

*Міністерство охорони здоров'я України*

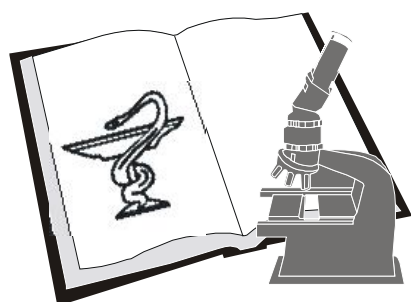
*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика*

# МЕДИЧНА ОСВІТА

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ**

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



*Ministry of Public Health of Ukraine*

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky*

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

# MEDICAL EDUCATION

**SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL**

## 2/2011

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

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

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

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

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

## МЕДИЧНА ОСВІТА

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Виходить з 1999 року

Свідоцтво про державну  
реєстрацію: КВ № 16982-5752Р

Передплатний індекс: 21885

Відповідно до постанови Президії ВАК України  
№ 1-05/3 від 30.03.11 р. журнал “Медична освіта” внесе-  
ний до переліку фахових видань, в яких можуть публі-  
куватися результати дисертаційних робіт на здобут-  
тя наукового ступеня кандидата і доктора педагогіч-  
них 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](mailto: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  
№ 15 від 17.06.2011 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	Пухальська О. І.
Дизайн обкладинки	Кушик П. С.

Підписано до друку 20.06.2011. Формат 60×84/8.  
Гарнітура Times New Roman Суг. Друк офсетний.  
Ум. др. арк. 13,95. Обл.-вид. арк. 12,94.  
Тираж 600. Зам. № 149.

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

## ЗМІСТ

Матеріали Всеукраїнської наукової навчально-методичної конференції  
“НОВІ НАПРЯМКИ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ  
НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ І ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ  
НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ III–IV РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ ”

12–13 травня 2011 року

<i>С. М. Копитов, В. В. Вороненко, О. П. Волосовець, Ю. С. П'ятницький, І. С. Вітенко, І. В. Мельник</i> <b>АКТУАЛІЗАЦІЯ МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ТА ПРОВІЗОРІВ ЯК СКЛАДОВА ЕФЕКТИВНОЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....	7
<i>Л. Я. Ковальчук</i> <b>РЕЗУЛЬТАТИ РЕАЛІЗАЦІЇ КОНЦЕПЦІЇ РОЗВИТКУ ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО НА ШЛЯХУ ЙОГО ВХОДЖЕННЯ У СВІТОВИЙ ОСВІТНІЙ ПРОСТІР</b> .....	12
<i>І. С. Булах, О. П. Волосовець, М. Р. Мруга</i> <b>ПРОБЛЕМИ ОЦІНЮВАННЯ ЗНАТЬ СТУДЕНТІВ У КОНТЕКСТІ ВИМОГ БОЛОНСЬКОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ</b> .....	20
<i>О. П. Волосовець, Ю. С. П'ятницький, І. С. Вітенко, І. В. Мельник</i> <b>СТВОРЕННЯ СУЧАСНОГО ПІДРУЧНИКА – ЗАПОРУКА ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ</b> .....	23
<i>І. С. Вітенко, І. В. Мельник, С. В. Штанько</i> <b>ВИМОГИ ДО СУЧАСНОГО УКРАЇНСЬКОГО ПІДРУЧНИКА</b> .....	29
<i>О. П. Волосовець, Ю. С. П'ятницький, К. В. Баранніков, І. С. Вітенко, І. В. Мельник, Н. В. Рековець</i> <b>ПРО СТАН ВИХОВНОЇ РОБОТИ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ IV РІВНЯ АКРЕДИТАЦІЇ МОЗУКРАЇНИ</b> .....	31
<i>В. Ф. Москаленко, О. П. Яворовський, Л. І. Остапюк, В. Є. Чециук</i> <b>ПРО ЗАВДАННЯ З ВПРОВАДЖЕННЯ ЄВРОПЕЙСЬКИХ СТАНДАРТІВ ТА ДИРЕКТИВ ІЗ ВНУТРІШНЬОЇ ТА ЗОВНІШНЬОЇ ГАРАНТІЇ ЯКОСТІ В СИСТЕМУ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ У НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ</b> .....	37
<i>Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер</i> <b>БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ – НОВІ ПРИНЦИПИ ПОБУДОВИ СИСТЕМИ</b> .....	41
<i>В. М. Запорожан, В. Й. Кресюн, М. Л. Аряєв, О. В. Чернецька</i> <b>АНГЛОМОВНЕ НАВЧАННЯ ЯК СТИМУЛЯТОР ЯКОСТІ ОСВІТИ ТА МІЖНАРОДНИХ КОНТАКТІВ</b> .....	45
<i>В. П. Черних, І. С. Грищенко, С. В. Огарь, Л. М. Вінник</i> <b>ПІДГОТОВКА СТУДЕНТІВ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ НА ВИПУСКОВИХ КАФЕДРАХ СПЕЦІАЛЬНОСТІ “ФАРМАЦІЯ”</b> .....	47
<i>Ю. В. Думанський, О. М. Талалаєнко, М. Б. Первак</i> <b>ОСВОЄННЯ СТУДЕНТАМИ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ПРИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНІЙ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ: ПРОБЛЕМИ ТА ПОШУК ШЛЯХІВ ЇХ ВИРІШЕННЯ</b> .....	49
<i>В. М. Ждан, В. М. Бобирьов, О. В. Шешукова, Н. М. Лохматова, Т. В. Шарбенко</i> <b>МІСЦЕ ТА РОЛЬ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА В КРЕДИТНО-МОДУЛЬНІЙ СИСТЕМІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ</b> .....	52
<i>І. С. Чекман, Н. О. Горчакова, А. М. Пузиренко</i> <b>НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ВИКЛАДАННЯ ФАРМАКОЛОГІЇ БЛОКАТОРІВ КАЛЬЦІЄВИХ КАНАЛІВ ТА b- АДРЕНОБЛОКАТОРІВ ЗГІДНО З КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ</b> .....	55

*Т. М. Бойчук, Л. Я. Федонюк, А. А. Ходоровська*

<b>ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ТА ПОЛОЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА ПРИ НАВЧАННІ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ З ДИСЦИПЛІНИ “ГІСТОЛОГІЯ, ЦИТОЛОГІЯ ТА ЕМБРІОЛОГІЯ”</b> .....	57
<i>В. М. Ждан, І. М. Скрипник, Г. М. Давиденко, Л. М. Шилкіна, А. В. Марченко</i> <b>ВПРОВАДЖЕННЯ БАЛЬНОЇ СИСТЕМИ АТЕСТАЦІЇ ЛІКАРІВ НА ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНИХ ЦИКЛАХ: ПЕРЕВАГИ І НЕДОЛІКИ</b> .....	58
<i>В. М. Запорожан, І. З. Гладчук, А. Г. Волянська, Н. М. Рожковська</i> <b>ДОСВІД ПІСЛЯ ДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ З ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ЕНДОСКОПІЇ ПРИ ОДЕСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ</b> .....	60
<i>В. М. Запорожан, В. Г. Марічереда, А. Г. Волянська, Є. А. Полякова</i> <b>ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ № 1 ОДЕСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ</b> .....	62
<i>В. К. Івченко, В. В. Сімрок, Ю. І. Налапко</i> <b>МАЙБУТНЄ ПІСЛЯ ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ: БОЛОНСЬКИЙ ПРОЦЕС ЧИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНА СИСТЕМА?</b> .....	64
<i>В. К. Івченко, В. В. Сімрок, С. М. Смірнов, В. М. Сенчій</i> <b>ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ В ДЕРЖАВНОМУ ЗАКЛАДІ “ЛУГАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ”</b> .....	66
<i>Л. Я. Ковальчук, І. Р. Мисула, К. О. Пашко, П. Р. Сельський</i> <b>ПРО ПОДАЛЬШЕ УДОСКОНАЛЕННЯ СЕМЕСТРОВИХ КОМПЛЕКСНИХ ТЕСТОВИХ ІСПИТІВ У ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО</b> .....	69
<i>Ю. М. Колесник, Ю. М. Нерянов, В. М. Компанієць</i> <b>ЯКІСТЬ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ – ГОЛОВНА СКЛАДОВА БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ</b> .....	71
<i>В. М. Лісовий, В. А. Капустник, В. О. Коробчанський, М. П. Воронцов, В. В. Мінухін</i> <b>ПРОБЛЕМА УДОСКОНАЛЕННЯ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ПРОФІЛЮ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ В АСПЕКТІ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ</b> .....	74
<i>В. М. Лісовий, В. А. Капустник, В. Д. Марковський, Г. М. Кожина</i> <b>ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО КУРСУ ДО НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ВИЩОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ</b> .....	78
<i>В. М. Лісовий, В. А. Капустник, В. В. М'ясоєдов</i> <b>ДО ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ЕЛІТИ У ВНЗ: ПРОБЛЕМИ, ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ</b> .....	80
<i>В. М. Мороз, Т. Л. Полеся, Ю. Й. Гумінський, Л. В. Фоміна</i> <b>РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ НАВЧАННЯ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ У ВІННИЦЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ</b> .....	83
<i>В. Ф. Москаленко, І. В. Ніженковська, О. В. Вельчинська</i> <b>ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНЬОГО ФАРМАЦЕВТА В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ</b> .....	85
<i>О. С. Никоненко, С. Д. Шаповал, С. М. Дмитрієва</i> <b>ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ФОРМ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ У ПРАКТИКУ ПІСЛЯ ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ</b> .....	87
<i>Ю. Ф. Педанов, А. І. Гоженко, Р. Ф. Макулькін</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРАМ ВИКЛАДАННЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ І ПРІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ В УКРАЇНІ Й ШВЕЙЦАРІЇ</b> .....	89
<i>В. А. Туманов, Н. О. Горчакова, О. Г. Тимченко, Г. М. Войтенко, І. С. Чекман, І. М. Тимченко, Н. О. Юсько, І. Ю. Яковлєва</i> <b>ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ З ФАРМАКОЛОГІЇ ЗАСОБІВ ІЗ СТИМУЛЮЮЧИМ ТИПОМ ДІЇ</b> .....	91
<i>О. М. Хвистюк, В. Г. Марченко, І. А. Жадан</i> <b>ВПРОВАДЖЕННЯ ДИСТАНЦІЙНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ НА ЕТАПІ ПІСЛЯ ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ</b> ...	93

