу – 13 (10,8 %)), або пропускання їх 12 (10 %), і основне – недотримання

дієти (ЦД 1 типу – 18 (56,3 %), ЦД 2 типу – 68 (77,3 %)). Другий бар'єр – авторитет – діє таким чином: інформація потрапляє до свідомості, але на цьому шляху вона суттєво знецінюється через суб'єктивне зниження авторитетності її джерела, тобто, зрештою, стає ненадійною й малозначущою. Так, для частини хворих лікарі не є авторитетами стосовно лікування ЦД (хворі вказують на: 20 – лікарів-терапевтів, 17 – неврологів, 15 – лікарів-окулістів, 22 – хірургів та 2 – лікарів-ендокринологів). Пояснення стосовно вищеподаних даних у хворих на ЦД були різні та в основному спілкування з лікарями, спеціальності яких дають можливість діагностувати ряд ускладнень ЦД, викликають у хворих так званий захисний бар'єр (напр.: не піду до окуліста й не буду знати про ускладнення діабету). Третій бар'єр – нерозуміння, найтонший спосіб знизити вплив інформації шляхом її перекручення до невпізнання, надання їй нейтрального смислу. Нерозуміння виявлено в 10 (8,3 %) опитаних, й всі вони хворі на 2 тип діабету.

Аналіз опитування лікарів, які стикаються з лікуванням хворих на діабет, свідчить, що пацієнти, хворі на ЦД, є важкою групою для налагодження комунікативного зв'язку, і вказує на основні психологічні бар'єри у спілкуванні з даною групою хворих: бар'єр характеру та темпераменту (ЦД 2 типу – 63,3 %, ЦД 1 типу – 46,9 %) (зауважуючи, що він змінюється під впливом захворювання), бар'єр негативних емоцій (ЦД 2 типу – 68,2 %, ЦД 1 типу – 56,3 %) (напр.: Чому хворий я?), бар'єр гніву (ЦД 2 типу – 70,5 %, ЦД 1 типу – 37,5 %) (напр.: Чому у мене ускладнення? Чому дотримуватися дієти? Чому чекати в черзі? і т. д.), бар'єр страху (ЦД 2 типу – 43,2 %, ЦД 1 типу – 12,5 %) (Що зі мною буде?), бар'єр провини і сорому (ЦД 2 типу – 52,3 %, ЦД 1 типу – 50 %) (відчуття провини перед сім'єю, сором перед співробітниками), бар'єр дистанції (ЦД 2 типу – 13,6 %, ЦД 1 типу – 12,5 %), бар'єр поганого настрою і самопочуття (ЦД 2 типу – 70,5 %, ЦД 1 типу – 50 %) тощо. Причому, всі опитані лікарі зауважують, що важчими у спілкуванні є хворі на ЦД 2 типу, не зважаючи на те, які схеми лікування вони отримують (лише дієта, дієта та цукрознижувальні середники, дієта та інсулін).

Висновок. У спілкуванні лікаря та пацієнта, хворого на ЦД, виникає великий ряд комунікативних бар'єрів, спровокованих не лише проявами характеру та темпераменту, але й особливостями хвороби. У зв'язку з тим, що ЦД – довічне захворювання, воно змушує хворих до активного комунікативного процесу з лікарями різних спеціальностей не лише лікаря-ендокринолога. Тому фахівцям-медикам необхід-

но враховувати бар'єрність у відносинах спілкування та прагнути допомогти хворим налагодити досконалий комунікативний процес.

Література

1. Бодалев А.А. Личность и общение. – М.: Педагогика, 1983. – 272 с.
2. Брусиловский Ф.С, Арлазорова А.З., Брусиловская С.Ф. Нервная система и сахарный диабет: неврологические и психиатрические аспекты // История Сабуровой дачи: Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. – Харьков, 1996. – Т. 3. – С. 398-401.
3. Ван Дейк Т. А. Язык. Познание. Коммуникация. – 1989.
4. Герцик Л.Г. Социально-психологические аспекты сахарного диабета (к проблеме психологической коррекции) // Вопросы теоретической и практической психондокринологии: Сборник научных трудов МНИИ психиат-

Перспективним в подальших дослідженнях вбачається підбір способів подолання комунікативних бар'єрів у хворих на ЦД.

- ри. – М., 1989. – С. 52-58.
5. Куницына В.Н., Казаринова Н.В., Погольша В.М. Межличностное общение: Учебник для вузов. – С.Пб.: Питер, 2003. – 544 с.
6. Ліфарєва Н.В. Психологія особистості: Навч. посіб. – К.: Центр навчальної літератури, 2003. – 237 с.
7. Макарова Л.Л. Загальна психологія: Навчальний посібник для студ. вищ. навч. закладів. – Київ: Центр навчальної літератури, 2005. – 200 с;
- Малахов В.А. Етика спілкування. – К.: Либідь, 2006. – 400 с.
8. Основи психології: Навчальний посібник / Ред. А.І. Веракіс. – Київ – Харків: Р.І.Ф., 2005. – 416 с.
9. Пашенко С.Ю. Загальна психологія. – Запоріжжя, 2004. – 32 с.
10. Поршнева Б.Ф. О начале человеческой истории (Проблема палеопсихологии). – М.: Мысль, 1974.

УДК 378.147:617

ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ХІРУРГІВ У СВІТЛІ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

І.Я. Дзюбановський, В.В. Бенедикт, В.І. П'ятночка, Ю.М. Герасимець, Р.В. Свистун, О.Б. Луговий, К.Г. Поляцко, Я.П. Нагірний

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

DISTANCE LEARNING OF SURGEONS IN THE LIGHT OF CONTINUITY OF POST-GRADUATE EDUCATION

I.Ya. Dziubanovskiy, V.V. Benedykt, V.I. Pyatnochka, Yu.M. Herasymets, R.V. Svystun, O.B. Luhovyi, K.H. Poliatsko, Ya.P. Nahirnyi

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Післядипломна безперервна підготовка хірургів передбачає використання сучасних інформаційних комп'ютерних і педагогічних технологій – дистанційне навчання. Висвітлено розроблену методику дистанційного навчання на кафедрі хірургії з малоінвазивними ендоскопічними технологіями ФПО у вигляді інформаційної бази, яка складається з трьох розділів, що включають в себе загальну інформацію, тестові питання для контролю знань та прямий електронний контакт з викладачами кафедри не лише для навчального процесу, але і для вирішення питань з невідкладної та планової хірургічної допомоги. Впровадження дистанційних освітніх технологій в системі підвищення кваліфікації лікарів-хірургів дозволяє йому навчатися на своєму робочому місці, що відповідає принципу безперервності післядипломної освіти.

© І.Я. Дзюбановський, В.В. Бенедикт, В.І. П'ятночка та ін.

Post-graduate continuous training of surgeons provides the use of advanced computer and teaching technologies – distance learning. Deals with the developed method of distance learning at the department of surgery with small invasive endoscopic technologies FPE in the form of information base, which consists of three sections, which include general information, test questions for the control of knowledge and direct electronic contact with the teachers of the department not only for the educational process, but to address issues of emergency and elective surgical care. The introduction of distance learning technologies in the training of surgeons allows them to learn at their workplace, which corresponds to the principle of continuity of post-graduate education.

Вступ. У сучасній літературі досить часто з'являються публікації, в яких піднімається питання впровадження дистанційного навчання. Особливо акцентується увага стосовно цього виду навчання в медицині [3].

Сучасні принципи освіти в рамках проблеми створення єдиного європейського освітнього простору передбачають суттєве зменшення кількості аудиторних годин з наступним акцентом на самостійну роботу [2]. Підвищення рівня діагностики та лікування хірургічних захворювань знаходиться в прямій залежності від науково-технічного прогресу в системі безперервної післядипломної освіти. Тому післядипломна підготовка хірургів передбачає використання в навчальному процесі як традиційних методів та форм навчання (проведення ПАЦ курсів), так і залучення сучасних інформаційних комп'ютерних та педагогічних технологій (дистанційне навчання) [1].

Метою нашої роботи є розробка і впровадження дистанційної форми навчання для лікарів-хірургів перед їх зарахуванням на передатестаційний цикл, що дає змогу підвищити їх можливість у набутті необхідних теоретичних знань і практичних навичок, які вони зможуть використовувати у своїй хірургічній практиці.

Основна частина. На кафедрі хірургії з малоінвазивними ендоскопічними технологіями ФПО для вирішення поставленого завдання, завдяки створеній в університеті мережі Інтернет, нами створено інформаційну базу для хірургів – майбутніх курсантів передатестаційного циклу. Інформаційна база включає в себе:

- загальну інформацію стосовно дати проведення ПАЦ, тематику лекційного матеріалу, практичних та семінарських занять, перелік літератури з електронними посиланнями адрес, вартості курсів, останні накази МОЗ України щодо проведення переатестації лікаря-хірурга, перелік необхідної документації, основною з яких є кваліфікаційна характеристика лікаря-хірурга;
- тестові питання для контролю знань лікарів-хірургів відповідно до рівня їх професійної підготовки та з чітко визначеним диференційованим підходом до попереднього рівня кваліфікації;
- список викладачів кафедри з їхніми електронними адресами та перелік монотематичних завдань з відповідних розділів хірургії.

Запропонований і впроваджений нами в систему дистанційного навчання на кафедрі хірургії ФПО алгоритм взаємозв'язку між викладачами кафедри та лікарями-хірургами має таку конфігурацію (рис. 1).



Рис. 1. Система дистанційного навчання.

Ми вважаємо, що ніякі тестові питання на комп'ютерних та паперових носіях на теперішньому етапі не будуть ефективними без попередньої методичної підготовки лікарів-хірургів, які можуть підтвердити їх кваліфікаційний рівень. Це, в свою чергу, покращить і удосконалив систему післядипломної освіти в хірургії.

Накопичений досвід педагогічної роботи викладачів кафедри хірургії з малоінвазивними ендоскопічними технологіями ФПО показав, що роль педагога-хірурга з великим практичним досвідом роботи, шанованим в медичному середовищі фахівців області, є основним мотивом, завдяки якому практичні хірурги прагнуть бути схожими на своїх наставників, досягти їх висот майстерності і спонукає їх до більш широкого використання новітніх інноваційних технологій – дистанційного навчання.

Перспективним напрямком є постійний взаємозв'язок практичного лікаря хірурга з викладачем кафедри через мережу Інтернет як з метою отримання сучасної наукової інформації, так і для вирішення питань з невідкладної та планової хірургічної допомоги.

Висновки. Впровадження дистанційних освітніх технологій в системі підвищення кваліфікації лікарів-хірургів дозволяє йому навчатися на своєму робочому місці, що відповідає принципу безперервності післядипломної освіти.

Впровадження дистанційного навчання для лікарів-хірургів в системі безперервної післядипломної освіти дозволяє значно покращити їх можливість у набутті необхідних теоретичних знань і практичних навичок, які вони будуть використовувати у своїй хірургічній практиці.

Література

1. Впровадження елементів дистанційного навчання за умов кредитно-модульної системи / В.М. Лобас, Н.М. Адоньєва, О.Т. Дорохова, Ф.В. Климовицький // Український журнал телемедицини та медичної телематики. – 2007. – Т. 5, №2. – С. 152-155.

2. Минцер О.П. Дистанционное обучение врачей и провизоров – реалии сегодняшнего дня // Мистецтво лікування. – 2005. – № 8. – С. 10-11.

3. Холопов М.В. Дистанционное обучение в медицине. – Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, 2007. – С. 67-68.

УДК 378:37.041

**САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ЯК ВАЖЛИВИЙ НАПРЯМ
У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ**

С.І. Климишук, Н.І. Ткачук, Л.Б. Романюк, М.С. Творко, Г.Р. Малиарчук, В.П. Борак

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

**THE INDEPENDENT STUDENT'S WORK AS AN IMPORTANT
DIRECTION IN THE FUTURE SPECIALIST'S TRAINING**

S.I. Klymniuk, N.I. Tkachuk, L.B. Romaniuk, M.S. Tvorko, H.R. Maliarchuk, V.P. Borak

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті наведений досвід ефективного використання навчального часу самостійної роботи студентів при підготовці до занять з мікробіології, вірусології та імунології на кафедрі.

In this article the experience of student's training on microbiology, virology and immunology department is described.

Вступ. Підвищення ефективності вищої медичної освіти є визначальним чинником у системі реформування охорони здоров'я в Україні та поліпшення медичного обслуговування населення. Освіта і наука формують інтелектуальні ресурси нації і повинні бути в авангарді цих процесів. Приєднання України до Болонського процесу є незаперечним фактом міжнародного визнання нашої системи вищої освіти, важливим кроком на шляху реалізації стратегічного курсу України в Європейський Союз [1]. На зміну традиційній освітній моделі, що базується на пріоритеті простого засвоєння і відтворення інформації, має прийти нова модель, головною метою якої є всебічний розвиток особистості. Важливу роль у структурі підготовки фахівців-медиків при сучасній навчальній схемі відіграє самостійна робота студентів [1-3].

Основна частина. Однією з форм організації роботи на кафедрі медичної біології, мікробіології, вірусології та імунології, яка максимально сприяє розвитку студента як особистості, є самостійна робота, яка передбачає і є основним засобом оволодіння на-

вчальним матеріалом у час, вільний від обов'язкових занять. Самостійна аудиторна та позааудиторна робота відіграє значну роль у примноженні творчого потенціалу студента. Головне її призначення: дати можливість студентам отримати додаткові знання, забезпечити їх потреби, щодо творчого підходу до навчального процесу, формувати особистість та її гармонійний розвиток залежно від спрямованості індивідуальних інтересів та природних здібностей кожного студента.

На кафедрі при вивченні мікробіології самостійна робота студентів (СРС) проводиться як до, так і після 15⁰⁰ год. До 15⁰⁰ СРС проводиться для студентів II та III курсів медичного, стоматологічного та фармацевтичного факультетів протягом однієї години, оскільки загальна тривалість заняття складає 6 год. У цей час студенти мають можливість опрацювати основну та додаткову літературу з даної теми, опанувати практичні навички, які занесені до Матрикула, здати практичні навички і одержати відповідну відмітку, працювати з Web-сторінкою кафедри та

локальним Web-сайтом, опанувати теми СРС, які внесені в навчальні плани кафедри і представлені у вигляді методичних рекомендацій. Крім того, в цей час студенти також можуть користуватись бібліотекою кафедри або інституту, працювати з табличним фондом, Інтернетом, компакт-дисками, відеофільмами, використовувати лабораторне оснащення.

У структурі практичного заняття для СРС відводиться час з 11¹⁵ до 12⁰⁰. Це дає можливість студенту впродовж практичної частини краще розібратись у темі, з'ясувати для себе особисто складні питання та індивідуально обговорити їх з викладачем під час самостійної роботи, уточнити деякі моменти щодо відповідей на питання системи Moodle, котрі попередньо розв'язувались вдома та ін. Опанування питань, що виносяться на СРС, контролюється таким чином: самостійно опрацьовані питання включаються до щоденного підсумкового контролю знань, включаються до екзаменаційних тестів і завдань, обговорюються під час опитування студентів та дискусії.

З метою проведення самостійної роботи студентів у позааудиторний час на кафедрі розроблений графік чергувань викладачів з 15³⁰ до 21³⁰ год, який винесений на Web-сторінку та інформаційний стенд кафедри. Залежно від мети самостійної роботи студентів організація і проведення її можуть бути у таких варіантах:

- під керівництвом чергового викладача: відпрацювання пропущеного заняття згідно з навчальним планом і методичними рекомендаціями; відпрацювання незадовільно складеного контролю знань; опанування практичних навичок, що зазначені в Матрикулі (проведення лабораторних бактеріологічних та серологічних досліджень);

- при консультативній допомозі чергового викладача: підготовка до наступного практичного заняття; підготовка рефератів, повідомлень, доповідей на студентські наукові конференції та до практичних занять; проведення бактеріологічних досліджень у межах студентських наукових робіт та опрацювання отриманих результатів; робота студентів у лабораторії мікробіологічних та паразитологічних досліджень з метою обстеження на носійство патогенних стафілококів та бактерій кишкової групи.

Література

1. Вища освіта України і Болонський процес: Навчальний посібник / За ред. В.Г. Кременя. – Тернопіль: Навчальна книга-Богдан, 2004. – 384 с.
2. Медична освіта у світі та в Україні / Ю.В. Поляченко,

Однією із форм самостійної роботи студентів є користування системою дистанційного контролю знань Moodle. Кафедра активно включилась у формування комплексу щоденного дистанційного контролю знань, створила відповідну базу малюнків, ситуаційних задач та тестових завдань і постійно оновлює її згідно з останніми вимогами. Проводиться поповнення відповідних розділів для кожного заняття і активується програма дистанційного тестування. Це дає змогу студенту перевірити стан власної підготовки до певної теми і при потребі відкоригувати прогалини у знаннях до заняття, визначитись з питаннями до викладача на семінарі чи практичній роботі.

Що стосується матеріально-технічного забезпечення СРС, то слід відмітити, що на кафедрі медичної біології, мікробіології, вірусології та імунології підготовлені методичні вказівки, компакт-диски, відеофільми, навчальні таблиці, набори слайдів, періодичні медичні видання, контролюючі програми. Але для ефективної роботи студентів слід дооснастити навчальні лабораторії сучасними мікроскопами, бактерицидними лампами та оновити деякий лабораторний інвентар.

Важливе місце у СРС на нашій кафедрі займає виконання елементів науково-дослідних робіт студентів-гуртківців. Під керівництвом свого куратора вони проводять забір матеріалу, елементи бактеріологічного дослідження, узагальнюють отримані результати і порівнюють їх із даними літератури. Студентські роботи представляють на щорічному Міжнародному медичному конгресі студентів і молодих вчених, публікують тези і статті в університетських періодичних виданнях.

Висновок. Отже, на кафедрі медичної біології, мікробіології, вірусології та імунології надається достатньо уваги самостійній роботі студентів, про що свідчить підвищення якості їх навчання, активності на заняттях та успішності за результатами складання тестових іспитів. Така форма навчання підвищує мотивацію та відповідальність студентів за результати навчальної діяльності, розширює можливості для всебічного розкриття їх здібностей, розвитку їх творчого мислення та підвищення ефективності роботи викладацького складу.

В.Г. Передерій, О.П. Волосовець та ін. – Київ: Книга плюс, 2005. – 383 с.

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 614.253.9

ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

П.Є. Мазур, Г.Р. Голуб, О.С. Кральнок, І.Я. Криницька

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського

FORMATION OF COMMUNICATIVE COMPETENCE OF FUTURE MEDICAL WORKERS

P.Ye. Mazur, H.R. Holub, O.S. Kraliuk, I.Ya. Krynytska

Kremenets Medical College by Arsen Richynskyi

Висвітлені форми і методи роботи по формуванню комунікативних навичок майбутніх медпрацівників при вивченні предметів “Основи загальної та медичної психології” та “Основи психології та міжособове спілкування”.

In the article there were shown forms and methods of work to form communicative skills of future medical workers at studying such subjects as “Basis of general and medical psychology” and “Basis of psychology and communication”.

Вступ. На сучасному етапі розвитку суспільства вагомим значенням набуває формування всебічно розвиненої особистості та її соціально-психологічної компетентності. Грунтовні психологічні знання і вміння дозволяють продуктивно будувати соціальні та міжособистісні стосунки, адекватно сприймати та оцінювати інших людей, регулювати власну поведінку, здійснювати обмін думками, інформацією, впливати один на одного.

Основна частина. Психологічна підготовка майбутнього медичного працівника суттєво впливає на якість надання медичної допомоги, на побудову ефективних взаємин з хворим. Метою лікувальної взаємодії між медпрацівником і пацієнтом є допомога одного учасника спілкування іншому. Звідси випливає, що зацікавлений у взаємодії тільки пацієнт. Але і медпрацівник не менше зацікавлений надати допомогу хворому, адже у нього є власні мотиви та інтереси до даної діяльності, яка є його професією.

Для того щоб процес взаємовідносин був ефективним, необхідно пізнати психологічні основи даної взаємодії. З однієї сторони – уявлення медпрацівника про ідеального пацієнта, з другої – очікування хворого щодо діагностики, лікування, профілактики, реабілітації, поведінки медперсоналу. Звідси випливає значимість для ефективної і безконфліктної взаємодії пацієнта з медпрацівником такого психологічного параметра, як комунікативна компетентність – здатність встановлювати і підтримувати контакти з

іншими людьми, досягнення взаєморозуміння між партнерами по спілкуванню, краще розуміння ситуації і предмета спілкування.

Комунікативна компетентність (лат. *competentia*, від *competo* – “взаємно прагну, відповідаю, підходжу”) – це система внутрішніх ресурсів, знань, вмінь і навичок, необхідних для побудови ефективної комунікації у різноманітних ситуаціях міжособистісної взаємодії. Комунікант має володіти великою сумою систематизованих знань про мовні і немовні засоби спілкування, людську психіку, культуру, суспільство, національну своєрідність тощо [1, 2, 4, 5, 6].

Комунікативна компетентність є професійно значимою характеристикою медпрацівника.

Формування компетентності у спілкуванні передбачає ряд етапів:

1. Оволодіння теоретичними знаннями з міжособового спілкування.
2. Діагностика комунікативних вмінь і навичок, визначення бар’єрів у спілкуванні.
3. Корекція виявлених недоліків, проблем у процесі спілкування, тренінг ефективних навичок комунікації.
4. Повторна діагностика комунікативних вмінь та навичок.

На першому етапі студенти опановують теоретичні знання з психології спілкування: мистецтво комунікації, його види, методи, культура спілкування та етика взаємовідносин медичних працівників, психологічні особливості спілкування, конфліктології, міжособистісних відносин, стосунків у колективі.

© П.Є. Мазур, Г.Р. Голуб, О.С. Кральнок, І.Я. Криницька

Міцні теоретичні знання у подальшому дозволяють здійснити самопсиходіагностику своїх навичок спілкування. Для вивчення рівня компетентності у спілкуванні використовуємо ряд психодіагностичних методик [3, 7]:

– оцінка рівня комунікабельності (тест В.Ф. Ряховського);

– тестова карта комунікативної діяльності – оцінюємо стиль спілкування студента з аудиторією, визначаємо бар'єри та труднощі спілкування;

– тест на оцінку самоконтролю у спілкуванні (М. Снайдера);

– тест оцінки комунікативних вмінь – вміння оцінити співбесідника, визначити його слабкі і сильні сторони, вміння встановити дружню атмосферу, зрозуміти проблеми співбесідника тощо;

– методика експертної оцінки невербальної комунікації (А.М. Кузнецова) – оцінка параметрів невербального спілкування – загальна оцінка невербального репертуару з точки зору його різноманітності, гармонійності, диференційованості; чутливість, сензитивність до невербальної поведінки іншого, здатність до адекватної ідентифікації; здатність до керування своїм невербальним репертуаром адекватно меті і ситуації спілкування;

– тест стратегії поведінки у конфліктній ситуації (К. Томаса, адаптований Н.В. Грішиною) – визначення найтиповішої стратегії поведінки у конфліктній взаємодії;

– дослідження ригідності мовлення, темпу усної мовної діяльності, егоїзму, тощо.