*О. М. Хвисюк, В. Г. Марченко, В. В. Жеребкін, О. В. Грищенко, І. А. Жадан, К. І. Бодня, Т. Д. Звягінцева, І. А. Соболева*  
**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ У СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ..... 94**

*О. В. Швидкий, К. М. Тарасенко, О. А. Хадикіна, В. С. Малиновська*  
**ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ НА  
КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІНАХ У ДОНЕЦЬКОМУ БАЗОВОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ ..... 98**

## ДОСВІД З ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ

*Г. І. Кліщ*  
**ПОЛІТИКА АВСТРІЇ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ..... 102**

*В. М. Запорожан, Л. Р. Нікогосян, К. В. Аймедов*  
**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МОТИВАЦІЇ ДОСЯГНЕНЬ ТА УСПІХІВ У НАВЧАННІ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО  
ФАКУЛЬТЕТУ ..... 108**

*К. Л. Чурпій, І. К. Чурпій*  
**ОКРЕМІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ..... 113**

*О. М. Заліська, Б. Л. Парновський, М. В. Слабий, І. Г. Мудрак*  
**ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ НЕПЕРЕРВНОЇ ОСВІТИ ПРОВІЗОРІВ З ФАРМАКОЕКОНОМІКИ ... 115**

МАТЕРІАЛИ  
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВОЇ НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ

**“НОВІ НАПРЯМКИ ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-  
МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО  
ПРОЦЕСУ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ І ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ  
НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ  
ІІІ–ІV РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ”**

**12–13 травня 2011 року  
м. Тернопіль**

УДК 378.147 : 61(477.84)

## АКТУАЛІЗАЦІЯ МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ТА ПРОВІЗОРІВ ЯК СКЛАДОВА ЕФЕКТИВНОЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

С. М. Копитов, В. В. Вороненко, О. П. Волосовець, Ю. С. П'ятницький,  
І. С. Вітенко, І. В. Мельник

*Міністерство охорони здоров'я України,  
Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України*

## ACTUALIZATION OF METHODOLOGICAL PROVISION OF PRE-DIPLOMA TRAINING OF DOCTORS AND PHARMACEUTISTS AS A COMPONENT OF EFFECTIVE STAFF POLICY IN PUBLIC HEALTH SPHERE

S. M. Kopytov, V. V. Voronenko, O. P. Volosovets, Yu. S. Pyatnytskyi,  
I. S. Vitenko, I. V. Melnyk

*Ministry of Public Health of Ukraine,  
Central Methodical Cabinet of Higher Medical Education*

Стаття присвячена проблемі підвищення ефективності кадрової політики в галузі охорони здоров'я, зокрема представлений аналіз методичного забезпечення додипломної підготовки лікарів та провізорів як важливої її складової.

The article adduces the problem of efficiency increase of staff policy in the analysis of methodical provision of pre-diploma training of doctors and pharmacists as an important its component.

**Вступ.** Розвиток та реформування національної системи охорони здоров'я є неможливими без підготовки нового покоління висококваліфікованих медичних працівників, подальшого впровадження інноваційних технологій навчання та форм організації навчального процесу з урахуванням традицій вітчизняної вищої медичної і фармацевтичної школи та процесу інтеграції національної вищої освіти до Європейського освітнього простору.

**Основна частина.** З метою забезпечення поліпшення функціонування та інноваційного розвитку освіти в Україні, підвищення її якості та доступності, інтеграції до Європейського освітнього простору із збереженням національних досягнень і традицій Президентом України затверджено Указ від 30.10.2010 р. № 926/2010 “Про заходи щодо забезпечення пріоритетного розвитку освіти в Україні”, яким 2011 рік оголошено Роком освіти та інформаційного суспільства [3].

Концепцією розвитку вищої медичної освіти в Україні, затвердженою спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України та Національної академії медичних наук України від 12 вересня 2008 року № 522/51, реалізація якої здійснювалась протягом 2008–2010 років, було передбачено виконання системи заходів, спрямованих на підвищення якості підготовки фахівців-медиків та фармацевтів, інтеграції медичної освіти і науки, вирішення кадрових проблем у галузі, забезпечення конкурентоспроможності випускників вищих навчальних закладів на вітчизняному та міжнародному ринках праці [1].

Як засвідчив аудит Рахункової палати України, деякі ключові положення Концепції залишилися невиконаними – законодавчо не врегульовано питання створення мережі університетських клінік вищих медичних навчальних закладів, організації дистанційної форми навчання, збільшення обсягів підготовки та



перепідготовки молодших спеціалістів з медичною освітою та лікарів відповідно до потреб регіонів, запровадження у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації та закладах післядипломної освіти визначеного чинним законодавством співвідношення викладач-студент (слухач, лікар - інтерн) 1 до 6 (4,5; 5).

Слід підкреслити, що граничні обсяги фінансування МОЗ в умовах світової економічної та фінансової кризи виявилися недостатніми для втілення важливих концептуальних засад розвитку вищої медичної освіти та стабілізації кадрової ситуації галузі. У закладах охорони здоров'я системи МОЗ залишаються вакантними 25 тисяч 64 посади лікарів та 311 – провізорів. За оперативними даними Міністерства, вже у 2011 році дефіцит лікарів в Україні сягатиме 49 тисяч 944 особи, щорічно вибуває із галузі (природна плінність) – 7 тисяч 228 фахівців. Ураховуючи зазначене, затверджений у 2010 році обсяг державного замовлення МОЗ на підготовку лікарів в кількості 4222 осіб та проектний обсяг 2011 року (4568 осіб), який надано до Мінекономіки, є недостатніми і не компенсують навіть щорічні природні втрати медичних кадрів.

З огляду на зазначене та на виконання доручення Президента України від 19 листопада 2010 року “Щодо реформування системи охорони здоров'я, спрямованої на підвищення якості і доступності медичної допомоги для громадян України” Міністерством затверджено наказ МОЗ України від 03.12.2010 р. № 1074 “Про заходи МОЗ України щодо удосконалення підготовки лікарів” та проект Програми розвитку вищої медичної освіти до 2015 року, яка була оприлюднена на офіційному сайті МОЗ України з метою громадського обговорення. Одним з основних напрямів реалізації поставлених у Програмі завдань визначено удосконалення державних освітніх стандартів підготовки медичних кадрів та механізмів формування державного замовлення на підготовку лікарів.

Необхідною умовою покращання якості підготовки фахівців медичного спрямування є впровадження у навчальний процес засад доказової медицини та сучасних стандартів надання медичної допомоги. Цей процес неможливий без оновлення навчальних планів та програм підготовки фахівців усіх спеціальностей і створення сучасних підручників, посібників, атласів та іншої навчально-методичної літератури. На сьогодні МОЗ України затверджено оновлені Типові програми з усіх навчальних дисциплін (1–6 курсів) для спеціальностей “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа”, які розроблені відповідно до вимог кредитно-модульної системи організації навчального процесу.

Наказом МОЗ України від 19.10.2009 р. № 749 “Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” кваліфікації “лікар” у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа” із змінами, внесеними наказом від 08.07.2010 р. № 539, регламентовано збільшення кількості навчальних годин складової практичної підготовки фахівців для спеціальності “Лікувальна справа” з таких дисциплін, як “Внутрішня медицина”, “Педіатрія”, “Хірургія”, “Неврологія”, введено дисципліну “Екстрена та невідкладна медична допомога”. Загалом блок дисциплін професійної підготовки збільшено з 238 кредитів (7140 год, з них аудиторних 4520 год) до 240 кредитів (7200 год, з них аудиторних 4770 год).