Діагностика дозволяє визначити проблемні моменти комунікативної взаємодії кожного студента зокрема та коригувати виявлені недоліки. Така робота здійснюється на практичних заняттях, які зазвичай проводяться у тренінговій формі. Основні завдання тренінгу спілкування – оволодіння психологічними знаннями, формування комунікативних вмінь і навичок, корекція, формування та розвиток установок, необхідних для успішного спілкування, розвиток здібності

адекватно та повністю пізнавати себе та інших людей, корекція та розвиток системи відношень особистості.

Студенти усвідомлюють, що для повноцінного спілкування в медицині потрібно мати необхідний словниковий запас, володіти професійною термінологією, вміти правильно будувати речення, достатньо володіти невербальними засобами комунікації. Практичні вправи дозволяють здобути навички культури мовлення, однією з ознак якої є доречність, вміння використовувати мовні засоби залежно від мети та ситуації спілкування, адже культура мовлення – не тільки показник якості володіння мовою, а й духовне обличчя людини.

Повторна діагностика дозволяє оцінити ефективність проведеної роботи.

Висновок. Відомо, що медпрацівники з сухою, офіційною манерою спілкування не задовольняють ні пацієнтів, ні суспільство загалом: поганий той медпрацівник, від якого хворий йде в гіршому настрої, ніж прийшов до нього. Необережне слово здатне спричинити задишку, кашель, серцебиття, підвищення артеріального тиску, відчуття нудоти тощо. Навпаки, слово зважене і своєчасно сказане надає впевненості в успіхові лікування. Павло Бейлін у книзі “Поговори зі мною лікар” так пише про значення слова: “... слово такою ж мірою ефективне у психології, як скальпель – у хірургії. Але за однієї умови: якщо володіють ним. Скальпелем торкаються до тіла, а словом – до душі. Як не можна користуватися тупим скальпелем, так само не можна користуватися “тупим” словом”.

Вміння розумно і гарно говорити, мистецтво спілкування цінувалося і цінуватиметься скрізь і завжди. Якщо людина хоче йти шляхом самовдосконалення, щоб бути кориснішою і приємнішою для інших людей, вона має постійно поглиблювати і розвивати свою комунікативну компетенцію та вдосконалювати майстерність спілкування. “Ніщо так не виказує походження, освіти, самодисципліну й виховання так швидко і промовисто, як слова, що ми їх уживаємо, і те, як ми їх вимовляємо” (Е. Поуст).

Література

1. Максименко С.Д. Загальна психологія. – Вінниця: Нова книга, 2004.
2. Загальна психологія: Практикум / В.В. Волошина, Л.В. Долинська, С.О. Ставицька, О.В. Темрух. – Київ: Каравела, 2007.
3. Большая энциклопедия психологических тестов. – Москва: Эскмо, 2008.
4. Орбан-Лембрик Л.Е. Соціальна психологія: Підруч-

ник. – Київ: Либідь, 2004.

5. Радевич-Винницький Я. Етикет і культура спілкування. – Київ: Знання, 2008.

6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – Москва: МЕДпрогрес, 1998.

7. Психологія: схеми, опорні конспекти, методики: Навчальний посібник / Корольчук М.С., Крайнюк В.М., Марченко В.М. – Київ: Ельга, Ніка-центр, 2006.

УДК 614.147:616-053.4

ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ МОЛОДШИХ СПЕЦІАЛІСТІВ З МЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ

П.Є. Мазур, Є.Л. Горошко, О.С. Кузнець

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського

PECULIARITIES OF POST-GRADUATE STUDY OF JUNIOR SPECIALISTS WITH MEDICAL EDUCATION

P.Ye. Mazur, E.L. Horoshko, O.S. Kuznets

Kremenets Medical College by Arsen Richynskyi

Висвітлені форми організації і проведення навчання на курсах підвищення кваліфікації молодших спеціалістів з медичною освітою на базі медичного училища.

There were shown forms of organization and conducting of training in the courses of post-graduate education of younger medical specialists with education on the basis of medical college.

Вступ. Особливістю медичної спеціальності, й чи не найважливішою, є необхідність постійного відновлення знань. Великою мірою професійний рівень знань молодшого спеціаліста з медичною освітою залежить навіть більше від післядипломного навчання, ніж від рівня підготовки в навчальному закладі. Доведено, що знання старіють за три роки, тому навчання в медицині повинно тривати протягом всього життя з метою поглиблення професійної і загальної підготовки.

Основна частина. Сучасний розвиток медичної науки, величезний потік нової медичної інформації роблять необхідною регулярне підвищення професійних знань молодших медичних фахівців [1-2]. Враховуючи перспективи реформування галузі охорони здоров'я і необхідність вдосконалення сестринської допомоги, відділення післядипломної освіти і є важливою ланкою в післядипломному навчанні молодших спеціалістів з медичною освітою.

Курси підвищення кваліфікації молодших спеціалістів з медичною освітою відкрито, згідно з розпорядженням Тернопільської обласної ради від 25 квітня 1996 року № 95 та рішенням колегії управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, 9.07.1996 р.

Головними завданнями курсів підвищення кваліфікації було визначено:

– задоволення потреб лікувально-профілактичних закладів у підвищенні кваліфікації та перепідготовці молодших спеціалістів з медичною освітою;

– відновлення і поглиблення професійних знань;

© П.Є. Мазур, Є.Л. Горошко, О.С. Кузнець

– забезпечення оволодіння фахівцями сучасними досягненнями медичної науки і практики;

– проведення заходів з удосконалення методів і форм навчання, підвищення якості навчання;

– проведення атестації та переатестації молодших спеціалістів з медичною освітою.

Враховуючи географічне розташування училища в північній частині Тернопільської області, традиційно підвищують тут кваліфікацію медичні працівники Кременецького, Шумського та Лановецького районів, а також частково Збарзького і Зборівського. Правда, зважаючи на недостатню матеріальну базу та обмежені кадрові можливості училища та районної лікарні, вирішено за недоцільне підвищувати тут кваліфікацію анестезисткам, операційним медсестрам, медсестрам палат новонароджених, медсестрам функціональної діагностики та ряду інших, яким рекомендовано проходити навчання на базі курсів університетської лікарні м. Тернополя.

До навчання на курсах залучаються як викладачі училища з великим досвідом теоретичної і практичної роботи, так і висококваліфіковані фахівці лікарні, які працюють на посадах завідувачів відділень чи лікарів-ординаторів і мають вищі та перші кваліфікаційні категорії. Серед викладачів курсів підвищення кваліфікації один кандидат медичних наук, вісім викладачів вищої кваліфікаційної категорії, два – першої, п'ять викладачів мають педагогічне звання викладач-методист, один заслужений лікар України, п'ять лікарів вищої кваліфікаційної категорії, один –

першої. Всі викладачі ведуть заняття відповідно до своєї спеціальності.

Для здійснення навчання курсантів до початку навчального року складається план-графік навчального процесу з урахуванням кількості курсантів і груп. Теоретичні заняття проводяться на базі медичного училища, а практичні – як на базі доклінічної практики медичного училища, так і на базі районної комунальної лікарні.

Для навчання слухачів курсів обладнано дві лекційні аудиторії, комп'ютерний клас, кабінет функціональної діагностики. Закуплені для демонстрацій нова апаратура та обладнання: електрокардіограф, небулайзер, спейсер, пікфлоуметр, набір фантомів, імітатор ран та інше.

Методична робота організовується і проводиться методичним кабінетом. Інформаційні матеріали, нормативні документи, література наявні безпосередньо на курсах підвищення кваліфікації. Викладацьким колективом курсів створено 14 авторських програм з підвищення кваліфікації слухачів, в які включені питання про останні досягнення у відповідній галузі, комп'ютерні розробки, оскільки централізованих про-

грам немає, а лише доведена кількість навчальних годин – 144.

З метою ефективного проведення занять розроблені комплекси навчальних програм по годинах.

Враховуючи сучасний економічний стан в охороні здоров'я, ми використовуємо у своїй практиці форму навчання у вигляді виїзних циклів в райони області. Для викладання тут запрошуються практичні лікарі районних лікарень. Практикуються виїзні госпрозрахункові курси в очний санаторій “Барвінок” Зборівського району.

Висновок. Відкриття курсів підвищення кваліфікації молодших спеціалістів з медичною освітою на базі медичного училища дозволило значно наблизити медичну освіту до її споживачів, оскільки в умовах економічної кризи не доводиться говорити про самоосвіту, використання з цією метою сучасної літератури, періодичних видань, Інтернету та ін., а запровадження нових освітніх методик, наближених до освітніх стандартів науки, в тому числі з використанням Інтернет-технологій, що забезпечують швидкий і постійний доступ до джерел новітньої інформації, є важливим для підвищення якості післядипломної освіти в умовах входження України у світовий освітній простір.

Література

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.09.1993р. № 198 (з 0206-93).
2. Флоріна Н.О. Розвиток післядипломної освіти – вимо-

га сьогодення. Шляхи вдосконалення якості підготовки спеціалістів: Матеріали міжнародн. наук.-практ. конференції. – Суми, 2010. – С. 18-20.

УДК 37.041

САМОСТІЙНО-ПІЗНАВАЛЬНА ДІЯЛЬНІСТЬ СТУДЕНТІВ У КОНТЕКСТІ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ

П.Є. Мазур, Л.С. Мишаківська, О.С. Крالیук

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського

INDEPENDENTLY COGNITIVE ACTIVITY OF STUDENTS IN THE CONTEXT OF BOLOGNA PROCESS

P.Ye. Mazur, L.S. Myshakivska, O.S. Kraliuk

Kremenets Medical College by Arsen Richynskyi

Перехід на кредитно-модульну систему навчання дозволив стимулювати активну навчальну і творчу діяльність студента, бо в системі ECTS тільки від нього залежить кінцевий результат – засвоєння певної частини навчальної програми і її оцінки викладачами.

© П.Є. Мазур, Л.С. Мишаківська, О.С. Крالیук

Usage of credit-modular study system let to stimulate students' learning activity, because in the ECTS system the end result – learning of certain part of material and teacher's mark depends only on student.

Вступ. Традиційно вчені-педагоги трактують сутність самостійної роботи студентів як “засіб організації та виконання студентами визначеної пізнавальної діяльності”. Такий підхід дає можливість поділити самостійну роботу студентів на аудиторну і позааудиторну.

Під час аудиторних занять студенти слухають лекції, конспектують їх, виконують практичні та лабораторні роботи, беруть участь у дискусіях або просто в обговоренні питань під час семінарських занять. Позааудиторна робота менш регламентована, ніж аудиторна, внаслідок чого її організація, керівництво і контроль пов'язані з певними труднощами.

В умовах реформування вищої освіти і входження України до Європейського освітнього простору через так званий Болонський процес і розуміння самостійної роботи студентів є іншим [1-6]. Всю кількість годин, відведених навчальним планом на вивчення певної дисципліни, поділяють на аудиторну роботу (або роботу з викладачем) і самостійну роботу студентів.

В історії розвитку педагогіки дослідники та педагоги-практики наголошували на значенні самостійної роботи як в процесі формального здобуття освіти у навчальних закладах, так і самоосвіти людей. Так, Я.А. Коменський наголошував: “...Альфюю та омегою нашої дидактики нехай буде пошук і відкриття способу, за якого б викладачі менше навчали, а учні більше б училися”.

Самостійна робота є не лише одним з видів роботи студентів над здобуттям знань, але й способом виховання особистості. Тому в даному випадку ми маємо справу не лише з навчальним процесом, але й з процесом виховання особистості. Гегель писав із цього приводу: “Щоб навчитися плавати, треба увійти у воду”. Це стосується й виховання самостійності як риси особистості. Мають рацію ті, хто стверджує, що цього навчитися неможливо. Самостійність у здобутті знань проявляється лише завдяки власній діяльності, з появою внутрішньої потреби у знаннях, пізнавальних інтересів, захопленості. У цьому розумінні самостійності справді неможливо навчитися. Таку самостійність можна лише формувати у процесі виховання.

Самостійність у здобутті знань передбачає оволодіння складними вміннями і навичками бачити зміст та мету роботи, організувати власну самоосвіту, вміння по-новому підходити до вирішуваних питань, пізнавальну і розумову активність і самостійність, здатність до

творчості. Досвід переконує, що далеко не всі студенти виявляють свідомість і волю, вкрай необхідні для організації власної самостійної роботи. У цій галузі існують ще значні недоліки. Самостійну роботу студентів денної та заочної форм навчання потрібно розглядати під різним кутом зору, оскільки в кожній з них робиться різний акцент на цей вид діяльності.

Основна частина. Традиційно в національній системі вищої освіти України, визначаючи бюджет навчального часу студентів денної форми навчання, виходили із співвідношення 6:4, що передбачає 6 годин щоденних аудиторних занять і 3-4 години позааудиторних.

На сьогодні при здобутті освіти студентами денної форми навчання на аудиторні заняття відводиться 30-50 % бюджету часу дисципліни. Отже, на самостійне вивчення – від 50 до 70 % навчального матеріалу. Таким чином, ми маємо значне наближення розуміння самостійної роботи студентів денної та заочної форм навчання.

Слід зазначити, що вже кілька років передбачаються і проведення консультативних та індивідуальних занять, що мають особливе значення для організації саме самостійної роботи студентів. Адже вони далеко не завжди можуть самостійно опанувати потрібний навчальний матеріал. Це зумовлюється різними чинниками: переважаністю міського транспорту, значною віддаленістю студентських гуртожитків від навчальних корпусів вузів, нестачею навчальної та навчально-методичної літератури для студентів, відсутністю або недостатньою кількістю читальних кімнат для самостійної роботи у гуртожитках, нестачею місць у читальних залах студентських бібліотек, несформованістю умінь та навичок самостійної роботи в деяких студентів, а то й відсутністю в них бажання систематично працювати, несформованістю пізнавальних інтересів у частини студентів, переважаністю їх обов'язковими аудиторними заняттями і нестачею вільного часу для індивідуальної самостійної роботи тощо. Завдання викладача під час проведення таких занять не лише перевірити та оцінити вивчене студентом, але й скерувати його у правильному напрямку, допомогти організувати процес самостійного оволодіння знаннями. Тому посилення індивідуалізації навчання під час Болонського процесу є позитивним фактором.

Проте кількість годин, відведених на консультації та індивідуальні заняття, обраховується пропорційно

до кількості аудиторних занять. Таким чином, збільшуючи кількість матеріалу, відведеного на самостійне вивчення, зменшуємо кількість годин на консультації та індивідуальну роботу зі студентом. Розглянемо на такому прикладі.

Навчальним планом передбачено вивчення дисципліни в 2 кредити, тобто 72 год. З них маємо 30 % аудиторних (~22 год) і 70 % самостійних (~50 год).

Деякі педагоги вищої школи пропонують з метою організації управління позааудиторною самостійною роботою студентів виділяти дві взаємопов'язані підсистеми – систематичну і так звану акордну самостійну працю. При цьому під систематичною працею розуміють працю, розподілену по днях невеликими порціями, а під акордною – компактну і довготривалу за часом. Поділ позааудиторної самостійної роботи студентів на систематичну повсякденну й акордну досить точно відображає ритм роботи вищої школи і може слугувати певною основою для її планування, організації й управління нею. Такий розподіл доцільно розглядати в нерозривній єдності з репродуктивним, творчим і комбінованим варіантами самостійних робіт студентів. На базі кількісного нагромадження навичок самостійної роботи до певного рівня виникає необхідність в акордній праці. Остання має нову мету – перетворення набутих навичок у нову якісну структуру (підготовка виступу, доповіді на науковій студентській конференції й т. ін.). Після цього формування навичок продовжується до якісно нового етапу узагальнення і т. п. Для цілеспрямованого й оптимального управління процесуальною стороною пізнавальної діяльності студентів інколи розробляються технологічні карти для різних видів самостійних робіт, зокрема: процесу складання тез;

складання бібліографічних карток за книгою; складання карток за статтею; складання виписок; роботи з книгою; читання наукової літератури; процесу конспектування першоджерел; роботи з пресою; процесу реферування; підготовки доповідей, повідомлень, виступів.

Висновок. В рамках Болонського процесу важливе значення для організації самостійної роботи студентів також відіграє складання індивідуального плану студента, який є одночасно засобом інформування студента про необхідний обсяг самостійного засвоєння дисципліни, де кожний студент отримував графік завдань на семестр. Це забезпечувало організацію систематичної самостійної роботи студентів протягом семестру. Студент зобов'язувався дотримуватися графіка і час від часу звітувати перед викладачем про його виконання.

Відобразилось на організації самостійної роботи студентів і введення модульної системи навчання. Щоправда, в межах експерименту в Україні існують і різні підходи до відображення самостійної роботи в модулях: від виокремлення окремого модуля самостійної роботи з окремою оцінкою до виділення окремих тем на самостійне вивчення в межах одного модуля.

За задумом, отримання оцінки студентом з усіх модулів дисципліни позбавляє його підсумкової форми контролю (іспиту чи заліку). Для отримання ж оцінки із модуля необхідно, щоб студент отримав оцінки з 90-100 % тем даного модуля. На практиці ж маємо ситуацію, коли студент, отримавши оцінки з 20-45 % тем, отримує позитивну оцінку за модуль. А до великої кількості тем, винесених на самостійний розгляд, навіть не торкається. Це трапляється в тому числі і через недостатню кількість годин, відведених на перевірку його самостійної роботи.

Література

1. Вища освіта України і Болонський процес / За ред. В.Г. Кременя. Авторський колектив: М.Ф. Степко, Я.Я. Болюбаш, В.Д. Шинкарук, В.В. Грубінко, І.І. Бабін. – Київ-Тернопіль, 2004. – 368 с.

2. Ніколаєнко С. Вища освіта. – 2005.

3. Проблеми освіти. Науково-методичний збірник. – 2006. – №43.

4. Болонський процес у фактах і документах / Упорядники: М.Ф. Степко, Я.Я. Болюбаш, В.Д. Шинкарук, В.В. Грубінко, І.І. Бабін. – Київ-Тернопіль, 2003. – 55 с.

5. Болонський процес: головні принципи входження в Європейський простір вищої освіти / В.С. Журавський, М.З. Згуровський. – К.: ІВЦ “Політехніка”, 2003.

6. Кремень В.Г. Болонський процес і стан вищої освіти в Україні. – 2004.

УДК 615.014(07.07)

МОДУЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ

**З.П. Мандзій, І.М. Кліщ, В.Ф. Тюріна, І.М. Марків,
Ю.М. Цяпа, І.В. Мерецька, В.О. Лихацька, М.П. Гаріян**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

MODULAR APPROACH TO TEACHING OF CLINICAL PHARMACY IN A CREDIT-MODULAR TECHNOLOGY OF EDUCATION

**Z.P. Mandziy, I.M. Klishch, V.F. Tiurina, I.M. Markiv,
Yu.M. Tsiapa, I.V. Meretska, V.O. Lyhatska, M.P. Hariyan**

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Враховуючи процес наближення України до стандартів Європейського освітнього простору, важливим є впровадження у навчальний процес вищих навчальних закладів завдань Болонського процесу. Одним із напрямків реалізації цих завдань є використання кредитно-модульної технології навчання, що дасть можливість при компактності викладу матеріалу створити умови для кращого і якіснішого засвоєння студентами матеріалу програми з клінічної фармації.

Taking into consideration the process of Ukrainian approach to the standards of European educational range, introduction in the educational process of higher educational institutions of Bologna process tasks is important. One of the realization directions of these tasks is the use of credit-modular education technology that will give the possibility at the compactness of material exposition to create terms for better and more high-quality mastering of program material on clinical pharmacy by the students.

Вступ. У сучасному світі, який ввійшов у третє тисячоліття, згідно з вимогами Болонської декларації, визначальними тенденціями розвитку світової освітньої системи стають поглиблення її фундаменталізації, посилення гуманістичної спрямованості, духовної та загальнокультурної складової освіти, формування у студентів системного підходу до аналізу складних технічних і соціальних ситуацій, стратегічного мислення, виховання соціальної та професійної мобільності. Необхідність підтримання високої конкурентоспроможності на динамічному ринку праці вимагає прищеплення прагнення і навичок до самонавчання, самовиховання, самовдосконалення і самореалізації, яка не лише підвищує якість освітньої діяльності, але й розвиває творчі потенції студентів, їхнє прагнення до безперервного набуття нових знань протягом всього активного життя.

Структура вищої освіти України розбудована відповідно до структури освіти розвинених країн світу. Вища школа в Україні насамперед зорієнтована на задоволення освітніх потреб особистості, відновлення національних освітніх традицій, відтворення інтелектуального духовного потенціалу нації, забезпечення ринку праці висококваліфікованими фахівцями.

© З.П. Мандзій, І.М. Кліщ, В.Ф. Тюріна та ін.

Модернізація вищої освіти в державі є об'єктивною необхідністю. На порозі XXI століття ми стали очевидцями зростання уваги до вищої освіти, розширення її ролі в суспільстві. Сьогодні вона розглядається у цивілізованому суспільстві не тільки як задоволення фахових потреб особистості, а як духовна потреба.

Основною метою подальшого розвитку вищої освіти є переростання кількісних показників у якісні. Аналіз стану вищої освіти в Україні показує, що її якість залежить від якості програм підготовки, інфраструктури внутрішнього і зовнішнього середовища.

Об'єктивне обґрунтування змістовно-структурного формування загальних вимог до системи вищої освіти базується на ринкових законах суспільного розподілу праці, змінах умов праці і конкуренції, що є передумовою економічного, політичного та інтелектуального розвитку суспільства [1, 2].

Основна частина. Одним із напрямків реалізації цих завдань є впровадження кредитно-модульної технології навчання. Мета нашої статті полягає у визначенні методичних підходів до створення модульних варіантів програм із клінічної фармації, адже одним з етапів підготовки до використання такої технології є

зміна змісту навчання за рахунок модернізації програм, створення їх модульних варіантів.

Розробляючи підходи до модульного навчання, ми опираємось на основні принципи, які реалізуються у новій моделі вищої школи:

1. Автономія вищих навчальних закладів у поєднанні з активною реакцією на зовнішні запити сфери освіти, культури, народного господарства.

2. Сумісництво процесів освіти і професійної підготовки, орієнтація на випуск спеціалістів, підготовлених до роботи у ринкових умовах.

3. Усвідомлення місця і ролі людини у суспільстві і біосфері.

4. Нові форми, методи і засоби навчання.

5. Безперервність нововведень, перманентність перебудови [3].

Аналіз літературних джерел [4, 5] показав, що до особливостей модульних технологій навчання відносять: чітко сформульовані конкретні цілі діяльності, які пред'являються студентам перед початком навчання; зміст навчання представляється у вигляді модулів, які мають гнучку структуру і пристосовані до індивідуального вивчення; процес навчання передбачає використання різноманітних методів і форм його проведення; контроль за результатами діяльності студентів відбувається під час проходження модуля і після його вивчення.

Перехід на модульне навчання проводиться за декількома етапами:

1. Розподіл тем за модулями і складання календарного модульного плану.

2. Визначення рейтингової оцінки з предмета.

3. Розробка методів активізації навчання з дисципліни.

4. Розробка методів вхідного, поточного і заключного типів контролю.

5. Аналіз успішності студентів із предмета та визначення загальної рейтингової оцінки.

Першим нашим завданням було розподілити теми за модулями і кредитами та скласти тематичний модульний план. Відповідно до нового навчального плану підготовки бакалаврів за спеціальністю "Фармація" на клінічну фармацію виділено 108 годин, що складає 3 кредити ECTS. Ми розділили їх на 2 модулі, які поділили, в свою чергу, на 6 змістових модулів.

Розглянемо питання про створення модульного варіанта програми з клінічної фармації. У літературі подано різні трактування терміна "модуль". Ми дотримуємось визначення Т.І. Шамової [4].

У модуль ми вводимо:

1. Комплекс тем, об'єднаних спільними ознаками. Таких ознак для предмета "Клінічна фармація" повинно бути 3-4.

2. Перелік основних і додаткових понять, які розглядаються у даному модулі. Якщо основні поняття, що є спільними, об'єднують теми у модулі, то додаткові поняття допомагають визначити порядок розташування модулів, тому що вони є взаємозв'язаними між блоками матеріалу.

3. Перелік умінь і навичок, які формуються і розвиваються у модулі й підлягають контролю. Він також впливає на порядок черговості модулів.

4. Методи і форми контролю, які застосовуються у даному модулі.

5. Дидактичні матеріали до модуля [6].

Розглядаючи особливості навчального курсу "Клінічна фармація", ми визначили три основних ознаки, які повинні впливати на формування тем у модуль:

– у модуль ми вводили комплекс тем, які мають спільні ознаки;

– черговість модулів обумовлена тим, що кожний наступний вимагає розгляду додаткових понять, а також набуття певних навичок і умінь, які розглядаються у попередньому модулі;

– відповідно до даного розподілу ми сформували структурований (у годинах і кредитах) план підготовки студентів, а також тематичний план лекцій, практичних занять і самостійної роботи.

Подальша наша робота сконцентрована на розробці методів вхідного, поточного і заключного видів контролю та системи оцінювання знань студентів.

Модуль 1 "Загальні питання клінічної фармакології" склали 2 змістових модулів:

1.1 "Основні принципи та положення клінічної фармакології" та

1.2 "Вплив різних факторів на фармакокінетику і фармакодинаміку ліків".

Модуль 2 "Спеціальна клінічна фармакологія" ми розділили на наступні змістові модулі:

2.1 "Клінічна фармакологія антимікробних, проти-запальних та протиалергійних засобів";

2.2 "Клінічна фармакологія засобів, що використовуються в пульмонології, кардіології та ревматології";

2.3 "Клінічна фармакологія засобів, що використовуються в гастроентерології, гепатології та нефрології";

2.4 "Клінічна фармакологія засобів, що впливають на ЦНС та регулюють метаболічні процеси".

Кожний змістовий модуль завершується підсумковим контролем знань.

У кожному модулі ми визначили методи і форми контролю, віддавши перевагу усному і тестовому методам. Усний метод дає можливість врахувати індивідуальні особливості кожного студента, а тестовий – провести контроль за великою групою студентів із використанням рівнів засвоєння знань. Ми розподіляємо студентів за 4 рівнями [5]: розпізнавання, відтворення, дії в типових ситуаціях, творчість (дія в нетипових ситуаціях). З індивідуальних особливостей ми враховуємо темперамент, здатність до запам'ятовування, рівень сприйняття нового матеріалу, які визначаємо за тестами. Такий підхід до побудови модульного варіанта програми буде сприяти прояву основних дидактичних принципів: науковості і доступності; систематичності і послідовності; наочності; зв'язку теорії з практикою.

Література

1. Болонський процес у фактах і документах / Упорядники М.Ф. Степко, Я.Я. Болюбаш, В.Д. Шинкарук та ін. – Київ-Тернопіль: Вид-во ТДПУ ім. В. Гнатюка, 2003. – 52 с.
2. Вища освіта України і Болонський процес: Навчальний посібник / За ред. В.Г. Кременя. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2004. – 384 с.
3. Нуждин В.Н. Система розвитку індивідуального творческого мышления: Учебное пособие. – Иваново, 1990. – 60 с.

Таким чином, модульна побудова програми, повторення з модуля в модуль однакових основних понять будуть сприяти компактності матеріалу (що узгоджується із зменшенням годин на лекції і практичні заняття) і кращому його запам'ятовуванню.

Висновок. Вважаємо, що організація навчального процесу з використанням модульного варіанта програми є важливим етапом у підвищенні рівня засвоєння знань з клінічної фармації студентами фармацевтичного факультету.

Наші подальші дослідження будуть спрямовані на вивчення, впровадження та апробацію модульного варіанта програми, визначення можливих змін у порядку розміщення і побудови модулів.

4. Шамова Т.И., Перминова Л.М. Основы технологии модульного обучения // Химия в школе. – 1995. – № 2. – С. 12-18.
5. Шиян Н.В. Модульно-рейтингове навчання в процесі підготовки спеціаліста // Рідна школа. – 1998. – № 7-8. – С. 91-102.
6. Романишина Л.М. Модульно-рейтингова технологія викладання у вищих навчальних закладах. – Тернопіль: ТДПУ, 2000. – 48 с.

УДК 615.044.001.85

**СПЕЦИФІКА ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ
ОСВІТНЬО-КВАЛІФІКАЦІЙНИХ РІВНІВ “МАГІСТР ФАРМАЦІЇ”
ТА “МАГІСТР КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ” НА КАФЕДРІ
ФАРМАКОГНОЗІЇ З МЕДИЧНОЮ БОТАНІКОЮ ТДМУ**

**С.М. Марчишин, М.І. Шанайда, О.І. Грималюк,
І.З. Кернична, О.Л. Демидяк, Т.С. Бердей**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

**SPECIFICITY OF TRAINING EDUCATIONAL-QUALIFICATION LEVELS
OF “MASTER OF PHARMACY” AND “MASTER OF CLINICAL
PHARMACY” AT THE DEPARTMENT OF PHARMACOGNOSY
WITH MEDICAL BOTANY TSMU**

**S.M. Marchyshyn, M.I. Shanayda, O.I. Hrymaliuk,
I.Z. Kernychna, O.L. Demydiak, T.S. Berdey**

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті висвітлено досвід реалізації нових підходів в організації підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “магістр фармації” та “магістр клінічної фармації” на кафедрі фармакогнозії з медичною ботанікою. Навчальна та наукова робота магістрантів розглядається як одна із форм виховання творчо мислячого спеціаліста фармації, здатного самостійно і безперервно поповнювати свої знання відповідно до прогресу у науковій сфері.

The experience of new approaches in organizing training educational-qualification level “Master of Pharmacy” and “Master of Clinical Pharmacy” at the Department of Pharmacognosy with Medical Botany is represented in the article. Teaching and research graduate work is seen as a form of creative thinking education specialist pharmacy, capable of independently and continuously replenish their knowledge according to progress in a science.

Вступ. Процес євроінтеграції дедалі помітніше впливає на всі сфери життя держави, у тому числі і на вищу освіту. У зв'язку з цим Україна поступово здійснює модернізацію вищої освітньої діяльності в контексті європейських вимог відповідно до основних засад Болонського процесу [1, 2]. Вища освіта України поступово переходить на двоступеневу систему підготовки, при якій випускники вищих навчальних закладів здобуватимуть освітньо-кваліфікаційні рівні “бакалавр” та “магістр”. Базовим документом, який регулює порядок змін в реорганізації навчального процесу, є Угода про партнерство і співробітництво між Україною та ЄС від 1 березня 1998 р. [1].

Підготовка магістрів у системі вищої освіти спрямована на створення умов для творчого розвитку особистості та передбачає набуття як поглиблених знань з обраної спеціальності, так і основних навичок науково-дослідної роботи [1, 3].

Основна частина. На кафедрі фармакогнозії з медичною ботанікою Тернопільського державного ме-

© С.М. Марчишин, М.І. Шанайда, О.І. Грималюк та ін.

дичного університету ім. І.Я. Горбачевського здійснюється підготовка магістрів з напрямів “Фармація” та “Клінічна фармація”. Навчальним планом підготовки магістрів з напрямку “Фармація” передбачено вивчення професійно-орієнтованої дисципліни “Фармакогностичний аналіз нової ЛРС” в об'ємі 135 год. Майбутні магістри зі спеціальності “Клінічна фармація” вивчають дисципліну “Основні принципи траволікування та народної медицини” в об'ємі 81 год.

Викладачами кафедри підготовлені відповідні навчальні програми, де кожна із вказаних навчальних дисциплін розділена на структурні навчальні одиниці, які можна прирівняти до системи змістових модулів згідно з принципами Болонської декларації. Навчальні заняття проводяться за системою 6- або 7-годинного робочого дня. За цей час магістранти слухають лекційний курс, виконують передбачений програмою об'єм практичних робіт з питань фармакогностичного аналізу лікарських рослин та основ траволікування. На семінарах обговорюються теоретичні про-

грамні питання, які в основному стосуються найновіших наукових даних у сфері вивчення хімічного складу лікарських рослин та їх застосування. Магістранти також виступають з інформаційними повідомленнями щодо цікавих напрямів наукових досліджень, нових методик вивчення рослинної сировини та найновіших здобутків світової наукової спільноти в плані вивчення лікувальної дії лікарських рослин.

На кафедрі широко впроваджене використання інноваційних технологій навчання, що полягає у роботі мультимедійного забезпечення лекцій, проведення круглих столів і ділових ігор на семінарах, випробуванні нових методів фітохімічного аналізу рослинної сировини тощо. Під час проведення семінарських і практичних занять постійно здійснюється поточний контроль знань у різних формах усного опитування та тестування.

Згідно з програмою підготовки магістрів, для самостійної роботи відводиться не менше половини загального обсягу часу. Магістранти мають змогу працювати у бібліотеках кафедри та університету, використовувати інформаційні ресурси всесвітньої мережі Інтернет та, зокрема, мережі Інтранет ТДМУ. Викладачі кафедри постійно стимулюють інтерес магістрантів у плані оволодіння іноземними мовами (насамперед англійською), що є необхідним як для опрацювання відповідної наукової літератури, так і в напрямі можливої подальшої міжнародної співпраці. Для активізації самостійної позааудиторної роботи магістрантів практикується підготовка рефератів з наступним їх захистом на семінарському занятті.

Загальновізвано, що одним із основних завдань вищої школи на сьогодні є виховання творчо мислячого фахівця, здатного самостійно і безперервно удосконалювати і поповнювати свої знання протягом життя [1-4]. Магістрант у процесі навчання повинен не просто набути певного запасу знань, вмінь і навичок, але й навчитися мислити, оволодіти основами наукового світогляду та вмінням активно оперувати отриманими знаннями. Вирішення цього завдання забезпечується відповідними методами і формами як навчання, так і наукової роботи.

Індивідуальна науково-дослідна робота частини магістрантів, які навчаються за спеціальністю “Фармація”, реалізовується в рамках діяльності студентського наукового товариства кафедри фармакогнозії з медичною ботанікою. На кафедрі традиційно прово-

дяться наукові семінари на актуальні тематики сьогодні, наприклад: “Шляхи пошуку нових лікарських рослин для фармації”, “Біологічно активні добавки до їжі: минуле, сучасне, майбутнє”, “Перспективи створення антибіотиків з рослин” за участю студентів та магістрантів. Тематика наукових семінарів на кафедрі щорічно оновлюється. Вважаємо, що проведення подібних семінарів сприяє розвитку в магістрантів оригінального творчого мислення та навичок нестандартних підходів до розв’язання наукових проблем.

На базі ТДМУ щорічно проводяться Міжнародні медичні конгреси студентів та молодих учених, у рамках яких магістранти кафедри мають змогу висвітлити та обговорити напрями своїх наукових пошуків та представити результати виконаних досліджень. Магістранти кафедри також беруть участь у роботі ряду інших наукових конференцій та конгресів (у Харкові, Одесі, Вінниці тощо). Результати виконаних індивідуальних науково-дослідних робіт є невід’ємною частиною магістерської роботи і входять до її складу як один із розділів.

Зазначимо, що специфіка фармакогностичних досліджень полягає у вивченні лікарських рослин, сировину яких магістранти самостійно заготовляють у природних умовах чи на дослідних ділянках ТДМУ. Це певною мірою збільшує зацікавленість у подальшому фітохімічному вивченні власноруч вирощеної лікарської сировини.

У цілому, помітною є тенденція до поступового збільшення кількості магістерських робіт, які виконуються щорічно на базі кафедри фармакогнозії з медичною ботанікою, що відображає загальний процес прогресивного реформування вищої школи відповідно до основних засад Болонського процесу.

У перспективі запровадження європейських стандартів вищої освіти викладачі кафедри не забувають про закріплення у магістрантів відповідних морально-етичних норм поведінки, зокрема коректності, працелюбності, відповідальності, ввічливості, гуманності тощо.

Висновок. Вважаємо, що вміння використовувати знання і навички, отримані у ВНЗ та на кафедрі фармакогнозії з медичною ботанікою, зокрема, у поєднанні з власним творчим потенціалом дозволить майбутнім магістрам фармації застосовувати новаторські підходи у розв’язанні широкого кола найрізноманітніших задач у майбутній практичній діяльності.

Література

1. Вища освіта України і Болонський процес: Навчальний посібник / За ред. В.Г. Кременя / М.Ф. Степко, Я.Я. Бо-

любаш, В.Д. Шинкарук та ін. – Тернопіль: Навчальна книга. – Богдан, 2004. – 384 с.

2. Ковальчук Л.Я., Мисула І.Р., Пашко К.О. Медична освіта в Україні та Болонський процес: реальність і шляхи переходу до європейського освітнього простору // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 21-23.

3. Образовательный стандарт высшей школы: сегодня и завтра: Монография / Под общей редакцией В.И. Байден-

ко и Н.А. Селезневой. – М.: Исследов. центр проблем качества подгот. специалистов, 2001. – 206 с.

4. Шанайда М.І. Студентська наукова робота як засіб формування світогляду майбутніх спеціалістів фармації // Медична освіта. – 2006. – № 4. – С. 58-60.

УДК 808.2:378.147.33] 054.6

ЗАВДАННЯ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ ЩОДО ПРОДОВЖЕННЯ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ ПІСЛЯ ПІДПИСАННЯ БУДАПЕШТСЬКО-ВІДЕНСЬКОЇ КОНВЕНЦІЇ 2010 РОКУ

О.В. Олійник, О.Г. Лавра, Л.Р. Юзьків, М.І. Щур, Л.В. Буцкин, В.В. Борак

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

THE TASKS OF HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF UKRAINE FOR INCULCATION OF BOLOGNA PROCESS AFTER BUDAPEST-VIENNA DECLARATION OF 2010

O.V. Oliynyk, O.H. Lavra, L.R. Uzkiw, M.I. Shchur, L.V. Butskyn, V.V. Borak

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Стаття присвячена проблемним питанням впровадження засад Болонської конвенції в навчальний простір України. Описано досвід Тернопільського державного медичного університету під час вирішення цих питань.

The article is devoted to the analysis of the questions which are problematic for inculcation in Ukraine. The experience of Ternopil State Medical University is described in the article.

Вступ. 10-12 березня 2010 року в Будапешті та Відні зустрічались міністри країн, що підписали Болонську конвенцію та відповідають за вищу освіту. Було оголошено, що до Болонського процесу приєднується ще одна країна – Казахстан. Було задекларовано, що Болонський процес продовжується. Його кінцевою метою є вдосконалення освіти у Європі та можливість для студентів та викладачів змінювати заклади навчання. При цьому мають враховуватись національні та етнокультурні відмінності існуючих систем вищої освіти в країнах континенту. Наголошується на підвищенні автономності вищих навчальних закладів країн, що підписали конвенцію.

Основна частина. “Болонська конвенція”, підписання якої є причиною грандіозних нововведень в системі освіти Європи, до цього часу залишається не зовсім зрозумілою для викладачів деяких навчаль-

© О.В. Олійник, О.Г. Лавра, Л.Р. Юзьків та ін.

них закладів та їх студентів. Її текст є на сайті Європейського вищого освітнього простору (website of the European Higher Education Area). Крім цього, в Інтернеті постійно з'являються матеріали, що роз'яснюють суть Болонського процесу [1, 2]. Проте залишається ще багато нез'ясованих питань. Слід зазначити, що основними документами процесу є Велика харгія університетів (Болонья, 1988), Лісабонська конвенція (1997), Сорбонська декларація (Париж, 1998) і Болонська декларація (1999). Основна мета процесу – гармонізація національних освітніх систем вищої освіти в країнах Європи до 2010 р. Більшість європейських країн підписали Болонську конвенцію ще в 1999 році. Головна ідея документа – створення до 2010 року стандартної загальноєвропейської вузівської системи. Питання про приєднання України до Болонської конвенції розглядалося урядом України в

травні 2005 року. Головною метою конвенції є уніфікація освіти Європи. Якщо студент однієї країни опиняється за кордоном, вже не буде необхідності в стажуваннях і перекладанні іспитів: всі дипломи матимуть єдиний зразок. Таким чином, участь у Болонському процесі означає збільшення мобільності студентів і викладачів. Під час навчання можна буде без перешкоди змінювати країну або університет. Тобто тепер абсолютно не обов'язково вчитися в одному вузі: якісь дисципліни можна вивчити, наприклад, у Франції, якісь в Німеччині, якісь в Україні, після чого в одному з університетів отримати диплом з європейським вкладишем. Єдиний європейський диплом спрощуватиме працевлаштування наших громадян за кордоном.

Україна повинна серйозно змінити власну систему освіти, щоб привести її до євростандартів. Болонська конвенція передбачає прозорість критеріїв оцінки знань. З цієї метою вводиться кредитно-модульна система навчання, яка існує сьогодні вже в двадцяти трьох українських вузах. Модулі, або блоки тем, об'єднуються в кредит. За наслідками вивчення кожної дисципліни студент отримує певну кількість кредитів. Один кредит – це 36 навчальних годин, куди входять лекційні, практичні заняття, а також самостійна робота студентів під керівництвом викладача. За рік навчання кожен студент повинен відвідати і відпрацювати певну кількість навчальних годин та набрати 60 кредитів. Встановлюється гнучкий графік навчання, відпадає необхідність в традиційних сесіях – студент набирає суму кредитів впродовж всього навчального року. Якщо громадянин вирішив продовжити навчання у вузі іншого міста або іншої європейської країни, він має можливість додати до раніше отриманих кредитів нові.

В Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського відбулись численні зміни після вступу України в Болонський процес [3]. В ТДМУ на даний момент навчаються 806 осіб з інших країн. Звичайно, забезпечити ефективний навчальний процес в іноземних студентів може тільки навчальний заклад з високим науково-методичним рівнем.

Згідно із прийнятою методикою системи навчання “єдиного дня”, навчальний процес в університеті поділений на 7-годинні заняття, яке включає практичну частину (4 години), семінар та тестовий контроль.

Широке впровадження комп'ютерних технологій в ТДМУ дозволяє застосувати систему попереднього оцінювання студентів “Moodle”. Згідно з цією програмою на кожне заняття винесено 250 тестових зав-

дань, які включають не тільки питання згідно з тематичним планом, але і питання з суміжних дисциплін, які стосуються даної тематики. Також застосовуються питання ілюстрованого типу у вигляді схем, малюнків, фотографій, що є суттєвим кроком до практичного опанування матеріалу.

Програма попереднього оцінювання студентів дозволила більш раціонально використовувати час як студентів, так і викладачів. Викладач може більше зосередитись на практичній роботі студентів з пацієнтами, більш детально розбирати з ними клінічний матеріал. Студенти, які згодні з оцінкою попереднього тестування, звільняються від написання тестового контролю в кінці заняття.

У процесі підготовки до практичних занять велике значення має WEB-портал університету, де розміщені матеріали підготовки до самостійної роботи англійською мовою, відеофрагменти основних етапів операцій, лікарських маніпуляцій, а також атласи та схеми лікування, тематично-календарні плани лекцій, розроблені робочі програми практичних занять, які були адаптовані до методики “єдиного дня”. Матеріали постійно оновлюються як текстовими фрагментами, так і ілюстративним матеріалом відповідно до новітніх даних з світової практики.

В кінці року студент повинен скласти екзамен з практичних навичок (ОСКІ) і отримати відповідну оцінку, яка є складовою загальної оцінки з предмета за рік. Запровадження об'єктивного структурованого клінічного іспиту (ОСКІ) стало необхідним при переході на кредитно-модульну систему навчання. Оцінка, яку отримує студент на ОСКІ, становить 20 % від загальної, а негативна оцінка не допускає до складання підсумкового тестового екзамену.

Під час навчального процесу на кафедрі враховуються особливості медицини іноземних держав. Наприклад, найчастіше в США та Канаді, пацієнта часто опитує медична сестра, а не лікар, а в Австрії значну частину роботи, яку в нас виконують медичні сестри, виконує лікар.

Проте залишається ще багато питань, які необхідно вирішити для повноцінного сприйняття наших дипломів в Європі. На думку авторів, в першу чергу це те, що необхідно підвищити рівень знань як студентів, так і викладачів.

Висновок. Вступ України до Болонського процесу вимагає підвищення вимог до рівня освіти в Україні. Високий професіоналізм викладачів в поєднанні з застосуванням новітніх методик навчання можуть забезпечити високу якість підготовки фахівців.

Література

1. <http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/Bologna>
The official Bologna Process website 2007-2010.
2. <http://www.murst.it/convegna/bologna99>.

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

УДК 371.134:61:378

ТЕХНОЛОГІЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГОТОВНОСТІ ВИКЛАДАЧІВ ТЕОРЕТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН ДО ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

М.А. Пайкуш, Е.І. Личковський

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

TECHNOLOGIES OF THEORETICAL DISCIPLINES LECTURERS PREPAREDNESS ENSURING FOR PEDAGOGICAL ACTIVITY IN CREDIT-MODULAR SYSTEM IN HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL INSTITUTIONS

М.А. Paykush, E.I. Lychkovskyi

Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi

У статті проаналізовано проблеми педагогічної діяльності викладачів теоретичних дисциплін вищих медичних навчальних закладів в умовах кредитно-модульної системи. Розглянуто питання готовності їх до професійної діяльності в системі Болонської освіти. З'ясовано причини труднощів, що виникають у роботі викладачів з дисципліни "Біофізика" зі студентами-медиками в сучасних умовах, та технології забезпечення готовності до педагогічної діяльності.

Theoretical subjects lecturers' pedagogical activity problems of higher Medical Educational Institutions in conditions of credit-modular system have been analyzed in the article. Issue of their preparedness to professional activity in Bologna educational system has been reviewed. Reasons of difficulties that appear in lecturers work with medical students in modern conditions during teaching subject of Biophysics and technologies of preparedness ensuring have been clarified.