Протягом 2010–2011 навчального року провідними фахівцями вищих навчальних закладів IV рівня акредитації, перш за все опорних кафедр, підготовлено 189 програм, у т. ч. для спеціальностей “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа” – 21, “Стоматологія” – 34, “Медична психологія” – 62, напрямку “Фармація” – 72. Програми затверджено МОЗ України в установленому порядку. Найбільшу кількість програм протягом 2010–2011 навчального року розроблено фахівцями Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (48), Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (34), Української медичної стоматологічної академії (7), Одеського національного медичного університету (7).

Найбільшу кількість тиражовано типових навчальних програм у Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця (36), Вінницькому національному медичному університеті ім. М. І. Пирогова (22), Буковинському (20) та Луганському (14) державних медичних університетах, Харківському національному медичному університеті (17), Національному фармацевтичному університеті (15).

На виконання доручення Кабінету Міністрів України від 23 листопада 2010 р. № 69/158/1/1-10 до доручення Президента України від 19 листопада 2010 р. № 1-1/2753 “Щодо реформування системи охорони здоров'я, спрямованого на підвищення якості і доступності медичної допомоги для громадян України”, Міністерством затверджено Наскрізну програму підготовки студентів медичних факультетів та лікарів-інтернів для оволодіння практичними навичками та методиками, необхідними для подальшої роботи на посадах лікарів загальної практики – сімейної медици-



ни”. Програму розроблено фахівцями Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, прорецензовано спеціалістами профільних кафедр Національного медичного університету імені О. О. Богомольця та Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика).

Отже, в 2011–2012 навчальному році цю програму буде впроваджено в практичну діяльність вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації МОЗ України. Міністерство охорони здоров’я України візьме під особливий контроль виконання вищими навчальними закладами цієї програми та здійснюватиме моніторинг якості оволодіння студентами та лікарями-інтернами практичних навичок, передбачених у навчальній програмі, та які є необхідними для подальшої роботи на посадах лікарів за спеціальністю “Загальна практика – сімейна медицина”. Слід зазначити, що питання покращання практичної підготовки лікарів, зокрема з фаху “Загальна практика – сімейна медицина” в умовах реформування галузі охорони здоров’я перебуває під особистим контролем міністра охорони здоров’я України І. М. Ємця та керівництва країни.

З метою формування у майбутніх лікарів елементів критичного клінічного та наукового мислення у навчальні плани додипломної підготовки введено елективний курс “Методологія доказової медицини”. Програма підготовлена фахівцями НМУ імені О. О. Богомольця, затверджена у 2010 році МОЗ України в установленому порядку та направлена в усі вищі медичні навчальні заклади для впровадження.

З метою забезпечення якісної підготовки лікарів з питань медицини невідкладних станів ректорам вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації було доручено забезпечити організацію вивчення алгоритмів діагностики та надання медичної допомоги при невідкладних станах відповідно до стандартизованих протоколів МОЗ України.

З метою забезпечення актуалізації навчальних планів та програм Міністерство активно співпрацює з фахівцями Національної академії медичних наук України. Так, спільно розроблено та затверджено Міністерством наскрізну інтегральну програму послідовного вивчення основ трансплантології студентами-медиками. Зазначені питання включені у навчальні плани та програми підвищення кваліфікації викладачів клінічних кафедр.

МОЗ України є в числі небагатьох центральних органів виконавчої влади, які мають у своєму підпо-

рядкуванні вищі навчальні заклади та стовідсотково виконали план державного замовлення на підготовку лікарів і майже стовідсотково (99,5 %) – План цільового прийому сільської молоді. У 2010 році на ці місця було зараховано 1028 осіб, що склало 24 % від Плану прийому лікарів. Професійно-орієнтована робота з абітурієнтами у вищих навчальних закладах МОЗ проводиться на належному рівні на підставі нормативно-правових актів МОЗ – наказів від 12.09.08 р. № 522/51 “Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні” (спільний наказ МОЗ та НАМН України, погоджений з МОН) та від 27.11.08 р. № 687 “Про покращання виховної роботи у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I – IV рівнів акредитації, закладах післядипломної освіти, науково-дослідних установах і закладах охорони здоров’я”.

На виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 січня 2010 року № 150-р “Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції державної системи професійної орієнтації населення на період до 2011 року” провідними фахівцями Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, Української медичної стоматологічної академії та Національного фармацевтичного університету підготовлено навчальні програми курсів профорієнтованого спрямування молоді до вступу у вищі медичні та фармацевтичні навчальні заклади за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа”, “Стоматологія”, “Фармація”, “Клінічна фармація”, “Технологія парфумерно-косметичних засобів”, “Технологія фармацевтичних препаратів”, які затверджені МОЗ України та направлені для впровадження у вищі навчальні заклади МОЗ та МОН України [2].

На виконання Указу Президента України від 6 квітня 2009 р. № 220/2009 “Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 27 лютого 2009 р. “Про біологічну безпеку України” фахівцями Одеського національного медичного університету підготовлені типові програми з дисципліни “Основи біоетики та біобезпеки” й елективних курсів “Медичні аспекти біоетики та біобезпеки”, “Медичні і психологічні аспекти біоетики та біобезпеки”, які у 2011 році затверджені МОЗ України в установленому порядку та направлені у вищі медичні навчальні заклади.

Питання забезпечення якісної підготовки лікарів з проблем ВІЛ-інфекції та СНІДу перебувають в постійному полі уваги Міністерства та керівництва дер-

жави. На виконання наказу МОЗ України від 08.05.2009 р. № 313 “Про оптимізацію підготовки спеціалістів з питань ВІЛ-інфекції та попередження передачі ВІЛ від матері до дитини” в рамках реалізації “Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД на 2009–2013 роки”, затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 04.03.2004 р. № 264, співробітниками Одеського національного медичного університету розроблено типову наскрізну навчальну програму “Профілактика ВІЛ-інфікування, попередження ВІЛ від матері до дитини, діагностики, лікування ВІЛ-інфікованих та соціально-психологічної підтримки людей, що живуть з ВІЛ”, яка затверджена в установленому порядку та впроваджена в усіх вищих медичних навчальних закладах України.

Указом Президента України “Про заходи щодо забезпечення пріоритетного розвитку освіти в Україні” Кабінету Міністрів України доручено забезпечити запровадження, починаючи з 2011 року, національної системи моніторингу рівня якості освіти та участь української сторони у відповідних міжнародних моніторингових дослідженнях. У зв’язку з зазначеним МОЗ України запроваджено створення у структурах навчально-методичних відділів навчальних закладів секторів моніторингу якості освіти.

Зважаючи, що в 2011 році відбудеться перший випуск лікарів, які навчались за навчальним планом підготовки на засадах кредитно-модульної системи організації навчального процесу, роботу зазначених підрозділів необхідно зосередити на проведенні об’єктивної оцінки якості теоретичної та практичної підготовки студентів, розробки рекомендацій для подальшого удосконалення організації навчального процесу.

Наголошуємо, що поступальний розвиток вищої медичної освіти можливий лише за умови впровадження у навчальний процес нових інформаційних, телекомунікаційних технологій, інтерактивних форм та методів навчання. Міністерство охорони здоров’я України вже доручило ректорам вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів виконати завдання, визначені розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 серпня 2010 р. № 12728 “Про затвердження плану заходів щодо розвитку вищої освіти на період до 2015 року”, забезпечити технічну і технологічну модернізацію засобів впровадження сучасних інформаційних технологій.

З метою забезпечення координації роботи вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів,

спрямованої на реалізацію державної політики у галузі медичної освіти, зокрема з удосконалення змісту навчання, покращання якості освіти та її інтеграції в Європейське та світове співтовариство, Міністерством підготовлено для затвердження проект наказу щодо створення координаційної науково-методичної ради з вищої медичної освіти. До складу ради включено проректорів з навчальної (науково-педагогічної) роботи, керівників науково-методичних лабораторій з питань медичної та фармацевтичної освіти, членів робочої групи МОЗ України щодо запровадження положень Болонської декларації у навчальний процес.

З метою підтримки інтересу суспільства до проблем та здобутків вищої медичної та фармацевтичної освіти вищі навчальні заклади МОЗ систематично беруть участь в щорічних Міжнародних спеціалізованих виставках “Освіта та кар’єра”, які організовує Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України спільно з різними громадськими організаціями.

Остання дев’ятнадцята Міжнародна спеціалізована виставка “Освіта та кар’єра – 2011” і виставка закордонних навчальних закладів “Освіта за кордоном” відбулися 7–9 квітня 2011 року в м. Києві.

У виставці брали участь і вищі медичні та фармацевтичні навчальні заклади МОЗ України – Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Луганський державний медичний університет, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Національний фармацевтичний університет, Українська медична стоматологічна академія, Харківський національний медичний університет, Харківська медична академія післядипломної освіти.

Серед номінацій були: видання підручників та навчальних посібників нового покоління; інноваційний розвиток освіти та сучасні педагогічні технології; міжнародне співробітництво в галузі освіти і науки; профорієнтована робота серед молоді; компетентнісний підхід в освітній діяльності вищої школи; кращий дизайн виставкового стенду та реклами досягнень навчального закладу; досягнення у працевлаштуванні випускників ВНЗ.

Оцінку якості, представлену на виставці робіт, проводили наукові інститути Національної академії педагогічних наук України, Інститут інноваційних технологій і змісту освіти Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України та провідні фахівці Товариства “Знання” України.

Нагороди у номінаціях отримали і вищі навчальні заклади системи МОЗ України, серед них – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця;

Харківський національний медичний університет; Національний фармацевтичний університет; Луганський державний медичний університет; Українська медична стоматологічна академія; Український медичний ліцей Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

За багаторічну науково-педагогічну діяльність з розбудови національної освіти почесне звання “Лідер національної освіти” отримали Національний медичний університет імені О. О. Богомольця; Харківський національний медичний університет; Національний фармацевтичний університет; Луганський державний медичний університет; Українська медична стоматологічна академія.

Подяками “За багаторічну інноваційну педагогічну діяльність з модернізації освіти України” нагороджені ректор Національного медичного університету імені О. О. Богомольця В. Ф. Москаленко, ректор Харківського національного медичного університету В. М. Лісовий, ректор Національного фармацевтичного університету В. П. Черних.

#### Література

1. Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні : наказ МОЗ та АМН України від 12.09.2008 р. № 522/51.
2. Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції державної системи професійної орієнтації населення на

Також у 2011 році Міністерством освіти і науки, молоді та спорту України було проведено чотирнадцяту міжнародну виставку навчальних закладів “Сучасна освіта в Україні – 2011” (16 лютого 2011 року) в рамках якої традиційно було проведено Конкурс з номінацій. Нагороди, якими відзначено вищі медичні заклади МОЗ України, є визнанням їх значних досягнень у сфері професійної освіти молоді України.

**Висновок.** Таким чином, забезпечення поліпшення якості підготовки фахівців-медиків та фармацевтів нового покоління можливе за умови поліпшення матеріально-технічного, фінансового та методичного забезпечення вищих навчальних закладів, впровадження сучасних форм організації навчального процесу з урахуванням набутого вітчизняного досвіду підготовки студентів, використання новітніх інформаційних та комунікаційних технологій. Все це дозволить реалізувати стратегічні завдання, визначені державною політикою в гуманітарній сфері.

період до 2011 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 січня 2010 року № 150-р.

3. Про заходи щодо забезпечення пріоритетного розвитку освіти в Україні : Указ Президента України від 30.10.2010 р. № 926/2010.

УДК 614: 361.422.001.11(477.84)

## РЕЗУЛЬТАТИ РЕАЛІЗАЦІЇ КОНЦЕПЦІЇ РОЗВИТКУ ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО НА ШЛЯХУ ЙОГО ВХОДЖЕННЯ У СВІТОВИЙ ОСВІТНІЙ ПРОСТІР

Л. Я. Ковальчук

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

## RESULTS OF I. YA. HORBACHEVSKY STATE MEDICAL UNIVERSITY DEVELOPMENT CONCEPT IN THE WAY OF ITS ENTRY INTO THE GLOBAL EDUCATIONAL AREA

L. Ya. Kovalchuk

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky*

У статті висвітлено результати реалізації Концепції розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського за останні п'ять років.

**The article deals with the results of implementation of the Concepts of TSMU development for the last five years.**

**Вступ.** Через місяць виповниться п'ять років, як вчена рада університету в результаті аналізу та обговорень прийняла Концепцію розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (інтеграція у світовий медичний освітній простір) (27 червня 2006 року, протокол № 19). Вона базувалася на вивченому досвіді викладання та реформування в провідних медичних ВНЗ Європи (Віденському медичному університеті, Словацькому медичному університеті, Шльонській медичній академії, Карловому університеті) та США (Університет Південної Кароліни, Каліфорнійський університет), у які було направлено близько 40 викладачів різних кафедр [1–6].

Необхідність створення Концепції розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського була викликана потребою забезпечення мобільності студентів у Світовому освітньому просторі – в обміні студентів між університетами та впровадження принципів кредитно-модульної системи навчання в організацію навчального процесу в нашому ВНЗ, а також входження Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського у Світовий освітній простір, щоб стати учасником формування єдиного ринку медичної освіти і забезпечення мобільності лікарів на світовому ринку праці. Вона поклала початок впрова-

дженню нових технологій навчання, змінам у загальній структурі університету і стала основою організації навчального процесу в університеті.

**Основна частина.** Структура університету, згідно з Концепцією, зазнала принципової реорганізації. Теоретичні кафедри стали базою для створення чотирьох навчально-наукових інститутів, розміщених у відповідних корпусах університету. Окремим підрозділом, що поєднує теоретичну і практичну підготовку середнього медичного персоналу, а також бакалаврів та магістрів сестринської справи, є ННІ медсестринства. Для оптимізації діяльності кожного ННІ у сферах навчання студентів та наукової роботи створено вчені ради інститутів. З цією ж метою окремі вчені ради створено при всіх факультетах університету. Підвищено роль органів громадського самоврядування у керівництві підрозділами. На кожному факультеті найвищим органом управління є конференція (загальні збори) трудового колективу, яка обирає вчену раду факультету та вирішує інші принципові питання. Діяльність вченої ради факультету, ННІ, клінічних кафедр регулюється відповідним Положенням, затвердженим вченою радою університету та ректором університету. Щорічно кожен декан факультету та директор інституту звітує на вченій раді університету за виконану підпорядкованим йому підрозділом роботу.



Зазнала змін і структура клінічних кафедр відповідно до принципів профільності та укрупнення.

Професорсько-викладацький склад та навчально-допоміжний персонал університету за останні роки виконали надзвичайно великий обсяг навчально-методичної роботи. На веб-сторінці кожної кафедри розміщена вся необхідна інформація, що забезпечує можливість повноцінної підготовки студентів до занять.

Кожен студент на початку навчального року отримує матрикул, у якому є перелік практичних навичок, які потрібно засвоїти відповідно до вимог Галузевих стандартів вищої освіти. Впроваджена у навчальний процес і ефективно функціонує методика навчання “єдиного дня”. Викладачі та студенти оцінюють позитивно її використання, оскільки вона дозволяє студентам зосередити свої зусилля на вивченні протягом заняття однієї дисципліни і виключити затрати часу та коштів на переїзди між кафедрами і, відповідно, повністю виключити їх запізнення [7].

Протягом 6–7 год перебування на кафедрі студенти мають можливість виконати великий обсяг практичної роботи, ґрунтовніше опанувати практичні навички, приділити більше часу самостійній курації хворих. Дана методика сприяє ефективному впровадженню циклової системи навчання, створенню тематичних навчальних кімнат та оснащення їх сучасним обладнанням, більш повноцінному забезпеченню занять тематичними хворими, ефективному використанню матеріально-технічної бази кафедри, особливо у клініках. При такій системі організації навчального процесу у викладача є можливість провести детальне обговорення зі студентами найважливіших питань теми, що проходить у формі вільної дискусії, в якій беруть активну участь всі присутні на занятті студенти. При відповідній мотивації і досконалому матеріально-технічному забезпеченні навіть недостатньо підготовлений на початок заняття студент після його завершення володітиме необхідним обсягом базової інформації з даної теми. Незаперечними перевагами впровадження даної методики є також суттєве зменшення кількості пропусків студентами занять без поважних причин, можливість скорочення тривалості семестрів [8, 9].

Методика “єдиного дня” вимагає належного забезпечення занять навчально-методичною літературою. Для цього, крім університетської бібліотеки, у кожному навчально-науковому інституті та на клінічних кафедрах створено бібліотеки з потрібною навчальною літературою на паперових та електронних носіях і періодичними виданнями видавництва “Укрмедкнига”, де студенти усіх факультетів можуть отри-

мати всі необхідні підручники і навчальні посібники щодня з 9 год ранку до 9 год вечора. Фонд бібліотек постійно поповнюється навчальними компакт-дисками, відеофільмами, сучасною періодичною та науковою літературою. На всіх кафедрах університету студенти мають доступ до електронних навчальних матеріалів, розміщених на WEB-порталі університету, зокрема розкладів занять, робочих планів дисциплін, презентацій лекцій, методичних рекомендацій та матеріалів підготовки до практичних занять, банків навчальних таблиць та відеофільмів тощо, що суттєво полегшує студентам пошук сучасної інформації з предмета та підвищує якість її засвоєння. З метою поліпшення засвоєння студентами навчального матеріалу під час проведення практичних занять для кафедр університету придбано 40 комплектів відео-системи з широкоформатними моніторами. У 13 лекційних аудиторіях і на окремих кафедрах установлено 32 відеопроєктори. Усі 39 комп’ютерних класів підключено до мережі Інтернет та Інтранет. Усього на сьогодні в університеті налічується 866 комп’ютерів, із них 851 підключено до мережі Інтернет. З’явилась також можливість використання WiFi-доступу (безпроводного Інтернету), яким широко користуються викладачі та студенти, які мають портативні комп’ютери.