Вступ. Постійно зростаючі вимоги до якості підготовки фахівців з вищою медичною освітою ставлять перед педагогічною наукою завдання створити ефективні дидактичні системи, які ґрунтуються на застосуванні видів, технологій, форм і методів навчання, що забезпечують інтенсивне залучення студентів до процесу оволодіння системою знань, формування вмінь і навичок. Сучасна система освіти вимагає докорінного перегляду більшості уявлень про традиційну освітню практику, оскільки сьогодні необхідна така модель навчального процесу, яка дозволила б розкривати і розвивати творчий потенціал кожного студента, формувати в ньому готовність діяти.

Якість кредитно-модульного навчання з теоретичних дисциплін, до яких належить і біофізика, у вищих медичних навчальних закладах значно залежить від

© М.А. Пайкуш, Е.І. Личковський

готовності викладача до його реалізації. До загальних професійних вимог, які ставляться перед педагогом, додаються особливі вимоги, пов'язані зі специфікою предмета та вимогами Болонської системи.

Проблемам технологічного підходу у навчанні, удосконалення навчального процесу в сучасній вищій школі присвячені праці А. Алексюка, С. Архангельського, Ю. Бабанського, В. Бондаря, В. Вергасова, А. Глузмана, В. Козакова, В. Сагарди, М. Ярмаченка.

Аналіз готовності до діяльності, як комплексу здібностей, представлений в роботах О.В. Волошенко, Л.С. Коржової, А.Ф. Ліненко, Н.Є. Мойсеюк, А.В. Семенової.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження є аналіз готовності викладача біофізики у вищому медичному

навчальному закладі до діяльності в умовах кредитно-модульної системи та пошук шляхів її підвищення.

Основна частина. Загальна схема професійної діяльності містить велику кількість компонентів: ціннісні орієнтації і професійну етику; загальні і спеціальні здібності; професійно значущі якості особи; професійно необхідні знання; сферу професійної компетентності; професійні навички та вміння; професійну техніку [2]. Серед них ми виділяємо загальні і спеціальні здібності викладача теоретичних дисциплін у медичних вузах, професійно значущі необхідні знання, сферу професійної компетентності, професійні навички та вміння – ті, які мають безпосереднє відношення до діяльності в умовах кредитно-модульної системи [4, 5].

Сьогодні під час проведення лабораторно-практичних занять із біофізики викладачу необхідні знання та вміння створювати відповідну мотивацію у студентів при вивченні кожної теми, здійснювати інтеграцію даної дисципліни з майбутньою професійною діяльністю студентів-медиків, мати знання з інших фахових дисциплін для вдалого проведення міжпредметних зв'язків, подолати “синдром відчуженості” теоретичних дисциплін від реального процесу професійної підготовки конкурентоздатного фахівця, вміти складати тестові завдання різного рівня складності для здійснення диференційованого підходу, вміти проводити та оцінювати тестовий контроль та структурування змісту навчального матеріалу.

Під час професійно-медичної підготовки студентів вищого навчального закладу необхідно акцентувати увагу на тому, що структурування змісту того чи іншого навчального предмета в жодному разі не означає його побудову за зразком базової науки. В основі відбору лежить його педагогічне обґрунтування. Воно має відповісти на цілий ряд питань: чому треба навчати саме цього, а не чогось іншого? Які функції виконує даний предмет у загальній чи професійній освіті? З досвіду роботи видно, що на сучасному етапі діяльності викладача теоретичних дисциплін в умовах кредитно-модульної системи зміст освіти зводиться, зазвичай, до знань і способів діяльності (умінь), хоча до змісту освіти повинен також входити досвід творчої діяльності і емоційно-ціннісного ставлення. Це, на нашу думку, пов'язано із недостатньою готовністю викладача працювати у нових умовах Болонської системи, коли немає ще напрацьованого досвіду роботи у нових умовах. Вибір найбільш ефективного прийому залежить не лише від змісту навчального матеріалу, але й від конкретних умов і є справою творчості та майстерності викладача.

Низка досліджень у педагогіці і психології, здійснених останнім часом, розширили і конкретизували поняття про готовність до діяльності як складне утворення в структурі особистості [6]. Термін “готовність” уживається в двох значеннях: навчання – формування готовності до виконання майбутніх завдань; готовність – наявність компетентності, знань і умінь, потрібних для виконання поставлених завдань. Термін “навчання” відображає реалію, інтегруючи два види діяльності – навчання і учіння.

При вивченні певної теми викладач теоретичних дисциплін повинен враховувати цільовий компонент навчання, а отже, чітко визначати: освітню мету, яка передбачає засвоєння навчальної інформації, пов'язаної з фаховими дисциплінами, її осмислення, закріплення, практичне застосування в майбутній професійній діяльності; виховну мету, реалізація якої забезпечує формування світоглядних ідей особистості, виховання її моральних цінностей, потреби здорового способу життя, відповідальності, умінь контролювати вчинки; розвивальну мету, що полягає в розвитку професійного мислення та професійної культури, формування інтересу до вивчення біофізики.

Однією з важливих умов готовності викладача біофізики вищих медичних навчальних закладів до діяльності в умовах кредитно-модульної системи є його ознайомлення із педагогічними технологіями навчання [7]. Технологічність є домінуючою характеристикою професійної діяльності сучасного педагога і означає перехід її на якісно новий ступінь, що задовольняє критерії ефективності, оптимальності, науковості порівняно з традиційним рівнем, який визначається поняттям “методика” [3]. Якість навчання за Болонською системою безпосередньо пов'язана з тим, як і якими технологіями навчання оперує викладач, наскільки гнучко він може змінювати і поповнювати свій методичний банк залежно від конкретних особливостей студентів.

Зміна уявлень про ефективність підготовки фахівця дозволяє вважати, що її результатом може виступати компетентність, яка значною мірою обумовлюється рівнем особистісного й професійного розвитку. Це можливо лише за умови досягнення студентами кількісно-якісних показників і стандартів професійної підготовки, що забезпечують набуття певного рівня компетентності та особистісного ставлення до способу застосування одержаного досвіду у практичній діяльності.

Виділяються такі аспекти компетентності: а) теоретичні знання, які дозволяють зрозуміти і пояснити дійсність, проте не мають нічого спільного з дією;

б) процедурні знання, які дозволяють застосувати теоретичні знання в діяльності; в) практичні знання, що впливають із досвіду і закріплюються в ситуації праці; г) знання-уміння, які включають не лише можливість виконання якоїсь дії, але й високу якість цього виконання, певну вправність [1].

Психолого-педагогічне забезпечення готовності передбачає, що в основі педагогічних дій лежать психічні процеси. Сформована психолого-педагогічна готовність є фундаментальною умовою ефективності і надійності діяльності фахівця. Вона допомагає людині виконувати свої професійні обов'язки, ефективно і правильно застосовувати знання, особистісні

якості, зберігати емоційно-вольову стійкість при появі непередбачених перешкод і ситуацій.

Висновок. Для сучасного суспільства необхідно формувати спеціаліста, який здатний не лише творчо використовувати інформацію, а й самостійно здобувати і застосовувати її у складних і несподіваних ситуаціях, ставити завдання та знаходити шляхи їх вирішення. Головне завдання викладачів теоретичних дисциплін вищої медичної школи – формування у студентів уміння будувати цілісні моделі вирішення проблем медицини на основі міждисциплінарної інтеграції навчальних предметів, що вивчаються. Все це ставить питання про необхідність забезпечення готовності викладачів до педагогічної діяльності у нових умовах.

Література

1. Андрієвська В. В. Професійна компетенція: теорія і практика її оцінки на Заході // Науково-методичне забезпечення діяльності сучасної професійної школи: Матеріали Міжнарод. наук.-практ. конф. – К., 1994. – Ч. 1. – С. 25-29.
2. Гинецинский В. И. Знание как категория педагогики: Опыт педагогической когнитологии. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1989. – 144 с.
3. Гриньов В. Й. Формування дидактичної культури майбутнього вчителя: Автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Харківський держ. педагогічний ун-т ім. Г. С. Сковороди. – Харків, 2003. – 20 с.

вороди. – Харків, 2003. – 20 с.

4. Козловська І. М. Проблема підготовки фахівця у контексті основних філософських категорій: Науково-методичні рекомендації. – Львів: Сполом, 2006. – 16 с.
5. Ліненко А. Ф. Педагогічна діяльність і готовність до неї. – Одеса, 1995. – 80 с.
6. Мойсеюк Н. Є. Педагогіка: Навчальний посібник. – 4-те видання. – К.: МОН України, 2003. – 615 с.
7. Чернилевский Д. В. Дидактические технологии в высшей школе. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002. – 437 с.

УДК 378.147: 616-053.2

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З ФАХУ “ПЕДІАТРІЯ”

І.Р. Сагаль, О.Р. Боярчук

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

THE WAYS OF THE IMPROVING OF DOCTORS PEDIATRITIONS’ POST-GRADUATE EDUCATION

I.R. Sahal, O.R. Boyarchuk

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті представлені основні напрямки покращення підготовки лікарів-інтернів з фаху “Педіатрія”, які включають проведення всього циклу інтернатури на базі кафедри, створення університетських клінік, надання самостійності лікарю-інтерну та підвищення його мотивації до навчання.

The article deals with the main direction of the improving of post-graduate education of doctors-pediatritions, that include realization of all course on the base of post-graduate department, forming of University clinics, increasing of physicians-internists’ motivation to education.

© І.Р. Сагаль, О.Р. Боярчук

Вступ. Здоров'я дитини – це найкращі інвестиції держави, спрямовані в майбутнє. Економічний та інтелектуальний потенціал будь-якої країни значною мірою визначається здоров'ям дітей та підлітків. Проблеми охорони здоров'я дітей в нашій країні набувають особливої медико-соціальної гостроти. Поряд з низьким рівнем народжуваності (1,22 на жінку), залишається високий рівень малюкової смертності, який хоча і знизився за останній рік до 9,26 на 1000 народжених живими, але він вдвічі перевищує європейський показник [1]. Аналіз структури поширеності захворювань серед підлітків свідчить про ріст основних класів хвороб. Це в свою чергу впливає на якість здоров'я дорослого населення, що зумовлює в Україні високий рівень смертності, низьку тривалість життя: в 2009 році середня тривалість життя в Україні становила 69 років, в той час як в багатьох країнах Європи досягла 83 років. Як наслідок, в Україні катастрофічними темпами зменшується чисельність населення: з 51 млн в 1995 році до 45 млн 962,9 тисяч осіб станом на 1 січня 2010 року, що на 180,8 тисяч осіб менше, ніж 1 січня 2009 року. Результатами роботи системи охорони здоров'я не задоволені ні суспільство, ні працівники самої сфери. Гостро стоїть питання реформування цієї соціальної галузі.

Основна частина. Успіх практичної медицини, процвітання системи охорони здоров'я держави будуть реалізовані за умови успішного функціонування її складових: інфраструктури, сучасне технічне оснащення, медикаментозне забезпечення, підготовка кадрів. На жаль, в останні роки престижність професії лікаря впала, багато лікарів залишають медицину. Укомплектованість лікарських посад становить 80,4 % [3].

Більшість медичної громадськості незадоволена розмірами і формами оплати праці, умовами праці. 49 стаття Конституції України проголошує медичну сферу обслуговування населення доступною та ефективною, проте пацієнти та їхні родичі повинні самі в більшості випадків оплачувати вартість обстежень і лікування. Поряд з тим трапляються випадки, коли духовні цінності замінені на безпринципність, фізичний комфорт будь-якою ціною, кар'єризм. Вирішення кадрового питання починається з освіти. Має бути розуміння того, що важливо, щоб разом з сумою знань та умінь вчорашній студент, сьогоднішній інтерн, завтрашній лікар засвоїв професійно-людські риси характеру: готовність до самопожертви, співчуття, доброти. Ще в більшій мірі це стосується педіатрів. Відомий лікар, вчений, педагог В.М. Сідельников писав: "Щоб бути хорошим лікарем, треба передусім

бути доброю людиною, мати серце, сповнене справжньої чуйності і душевної ширості ... до страждань чужої дитини ставитись як до страждань власної" [2]. Лікар-педіатр – особлива професія. Йому доручають те, що найдорожче – дітей! Тому охорона здоров'я дітей має бути пріоритетним напрямком, а підготовка лікарів-педіатрів здійснюватись на засадах новітніх досягнень педіатрії, з урахуванням світового досвіду. Важливим сучасним напрямком післядипломної освіти є безперервність навчання. Навчання лікарів-інтернів з фаху "Педіатрія" в нашій країні триває 2 роки, які включають 11 місяців очного циклу на базі кафедри та 11 місяців заочного циклу на базі стажування. Часто заочний цикл інтернатури здійснюється на базах міських чи районних лікарень, матеріально-технічний рівень яких, оснащення, об'єм допомоги не відповідають сучасним вимогам. Досить часто, особливо у лікарів старшого віку, які мають великий досвід роботи, спрацьовують стереотипи надання медичної допомоги, які на сьогодні не відповідають світовим стандартам, державним Протоколам лікування хворих та не ґрунтуються на засадах доказової медицини, а лише на власному досвіді окремо взятої людини. Молодий лікар-інтерн, який не має власного досвіду, але, можливо, має більш ґрунтовні знання, підпадає під вплив старшого колеги і досить часто переймає невірні стереотипи надання допомоги дітям. Тому з метою покращення якості навчання вважаємо більш доцільним проводити весь цикл інтернатури на базах кафедр, де лікарі-інтерни мають можливість переймати передовий досвід, отримати кваліфіковану допомогу. Важливим питанням є також визначення кількості інтернів на одного викладача. Звичайно, оптимальним є 1-2 інтерни на одного викладача, як і планувалося в попередніх проектах з реформування інтернатури. Не менш важливим питанням є співпраця медичного закладу з кафедрою післядипломної освіти. Найкращим варіантом є університетська клініка, де лікарі-інтерни можуть брати безпосередню участь в діагностиці та лікуванні хворих. На нашій кафедрі є позитивний досвід тісної співпраці керівництва лікарні з працівниками кафедри, коли колектив лікарні та кафедри сприймається як одне ціле та робота його має одну мету – покращення здоров'я дітей.

Ще один із методів підвищення підготовки лікаря-інтерна вбачаємо у наданні йому більшої самостійності. Проте досвід показує, що вчорашній випускник університету має недостатньо практичних навичок у спілкуванні з хворим, його опитуванні, загальному обстеженні. Діти потребують особливого

підходу, певних знань тонкощів обстеження пацієнта. Цього ми намагаємось і навчити лікарів-інтернів. Хоча часто наштовхуємось на байдужість майбутнього лікаря, відсутність мотивації до навчання. І це, на нашу думку, основна проблема післядипломної освіти – відсутність мотивації до самостійного навчання. Яка система в такому випадку більше виправдана – щоденний розбір теоретичного матеріалу з засвоєнням практичних навичок чи робота лікаря-інтерна біля ліжка хворого під керівництвом викладача з самостійним засвоєнням теоретичного матеріалу? І які методи впливу ми можемо використати для стимулювання лікаря-інтерна до самостійного

навчання? На жаль, у нас не гарантується краще місце роботи для кращих студентів та інтернів, якість підготовки інтерна не відобразиться також на його заробітній платі. Тож все залежить від свідомості самого інтерна, його вміння вчитися і бажання набувати досвід.

Висновок. Для забезпечення якісної підготовки лікаря-інтерна з фаху “Педіатрія” вважаємо доцільним проводити весь цикл інтернатури на базі кафедри, яка входить в структуру університетської клініки; зменшити кількість інтернів на одного викладача; надавати більше самостійності лікарю-інтерну та збільшити його мотивацію до навчання.

Література

1. Берник М., Тернова С. Вектор розвитку галузі намічено. Куди подме вітер перемін? // Ваше здоров'я. – 2010. – № 10. – С. 4-5.
2. Волосовець О.П., Кривопустов С.П. Віктор Михайлович Сідельников: життя заради здоров'я дітей // Здоров'є ребенка. – 2008. – № 5 (14). – С. 151-156.

3. Стан підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників і завдання вищої медичної школи щодо її інтеграції до світового освітнього простору / В.В. Лазоришенець, М.В. Банчук, О.П. Волосовець та ін. // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 5-10.

УДК 378.147:616.1/4-057.875-054.6

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ АНГЛОМОВНИМ СТУДЕНТАМ-ІНОЗЕМЦЯМ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

**С.І. Сміян, У.С. Слаба, Л.П. Мартинюк, А.А. Лепявко,
Р.Р. Коморовський, Р.Я. Боднар, С.Р. Гусак**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

PECULIARITIES OF TEACHING OF INTERNAL DISEASES FOR ENGLISH-SPEAKING FOREIGN STUDENTS AT CREDIT-MODULAR SYSTEM OF EDUCATIONAL PROCESS

**S.I. Smiyan, U.S. Slaba, L.P. Martyniuk, A.A. Lepiavko,
R.R. Komorovsky, R. Ya. Bodnar, S.R. Husak**

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті наведено досвід викладання внутрішньої медицини англійською мовою іноземним студентам старших курсів згідно із засадами кредитно-модульної системи навчання. Деталізовано методику проведення занять, з акцентом на практичній частині. Особлива увага приділена системі оцінювання рівня теоретичної підготовки студентів та оволодіння практичними навичками. Конкретизовано можливості самостійної підготовки студентів за допомогою веб-сайту. Показано, що поєднання традиційних форм викладання навчального матеріалу разом із сучасними технологіями сприяють кращій мотивації студентів до навчання, зростанню його ефективності та підвищенню престижності вітчизняної вищої медичної освіти для іноземців у цілому.

© С.І. Сміян, У.С. Слаба, Л.П. Мартинюк та ін.

An experience of teaching of internal medicine for english-speaking foreign students of senior courses according to the principles of credit-modular system is shown in the article. Methodology of practical classes is depicted. Special attention is paid to the evaluation system of student's theoretical knowledge and practical skills. Student's self-training at WEB-site materials is shown. It is proved, that combination of traditional forms of teaching with up-to-date technologies improves student's motivation for learning, increases its efficiency and makes more prestigious Ukrainian higher medical education for foreigners in general.

Вступ. Важливою передумовою ефективної інтеграції України в європейський та світовий освітній і науковий простір є модифікація академічних програм вітчизняної вищої школи. Вагомим внеском у даний процес є впровадження засад Болонської декларації, які передбачають застосування кредитно-модульної системи організації навчального процесу [1]. Завдяки таким нововведенням в багатьох українських вузах, зокрема медичного профілю, постійно зростає кількість іноземних студентів, які прагнуть опанувати професію англійською мовою. Унаслідок цього реорганізація навчального процесу на кафедрах, що займаються підготовкою англомовних студентів-іноземців, набуває цілого ряду особливостей.

Основна частина. У зв'язку зі значним зростанням кількості іноземних студентів-медиків у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського 1 червня 2009 року було створено ряд кафедр, метою яких стала клінічна підготовка студентів-іноземців 4, 5 і 6 курсів англійською та російською мовами.

Усі новостворені кафедри увійшли до складу факультету іноземних студентів. На посади викладачів даних кафедр могли претендувати фахівці, що мали значний досвід роботи з іноземними студентами. Кафедра внутрішньої медицини № 2 була створена на базі Тернопільської обласної клінічної лікарні і відділення невідкладних станів Тернопільської міської лікарні швидкої допомоги шляхом реорганізації кафедри внутрішньої медицини.

Заняття на кафедрі ведуться відповідно до методики єдиного дня, тобто протягом усього робочого дня для кожної групи студентів [2]. Оскільки при цьому не втрачається час на переїзди між корпусами, дана методика дозволяє збільшити ефективність академічного процесу.

Кожне заняття складається з практичної частини, семінару та тестового контролю. Протягом 6-7 годин, які студенти перебувають на кафедрі, вони мають більше часу для опанування практичних навичок та курації хворих, самостійної роботи, яка при потребі може бути легко корегована викладачем.

Кожен викладач закріплений за певними циклами (модулями) дисципліни, що дозволяє більш повно розкрити суть предмета студентам. Всі студенти мають вільний доступ до Інтернету, а на веб-сайті ка-

федри розміщено електронні варіанти лекцій, методичок та матеріалів для підготовки до всіх занять, що проводяться на кафедрі. Усе це істотно покращує ефективність сприйняття матеріалу, особливо при поєднанні з даними компакт-дисків та традиційних підручників.

Тематичні плани лекцій, практичних занять та самостійної роботи студентів (СРС) забезпечують реалізацію у навчальному процесі всіх тем, які входять до складу змістових модулів. Теми лекційного курсу розкривають проблемні питання відповідних розділів внутрішньої медицини. У лекціях використовуємо інтерактивний підхід до викладення матеріалу із розбором клінічних ситуацій (відомий в англомовній літературі як "case-based approach"); при цьому пропонуємо аудиторії тестові питання із багатьма варіантами відповідей. При розборі клінічних ситуацій та обговоренні тестових питань студенти мають змогу висловити свої думки, що сприяє розвитку їх клінічного мислення та кращому засвоєнню фактичного матеріалу.

Лекційний і практичний етапи навчання студентів складаються переважно таким чином, щоб теми лекцій передували практичним заняттям.

Оскільки важливою ланкою в підготовці лікаря і невід'ємною частиною навчального процесу є набування практичних навичок студентами, велика увага на кафедрі приділяється практичній роботі студентів, результати якої заносяться у матрикули. Курація хворого передбачає кількаразове відвідування стаціонарного пацієнта, присутність при проведенні діагностичних і лікувальних процедур, відмінне знання даної патології, методів діагностики, лікування, профілактики. Студенти 4 і 5 курсів готують навчальну історію хвороби за кожним циклом внутрішньої медицини.

Таким чином, отримані практичні навички та їх подальше поглиблення і вдосконалення під час роботи дозволяють не тільки покращити якість навчання, а й відображають практичну орієнтацію викладання. Особливістю навчання іноземних англомовних студентів у клініці є необхідність їхнього спілкування з україномовними хворими.

Потрібно зауважити, що для студентів старших курсів, які навчаються на нашій кафедрі, суттєвих труднощів у цьому не виникає, оскільки на 4, 5 і 6 курсах вони практично усі здатні самостійно проводити розпитування пацієнтів та розуміти їхні висловлювання.

Напередодні кожного заняття студенти мають можливість здати тестовий комп'ютерний метод контролю знань до відповідної теми із внутрішньої медицини у системі Moodle на веб-сайті університету, відповівши на 24 багатоваріантних запитання. Викладачі кафедри підготували достатню кількість таких запитань (у тому числі з графічними зображеннями) до кожної з тем згідно з навчальним планом. Якщо студент не задоволений оцінкою за тестування, він має альтернативу – пройти письмове тестування в день заняття наприкінці його практичної частини.

Практичні заняття проходять у профільному відділенні та складаються з семи структурних частин: 1) оцінка вхідного рівня знань, 2) підготовка до ліцензійного іспиту – тренування за типом “Крок-2”, 3) коротке обговорення теоретичної частини теми з акцентуванням на ключових аспектах, 4) курація тематичного хворого, 5) робота студентів по відпрацюванню практичних навичок з хворим під контролем викладача, 6) семінарське обговорення основних питань за темою, 7) тест-контроль засвоєння матеріалу та розв'язання ситуаційних завдань.

Акцент робиться на навичках збору анамнезу, проведення фізикального обстеження та проведення диференційної діагностики частих клінічних проявів та захворювань, а також на вивченні особливостей лікування відповідної патології.

Кожне практичне заняття починається з визначення вхідного рівня знань у вигляді тестового контролю, потім розглядається теоретичний матеріал і тренування як підготовка до ліцензійного іспиту, в подальшому викладач разом зі студентами проводять курацію хворого за темою заняття, де студенти вивчають особливості клінічної картини, дані фізикального обстеження, розглядають результати додаткових методів дослідження, дають їх інтерпретацію, призначають план лікування. Потім кожний студент проводить самостійно курацію хворого по темі заняття та заповнює протокол обстеження хворого. Наприкінці кожного практичного заняття проводиться підсумковий контроль знань студентів, що полягає у письмовому вирішенні тестових завдань і ситуаційних задач. Слід зазначити, що

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. – № 2. – С. 16-20.

2. Методичні вказівки для викладачів щодо організації навчального процесу в ТДМУ. – Тернопіль: ТДМУ, 2007. – 86 с.

3. Організація самостійної роботи студентів в умовах кре-

дитно-модульної системи / М. І. Яблучанський, О. Ю. Бичкова, О. С. Проценко [та ін.] // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 69-70.

аналіз оцінок за вхідним рівнем та вихідним рівнем достовірно різняться, демонструючи вищі бали в кінці заняття. Вважаємо, що це є ознака позитивної динаміки і свідчить про якісну роботу професорсько-викладацького складу кафедри. Також оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, проводиться стандартизований кінцевий контроль та аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента, яка виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Для уніфікації обліку оволодіння практичними навичками і об'єктивізації контролю за навчанням студентів колективом кафедри видано друкарським способом “Робочий журнал з циклу “Внутрішні хвороби” і “Журнал оцінки проміжного рівня знань” для студентів VI курсу.

Особлива увага надається самостійній роботі студентів [3, 4], оскільки саме вона передбачає самовдосконалення особистості молодого медика та створює підґрунтя до одного з основних принципів сучасної освіти – навчання протягом усього життя.

Відомо, що кредитно-модульна система стимулює студентів до самостійної роботи, причому як до аудиторної, так і позааудиторної. Завдяки їй забезпечується гармонійний розвиток студентів залежно від їхніх індивідуальних здібностей. Під час самостійної роботи студенти працюють із літературою, даними веб-сайту кафедри та інтернету, вдосконалюють практичні навички.

Важливо, що тестовий контроль знань, яким завершується заняття, після впровадження в академічний процес більшого обсягу самостійної роботи, довів їхнє суттєве покращення. Особливо це стосується студентів з належною мотивацією до навчання.

Висновки: 1. Створення окремих кафедр для навчання англомовних іноземних студентів клінічних дисциплін (внутрішньої медицини зокрема) доводить свою ефективність та доцільність.

2. Робота англомовних кафедр є істотним внеском у процес інтеграції вищої медичної освіти України у світовий академічний простір. Поряд із значними напрацюваннями і здобутками, вона потребує подальшого розвитку і вдосконалення.

дитно-модульної системи / М. І. Яблучанський, О. Ю. Бичкова, О. С. Проценко [та ін.] // Медична освіта. – 2007. – № 2. – С. 69-70.

4. Can medical students from two cultures learn effectively from a shared web-based learning environment? / Evans P., Suzuki Y., Begg M., Lam W. // Medical Education. – 2008. – Vol. 42. – P. 27-33.

УДК 616.003.96:378.180

РЕАЛІЗАЦІЯ ІДЕЇ БЕЗПЕРЕРВНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ПРИ ВИКЛАДАННІ ФІЗІОЛОГІЇ ТА ПАТОФІЗІОЛОГІЇ НА ЗАСАДАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

**О.В. Ткачук, В.Ф. Мислицький, С.С. Ткачук, С.І. Анохіна,
О.М. Леньков, О.В. Кузнєцова, О.В. Ясінська**

Буковинський державний медичний університет

REALIZATION OF UNINTERRUPTED MEDICAL EDUCATION IDEA WHILE TEACHING OF PHYSIOLOGY AND PATOPHYSIOLOGY ON THE STAGE OF CREDIT-MODULAR SYSTEM

**O.V. Tkachuk, V.F. Myslytskyi, S.S. Tkachuk, S.I. Anohina,
O.M. Lienkov, O.V. Kuznietsova, O.V. Yasinaka**

Bukovynian State Medical University

Стаття присвячена проблемам безперервної медичної освіти у вищих медичних навчальних закладах за умов кредитно-модульної системи організації навчального процесу.

The article is dedicated to the problems of uninterrupted medical education in higher medical educational establishments on the stage of credit-modular system organisation of educational process.

Вступ. Однією з основних ідей Болонської декларації є безперервне професійне навчання, яке передбачає реалізацію низки заходів, що забезпечує максимальне отримання інформації і можливості професійного росту під час здобуття освіти і після її отримання [1, 2]. Тому втілення цієї ідеї в життя повинно розпочинатися з перших днів навчання. Впровадження системи залікових одиниць із наступним накопичувальним принципом закладає основи для безперервного професійного росту, створює потужну мотивацію для студентів. У реалізації безперервності медичної освіти значна роль належить інтеграції навчального процесу [4]. Про це говориться в рекомендаціях Консультативної комісії Європейського Союзу, згідно з якими повноцінна медична освіта не можлива без інтеграції фундаментальних дисциплін із клінічними [1]. Елементи інтеграції навчального процесу в медичній освіті є важливими, як ні в якій іншій, адже саме цей принцип може забезпечити формування цілісного лікарського світогляду і набуває особливого значення, коли йдеться про лікарів загальної практики [3]. У самій природі кредитно-модульної системи навчання закладено принцип інтегративності системи освіти, адже вона передбачає перманентне накопичення кредитів в міру вивчення різних дис-

циплін [4]. Разом із тим, просте “математичне” накопичення відображає лише формальний аспект, зовнішні прояви освітнього процесу, однак кваліфікація лікаря, перш за все, визначається глибиною та якістю отриманих знань, що значною мірою досягається спадкоємністю при переході від викладання фундаментальних до клінічних дисциплін.

Не викликає сумніву, що серед базових дисциплін, які формують клінічне мислення і готують засади успішного засвоєння клінічних дисциплін, провідна роль належить нормальній та патологічній фізіології.

Основна частина. Мета роботи – проаналізувати можливості оптимізації інтегрування фізіології та патологічної фізіології з іншими фундаментальними й клінічними дисциплінами на основі практично орієнтованого вивчення цих предметів як складової реалізації безперервної медичної освіти при їх викладанні на засадах кредитно-модульної системи оцінки знань.

Для забезпечення безперервності професійної освіти практично орієнтоване викладання як фізіології, так і патофізіології студентам медичних факультетів повинно бути максимально наближеним до клініки, щоб якомога ретельніше підготувати їх до вивчення клінічних дисциплін. На завершальному етапі вивчення фізіології та патофізіології студенти повинні засвоїти

© О.В. Ткачук, В.Ф. Мислицький, С.С. Ткачук та ін.

низку практичних навичок, уміти виявити елементарні відхилення в стані здоров'я та функціонуванні органів і систем, на що спрямовані тестові завдання, ситуаційні задачі, відео- та комп'ютерний ілюстративний матеріал до лекцій та практичних занять, клінічні приклади, які потребують залучення знань із біології, анатомії, гістології, біохімії. Викладачі кафедр акцентують увагу студентів на прикладному значенні цих предметів з першого заняття. На початку навчального року студенти знайомляться з переліком як теоретичних питань, так і практичних умінь, які необхідно засвоїти впродовж року. Значну частину з них становлять так звані "критичні питання", незнання яких не дає права студенту отримати позитивну оцінку й завершити вивчення курсу.

Із впровадженням кредитно-модульної системи навчання виникає низка додаткових труднощів для практично орієнтованого викладання фізіології та патофізіології: велика кількість студентів у групах, що утруднює індивідуальну роботу із засвоєння практичних навичок; необхідність перевірки письмових тестових завдань упродовж заняття, що скорочує час для безпосереднього виконання практичної роботи й забирає у викладача час для належного контролю якості виконання практичної частини роботи; значна питома частка в структурі практичного заняття контролю теоретичних знань. Слід зазначити, що перевірити тести протягом поточного заняття можна лише використавши час, відведений студентам на виконання самостійної роботи, що, безумовно, знижує якість контролю її виконання. Разом із тим, викла-

дач змушений вивести сукупну оцінку та оголосити її наприкінці кожного заняття, щоб зробити оцінювання знань прозорим та максимально об'єктивним.

Для оцінки знань студентів з урахуванням інтеграційних моментів упродовж кожного заняття використовуються тести контролю вихідного рівня знань, що дає змогу виявити ступінь засвоєння, крім фізіології та патофізіології, ще й біології, анатомії, гістології, біофізики, біохімії. Усне опитування, тести заключного контролю, клініко-ситуаційні задачі спрямовані не лише на здійснення заключного контролю поточного заняття, але й дозволяють студентам застосувати отримані фундаментальні знання в прикладному аспекті. Особлива увага надається контролю самостійної роботи (експериментальної частини, оформлення протоколу) та практичних навичок. Наприкінці кожного заняття викладач здійснює аналіз типових помилок, допущених при вирішенні тестових завдань. Підсумковий модульний контроль передбачає також вирішення типових і ситуаційних задач, контроль практичних навичок і вмій.

Висновок. Основи безперервної медичної освіти закладаються вже при вивченні студентами базових фундаментальних предметів. Важливим її підґрунтям є інтеграція фундаментальних та клінічних дисциплін.

У цьому контексті перспективним є пошук нових форм співпраці між викладачами теоретичних і клінічних кафедр та оптимізація навчально-методичного забезпечення (оснащення теоретичних кафедр відповідними комп'ютерними програмами, відеофільмами, муляжами тощо).

Література

1. Вдовиченко Ю. Дискусійні питання безперервного професійного розвитку / Ю. Вдовиченко, О. Вернер // Ваше здоров'я. – 2007. – № 6. – С. 8.
2. Визначення критеріїв якості в системі безперервного професійного розвитку лікарів та провізорів на основі концепції кредитів / Ю.В. Вороненко, А.М. Сердюк, О.П. Мінцер [та ін.] // Медична освіта. – 2007. – № 3. – С. 11-15.

3. Государственный образовательный стандарт обучения по специальности "Врач общей практики". – М., 2005.
4. Інтеграція навчального процесу – основа ефективності кредитно-модульної системи навчання / П.О. Неруш, О.Г. Родинський, О.В. Мозгунов, О.М. Демченко // Медична освіта. – 2008. – № 4. – С. 16-17.

УДК 378.147.371.334

ВИКОРИСТАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДІЛОВОЇ ГРИ ПРИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНІЙ СИСТЕМІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

О.В. Швидкий, Н.В. Будь

Донецький базовий медичний коледж

APPLICATION AND PROSPECTS OF BUSINESS GAME AT THE CREDIT-MODULAR SYSTEM OF ORGANIZATION OF EDUCATIONAL PROCESS

O.V. Shvydkyi, N.V. Bud

Donetsk Basic Medical College

Викладачі клінічних дисциплін протягом кількох років використовують метод рольової гри. У статті викладено теоретичні основи методу, його переваги при кредитно-модульній організації навчального процесу, досвід застосування рольової гри в процесі професійної підготовки та підвищенні комунікативних здібностей майбутніх медичних сестер.

Authors of the article are teachers of clinical disciplines, during a few years have used the method of role game. In the article there are expounded theoretical bases of the method, its advantages, at credit-modular organization of educational process, experience of role game application in the process of professional training and increase of communicative capabilities of future medical sisters.

Вступ. Ми живемо в цікаву епоху. Старше покоління, молодість якого пройшла в 60-80 роки, “робили себе самі”. Ми активно добували знання, цікавилися всім, читали все підряд. Не в кожній сім’ї було багато книг. Але майже всі діти читали. Бібліотеки, читальні зали були заповнені школярами. Пройшли десятиріччя. Зараз це покоління працює викладачами, вчителями. І з подивом стежить, як змінюються учні, студенти. Теперішнє молоде покоління мало читає, джерелом знань стали телевізор, Інтернет. Виросло покоління, що “дивиться”. Молоді важко працювати з книгою – вдумливо прочитати і вивчити задане. Доводиться шукати нові способи подачі навчального матеріалу.

Реформування медичної освіти в Україні вимагає нових підходів до підготовки медичних сестер. Студентів треба навчити:

1. Самостійно отримувати потрібну інформацію.
2. Аналізувати проблемні питання.
3. Знаходити шляхи раціонального вирішення проблеми.
4. Застосовувати знання для вирішення нових завдань.

Висока якість освіти здобувається за допомогою кредитно-модульної системи навчання. Її застосування підвищує свідомість і активність студентів, примушує до систематичної роботи. По-новому розгля-

© О.В. Швидкий, Н.В. Будь

дається роль викладача – він буде заняття як сумісну діяльність зі студентами. При зацікавленості та активності обох сторін результативність навчання максимальна. Професія медичної сестри потребує, окрім теоретичних знань, вміння спілкуватися, знаходити загальну мову з пацієнтами, тобто досконало володіти навичками комунікації. В зв’язку з цим актуальними стають активні, видовищні, ігрові методи навчання, одним з яких є ділова гра [1-8].

Перед викладачами стоїть завдання дати теоретичну, практичну підготовку з дисципліни, а також навчити студентів комунікативних навичок. Ціль даної роботи – поділитися досвідом використання методу ділової гри при викладанні клінічних дисциплін в Донецькому базовому медичному коледжі.

Основна частина. В нашому коледжі приділяється багато уваги застосуванню активних методів пізнавальної діяльності студентів, перш за все – впровадженню кредитно-модульної системи. Викладання клінічних дисциплін покращують такі активні методи навчання, як демонстрування навчальних відеофільмів, проведення дискусій, використання рольової гри. При ігровій імітації майбутньої професійної діяльності матеріал не просто механічно засвоюється, а творчо переробляється і пристосовується до конкретної ситуації. Гра відтворює реальну ситуацію, в якій потрібно встановити сестринський діагноз і на-

дати оптимальну сестринську допомогу. Студентам потрібно приймати рішення, від якого залежатиме здоров'я, а інколи і життя пацієнта. Це підсилює мотивацію, підвищує інтерес до вивчення предмета, а значить, збільшує ефективність навчання.

Рольова гра має великі навчальні можливості:

- потребує відмінного знання навчального матеріалу;
- сприяє поглибленому вивченню предмета. Під час гри виникає невимущена атмосфера спілкування, при якій студенти можуть задавати і отримувати відповіді на різні і, здавалося б, дивні, смішні запитання, задати які викладачеві не завжди доречно;

- забезпечує особисту причетність до того, що відбувається. Студент уживається в ситуацію, проникається відчуттями і переживаннями хворої людини;

- розширює асоціації у головному мозку. При цьому емоційно “офарбований” матеріал, набагато краще запам'ятовується;

- сприяє формуванню співпраці і партнерства. Виконання сценки передбачає злагоджену взаємодію групи студентів. При розподілі ролей враховуються як інтелектуальні, так і акторські можливості студентів, одним доручаються складні, іншим – легкі ролі, третім призначаються ролі суфлерів, що дають їм право підказувати на основі тексту;

- дає можливість спробувати різні типи поведінки. Перевтілення сприяє розширенню психологічного діапазону, розумінню інших людей, вчить контролювати відчуття і емоції, розвиває навик міжособистого спілкування, усуває розрив між навчанням і реальними життєвими ситуаціями. У сценарій включається інформація про те, як діяти в різних ситуаціях, що дає життєво важливі навички;

- забезпечує студентам третій рівень навчання, часто при цьому формується і четвертий рівень навчання – дійсна творчість.

При вивченні деяких розділів нервових та психічних хвороб (спадково-дегенеративні захворювання, аномалії розвитку нервової системи, порушення психіки при інфекційних, соматичних хворобах, післяпологові психози та клімактеричні неврози) студентам необхідно засвоїти дуже великий обсяг навчального матеріалу. Для полегшення цієї задачі на практичних заняттях нами використовується метод ділової гри. Спочатку студентам дається домашнє завдання. Воно полягає в тому, щоб підготувати доповідь про якусь одну хворобу. Доповідь повинна мати вигляд живої дискусії, при якій медичний працівник відповідає на різні запитання, навчає виконувати маніпуляції. Студенти розподіляються на малі групи по 2-3 чоловіки. Ігрова ситуація, фабула складається самими

студентами, аби учасники могли проявити творчість, домислити образи персонажів. Це може бути невимущена розмова двох подруг або санітарно-освітня бесіда у санаторії, або телевізійне ток-шоу. Ролі розподіляє викладач або вибирають самі студенти. Пояснюється хід наступного уроку, при цьому демонструються відеофільми, відзняті на попередніх уроках, щоб студенти зрозуміли, що потрібно готувати. Рольова гра повинна бути добре підготовленою, забезпечувати охоплення всієї групи, проводитися в доброзичливій, творчій атмосфері, викликати відчуття задоволення, радості. Роль викладача в процесі підготовки і проведення гри постійно змінюється. На початковій стадії він активно контролює діяльність студентів, але поступово стає лише спостерігачем. В процесі гри сильні студенти допомагають слабким. Найкраще себе зарекомендували ігри імітаційного характеру, при яких відтворюються ситуації амбулаторного прийому, бесіди двох пацієнтів про свої хвороби, розмова з медсестрою в невимущеній обстановці званого вечора, соціальне опитування “Здоровий спосіб життя”, інцидент, що стався в лікарні, дискусії і теледебати. В процесі рольової гри відбувається одночасне повторення теоретичного матеріалу, вдосконалення і розвиток навичок. Тривалість одного інсценування 3-4 хвилини. Загальний час гри 50-60 хвилин. Доцільно розмістити гру в кінці уроку, тому що вона викликає підвищену активність студентів, після якої потрібна перерва. В процесі гри ведеться відеозйомка, що підвищує мотивацію та викликає інтерес студентів. На заключному етапі проводиться обговорення проведеної гри. При цьому викладачеві слід проявити такт, особливо при оцінці результатів першої рольової гри. Негативна оцінка діяльності її учасників неминуче призведе до зниження активності. Бажано почати обговорення результатів з вдалих моментів, потім перейти до недоліків. Рольова гра незмінно подобається учасникам. Студенти довго згадують свої ролі, коли вже забуто багато знань, набутих іншими способами.

Висновок. Головне призначення ділових ігор – зменшити для студентів міру новизни і несподіванки вірогідних життєвих ситуацій. А несподівані ситуації для медиків в складних випадках обертаються погіршенням стану пацієнтів або навіть їх смертю. Студенти навчаються на допускати небажаних наслідків. Отже, рольова гра – це ефективний прийом активного навчання, вона містить елемент гри і непередбачуваність розв'язки, проводиться в умовах, наближених до реальних, дозволяє студентам краще підготуватися до майбутньої роботи.

Література

1. Голубченко Н.К., Евтушенко Л.С. Методична розробка ділової гри. Тактика медичної сестри в життєвій ситуації. – Донецьк, 2003.
2. Гусева Л.Г. Нестандартные формы обучения // Специалист. – 2008. – № 2.
3. Гойсан М.А. Деякі способи підвищення якості учбово-виховного процесу // ІЯШ. – 1993. – № 6.
4. Зырянова Л.В. Использование игровых методик на занятиях по психологии // Специалист. – 2008. – № 9.
5. Киселева Н.Г., Шорикова Е.Ю. Использование активных методов обучения // Специалист. – 2008. – № 3.
6. Наумов Л.Б. Ділові ігри у вищій медичній освіті. – М., 1982.
7. Наумов Л.Б. Учебні ігри в медицині. – М., 1986.
8. Тарасенко К.М., Лаврик О.О. Модульно-рейтингова система навчання: Методичні рекомендації. – Донецьк, 2006.

УДК 61:377:371.261(477.83)

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНО-РЕЙТИНГОВОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ЛЬВІВСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ ІМ. АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО

М.Б. Шегедин, І.С. Смачило

Львівський державний медичний коледж імені Андрея Крупинського

RESULTS AND PROSPECTS OF CREDIT-MODULAR-RATING SYSTEM OF EDUCATIONAL PROCESS ORGANIZATION IN LVIV STATE MEDICAL COLLEGE BY ANDREY KRUPYNSKYI

M.B. Shehedyn, I.S. Smachylo

Lviv State Medical College by Andrey Krupynskyi

У статті обговорюються результати та перспективи впровадження кредитно-модульно-рейтингової системи організації навчального процесу у Львівському державному медичному коледжі імені Андрея Крупинського.

Results and prospects of application of credit-modular-rating system of educational process organization in Lviv State Medical College by Andrey Krupynskyi are presented

Вступ. Впровадження кредитно-модульно-рейтингової системи потребує від педагогічного колективу певних змін на всіх структурних рівнях організації навчального процесу вищого навчального закладу [1-5].

Львівський державний медичний коледж ім. Андрея Крупинського працює за модульно-рейтинговою системою навчання ще з 1993 р.

Основна частина. Враховуючи входження України в Болонський процес, з 2005 р., відповідно до наказів МОН України, розроблено навчальні плани згідно з кредитно-модульною системою організації навчального процесу (КМСОНП) на двох спеціальностях: 6.120102 “Лабораторна діагностика”, 5.12010102 “Сестринська справа”. У зв’язку з цим нами було:

– доповнено власне Положення про модульно-рейтингову систему навчання, введені основні терміни, поняття та їх визначення;

– поділено програмний матеріал з дисциплін на окремі модулі, змістові модулі;

– для кожного модуля складено тестові завдання для перевірки теоретичної підготовки та програма перевірки набуття практичних навичок;

– завершення кожного модуля закінчується модульним контролем (МК).

МК – це підсумковий контроль засвоєння студентами навчального матеріалу модулів (теорії і практики), самостійної позааудиторної роботи, винесених на цей контроль. МК є обов’язковим видом контролю

© М.Б. Шегедин, І.С. Смачило

лю на навчальному занятті та проводиться у наперед визначений термін. МК – це середня арифметична суми балів з теоретичної і практичної частин модуля, кожна з яких оцінюється в 100-бальній шкалі, а для гуманітарних і соціально-економічних та деяких природничо-наукових – 100-бальна шкала з тестового теоретичного модульного контролю. Оцінка за модульний контроль виставляється в 100-бальній шкалі:

- 100-90 балів – відмінно;
- 89-70 балів – добре;
- 69-51 балів – задовільно;
- 50 балів і нижче – незадовільно.