Незаперечним цінним здобутком реформування системи навчання у нашому університеті є впровадження Z-системи навчання, що дозволяє студентам уже з перших курсів відчути себе у ролі майбутніх лікарів, максимально опанувати знання та отримати практичні навички, які наближають їх впритул до рівня вимог, необхідних для майбутньої професії.

З другого курсу навчання на медичному факультеті почали вводити циклову систему навчання, що дозволяє ґрунтовніше опанувати предмет викладачам, які відповідають за певний цикл даної дисципліни.

Створено потужну базу тестових завдань, яка на сьогодні налічує близько 500 тисяч тестів, що унеможливує їх механічне запам’ятовування. Її використовують для перевірки рівня знань на кафедрі та при проведенні семестрового комплексного тестового іспиту.

Студенти мають можливість звечора напередодні заняття перевірити свої знання та отримати оцінку за системою Moodle, відповівши на 24 тестові завдання, підбір яких з існуючої бази даних здійснює online автоматизована комп’ютерна система. Це дозволяє скоротити тривалість заняття, і вже з 14 год студенти можуть працювати за своїм індивідуальним планом. Якщо на початку впровадження оцінювання за системою Moodle викладачам доводилося

агітувати студентів за її використання, то тепер самі студенти турбуються про те, щоб завдання на наступний день були вчасно активовані.

Таким чином, за наявності бажання до навчання і самодисципліни тепер студенти мають значно більше часу та можливостей для самостійної роботи, ніж їх попередники. А основою освіти, як уже доведено, є самостійна робота, яка створює базу знань, завдяки якій можна успішно скласти тести будь-якої складності.

Однією з основних вимог Стандартів і рекомендацій щодо забезпечення якості освіти у Європейському просторі вищої освіти (2006) є прозорість оцінювання знань студентів, що є запорукою високої об'єктивності при визначенні якості знань та навичок, отриманих ними під час навчання [10]. У Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського вперше серед вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів України задля незалежного та об'єктивного оцінювання знань студентів з 2006–2007 навчального року впроваджено комплексний семестровий контроль рівня знань студентів. Він включає складання практичних навичок, вказаних у матрикулі, складання єдиного комплексного тестового іспиту, а для студентів старших курсів – ще й складання об'єктивно-структурованого клінічного іспиту (ОСКІ).

Досвід проведення єдиного комплексного тестового іспиту підтвердив його високу об'єктивність, дозволив зменшити навантаження на професорсько-викладацький склад кафедр і звільнити його від рутинної роботи з приймання іспитів, а також значно скоротив час на їх складання студентами – до двох днів замість складання 11–15 модулів (медичний факультет), при-

чому більшість з них припадала на останні дні семестру, або 2–4 іспитів протягом двох–трьох тижнів (фармацевтичний і стоматологічний факультети) [11].

Незалежне тестування унеможливило і зробило абсолютно недоцільним будь-який тиск на викладачів під час іспитів, а на кафедрах при такій системі оцінювання ніколи не з'являться так звані “ходоки”, які проситимуть кращі оцінки для деяких студентів.

Семестрові комплексні тестові іспити визнано однією з найбільш об'єктивних форм контролю рівня знань студентів, що позбавлена впливу суб'єктивного (людського) чинника. Вони органічно ввійшли у навчальний процес нашого університету і визнані професорсько-викладацьким складом та студентами. Результати цих іспитів постійно аналізуються, що дозволяє кафедрам вдосконалювати тестові завдання, відкидаючи ті, які є невалідними, та вдосконалювати форми проведення такого іспиту. Зокрема, здійснено розподіл семестрового комплексного тестового іспиту на дві частини. Це створило оптимальні умови для мобілізування студентами своїх інтелектуальних можливостей та повноцінного розв'язання запропонованих завдань, що відразу позитивно позначилося на результатах складання іспиту (рис. 1).

Збільшення бази тестів до 500 тисяч ситуаційних задач та рисунків не дозволяє зазубрювати відповіді, а вимагає щоденного наполегливого засвоєння та глибокого розуміння суті теоретичного матеріалу, а також освоєння на високому рівні практичних навичок, які лежать в основі вирішення ситуаційних задач та розпізнавання рисунків.

Для вдосконалення і чіткої організації комплексних тестових іспитів в університеті створено навчально-

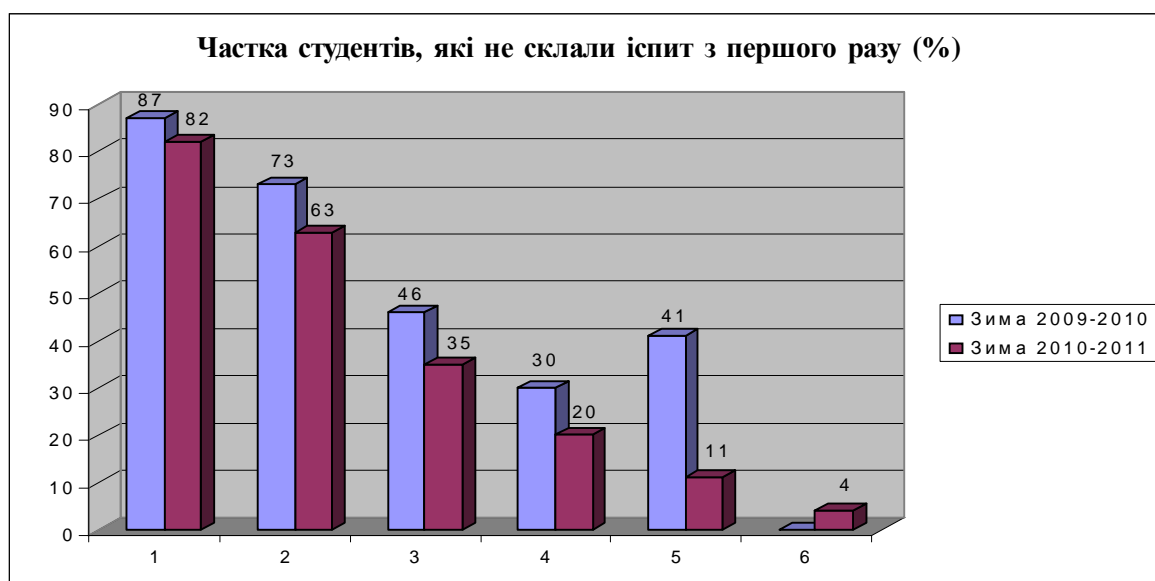


Рис. 1. Частка студентів, які не склали єдиний тестовий іспит з першої спроби (2009–2010 н. р. та 2010–2011 н. р.).



науковий відділ незалежного тестування знань студентів на чолі з досвідченим викладачем доцентом П. Р. Сельським. Відділу підпорядковані вісім постійно діючих комісій, які безпосередньо готують усі матеріали для комплексних тестових іспитів і проводять їх на різних курсах. До складу комісій увійшли професори і доценти університету (по 4 у кожній комісії), які мають великий досвід методичної та управлінської роботи.

Центр незалежного тестування знань студентів оснащений сучасною мнотимовою технікою для створення буклетів тестових завдань для кожного студента й окремим комп'ютером-сервером із системним блоком підвищеної потужності, який має механічну та електронну системи захисту від несанкціонованого доступу і зберігається у спеціальній шафі, що опечатується і відкривається під час сесії тільки у присутності членів екзаменаційних комісій. До комп'ютера-сервера під'єднані всі комп'ютери, які встановлені у відділі. Це забезпечує повну ізоляцію комп'ютерної мережі відділу від інших мереж, у т.ч. і бездротових. Крім того, у відділі встановлено відеоспостереження з цілодобовим записом інформації та категорично заборонено користуватися будь-якими електронними пристроями – мобільними телефонами, флеш та іншими картами пам'яті, камерами і под.

Уся робота з підготовки та сам процес іспиту чітко регламентовані затвердженими інструкціями, дотримання яких забезпечує повну прозорість процесу від початку формування буклетів до отримання студентом об'єктивної оцінки.

Виставлення оцінки, яке здійснює комп'ютер, відбувається згідно з інструкцією МОЗ України за формулою: 60 % загальної оцінки за кожну дисципліну складає оцінка за поточну успішність з неї протягом семестру і 40 % – за складання відповідного модуля.