Щоб стандартизувати оцінювання поточної навчальної діяльності студента, введено поняття САП – це середньоарифметичне з усіх позитивних поточних оцінок за семінарські або практичні заняття з переведенням їх в 100-бальну шкалу та виставленням перед кожним МК. Структура практичного заняття складається з виконання практичних завдань, обговорення результатів виконаної роботи, підсумкового контролю заняття з теми у вигляді тестового контролю (10-20 тестів), поетапного оцінювання студентів з підсумковою оцінкою та його завершення.

Підрахунок САП проводиться так:

– всі оцінки за чотирибальною шкалою сумуються і визначається середній арифметичний показник. Наприклад: $5 + 5 + 3 + 4 + 3 = 20 : 5 = 4,0$, який переводиться у 100-бальну шкалу;

– до отриманого середнього арифметичного показника у 100-бальній шкалі додаються показники МК і сума ділиться на 2. Напр., $59 (САП) + 69 (МК \text{ № } 1) = 128 : 2 = 64$ бали (64). Якщо результат є з десятими балів – цифри після коми не враховуються (напр., 60,5 балів (60), 78,99 балів (78)). Ця оцінка (60, 78 балів) вважається модульною оцінкою (МО) за певний розділ навчального матеріалу;

– семестрова модульна оцінка (СМО) з навчальної дисципліни – середньоарифметична всіх МО, якщо дисципліна вивчається один семестр, а якщо два і більше – це середньоарифметична за всі семестри.

Оцінка з навчальної дисципліни не виставляється студентові, якому не зараховано хоча б один модуль після завершення її вивчення.

Академічні успіхи студента оцінюються в трьох системах: 100-бальній шкалі, національній шкалі та шкалі ECTS (відповідно до наказу МОН України від 23.01.04 р. № 48) (табл. 1).

Введення Постановами Кабінету Міністрів України від 13 грудня 2006 р. № 1719 “Про перелік напрямів, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за освітньо-кваліфікаційним рівнем бакалавра” та від 20 червня 2007 р. № 839 “Про затвердження переліку спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за освітньо-кваліфікаційним рівнем молодшого спеціаліста” ставить завдання, зокрема, про розробку Галузевих стандартів вищої освіти нового покоління [6].

В даних стандартах передбачено за навчальними планами складання іспитів. Відповідно будуть внесені зміни в нашому Положенні про КМСОНП.

Контроль за КМСОНП для студента – це об’єктивна оцінка своїх знань, для викладача – оцінка його педагогічної майстерності, творчого підходу до викладання певної навчальної дисципліни.

Висновок. З урахуванням досвіду впровадження КМСОНП в нашому коледжі можна зробити такі висновки:

- система стимулює студентів до систематичної роботи;
- здатна виявляти лідерів і слабких студентів, включає елементи змагання;
- виявляє і розвиває творчі здібності студентів.

Таблиця 1. Системи оцінювання знань студентів

За 100-бальною ЛДМК А. Крупинського	За національною шкалою	За шкалою ECTS
90-100	відмінно	A
80-89	добре	B
70-79	добре	C
60-69	задовільно	D
51-59	задовільно	E
35-50	незадовільно з можливістю повторного складання	FX
0-34	незадовільно з обов’язковим повторним курсом вивчення дисципліни за зазначений семестр	F

Література

1. Богданович М.А. Організація системи перевірки знань для поточного та підсумкового контролю // Матер. II Міжнар. конф. "Internet Education Science-2000". – Вінниця, 2000.

2. Боднар В. Теорія і практика модульного навчання у вищих закладах освіти // Освіти і управління. – 1999. – № 1. – С. 19-70.

3. Буренніков Ю.А., Дерібо О.В. Тестовий контроль знань студентів як засіб підвищення ефективності навчального процесу // Вісн. ВПІ. – 1994. – № 2.

4. Журавель Г.П. Про особливості впровадження і використання модульно-рейтингової системи контролю знань студентів: Наук.-метод. зб. – К., 2003. – С. 48-54.

5. Наказ МОН від 23.01.2004 р. № 48 "Про проведення педагогічного експерименту з запровадженням кредитно-модульної системи організації навчального процесу" та МОЗ України від 22.03.2004 р. № 148 "Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої медичної та фармацевтичної освіти".

6. Постанова Кабінету Міністрів України від 13 грудня 2006 р. № 1719 "Про перелік напрямів, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за освітньо-кваліфікаційним рівнем бакалавра" та від 20 червня 2007 р. № 839 "Про затвердження переліку спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за освітньо-кваліфікаційним рівнем молодшого спеціаліста".

УДК 378.371

**ВПЛИВ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВИХ СИСТЕМ НАВЧАННЯ
ТА ОЦІНЮВАННЯ НА СТРУКТУРУ МОТИВАЦІЇ ДО НАВЧАННЯ
СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ**

**С.І. Шкробот, О.П. Венгер, О.Є. Смашна,
Я.М. Несторович, Л.Т. Сновида, Ю.І. Мисула**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

**INFLUENCE OF INTRODUCTION OF THE NEW STUDY
AND EVALUATION SYSTEMS ON THE STRUCTURE
OF MOTIVATION TO THE STUDY OF STUDENTS OF HIGHER
MEDICAL EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS**

**S.I. Shkrobot, O.P. Venher, O.Ye. Smashna,
Ya. M. Nestorovich, L.T. Snovyda, Yu. I. Mysula**

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У даній статті досліджувались структура мотивації студентів до навчання в умовах впровадження нових систем освіти у вищих медичних закладах. Також проводився аналіз факторів, що знижують ефективність навчальної діяльності студентів. Нами було опитано 116 студентів 4 курсу Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського. В процесі роботи було виведено ієрархію мотивів до навчання у студентів, серед яких на першому місці були утилітарні та мотиви особистісного становлення. Крім того, при аналізі факторів, що впливають на ефективність навчання, їх було розподілено на дві групи, перша з яких включає обставини, джерелом яких є організація системи освіти у вищих навчальних закладах в цілому, а друга група – фактори, що пов'язані з самоорганізацією та самодисципліною студентів.

In this article the structure of students' motivation to the study in the conditions of new systems introduction of education in the higher medical establishments was investigated. The analysis of factors which reduce efficiency of educational activity of students was also conducted. 116 students of the 4th course of Ternopil State Medical University by I.Ya.Horbachevsky were questioned. In the process of work the hierarchy of reasons was shown out to study for students among which on the first place were utilitarian and reasons of personal becoming. In addition, at the analysis of factors which influence on efficiency of study, they were divided in two groups. The first group includes circumstances the source of which is system organization of education in higher educational establishments on the whole, and the second group is factors which are based on self-organization and self-discipline of students.

© С.І. Шкробот, О.П. Венгер, О.Є. Смашна та ін.

Вступ. Сучасне поняття освіченості суттєво відрізняється від колишніх уявлень, коли освіченим вважали того, хто знав абетку, вмів грамотно писати та читати. Сучасний темп науково-технічного прогресу ставить нові вимоги перед особистістю, а також і нові вимоги до системи навчання. Адже на сьогодні хороший фахівець повинен навчатися безперервно, що необхідно для створення здорових конкурентних відносин у колективі для покращення його продуктивності чи ефективності, а також для підтримання сталої професійної та особистісної самооцінки.

Більшість сучасних робіт, присвячених теорії та методиці вищої професійної освіти, орієнтовані на досягнення когнітивних завдань, що покладені в основу оволодіння базовими професійними вміннями та навиками. Проте в останні роки зростає актуальність впливу мотиваційної та емоційної складової навчального процесу на успішність студентів в навчанні [4-6]. Дана позиція передбачає збільшення відповідальності адміністративних та науково-педагогічних кадрів вищих навчальних закладів щодо створення таких умов навчання, які б стимулювали та підтримували особистісний розвиток студентів, підвищували їх відповідальність за якість свого навчання, розвиток та зміцнення інтересу до пізнавальної діяльності.

У сучасній психології та педагогіці термін “мотивація” розглядають двояко. З одного боку, мотивація є системою факторів, що детермінують поведінку особистості, а з іншого – мотивацію розглядають як характеристику процесу, що каталізує і підтримує біхевіоральну активність на певному рівні. Питання про визначення меж мотивації постає при потребі пояснення, а не опису поведінки особистості. Мотивація містить два компоненти: диспозиційний, який ще називають внутрішнім, та ситуаційний, або зовнішній компоненти. Розуміння такої структури мотиваційної сфери особистості актуальне в теорії систем, коли власне мотивацію розглядають як циклічний процес взаємовпливу, залежностей та перетворень, у якому сам суб’єкт діяльності та ситуація, в якій він перебуває, взаємно впливають одне на одного, і результатом цього взаємовпливу є зовнішня поведінка індивіда, яка легко об’єктивізується стороннім спостерігачем.

На відміну від мотивації, мотив – це стійка особистісна характеристика, властивість суб’єкта поведінки, збуджуючий фактор будь-якої діяльності і пов’язаний з задоволенням потреб індивіда. Під мотивом також розуміють сукупність зовнішніх (ситуативних) та внутрішніх (особистісних) факторів, що викликають активність суб’єкта. Мотив будь-якої особистості тісно пов’язаний з її потребами, які бувають

біологічними, фізичними, духовними, суспільними, моральними, естетичними, пізнавальними тощо.

А.К. Маркова різні сторони навчальної діяльності поділяє на дві групи мотивів. Перша група – це пізнавальні мотиви, тобто мотиви, які орієнтують учня на оволодіння новими знаннями (інтерес до нових процесів, фактів, суттєвих властивостей явищ, до дедуктивних висновків, до теоретичних принципів; інтерес до прийомів самостійного здобування знань, до методів наукового пізнання, до способів саморегуляції навчальної роботи, раціональної організації праці, мотиви самоосвіти).

Друга група – соціальні мотиви, які пов’язані з різними соціальними взаємодіями учня з іншими людьми (намагання одержати знання, щоб принести користь суспільству, почуття відповідальності за навчання, добре підготуватись до певної професії, зайняти позицію, місце у стосунках з людьми, заслужити авторитет, одержати схвалення, мотиви соціального співробітництва). Сюди відносять і так звану “мотивацію благополуччя” – отримувати тільки позитивні оцінки і схвалення з боку вчителя.

Окремого розгляду потребує питання розвитку особистості у підлітковому віці, а також вивчення факторів, які впливають на формування, потреб, мотивів, цілей взагалі і до навчання зокрема.

З початком студентського життя відбувається зміна соціальної ролі з учня на студента, з залежної дитини на самостійного дорослого. Результатом такої зміни соціальних ролей є підвищені вимоги до адаптативних можливостей особистості, що формується, а також прискорення і розширення процесів формування світогляду, спрямованості, самосвідомості особистості. В онтогенезі весь розвиток самосвідомості виражається в зміні мотивації щодо основних видів активності та діяльності у сферах навчання, спілкування та праці. Внаслідок переосмислення змісту, мети та завдань діяльності відбувається заміна незрілих мотивів та способів реагування на такі, що притаманні дорослій та самостійній особистості.

Характерною рисою, яка вперше виявляється в підлітковому віці, це потреба самовиховання та експериментування. Крім того, юнаки у даному віці вже достатньо помітно відрізняються один від одного за інтересом до навчання, за рівнем інтелектуального розвитку та за світоглядом, за об’ємом та міцністю знань, за рівнем особистісного розвитку. Цими відмінностями визначається їх диференційоване відношення до навчання. Вказана обставина визначає вибірко-вий характер відношення до університетських дисциплін, одні з яких стають більш потрібними і улюбленими, до інших інтерес зменшується.

Навчальна діяльність являє собою систему, яка складається з двох підсистем: діяльність та взаємодія викладача і студента (навчання), що забезпечує передачу досвіду, нагромадженого людством, та діяльність студента (учіння), яка передбачає засвоєння цього досвіду й трансформацію його в особистий досвід. Її компонентами є: мотиви, навчальні цілі, навчальні дії, дії контролю й оцінки. Д. Ельконін зазначав, що навчальна діяльність “повинна спонукатися адекватними мотивами. Ними можуть бути лише ті мотиви, які безпосередньо пов’язані з її змістом, тобто мотиви набуття узагальнених способів дій, або мотиви власного зростання, власного вдосконалення”.

В даний час ми спостерігаємо трансформацію системи освіти у вищих навчальних закладах, впровадження нових експериментальних методів навчання, які базуються на глибокому знанні психологічного, педагогічного та соціального базису [1-3]. В даній статті ми хочемо поділитися досвідом нових впроваджень у навчальний процес у Тернопільському державному медичному університеті ім. І.Я. Горбачевського та його впливом на структуру мотивації студентів.

В ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського вже третій рік поспіль практикується навчання студентів за цикловою системою та системою єдиного дня, що внесло ряд позитивних моментів в організацію викладення та засвоєння навчального матеріалу студентами. Крім того, у нашому вищому навчальному закладі впроваджено систему щоденного тестового контролю за системою MOODLE, що дало можливість уніфікувати процес оцінювання якості знань студентів напередодні заняття.

Метою дослідження було визначити структуру мотиваційної сфери студентів вищих медичних закладів до навчання при впровадженні нових систем навчання.

Предмет дослідження – психологічні особливості ставлення до навчання студентів медичного ВНЗ.

Основна частина. Дослідження проводилось серед студентів 4 курсу медичного факультету Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського. За період 2009-2010 років нами було опитано 116 студентів, що навчалися на 4 курсі. Досліджувались основні реально діючі мотиви навчання за допомогою методики М.І. Алексєєвої, а також проводився аналіз основних труднощів, що виникали в процесі навчального процесу та шляхи оптимізації системи навчання, адаптованої для вищих медичних навчальних закладів. Дані обстеження зведені у таблиці 1.

При опитуванні студентів виявлено три групи мотиваційних поєднань: найбільш значущими було поєднання утилітарних мотивів та мотивів особистісного становлення, що свідчить про наявність достатньо зрілої мотиваційної системи у студентів, оскільки згідно з загальновідомою пірамідою загальнолюдських цінностей за Маслоу, зосередженість на власній особистості посідає перше місце в ієрархії цінностей, а превалювання у студентів утилітарних та мотивів особистісного становлення чітко відображають тенденції зрілої особистості. На другому місці було поєднання суспільних мотивів, мотивів самопізнання та особистісного становлення. На третьому щаблі відмічалось поєднання пізнавальних мотивів та мотивів професійного становлення, а також мотиви самовиховання та комунікативні мотиви. У наступній таблиці відображено виявлену ієрархію мотивів до навчання серед студентів нашого ВНЗ.

Проаналізовано також систему суб’єктивних труднощів студентів, які, на їхню думку, знижують продуктивність їхньої навчальної діяльності при навчанні за цикловою системою та системою одного дня. За змістом та спрямованістю ці фактори можна поділити на дві групи. Перша група включає обставини, що пов’язані з власне системою навчання та іншими складовими навчального процесу у вищому навчальному закладі. Сюди належать незручний розклад і режим занять, різні вимоги викладачів на кафедрах, недостатній об’єм доступної літератури для підготовки до занять, дидактичні особливості викладення інформації, котра подається в підручниках, що ускладнює процес засвоєння нових фактів студентами. Досить вагомим фактором вказувався і великий обсяг інформації, яку необхідно вивчити на заняття, яке проводиться за системою одного дня. Наступна група факторів – це особистісні фактори, пов’язані з самовихованням та вмінням організувати власну навчальну діяльність студентами. Такі твердження, як недостатньо сформовані уміння організувати свою навчальну діяльність, недосконала організація часу на підготовку до занять, ввійшли в цю групу факторів. В таблиці 3 в порядку значимості наведені фактори, які утруднюють ефективність навчальної діяльності студентів.

В результаті проробленої роботи було сформульовано такі **висновки**:

1. На першому місці серед мотивів навчання у студентів медичного ВНЗ стоять мотиви, що характеризують достатню психологічну зрілість особистості, а саме мотиви особистісного становлення та утилітарні мотиви.

Таблиця 1. Мотиви навчання студентів (у %)

№ за/п	Мотиви навчання	Абсолютна кількість	Відносна кількість
1	Суспільні мотиви	17	11,8 %
2	Пізнавальні мотиви	7	4,9 %
3	Мотиви професійного становлення	4	2,8 %
4	Мотиви особистісного становлення	34	23,6 %
5	Комунікативні мотиви	8	5,6 %
6	Мотиви самовиховання	16	11,1 %
7	Формальні мотиви	5	3,5 %
8	Утилітарні мотиви	53	36,8 %

Таблиця 2. Ієрархія мотивів навчання

1	Утилітарні мотиви
2	Мотиви особистісного становлення
3	Суспільні мотиви
4	Мотиви самовиховання
5	Пізнавальні мотиви
6	Мотиви професійного становлення
7	Комунікативні мотиви
8	Формальні мотиви

2. Актуальним активізатором навчальної активності сучасних студентів є прагматичні компоненти мотивації, що свідчить про достатнє розуміння ними наявної соціально-економічної ситуації, особливостей ринкових відносин в нашій країні і в світі в цілому.

3. Відмічено зниження актуальності комунікативних мотивів навчальної діяльності, що також віддзеркалює як індивідуальні, так і суспільні особливості розвитку особистості та суспільства, з загальною тенденцією руху вектора соціальної направленості від екстравертованості до інтравертованості.

4. Виявлено дві групи труднощів у навчальній діяльності, що суб'єктивно виділяється студентами. Причому відповідальність за фактори однієї групи покладені власне на організацію освіти у вищих навчаль-

Література

- Буланова-Топоркова М.В. Педагогіка и психология высшей школы: Учебное пособие. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. – 544 с.
- Вітвицька С.С. Основи педагогіки вищої школи: Методичний посібник для студентів магістратури. – К.: ЦНЛ, 2003. – 316 с.
- Дьяченко М.И. Психология высшей школы. – Мн.: Харвест, 2006. – 416 с.
- Зайчук В.О. Управління якістю освіти як складова державної освітньої політики // Педагогіка і психологія. – 2007. –

Таблиця 3. Фактори, які утруднюють ефективність навчальної діяльності студентів (у порядку значимості)

1	Великий обсяг інформації, яку необхідно вивчити на заняття
2	Недостатньо сформовані уміння організовувати свою навчальну діяльність
3	Недостатньо організації часу на підготовку до занять
4	Дидактичні особливості викладення інформації, котра подається в підручниках
5	Недостатній об'єм літератури для підготовки до занять
6	Недостатньо методичних рекомендацій з наукової організації праці
7	Незручний розклад і режим занять
8	Різні вимоги викладачів

них закладах в цілому, а інша група факторів зумовлена особистісними організаційними моментами діяльності особистості.

5. Відмічено високий рівень усвідомлення власної відповідальності за якість та ефективність навчання самими студентами із високим рівнем готовності до самовиховання та самовдосконалення.

№2. – С. 18-26; Кислюк О. Співвідношення понять “мотив”, “стимул”, “потреба” та інтерес до навчання // Соціальна психологія. – 2004. – №5. – С. 109-118.

5. Корчакова Н. Психологічний аналіз мотивації вибіркового ставлення підлітків до навчальних предметів // Нова педагогічна думка. – 2006. – №1. – С. 13-17.

6. Подтикан І.В. Особливості формування мотиваційної сфери особистості // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. – №9. – С. 29-36.

УДК 378:004.4:61

РОЛЬ ТА ЗНАЧЕННЯ НОВІТНІХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОПТИМІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ-МЕДИКІВ

**С.І. Шкробот, Л.С. Мілевська-Вовчук, З.В. Салій, І.І. Гара,
О.Ю. Бударна, Н.Р. Сохор, М.С. Мисула**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

THE ROLE AND MEANING OF NEWEST INFORMATIONAL TECHNOLOGIES IN OPTIMIZATION OF MEDICAL SPECIALISTS' TRAINING PROCESS

**S.I. Shkrobot, L.S. Milevska-Vovchuk, Z.V. Saliy, I.I. Hara,
O.Yu. Budarna, N.R. Sohor, M.S. Mysula**

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті йдеться про можливості сучасних новітніх комп'ютерних технологій та доцільність і необхідність залучення останніх до навчального процесу підготовки фахівців-медиків з метою його оптимізації.

The article describes the properties of modern computer technologies and necessity of their introduction into studying process of medical specialists in order to optimize this process.

*Ми змінили своє оточення настільки радикально,
що тепер повинні змінитись самі,
щоб жити у цьому новому оточенні.*

Норберт Вінер

Вступ. У зв'язку з тим, що протягом останнього десятиліття світова медична освіта зазнала істотної трансформації від традиційної до орієнтованої на особистість студента, українська система медичної освіти потребує оновлення державних стандартів. На сьогодні перед викладачами вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладів постала проблема удосконалення підготовки фахівця, становлення його як професіонала, котрий не лише глибоко знає комплекс предметів, але й володіє методами самовдосконалення, підвищення рівня своїх знань, навичок та вмінь на післядипломному етапі (Руденко Т.Б., 2002). Ось чому все більше уваги приділяється використанню у навчальному процесі нових, інноваційних, нестандартних для медичної освіти методик навчання. Одним з таких підходів є використання телемедицини у навчанні студентів як частини системи дистанційного навчання.

Термін “телемедицина” походить від грецького слова “tele” (дистанція) та латинського “meder” (вилікувати) і позначає галузь медицини, що використовує

телекомунікаційні та електронні інформаційні (комп'ютерні) технології з метою забезпечення медичної допомоги на відстані. Завданням телемедицини є надання якісної медичної допомоги будь-якій особі незалежно від місця її перебування та соціального становища. Предметом телемедицини є передача шляхом телекомунікацій та комп'ютерних технологій усіх видів медичної інформації між віддаленими один від одного пунктами (медичними закладами, пацієнтами та лікарями, представниками охорони здоров'я тощо) (Казаков В.Н., 2002). Надання телемедичної допомоги характеризується двома головними ознаками – видом інформації, що передається (описання історії хвороби, вид зображення ендоскопічної та УЗД-картини, рентгенівських, комп'ютерних та МРТ-знімків, мікроскопічних мазків, даних лабораторних аналізів тощо) та способом передачі інформації (телефонні лінії, супутниковий та стільниковий зв'язок) (Казаков В.Н., Климовицкий В.Г., Владимирский А.В., 2002). До сфери телемедицини відносять шість головних предметів –

© С.І. Шкробот, Л.С. Мілевська-Вовчук, З.В. Салій та ін.

технології, медична освіта, медична наука, охорона здоров'я, спеціальні та суміжні галузі знань та діяльності (Шевелев А., Бакбардин Д., 2000; Schopp L., Johnstone B., Merveille O., 2000). У процесі надання медичної допомоги з використанням телемедичних технологій співпрацюють лікуючий лікар, координатор, лікар на відстані, пацієнт та технічний і допоміжний персонал.

У процесі написання даної статті ми поставили собі завдання проаналізувати можливості та функції комп'ютерних технологій та довести необхідність їх залучення до процесу підготовки фахівців-медиків з метою його оптимізації.