Рік тому Ухвалою вченої ради університету відсоток правильних відповідей під час складання семестрових комплексних тестових іспитів був піднятий до державного стандарту (50,5 %), за яким уже 10 років Міністерство охорони здоров'я України здійснює централізований державний контроль за якістю підготовки студентів і випускників медичної та фармацевтичної галузі за допомогою ліцензійних інтегрованих іспитів.

Отримані в результаті аналізу складання іспитів дані свідчать про те, що студенти, які навчаються за бюджетні кошти, іспити складають краще, ніж студенти, що навчаються за контрактом (рис. 2). Це закономірно і ще раз підтверджує об'єктивність оцінювання знань, адже при вступі до університету студенти, які вступають на бюджетну форму навчання, іспити складають краще.

Також прослідковується загальна тенденція до отримання вищих оцінок студентами старших курсів медичного та стоматологічного факультетів протягом навчального року та на семестровому тестовому іспиті порівняно зі студентами 1–2 курсів. На старших курсах зазначених факультетів студенти освоюють професійно орієнтовані клінічні дисципліни, до вивчення яких вони вже отримали ґрунтовну теоретичну підготовку на молодших курсах. Про об'єктивність

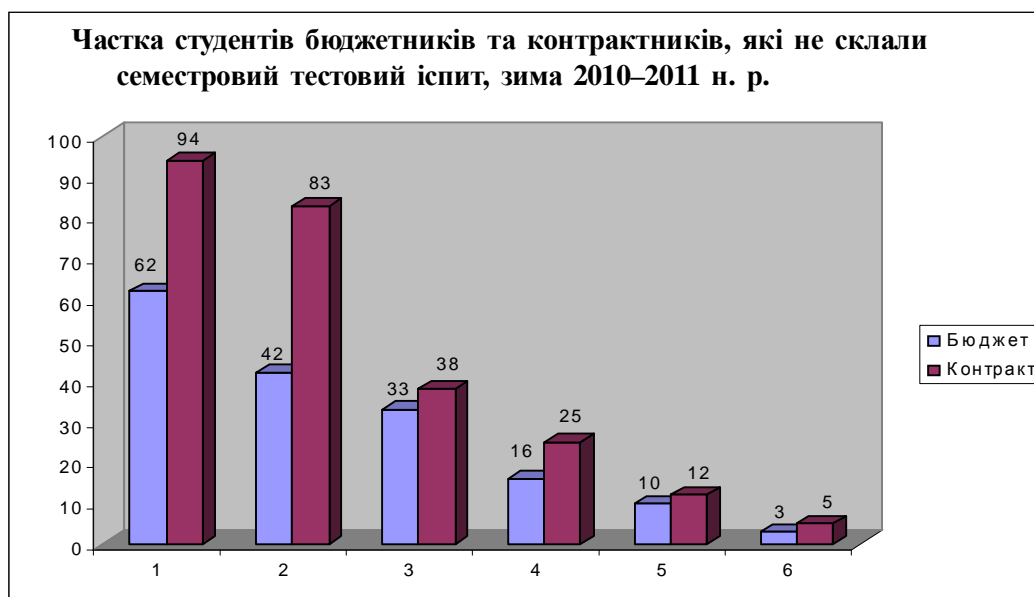


Рис. 2. Результати складання комплексного тестового іспиту студентами, які навчаються за бюджетні кошти і за контрактом.

комплексного іспиту свідчить те, що у більшості випадків оцінки, які отримують студенти на іспиті, мають незначні відхилення від оцінок їх поточної успішності. Зрозуміло, що там, де на об’єктивність оцінювання знань не впливають суб’єктивні фактори, немає і підґрунтя для корупції. Останнє стало вагомим чинником щодо збільшення припливу на навчання у наш університет в останні роки як вітчизняних, так і іноземних студентів.

У 2010–2011 навчальному році в університет вступило 553 нових студенти. З них на 1-й курс – 528 (207 –

на медичний факультет, 44 – на фармацевтичний, 73 – на стоматологічний, 108 – на медсестринство, з них 73 – на дистанційну форму навчання, 96 – на підготовче відділення). 25 студентів перевелось до нас з інших університетів.

Як видно з даних, наведених на рисунку 3, у 2011 році, порівняно з 2010, кількість студентів на 1-му курсі зросла, відповідно, на медичному, фармацевтичному, стоматологічному факультетах, в Інституті медсестринства та на підготовчому відділенні на 59, 267, 33, 46 і 12 %.

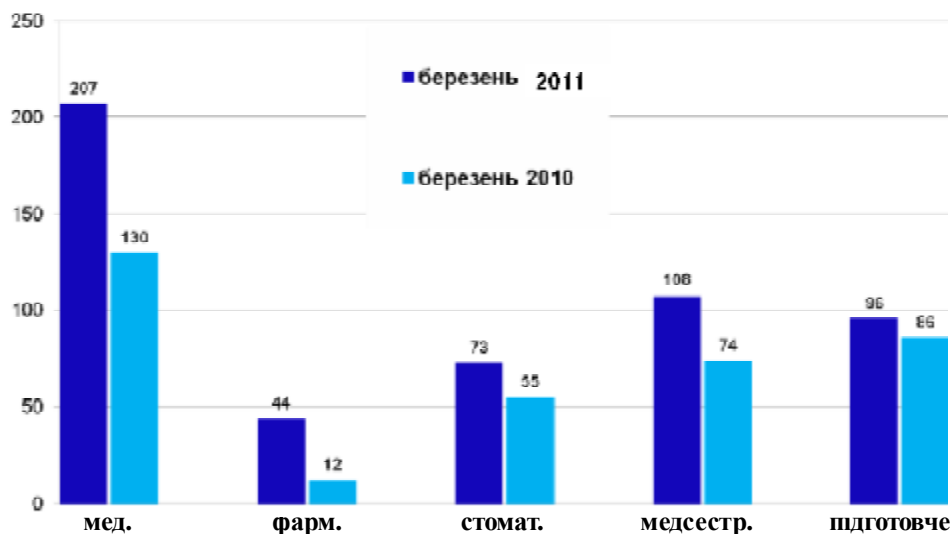


Рис. 3. Динаміка кількості студентів на 1-му курсі за 2010–2011 роки.

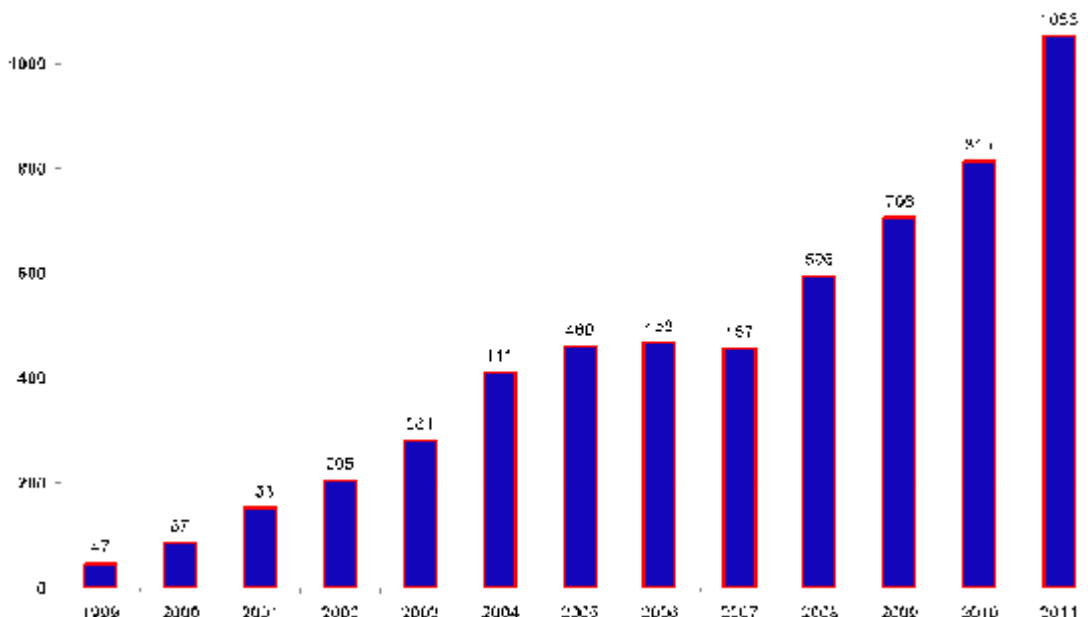
Динаміку зростання кількості іноземних студентів у Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського за 13 років (у період 1999–2011 років) відображено на рисунку 4. Сьогодні їх загальна кількість становить 1053 особи, з них англійською мовою навчається, якщо не брати до уваги підготовче відділення і студентів дистанційної форми навчання, 91 %.

З 1053 іноземних студентів навчаються: 552 – на медичному факультеті, 76 – на фармацевтичному, 142 – на стоматологічному, 187 – на медсестринстві, 96 – на підготовчому відділенні. Для порівняння, на цей час у минулому році в університеті було 815 іноземних студентів.

Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 23 грудня 2009 року № 1571-р. підтримано пропозиції Міністерства охорони здоров’я, Тернопільської обласної ради та Тернопільської облдержадміністрації сто-

совно реалізації пілотного проекту щодо створення Університетської лікарні при Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського. На сьогодні в Тернополі Університетська лікарня успішно функціонує, що створило додаткові можливості для високоякісного навчання студентів на клінічних кафедрах.

Удосконаленню практичної підготовки студентів-медиків значною мірою сприяє створення в межах Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги та навчально-практичних центрів реабілітації і догляду за людьми похилого віку. Створення таких центрів не лише поліпшує систему догляду за людьми похилого віку, які перебувають у групах ризику й потребують допомоги, але й навчає майбутніх лікарів гуманного ставлення до своїх



**Рис. 4.** Динаміка зростання кількості іноземних студентів у Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського за 13 років.

пацієнтів та людей похилого віку, незаперечного дотримання ними високих морально-етичних принципів у майбутній фаховій діяльності.

Інформація про чітко налагоджену систему вищої медичної освіти у ТДМУ, повну об’єктивність оцінювання знань студентів не лише розповсюджується серед мешканців України, але й передається іноземними студентами та випускниками нашого університету своїм співгромадянам. Зростає зацікавленість відповідних структур іноземних країн, що відповідають за освітні процеси, налагодженням тісної взаємовигідної співпраці з нашим університетом. Про це свідчить ряд зустрічей, що відбулися за останні роки.

Було підписано та реалізовано угоди про співпрацю з медичними університетами країн Європи і США, зокрема з Віденським медичним університетом (Австрія), Шльонською медичною академією (Польща), Словацьким медичним університетом (Словаччина), Технічним університетом Дрездена (Німеччина), Карловим університетом (Чехія), Університетом Південної Кароліни (США) і рядом інших. Десятки викладачів ТДМУ мали змогу стажуватися і підвищувати свою наукову кваліфікацію та викладацьку майстерність у цих навчальних закладах.

У грудні 2010 року візит до Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського здійснили представники Медичної ради

Малайзії у складі директора Коледжу Лінкольна (Куала-Лумпур) др. Амія Бхаумік і декана др. Датук Абдул Гані. Були проведені перемовини з ректором університету, в результаті чого підписана Угода про співпрацю між Коледжем Лінкольна, який є вищим медичним навчальним закладом, що розміщується у столиці Малайзії Куала-Лумпур, і Тернопільським державним медичним університетом імені І. Я. Горбачевського. У процесі візиту гості ознайомилися з умовами проживання і навчання іноземних студентів у Тернопільському медуніверситеті, побували в теоретичних корпусах і Університетській лікарні. Під час перемовин малайзійську делегацію ознайомили з новаторськими методами навчання студентів у Тернопільському медуніверситеті. Згідно з підписаною Угодою, Коледж Лінкольна зобов’язується приймати малайзійських студентів і відправляти їх для подальшого навчання в Тернопіль (за рік близько 100 студентів на медичну програму, до 100 студентів на стоматологічну та до 100 студентів на фармацевтичну). Після успішного закінчення університету малайзійським студентам вручатимуть дипломи як Тернопільського державного медичного університету, так і Коледжу Лінкольна. При цьому Малайзійська сторона (Медична рада Малайзії, Міністерство охорони здоров’я Малайзії) матиме право в будь-який час відвідати з інспекцією Тернопільський державний медичний університет для контролю якості навчання студентів з Малайзії.

27–28 лютого 2011 року повторно відбувся аналогічний візит, під час якого члени Медичної ради Малайзії зустрілися з ректором, проректорами та деканами Тернопільського державного медичного університету. В ході зустрічі ректор університету ознайомив гостей з новітніми методами викладання та оцінювання студентів в університеті й комп’ютерними технологіями, впровадженими в університеті. Гості відвідали ряд теоретичних кафедр, а також Університетську лікарню та Інститут медсестринства. Члени малайзійської делегації були приємно вражені умовами, створеними в університеті для навчання і проживання іноземних студентів, і запевнили, що сприятимуть позитивному вирішенню питання щодо визнання Тернопільського державного медичного університету Медичною радою Малайзії. На сьогодні наш університет отримав позитивне рішення відповідного комітету Медичної ради Малайзії, і зараз готується великий пакет документів для Міністерства освіти Малайзії.

Університет також відвідали представники посольств Індії, Нігерії, Гани, з якими обговорювалися питання щодо залучення студентів з відповідних країн до нас на навчання.

Підвищенню престижу Тернопільського державного медичного університету на міжнародній арені сприяє також налагодження зв’язків із закордонними науковими медичними колами. На початку березня 2010 року делегація ТДМУ в складі ректора чл.-кор. НАМН України, проф. Л. Я. Ковальчука, завідувача кафедри медичної біохімії і клініко-лабораторної діагностики проф. М. М. Корди, завідувача кафедри онкології, променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини

проф. І. Й. Галайчука, а також завідувача експериментальної онкологічної лабораторії Національного інституту раку канд. біол. наук Н. М. Храновської перебувала з візитом у Науковому інституті онкології Університету Клемсона (Південна Кароліна, США). У березні 2011 року в нашому університеті перебувала делегація із США у складі керівника компанії Oncolix Inc. Майкла Редмана і президента компанії Nurses International, LLC Білла Колемана. Компанія розробила новий препарат “Проланта”, який має виражені протиракові властивості й у перспективі планується для використання з метою лікування раку грудей, яєчників і ендометрія. Проведено перемовини між ректором університету чл.-кор. НАМН України, проф. Л. Я. Ковальчуком і паном М. Редманом щодо партнерства і наукового співробітництва в галузі онкології між Тернопільським державним медичним університетом імені І. Я. Горбачевського і компанією Oncolix Inc., зокрема досягнута домовленість про можливість проведення клінічних досліджень препарату “Проланта” у Тернопільському державному медичному університеті.

Зростання іміджу ТДМУ в Україні та за кордоном і підвищення припливу іноземних студентів, у т. ч. і тих, хто хоче навчатися за дистанційним методом, збільшило надходження до спеціального фонду в частині оплати освітніх послуг (рис. 5).

З даних, які наведено на рисунку 4, видно, що загалом надходження за оплату навчання за період 2006–2010 років зросли у 2,9 раза, а порівняно з минулим роком – в 1,4 раза.

Майже половина всіх коштів, що надійшли за оплату навчання у 2010 році, це оплата навчання іноземних

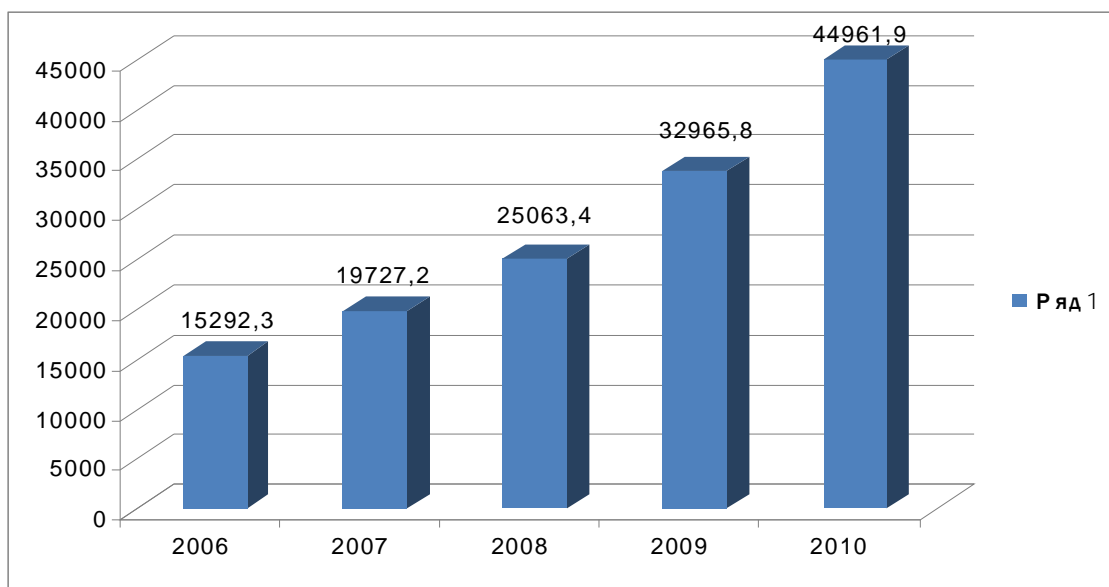


Рис. 5. Оплата освітніх послуг в динаміці (у тис. грн).

студентів, яка також стрімко зростає по роках (рис. 6). Зокрема, за 5 останніх років надходження збільшились у 7,5 раза, а порівняно з минулим роком – в 1,5 раза.