Основна частина. Дистанційне навчання – це нова форма навчання, відмінна від звичних форм очного чи заочного навчання. Вона припускає дещо інші засоби, методи та організації форми навчання, інший вид взаємодії викладачів і студентів, та студентів між собою. Слід зазначити, що ця система саме у медичних вищих навчальних закладах має певну специфіку та особливість, яка полягає у тому, що дана форма навчання може виступати лише в ролі допоміжної, а не альтернативної, яка б замінила повністю очну чи заочну.

Зрозуміло, що впровадження дистанційного навчання є процесом складним і багатоетапним, що полягає у створенні окремими кафедрами навчально-методичних сайтів з електронними курсами, електронними підручниками, електронними комплексами засобів навчання, розміщенням форуму, тестового модуля, фонотеки лекцій, збірника навчальних фільмів, тощо. Процес є дуже трудомістким, оскільки передбачає співпрацю викладача та студентів у зовсім новому інформаційно-предметному середовищі. Суто механічне копіювання вже розроблених традиційних курсів у електронну версію у рамках дистанційного навчання є неможливим, оскільки не враховує інтерактивність та дидактичну сутність навчального процесу.

У рамках дистанційного навчання особливо ефективною є телемедицина. Саме до можливостей останньої належать проведення телеконференцій (або відеоконференцій) в режимі *on line*, робота з інтерактивними навчальними серверами Інтернет, джерелами інформації із ресурсів Інтернет та інших комп'ютерних мереж (як-от медичні бібліотеки, спеціалізовані бази даних тощо). Варто підкреслити, що крім консультування конкретних пацієнтів, інтерактивні медичні телеконференції у реальному масштабі часу проводяться з навчальною метою а саме: відеолекції, семінари, групові заняття, обговорення, наукові дискусії, обмін інформацією організаційно-методичного

характеру, наукові комп'ютерні конференції різної тематики.

Зазначимо, що одними з перших у практичній охороні здоров'я Тернопільської області досвід застосування новітніх інформаційних технологій здобули працівники Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні, коли у присутності лікарів-інтернів, сімейних лікарів, двічі, у динаміці, було проведено консультацію пацієнта Н., 1952 р. н., що знаходився на стаціонарному лікуванні у Кременецькій центральній районній лікарні з діагнозом "Ішемічний кардіоемболічний інсульт", визначено алгоритм дії, сплановано подальшу тактику ведення хворого, призначено диференційоване лікування.

Такі сучасні програмні засоби та методи роботи дають можливість вирішувати по-новому і педагогічні задачі. Адже отриманий досвід застосування телекомунікацій у різних сферах навчання продемонстрував, що цей вид інформаційних технологій значно розширює наші можливості, зокрема дозволяє організувати різного роду спільні дослідницькі роботи студентів, викладачів, науковців з різних вищих навчальних закладів, наукових та навчальних центрів; розвивати уміння добувати інформацію з різноманітних джерел, обробляти її за допомогою найсучасніших комп'ютерних технологій, зберігати та передавати на будь-які відстані; прищеплювати навички справді дослідницької діяльності, моделюючи практичні ситуації, вирішувати проблеми різного роду та характеру; створювати мережі дистанційного навчання студентів, підвищувати кваліфікацію працівників практичної охорони здоров'я; оперативно обмінюватися інформацією, ідеями, планами з питань, які цікавлять учасників, з тем спільних проєктів, розширюючи таким чином, свій світогляд та підвищуючи свій культурний рівень; забезпечувати оперативну та консультативну допомогу у процесі лікувальної роботи; проводити консилиуми; створювати справжню професійну, у тому числі і в іншомовному середовищі, природну потребу у спілкуванні іноземною мовою, що, в свою чергу, формує потребу у вивченні та вдосконаленні іноземних мов; сприяти культурному та гуманітарному розвитку студентів на основі залучення до якнайширшої інформації культурного, етнічного, гуманістичного плану.

Висновок. Таким чином, нові інформаційні технології дозволяють не просто підвищити рівень підготовки фахівців-медиків, але й оптимізувати спільну роботу вищих навчальних медичних закладів із закладами практичної охорони здоров'я.

Література

1. Казаков В.Н. Телемедицина / Казаков В.Н., Климовицкий В.Г., Владзимирский А.В. – Донецк: Типографія ООО “Норд”, 2002. – 100 с.

2. Шевелев А. Телемедицина как система / А. Шевелев, Д. Бакбардин // Телемедицина и проблемы передачи изоб-

ражений: тез. докл. третього ежегодного Московского международного симпозиума по телемедицине. – М.: МАКС Пресс, 2000. – С. 65-66.

3. Schopp L. Multidimensional telecare strategies for rural residents with brain injury / Schopp L., Johnstone B., Merveille O. // J. Telemed. Telecare. – 2000. – Vol.6, № 1. – P. 146-149.

УДК 616-091:340.6:378.147:336.77:371.322

**ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПРИ
ВПРОВАДЖЕННІ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ
НА КАФЕДРІ ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ І СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ**

**І.С. Шпонька, Г.С. Короленко, С.В. Козлов, П.О. Гриценко,
О.О. Алексеєнко, К.М. Сулоєв, М.П. Федченко, І.О. Мальцев,
О.А. Легеца, С.М. Чекан, В.О. Бондарева**

Дніпропетровська державна медична академія

**EXPERIENCE OF ORGANIZATION OF STUDENTS' INDEPENDENT
WORK AT INTRODUCTION OF CREDIT-MODULAR SYSTEM
OF STUDY ON THE DEPARTMENT OF PATHOLOGICAL ANATOMY
AND FORENSIC MEDICINE**

**I.S. Shponka, H.S. Korolenko, S.V. Kozlov, P.O. Hrytsenko,
O.O. Alekseyenko, K.M. Suloyev, M.P. Fedchenko, I.O. Maltsev,
O.A. Leheza, S.M. Chekan, V.O. Bondareva**

Dnipropetrovsk State Medical Academy

У статті показані шляхи удосконалення самостійної роботи студентів при вивченні патоморфології та судової медицини. Досвід запроваджені самостійної позааудиторної та аудиторної роботи на кафедрі патологічної анатомії і судової медицини дозволяє покращити знання студентів, сприяє удосконаленню засобів формування у студентів клінічного мислення і як наслідок – здобуття професійних знань.

Ways of improvement of students' independent work at the study of pathomorphology and forensic medicine are shown in the article. Experience of the inculcated independent work on the department of pathological anatomy and forensic medicine allows to improve students' knowledge, help in the improvement of forming facilities for the students' clinical thought of and as a result is a receipt of professional knowledge.

Вступ. Одним із найбільш дискусійних видів навчальної діяльності студентів є самостійна робота студентів (СРС). В умовах кредитно-модульної системи організації навчального процесу до видів СРС відносять: підготовка до аудиторних занять, опрацювання розділів (тем), які не викладаються на аудиторних заняттях, виконання та за-

хист індивідуальних завдань, оволодіння практичними навичками, підготовка до складання модульного контролю.

Питання організації та вдосконалення самостійної роботи студентів завжди були актуальними для вищої медичної школи, про що свідчить ряд публікацій навчально-методичного характеру [1-4].

© І.С. Шпонька, Г.С. Короленко, С.В. Козлов та ін.

Мета роботи – показати шляхи удосконалення організації самостійної аудиторної та позааудиторної роботи студентів ДДМА при вивченні патоморфології і судової медицини в умовах кредитно-модульної системи організації навчального процесу.

Основна частина. Знання, що студенти отримують із навчальної дисципліни “Патоморфологія”, яка вивчає структурний, тобто матеріальний субстрат патологічних процесів, хвороб; їх причину і наслідки, закладає фундамент професійних вмінь, навичок та основ клінічного мислення майбутніх лікарів різного медичного профілю. Робоча навчальна програма з дисципліни охоплює 210 навчальних годин (7 кредитів ECTS), з них аудиторних – 62 %, СРС – 38 %.

З метою полегшення опанування навчальної дисципліни “Патоморфологія” кожному студенту III курсу медичних факультетів за спеціальністю “Лікувальна справа” на початку навчального року роздано “Довідник студента”, в якому надано інформацію щодо структури дисципліни, критеріїв оцінювання засвоєння модулів, включені методичні розробки за темами практичних завдань та розділів предмета, що вивчаються тільки самостійно.

Велику увагу приділяли самостійній роботі студентів у позааудиторні години, які виділені для підготовки до практичних занять. У кожній методичній розробці для практичного заняття викладені актуальність теми, цілі навчання, базовий рівень знань і вмінь, теоретичні питання, літературні джерела і матеріали, завдання для перевірки засвоєного матеріалу.

Для самоперевірки відповідного базового рівня студентам пропонується виконати не менше 3-х завдань. Використовуємо для цього первинний банк тестових завдань Центру тестування.

Для самостійної перевірки рівня підготовки студентів до практичного заняття пропонується: 10 тестових завдань різного типу, II-III рівня складності та 2 ситуаційні задачі. Крім цього, необхідно відповісти на всі тести за темою практичного заняття, які викладені у навчальному посібнику, укомплектованому співробітниками кафедри. Також треба відповісти на тестові завдання первинного банку Центру тестування, які викладачами кафедри були ранжовані за навчальними темами.

Однак, як відомо, тестування має низку суттєвих недоліків: розвиває здатність до швидкого вгадування за найменшими ознаками правильної відповіді; не дозволяє оцінювати глибину знань та стежити за ходом думок піддослідного; обмежує діапазон мислення; не розвиває творчі здібності. Тому з метою усунення цих недоліків індивідуально кожному студенту

для домашнього завдання пропонується дати відповіді на 10-15 тестових завдань типу “Крок 1”, на які студент у письмовій формі повинен дати обґрунтування правильної відповіді, провести диференційну діагностику з патологією, відміченою в інших 4-х дистракторах відповідей на тест та дати їм визначення.

Такий підхід підготовки до практичних занять дозволив виключити використання тестових завдань типу “Крок 1” в якості поточного контролю знань студентів на кожному практичному занятті (залишивши їх на змістовному та підсумковому модульному контролі), тим самим збільшити години для самостійної аудиторної роботи і покращити підготовку студентів до ліцензійного іспиту. На кожному практичному занятті студенти самостійно, згідно з алгоритмом опису макро- і мікропрепаратів вивчають їх, визначають патологію (діагноз), вказують на можливі причини її розвитку, ускладнення та наслідок. Під кінець заняття студенти вирішують ситуаційні задачі.

Тісна співпраця кафедри з Дніпропетровським обласним патологоанатомічним бюро, яке є навчально-науковим виробничим комплексом, дозволяє безпосередньо у секційному залі проводити деякі практичні заняття та під час проведення автопсії продемонструвати морфологічні зміни при усіх патологічних процесах і важливих нозологічних формах захворювань, провести контроль практичних навичок студентів.

Новим навчальним планом 2009 року з дисципліни “Судова медицина та медичне законодавство” було передбачено 40,7 % годин для самостійної позааудиторної роботи студентів. Враховуючи значний обсяг годин, відведених для СРС, на кафедрі був створений навчально-методичний посібник, затверджений в МОЗ та МОН України.

Окрім самостійного опрацювання літературних джерел, студенти мають можливість опанувати практичні навички в судово-медичному морзі під час автопсій, які проводять співробітники кафедри, а також в інших відділеннях бюро судово-медичної експертизи. Цей найбільш організаційно складний компонент самостійної роботи більш за все привертає увагу студентів. Порівняльний аналіз результатів контролю поточної навчальної діяльності та підсумкового модульного контролю показав, що студент, який значну увагу приділяв опануванню практичних навичок, мав кращі результати з усіх видів навчальної діяльності. Також суттєвим показником ефективності роботи професорсько-викладацького складу кафедри є бажання студентів після закінчення навчання в вузі працювати за цим напрямком.

Однією з кінцевих цілей вивчення судової медицини та медичного законодавства є “знати зміст нормативно-правових актів, які стосуються медичної діяльності та діють у сфері охорони здоров’я громадян, та демонструвати вміння проводити їх аналіз”. Враховуючи широке кола питань з медичного права, всі викладачі, які викладали судову медицину, підвищили свою педагогічну кваліфікацію шляхом стажування та складання відповідного звіту на кафедрі теорії держави і права, конституційного права і державного управління при Дніпропетровському національному університеті ім. О. Гончара. Відповідно до нової навчальної програми головну увагу при самостійному опрацюванні студентами питань медичного законодавства приділяли юридичному підґрунтю діяльності лікаря. У зв’язку з цим судово-медична експертиза дефектів надання медичної допомоги при підозрі правопорушень зі сторони лікаря – гарний приклад її значення.

Література

1. Козловский В.И. Пути совершенствования самостоятельной работы студентов на кафедре факультетской терапии как метод повышения эффективности учебного процесса // Материалы международной конференции “Медицинское образование XXI века”. – Витебск, 2002. – С. 171-172.
2. Макаренко Т.М., Іванків О.Л. Шляхи оптимізації самостійної роботи студентів // Матеріали науково-методичної конференції “Проблеми медичної та фармацевтичної освіти і шляхи підвищення якості підготовки лікарів і фармацевтів в Україні” (5-7 листопада 2003 р., Харків). – С. 63.

Таким чином, на наш погляд, практична складова навчальної діяльності та її реалізація через належне організаційне забезпечення з боку кафедри має вагомий вплив на вмотивованість студентів для опрацювання матеріалу, відведеного для самостійного вивчення.

Наведені вище засоби самостійної поза- та аудиторної роботи орієнтують студентів на 3-й рівень навчання, тобто використання отриманих знань у практичній діяльності допомагає об’єктивно виявити здатність студента до реальної професійної діяльності.

Висновок. Досвід запропонованої позааудиторної та аудиторної самостійної роботи студентів на кафедрі патологічної анатомії і судової медицини дозволяє покращити знання студентів, сприяє удосконаленню засобів формування у студентів клінічного мислення і, як наслідок – здобуття професійних знань.

3. Мисула І.Р. Самостійна робота студентів та її вдосконалення / І.Р. Мисула, В.В. Файфура // Медична освіта. – 2002. – № 1. – С. 14-16.

4. Поляков А.Є., Ковальчук Л.І., Прокопова Т.М. Методологія оптимізації організації самостійної роботи студентів при виконанні терапії // Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції “Впровадження засад Болонської системи освіти: український і зарубіжний досвід” (14-15 травня 2007 р., Тернопіль). – Тернопіль: ТДМУ, “Укрмедкнига”, 2007. – С. 285-286.

УДК 378.4

КРАЩІ УНІВЕРСИТЕТИ: РЕЗУЛЬТАТИ СВІТОВОГО РЕЙТИНГУ

М.М. Савула, Ю.І. Сливка

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського,
Університет Огайо, Атенс, США*

THE BEST UNIVERSITIES: WORLD RANKING RESULTS

M.M. Savula, Yu.I. Slyvka

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky,
Ohio University, Athens, USA*

У статті наведені методика і результати рейтингу університетів світу за версією QS Рейтингу університетів та критеріями Шанхайського рейтингу університетів (2009/2010 рр.).

The paper is concentrated on the analysis of methodology of evaluation and results of 2009/2010 World University Ranking, based on QS World University Ranking and Shanghai University Ranking approaches.

© М.М. Савула, Ю.І. Сливка

Вступ. У світі постійно проводять спроби об'єктивно визначити якість університетської освіти. Кожний із запропонованих проектів має позитивні сторони і недоліки, але вони допомагають зорієнтуватися в якості освіти в різних країнах і окремих університетах.

Основна частина. У цьому році опублікований рейтинг університетів світу за 2009/10 рр., оцінених за методикою QS Рейтингу університетів [1]. Для оцінки використано 6 показників.

1. Academic peer Score. Показник характеризує якість освіти з точки зору працівників університетів. Опитано протягом 3 років 15 050 респондентів із середнім стажем праці в університеті 19,6 років. Показник становить 40 % в загальній оцінці освіти [2].

2. Employer Review Score. Оцінка отримана після опитування 5007 працевластувачів з 94 країн і показує, наскільки радо вони приймають випускників різних ВНЗ, їх стартову заробітну платню, наскільки легко випускники знаходять бажану посаду. Вага показника – 10 % від загальної оцінки.

3. Student to Faculty Score. Співвідношення між кількістю студентів/викладачів (окремо вираховується для аспірантів). Показник характеризує умови в університеті для навчання студентів і аспірантів. Потрібні дані отримано з університетів і міністерств. Показник складає 20 % від загальної оцінки.

4. International Faculty Score. Показник кількості викладачів з інших країн і які посади займають іноземці. Він характеризує рівень інтеграції університету у світову спільноту і становить 5 % загальної оцінки.

5. International Student Score. Характеризує кількість іноземної молоді, що навчається в університеті і який ступінь вони можуть здобути. Показник становить 5 % від загальної оцінки.

6. Citations per Faculty Score. Показник характеризує науковий рівень університету. Враховують число цитованих робіт з університету за 5 років відносно кількості викладачів, що працюють на повну ставку. Він становить 20 % загальної оцінки. Для цього використовують 3 основні джерела: WEB of Science from Thomson Reuters, Scopus from Elsevier і Google Scholar. Таким чином, найбільшого значення надається академічному рівню освіти (40 %), науковому потенціалу університету, але врахована також інтеграція у світову спільноту, популярність в інших країнах. Після підрахунку отриманих результатів університетові з найвищою оцінкою присвоєно 100 балів, для всіх інших обчислювали відсоток стосовно переможця. У таблиці 1 представлені результати університетів, що увійшли в першу десятку за рейтингом QS.

Як видно з таблиці, 10 перших місць у рейтингу займають лише університети США (6) і Об'єднано-

Таблиця 1. Рейтинг університетів за версією QS (2009/10 рр.)

№ за/п	Університет	Оцінка академічного рівня	Критерії працевластувачів	Співвідношення студенти (аспіранти) /викладачі	Показник іноземних працівників	Показник іноземних студентів	Показник цитування	Загальна оцінка
1	Кембриджський університет (Великобританія)	100	100	100	96	95	93	100
2	Гарвардський університет (США)	100	100	97	71	87	100	99,2
3	Йельський університет (США)	100	100	100	78	66	98	98,7
4	Лондонський університетський коледж (Великобританія)	99	93	99	94	99	91	98,5
5	Массачусетський технологічний інститут (США)	100	100	100	31	98	100	98,2
6	Оксфордський університет (Великобританія)	100	100	100	96	95	84	98,2
7	Лондонський Імперіал коледж (Великобританія)	100	100	100	99	100	81	97,8
8	Чикагський університет (США)	100	96	98	68	89	93	97,5
9	Каліфорнійський технологічний інститут (США)	99	73	91	99	85	100	96,5
10	Прінстонський університет (США)	100	88	82	96	82	100	96

го Королівства (4). На першому місці Кембриджський університет, що заснований у 1209 році. Відомими його випускниками були Байрон, Мільтон, Ісаак Ньютон, Чарльз Дарвін. З цим університетом пов'язані імена близько 80 нобелівських лауреатів. Університет включає 31 коледж. Навчається в університеті 11 815 студентів, із них 1257 іноземних, загальна кількість викладацького складу 1520 осіб. Оплата за навчання у 2009-10 р. – 3290 фунтів стерлінгів [3].

У Кембриджському університеті протягом 5 років експериментально діяла Українська програма, мета якої – вивчення української мови, історії, культури України, її внеску у розвиток Східної і Західної Європи. Ця програма є однією з найбільш активних на факультеті середньовічних і сучасних мов. В даний час програма української культури і мови розширюється (на відміну від деяких тенденцій у нашій країні) і буде діяти на постійній основі.

Гарвардський університет – заснований у 1636 р. і є найстаршим у США. Займав багаторазово перше місце у міжнародних рейтингах. В ньому навчалися відомі політичні діячі – Барак Обама, Джон Кеннеді, Франклін Рузвельт. В університеті близько 6700 студентів, 2100 викладачів, більше 10 000 аспірантів. Плата за навчання в 2009/10 рр. становить 33 696 доларів.

В загальному університети США і Великобританії займають перші 17 позицій у рейтингу, а у списку з 200 ВНЗ – університети США посідають 54 місця. За ними йдуть університети Європи, Канади і Австралії.

У рейтинг потрапили також 15 вузів Азії. В першій 50-ці виявилися 3 японські університети (22, 25, 43 місця), 3 гонконгські (24, 35, 46 місця), один китайський (49 місце) і один південнокорейський (48 місце). Університети Німеччини і Нідерландів, що відомі в Європі своїм високим рівнем освіти, не потрапили в список перших 50 вузів. Московський університет ім. Ломоносова займає 93 місце, Санкт-Петербурзький – 168 місце.

Система оцінки QS не єдина. У світі однією із кращих методик визнаний також проект Шанхайського рейтингу університетів [4]. Його використано у 2009/10 рр. для оцінки 2000 університетів світу і складено список з 500 кращих. Згідно з даною методикою основна увага звернена на наукові досягнення викладачів і випускників університету (кількість працівників і випускників, що отримали Нобелівську премію або медаль Філдса, індекс цитування у журналах Nature і Science, статті індексовані в Science Citation Index-expanded і Social Science Citation Index) [5, 6]. Отже,

оцінку вузу пов'язують з рівнем наукових досягнень в університеті, який визначається професійним рівнем викладачів і фінансуванням навчального закладу. На відміну від України, де наукові дослідження проводять у спеціалізованих науково-дослідних інститутах, провідні університети світу є одночасно і дослідницькими центрами. Викладач має навантаження до 200 академічних годин за рік, решта часу працює як науковець. Одночасно студенти мають можливість засвоїти свою професію, займаючись науковими дослідженнями і пізнавати творчо майбутню спеціальність. На сьогодні освіта і наука у світі розглядаються як така ж індустрія, як, скажімо, промисловість чи сільське господарство, що здатні визначити технологічний прорив в економіці країни. Тому китайці, які в даний час є найбільшими споживачами послуг ВНЗ світу (а вибирають вони для навчання найпрестижніші університети), виділили лідерство в науці як основний показник рейтингу університету (їх конкуренції побоюються тепер найпотужніші держави світу). Із 500 університетів, включених у цей рейтинг, перше місце займає Гарвардський університет (США), а перші 19 місць належать університетам США (17) і Великобританії (2). На 20 і 24 позиціях – університети Японії, на 23 місці – швейцарський університет. Загалом у першу 50-ку зачислені 37 університетів Америки (в т. ч. 2 канадські), 11 університетів Європи і 2 університети Азії (Японія). Слід відмітити, що університет Тайваню зазначений між 101 і 150, Шанхайський між 151 і 200 позиціями. Загалом рейтингові позиції зайняли 22 китайські ВНЗ. З наших ближчих сусідів 74 місце посідає Московський університет ім. Ломоносова. Карловий університет у Празі вказаний між 201 і 300 позиціями, Санкт-Петербурзький університет, а також польські університети у Кракові і Варшаві – між 301 і 400 позиціями.

Наукові досягнення є також обов'язковим компонентом якості медичної освіти. Для їх оцінки використовують 2 групи критеріїв:

1. Найкращі медичні школи у сфері наукових досліджень.

2. Кращі медичні школи за наданням медичної допомоги пацієнтам [7, 8, 9].

Перша група критеріїв оцінює можливості відповідних вузів та їх випускників створювати й інвестувати нові ідеї і технології у медичне виробництво та науку. Друга група характеризує підготовку з надання випускниками первинної медичної допомоги пацієнтам.

З урахуванням цих критеріїв складені окремі списки кращих медичних шкіл світу. Серед медичних шкіл

з найвищим рівнем наукових досліджень названі Гарвардський університет і Університет Джона Хопкінса (США), а найкращими університетами світу з підготовки студентів в плані надання медичної допомоги – Орегонський науковий центр здоров'я і Каліфорнійський університет у Сан-Франциско.

На жаль, українські університети не потрапили в перелік кращих ВНЗ ні за системою QS, ні за Шанхайською методикою, хоча в минулому Київський університет займав рейтингову позицію. Разом з тим загальна тенденція змінюється в кращу сторону.

Висновок. У вищій освіті нашої країни відбуваються вагомні позитивні зміни. Відновлюється старий потенціал і переймається і впроваджується світовий досвід. Сподіваємося, що невдовзі у світових рей-

тингах з'явиться і Україна. Слід зауважити, що в даний час часто йде мова про те, щоб випускники наших ВНЗ були конкурентоспроможними на світовому ринку праці. Але чи це повинно бути стратегічною метою нашої освіти? Скільки є прикладів, коли талановиті молоді люди, не маючи змоги реалізувати себе на батьківщині, виїжджали за кордон і там ставали вченими зі світовим іменем. Ми ними гордимось, але невже ми маємо готувати фахівців на експорт? Віритися, що після подолання кризових явищ держава зможе приділити належну увагу вищій освіті, а також будуть створені такі умови для життя і творчості нашої молоді, що вони залишатимуться в Україні і будуть примножувати її економічну міць, здоров'я нації і світовий авторитет країни.

Література

1. <http://www.usnews.com/articles/education/world-best-universities/2010/09/21/world-best-universities-top-400-htm>.
2. <http://www.usnews.com/articles/education/world-best-universities/2010/09/21/world-best-universities-academic-peer-review-methodology-html>.
3. http://www.osvita.ua/aboad/articles/higher_edu/8980-KEII

4. <http://www.sjtu.edu.cn/english/index/index.htm>
5. <http://www.arwu.org/ARWU2010isp>
6. <http://www.isiknowledge.com>
7. <http://www.articlebase.com/college-and-university-articles/best-medical-schools-in-world-841456.htm>.
8. <http://www.medicaldegreehelpine.com/medical-schools-worldwide>.
9. <http://www.unlinks.com/topuniversities.htm>.

ЖИТОМИРСЬКИЙ ІНСТИТУТ МЕДСЕСТРИНСТВА – НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД НОВОГО ТИПУ З ЄВРОПЕЙСЬКИМИ СТАНДАРТАМИ ОСВІТИ (до 135-річчя заснування закладу)

**В.З. Свиридчук, В.А. Копетчук, П.В. Яворський,
С.В. Гордійчук, О.В. Горай, І.Р. Махновська**

Житомирський інститут медсестринства

Одному з найстаріших навчальних закладів нашої держави – Житомирському інституту медсестринства – виповнилося 135 років. Час, достатній для того, щоб осягнути минуле, замислитися над теперішнім, віддати данину шани тим, хто стояв біля його витоків, хто присвятив своє життя його становленню в різні роки, хто працює в ньому і сьогодні, сіючи в душах юних розумне, добре й вічне.

Житомирський інститут медсестринства бере свій початок від Волинської фельдшерської школи, яка почала функціонувати як навчальний заклад з 1875 року. Відомостей про те, скільки вихованців уперше увійшли у приміщення школи, ми не маємо. Але відомо, що через три роки, тобто у 1878 році, першими випускниками школи стали 15 фельдшерів. Педагогічний колектив Волинської фельдшерської школи складався з семи чоловік, а першим директором її став статський радник Олександр Микитович Лаврентьєв, що обіймав посаду помічника лікарського інспектора. Всі питання, пов'язані з життям школи, її вихованцями, вирішувались на засіданнях педагогічної ради. Багато уваги приділялось успішності вихованців, до кожного вироблявся індивідуальний підхід. У 1906 році Волинським губернським комітетом було вирішено перетворити Волинську земську школу для фельдшерів (офіційна назва школи з 1904 року) в школу для фельдшерів і фельдшериць-акушерок. Був вироблений і затверджений статут закладу. З 1 вересня 1906 року при школі відкрито набір на курси для фельдшериць-акушерок. В роки Першої світової війни навчальний процес у школі не переривався і у приміщенні Житомирської земської фельдшерської школи (1914) були відкриті курси для сестер милосердя. В червні 1920 р. колегія Наркомздорову затвердила “Положение о школе лекарских помощников”. Метою школи лікпомів була підготовка до практичної діяльності персоналу для обслуговування населення у якості помічників лікарів. У 1926 році

ставиться питання про заміну якості професійної освіти взагалі і медичної зокрема. Створюються так звані профшколи, тож з 29 квітня 1926 р. на базі навчального закладу відкриваються акушерська профшкола і профшкола помічників лікарів. З вересня 1930 р. медпрофшколу перейменовано в медичний технікум. Але зміна назви, звичайно, припускала зміну всієї “конструкції” навчального закладу. В першу чергу, було здійснено перехід на семестрову систему навчання: скасовані практичні триместри, скоротилися терміни навчання. Ряд предметів було додано до програми, ряд – скасовано. Це призвело до необхідності серйозної роботи над узгодженням планів і програм, особливо на старших курсах. Спочатку було відкрито три відділення: помічників лікарів, спеціалістів з охорони материнства і дитинства (охматдиту), акушерське. З 1935 р. відкривається санпрофілактичне відділення. З жовтня 1930 р. в технікумі запроваджуються предметні комісії. Таких комісій було утворено 5, а через рік були створені циклові комісії, які діють і сьогодні. З 2 вересня 1935 року відповідно до директиви Наркомздорову була проведена реорганізація медичних навчальних закладів. Житомирський медичний технікум був реорганізований в Житомирську фельдшерсько-акушерську школу. У серпні 1954 р. Житомирська фельдшерсько-акушерська школа перейменована в Житомирське медичне училище, яке з 1975 р. очолив Купрійчук Микола Васильович, який нині є почесним директором Житомирського інституту медсестринства. Під його керівництвом у березні 1986 року Житомирське медичне училище посіло I місце серед медичних училищ СРСР і було нагороджено Перехідним Червоним Прапором, грамотою Міністерства охорони здоров'я СРСР і грошовою премією, яку колектив училища перерахував у Чорнобильський фонд. У 1991 р. Житомирське медичне училище стає базовим для всіх галузевих навчальних закладів області і здійснює

© В.З. Свиридчук, В.А. Копетчук, П.В. Яворський та ін.

їх організаційно-методичне забезпечення. З 1998 р. розпочато підготовку медсестер з вищою базовою освітою за спеціальністю “Медсестра-бакалавр”.

Третє тисячоліття Житомирське базове медичне училище зустріло вже в новій якості – як Житомирський базовий медичний коледж.

Особливо динамічно розвивається навчальний заклад з 2002 року, коли його очолив вчений, здібний адміністратор, неординарна особистість з високим рівнем компетентності, професіоналізму, надзвичайної працездатності, доктор медичних наук, заслужений лікар України, кавалер ордена “За заслуги” III ступеня, лауреат премії імені О.Ф. Гербачевського Віктор Йосипович Шатило.

Важливою подією в історії закладу стало перетворення у 2006 році медичного коледжу в Житомирський інститут медсестринства. З 2007 року – Комуніальний вищий навчальний заклад “Житомирський інститут медсестринства”.

Сьогодні Житомирський інститут медсестринства – вищий навчальний заклад, який вперше в Україні запровадив сучасні освітні стандарти у підготовці медичних кадрів – ступеневу медсестринську освіту. Підготовку медичних фахівців для потреб практичної охорони здоров’я області та держави проводиться за 7 акредитованими спеціальностями: “Лікувальна справа” (фельдшер), “Сестринська справа” (медична сестра), “Стоматологія” (зубний гігієніст), “Акушерська справа” (акушерка), “Стоматологія ортопедична” (зубний технік), “Сестринська справа” (медична сестра-бакалавр), “Сестринська справа” (медична сестра-магістр).

Колектив інституту плідно співпрацює із закладами, які опікуються реабілітацією дітей з особливими потребами. Розроблено комплексний план соціального захисту та реабілітації студентів-сиріт та адаптації до соціуму студентів з особливими потребами. Так, з 2003 року в навчальному закладі проводиться підготовка фахівців зі спеціальності “Стоматологія ортопедична” з вадами слуху.

За час свого існування навчальний заклад підготував близько 30 тисяч спеціалістів середньої ланки системи охорони здоров’я та понад 300 медсестер-бакалаврів. На кафедрі післядипломної освіти “Загальна практика сімейна медицина” підготовлено близько 400 сімейних лікарів. На відділенні післядипломної освіти підвищили свою кваліфікацію та пройшли курси спеціалізації понад 14 тисяч молодших медичних спеціалістів. У 2008 році, згідно з Програмою реформування медсестринства в Україні на 2005-2010 рр., в інституті запроваджено ступеневу

медсестринську освіту та здійснено прийом на навчання в магістратуру за спеціальністю “Сестринська справа”. У червні 2010 року відбулись урочистості з нагоди першого випуску 19 магістрів, які отримали дипломи з вищою медсестринською освітою та поповнили лави представників медичної еліти держави.

У навчальному закладі створено всі умови для здійснення навчання, а також для творчої та наукової праці. Навчально-виховний процес здійснюють 241 викладач, з науковим ступенем – 9 докторів наук, 34 кандидати наук, 5 із них мають вчене звання професора, 12 – доцента; 67 % викладачів мають вищу та першу категорії, серед них 38 викладачів-методистів.

Концепція освітньої діяльності інституту ґрунтується на засадах Національної доктрини розвитку освіти, Закону України “Про освіту”, Закону України “Про вищу освіту”, інших чинних законодавчих актів, які регламентують діяльність вищих навчальних закладів. Вона передбачає поступове і неухильне покращення рівня підготовки спеціалістів з ліцензованих напрямів і спеціальностей за рахунок покращення матеріально-технічної бази, кадрового забезпечення навчально-виховного процесу, удосконалення форм і методів навчальної роботи.

Вся освітня система інституту безперервно модернізується з урахуванням принципів гуманізації, демократизації, науковості, безперервності освіти, практичності, адаптивності.

Матеріально-технічна база інституту відповідає вимогам державних та галузевих стандартів підготовки спеціалістів. Її розширення (створення науково-методичної лабораторії, нових кабінетів інформаційних технологій тощо) дало можливість створити умови для успішного впровадження інноваційних технологій у навчальний процес. Значною подією у житті навчального закладу стало відкриття нового Конгресцентру на 650 місць, що дало можливість проводити заходи державного та обласного рівнів.

Створення комп’ютерного дидактичного матеріалу (електронних підручників, відеофільмів, самонавчальних та контролюючих комп’ютерних програм тощо) відбувається як за рахунок використання і редагування готових програмних продуктів, так і авторських розробок. Структура комп’ютерного дидактичного матеріалу відповідає кращим зразкам аналогічних продуктів, визнаних в Україні і світі. Програмні продукти з клінічних дисциплін будуються з дотриманням принципу доказової медицини.

В інституті впроваджена система комп’ютерного забезпечення та використання контролюючих програм “Залік”, “Іспит”, “Державний іспит, програма

самоконтролю до ліцензованого інтегрованого іспиту “Крок – М”.

У навчальному закладі на належному рівні поставлена науково-пошукова робота. Згідно з планом науково-дослідних робіт співробітниками інституту виконується 36 дисертаційних робіт, в тому числі 5 дисертацій на ступінь доктора медичних наук. У 2007-2010 рр. співробітниками інституту було захищено 12 науково-дослідних робіт, із них 2 докторські та 10 кандидатських. У подальшому планується до захисту 6-8 дисертацій на рік.

Результати науково-дослідної роботи професорсько-викладацького складу інституту знайшли своє відображення у монографіях, статтях у наукових фахових журналах, тезах, методичних рекомендаціях, підручниках, методичних вказівках тощо. Так, за період 2007-2010 рр. було створено 20 монографій та розділів монографій, 50 навчальних посібників та підручників, надруковано більше 400 статей.

Співробітники інституту виступали з доповідями більше ніж на 200 з'їздах, конгресах, симпозиумах, науково-практичних конференціях та інших наукових форумах міжнародного, державного та регіонального рівнів.

На базі інституту у 2008 році започатковано випуск науково-практичного журналу “Магістр медсестринства”, в якому друкуються наукові роботи студентів та викладачів інституту.

На базі навчального закладу проведена Всеукраїнська нарада з питань розвитку медсестринства, вісім міжрегіональних конференцій з питань сімейної медицини, IV з'їзд фахівців з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я. У 2010 році внесено до державного Реєстру з'їздів, конгресів, симпозиумів та науково-практичних конференцій і проведено 2 наукових заходи державного рівня: Всеукраїнська науково-практична конференція “Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи” (28-29 квітня 2010 р.) та Всеукраїнська науково-практична конференція “Менеджмент у медсестринстві” (21-22 жовтня 2010 р.).

У 2008 році відповідно до статутних повноважень обрано Вчену раду інституту, до складу якої ввійшли 5 докторів медичних наук, викладачі з науковими ступеннями, провідні організатори охорони здоров'я області.

З метою подальшого розвитку науково-дослідницької роботи, опрацювання нових науково-педагогічних підходів в освіті, підвищення педагогічної майстерності, покращення впровадження наукових досліджень, передового вітчизняного та зарубіжного дос-

віду, інноваційних технологій та забезпечення інтеграції навчального процесу, науки і практики у підготовці науково-педагогічних кадрів укладено договори про співпрацю з Вінницьким національним медичним університетом ім. М.І. Пирогова, інститутом стратегічних досліджень МОЗ України, Харківським інститутом мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова, Тернопільським державним університетом, плідно співпрацює інститут з Житомирським державним університетом ім. І.Франка та іншими ВНЗ держави.

Одним із актуальних напрямків ефективного розвитку Житомирського інституту медсестринства є міжнародне співробітництво, головною метою якого є формування позитивного міжнародного іміджу інституту, підтримка та розвиток зарубіжних відносин в освітньо-наукових, соціальних, культурних сферах. Контакти з вищими навчальними закладами інших країн дозволяють значно підвищити кваліфікацію співробітників шляхом проведення спільних наукових досліджень, організації стажувань викладацького та студентського складу, покращити або розробити нові програми, організувати обмін викладачами та студентами. Для забезпечення цих завдань проводиться співпраця з ТОВ “Освітньо-культурні обміни”, Київським молодіжним центром праці, з американською компанією “Professional Resources International” за програмами Work & Study, Work & Travel, а також здійснюється розвиток прямих контактів з провідними університетами, благодійними організаціями та клініками США, Канади, Італії, Польщі, Німеччини, Чехії, Хорватії, Росії, Грузії.

Виховна робота в інституті спрямована на використання різноманітних форм і методів, які передбачають приведення в дію як нових методик і стилю виховання, так і активізацію традиційних найбільш ефективних форм навчально-виховного процесу.

Рішенням педагогічної ради передбачено залучення органів студентського самоврядування до аналізу навчально-виховного процесу, створення комфортних умов для навчання побуту студентів.

Ефективно працюють в здійсненні виховної роботи студентські ради інституту і гуртожитку, психологічна служба, школа старостату, різноманітні гуртки, клуби, спортивні секції. Діяльність Ради студентського самоврядування дозволяє молоді активніше вносити новачі у навчально-виховний процес, допомагає максимально виявити і реалізувати творчі здібності студентів. В інституті працюють клуби “Правових знань”, “Співрозмовник”, “Берегиня”, “Емпатія”. Сприяє реалізації творчих планів студентства молодіжний центр “Альгаїр”.

Студенти інституту – призери конкурсів фахової майстерності, художньої самодіяльності ВНЗ I-III рівнів акредитації: “Студентські перлини тобі, рідне Полісся”, фестивалю творчої молоді “Зоряний дощ”, лауреати Всеукраїнських мистецьких конкурсів серед студентів та працівників ВМНЗ.

Так, у 2005 році студент Мороз Роман здобув диплом лауреата II ступеня на Всеукраїнському конкурсі фахової майстерності за спеціальністю “Стоматологія ортопедична”.

У 2005 році студентка відділення “Сестринська справа” Наталія Лукашук нагороджена дипломом I ступеня V Міжнародного конкурсу з української мови імені П. Яцика.

У 2005 році студентка відділення “Сестринська справа” Літинська Юлія посіла II місце у VII Всеукраїнському конкурсі “Ескулап”.

За досягнуті успіхи у підготовці висококваліфікованих медичних працівників для закладів охорони здоров’я України та з нагоди перемоги представника навчального закладу у VII Всеукраїнському конкурсі професійної майстерності студентів медичних училищ та коледжів навчальний заклад відзначено Дипломом Міністерства охорони здоров’я України.

У 2006 році студент Москалик Михайло здобув диплом лауреата I ступеня на Всеукраїнському конкурсі фахової майстерності за спеціальністю “Стоматологія ортопедична”.

Студентка Носенко Еріка в 2007 році зайняла I місце і стала переможницею IX Всеукраїнського конкурсу професійної майстерності студентів вищих медичних навчальних закладів “Ескулап” за спеціальністю “Сестринська справа” і отримала право вступу без вступних випробувань до вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації.

Студент Німко Олександр у 2007 році став лауреатом III Всеукраїнського конкурсу фахової майстерності студентів вищих медичних навчальних закладів України I-IV рівнів акредитації за спеціальністю “Стоматологія ортопедична” і нагороджений дипломом II ступеня в номінації “Суцільнолітні конструкції зубних протезів”.

Студенти Голяка Юлія в 2007 році та Голубєв Дмитро у 2008 році посіли I місце серед студентів перших курсів вищих навчальних закладів I-II рівнів акредитації на VII Міжнародному конкурсі з української мови імені Петра Яцика.

На II Всеукраїнському конкурсі професійної майстерності медичних сестер “Ескулап – професіонал”, що проходив у вересні 2008 року на Донеччині під патронатом Міністерства охорони здоров’я України,

перше місце посіла Матердей Олена – на той час студентка відділення “Медсестра-бакалавр” (вечірня форма навчання), а нині студентка спеціальності “Сестринська справа – магістри”.

У 2009, 2010 роках студенти Олексій Бігун та Віталій Котенко здобули дипломи лауреатів I ступеня на Всеукраїнському конкурсі фахової майстерності за спеціальністю “Стоматологія ортопедична”.

У 2010 році студенти спеціальності I. П. Назарук та I. I. Ліщук вибороли дипломи 1-го та 2-го ступенів на XIV конгресі студентів та молодих вчених (м. Тернопіль).

У 2007 році на Всеукраїнському фестивалі команд КВК – команда Житомирського інституту “ЖІМ-ЖІМ” стала дипломантом фестивалю.

Студенти інституту Геннадій Піскорський, Аліса Левчук, Тетяна Рубан-Щуковська, Юрій Пасічник, Христина Гапчук, Вікторія Курганова, Олександр Пилипас, Анастасія Заліщук – неодноразові переможці і лауреати Дипломів I ступеня Всеукраїнського фестивалю мистецтв серед студентів – медиків і працівників лікувальних установ України “Ліра Гіппократа”.

Студентський театр “Персона” неодноразовий переможець міського фестивалю інтерактивних театрів. У 2010 році колектив театру посів I місце серед студентських театральних колективів міста.

На Всеукраїнському фестивалі мистецтв “Київська весна 2008” I-II місця у вокальному жанрі зайняли Ірина Цецхладзе та Олександр Пилипас.

Студенти інституту є чемпіонами та призерами обласних та Всеукраїнських спартакіад. Збірна команда навчального закладу з волейболу – чемпіони I Спартакіади України серед ВНЗ I-II рівня акредитації.

Студенти відділення “Стоматологія ортопедична” майстри спорту міжнародного класу Прохорчук Олександр, Завірюха Ігор, Цимовський Єгор, Антонюк Олег, заслужений майстер спорту Розбицький Віктор, майстри спорту Заленський Володимир, Нікіфоров Ілля у складі збірної України з волейболу завоювали золоті медалі на XX Дефлімпійських іграх в Мельбурні (Австралія, січень 2005 року), стали чемпіонами Європи (Бельгія, травень 2007 року).

У серпні 2008 році Нікіфоров Ілля у складі збірної команди України посів I місце з волейболу і здобув золоту медаль в м. Буенос-Айрес (Аргентина) та в 2009 році став срібним призером XXI Дефлімпійських ігор в Тайбеї (Тайвань).

Пройшовши 135-річний шлях від Волинської губернської фельдшерської школи до інституту мед-

сестринства, заклад зберіг найкращі традиції, має багату і яскраву історію, якою пишається.

У стінах інституту свого часу навчалися люди, досягненнями яких у галузі охорони здоров'я пишається Україна. Це колишні випускники: директор Київського інституту педіатрії, акушерства і гінекології професор А.Т. Пап, директор Київського науково-дослідного інституту гігієни харчування професор А.С. Майструк, доктори медичних наук – А.М. Мельник, А.М. Гайструк, М.І. Катишев, Б.Ф. Мазорчук, доцент С.К. Псюк, кандидати медичних наук – Г.С. Протасевич, Ю.В. Опанасюк, О.В. Гельман, В.П. Євтушенко, М. Д. Бех, заслужений лікар УРСР І. В. Бількевич та інші.

Успіх приходить до тих, хто його прагне. Невтомна праця всього колективу, бажання не зупинятися на досягнутому зробили свою добру справу.

У 2004 році Асамблея ділових кіл України визнала навчальний заклад лауреатом загальнонаціонального конкурсу “Вища проба” із врученням Знака якості за впровадження сучасних методик освіти та високу професійну підготовку молодших медичних спеціалістів.

У 2007 році інститут нагороджений дипломом за високі творчі досягнення в удосконаленні змісту навчально-виховного процесу та удостоєний почесного звання “Лідер сучасної освіти” за багаторічну науково-педагогічну діяльність з розвитку освіти України на ХЮвілейній міжнародній виставці навчальних закладів “Сучасна освіта в Україні – 2007”.

Удосконалюється організаційна структура, навчальна та виховна робота, започаткована система ступеневої вищої освіти, здійснено перехід на потокову форму занять, впроваджується кредитно-модульне навчання, стимулюється наукова робота викладачів та розвиток творчих уподобань студентів, оновлюється матеріально-технічна база.

Головною фігурою в житті навчального закладу була і залишається особистість молодого медика.

Житомирський інститут медсестринства осмислює свою історію, живе насиченим сьогоденням, визначає перспективи на майбутнє.

Найважливіший фактор усіх досягнень та здобутків навчального закладу – творчий високопрофесійний педагогічний колектив. Саме завдяки його самовідданій праці сьогодні формується високий імідж інституту в регіоні та державі.