Це відкриває перспективи для розширення і зміцнення навчальної матеріально-технічної бази. Так, на 2011 рік виділено кошти на реконструкцію з надбудовою бібліотеки університету (вул. Січових стрільців, 8) в сумі 1 млн 200 тис. гривень. Заплановано нове будівництво навчально-практичного центру первинної медико-санітарної допомоги у с. Кокошинці Гусятинського району загальною вартістю 457 тис. 310 гривень. 50 тис. гривень виділено на перерахунок кошторису для введення в дію геронтологічного відділення.

Створено титульний перелік приміщень університету для проведення капітального ремонту в 2011 році, в який ввійшли корпуси № 1 (майдан Волі, 1), № 2 (вул. Руська, 12) та № 5 (вул. Словацького, 2), а також чотири корпуси НОК “Червона калина” та навчально-практичний центр первинної медико-санітарної допомоги у с. Увисла Гусятинського району. Загальна сума лише на проведення капітального ремонту склала 3 млн 293 тис. 250 гривень. За 2010 рік на придбання обладнання для кафедр університету було використано 2 501 983 гривень.

Продовжується оснащення кафедр університету новими сучасними навчальними приладами та апаратурою для проведення наукових досліджень.



Рис. 6. Надходження до спеціального фонду в частині оплати навчання іноземними студентами (у тис. грн).

**Висновки:** 1. Усі положення Концепції розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського на шляху його входження у Світовий освітній простір, розробленої та затвердженої п’ять років тому, успішно реалізуються.

2. Підтвердило свою ефективність введення Z-системи та методики “єдиного дня” при організації навчального процесу за кредитно-модульною системою.

3. Успішне складання семестрових комплексних тестових іспитів нашими студентами є об’єктивною та незалежною складовою системи оцінювання знань студентів, запорукою досягнення ними рівня вимог, що установлені Галузевими стандартами вищої освіти, та усунення підґрунтя для корупції.

4. Зростання іміджу ТДМУ в Україні та за кордоном і підвищення припливу на навчання іноземних студентів, у тому числі тих, хто хоче навчатися за дистанційним методом, збільшило доходи університету та створило

фінансові умови для зміцнення навчальної матеріально-технічної бази, оснащення кафедр університету новими сучасними навчальними приладами та апаратурою для проведення наукових досліджень, проведення капітального ремонту корпусів, реконструкції з надбудовою бібліотеки університету, будівництва нового навчально-практичного центру первинної медико-санітарної допомоги у с. Кокошинці Гусятинського району, введення у дію геронтологічного відділення.

5. Створення Тернопільської університетської лікарні, відкриття навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги та навчально-практичних центрів реабілітації і догляду за людьми похилого віку стали черговим етапом на шляху інтеграції Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського у Світовий медичний простір, а також невід’ємною частиною підготовки висококваліфікованих спеціалістів.



#### Література

1. Концепція розвитку Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (інтеграція у світовий медичний освітній простір). – Тернопіль : ТДМУ, 2006. – 50 с.
2. Медсестринська освіта в Університеті Південної Кароліни Апстейт (США) / за ред. чл.-кор. АМН України, д-ра мед. наук, проф. Л. Я. Ковальчука. – Тернопіль : ТДМУ, 2006. – 397 с.
3. Досвід Віденського медичного університету в реформуванні системи освіти. Перспективи співпраці / за ред. чл.-кор. АМН України, д-ра мед. наук, проф. Л. Я. Ковальчука. – Тернопіль : ТДМУ, 2006. – 288 с.
4. Дворічна медсестринська освіта в США (за узагальненим досвідом штату Каліфорнія) / [Н. О. Ліщенко, О. С. Усинська, О. В. Шманько та ін.] . – Тернопіль : ТДМУ, 2006. – 264 с.
5. Чехія: погляд на систему освіти / Л. С. Фіра, О. І. Острівка, О. Л. Сидоренко, П. Г. Лихацький. – Тернопіль : ТДМУ, 2006. – 100 с.
6. Андрейчин С. М. Медична освіта в Словаччій Республіці / С. М. Андрейчин, В. О. Качор. – Тернопіль : ТДМУ, 2006. – 248 с.
7. Ковальчук Л. Я. Впровадження новітніх методик і систем навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського / Л. Я. Ковальчук // Медична освіта. – 2009. – № 2. – С. 10–14.
8. Ковальчук Л. Я. Новітні шляхи вдосконалення підготовки фахівців у Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського / Л. Я. Ковальчук // Медична освіта. – 2010. – № 2. – С. 27–30.
9. Методичні вказівки для викладачів щодо організації навчального процесу в ТДМУ. – Тернопіль : ТДМУ, 2007. – 86 с.
10. Стандарти і рекомендації щодо забезпечення якості освіти у Європейському просторі вищої освіти. – К. : Ленвіт, 2006. – С. 15–16.
11. Семестрові комплексні тестові іспити – надійний критерій оцінки знань студентів / І. Р. Мисула, В. П. Марценюк, К. О. Пашко, О. О. Стаханська // Медична освіта. – 2010. – № 1. – С. 16–37.

УДК 371.261

## ПРОБЛЕМИ ОЦІНЮВАННЯ ЗНАТЬ СТУДЕНТІВ У КОНТЕКСТІ ВИМОГ БОЛОНСЬКОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ

І. Є. Булах, О. П. Волосовець, М. Р. Мруга

*Центр тестування,  
Міністерство охорони здоров'я України*

## DIFFICULTIES OF ASSESSMENT OF STUDENTS' KNOWLEDGE IN THE CONTEXT OF BOLOGNA DECLARATION REQUIREMENTS

I. Ye. Bulakh, O. P. Volosovets, M. R. Mruha

*Testing Board,  
Ministry of Public Health of Ukraine*

Представлено ретроспективний огляд зміни системи оцінювання у вищих медичних навчальних закладах у контексті Болонської декларації.

There is presented retrospective overview of changes in assessment system in higher medical educational establishments in the context of Bologna process.

**Вступ.** Офіційне входження України в єдиний Європейський освітній простір через підписання Болонської декларації у 2005 році вимагало певної адаптації та перебудови різних аспектів організації навчального процесу у вищих медичних навчальних закладах

України. Зокрема, суттєвого реформування зазнала система оцінювання, зміни якої стосувалися як форми організації оцінювання знань і навчальної діяльності студентів, так і застосовуваних принципів оцінювання.



**Основна частина.** Принаймні чотири з десяти основних положень Болонського процесу прямо пов’язані з оцінюванням навчальних результатів студентів, що змушує вважати оцінювання одним із центральних компонентів реформи освіти в межах цього процесу [1]:

*Прийняття системи зрозумілих і порівнянних ступенів*

*Запровадження системи кредитів*

*Забезпечення мобільності*

*Сприяння європейській співпраці в гарантуванні якості*

Основні технічні вимоги до системи оцінювання викладені у системі ECTS (Європейська система трансферу кредитів), що прийнята як уніфікована модель для Європейського освітнього простору. Важливо зазначити такі принципи ECTS, що вплинули на побудову нової системи оцінювання у вищій медичній освіті України:

– *ECTS гарантує академічне визнання навчання, надаючи спосіб вимірювання та порівняння навчальних досягнень студента, і переведення його з однієї установи до іншої.*

– *Шкала ECTS розроблена як допомога закладам інтерпретувати бали, які студент отримав в інших закладах. Шкала містить інформацію, яка є додатковою до інформації у балах, та не замінює місцеві шкали.*

– *Шкала ECTS заснована на ранговому місці студента серед інших студентів, що він отримав у результаті певного оцінювання.*

– *Система ECTS спочатку ділить студентів на групи “склав”/“не склав”, а потім оцінює результати цих двох груп окремо. Тих, хто “склав”, поділяють на п’ять підгруп: краці 10 % отримують бал А, наступні 25 % – бал В, наступні 30 % – бал С, наступні 25 % – бал D і останні 10 % – бал Е. Тих, хто “не склав”, поділяють на дві підгрупи: FX (Fail – студент повинен виконати невеликий обсяг роботи для зарахування кредиту) та F (Fail – студент повинен виконати значний обсяг роботи для зарахування кредиту).*

Основними вимогами до коректного використання шкали ECTS визначено наявність деталізованих первинних даних, що дозволяють адекватно диференціювати студентів за категоріями ECTS, достатній розмір вибірки студентів для валідного ранжування (не менше 30 осіб), застосування належних статистичних методів та забезпечення якості результатів, отриманих з використанням вказаної шкали [2]. На 2005 рік українська медична освіта здатна була задовольнити всі вимоги для коректного використання

шкали ECTS, окрім наявності адекватних первинних даних, оскільки діюча в країні чотирибальна, а фактично трибальна, шкала не дозволяла справедливо диференціювати студентів за 5-ма групами ECTS.

Отже, ґрунтуючись на зазначених положеннях та вимогах до застосування системи ECTS, була розроблена система оцінювання, рекомендована українським медичним навчальним закладам з 2005–2006 н. р. Узагальнено можна вказати такі основні зміни в оцінюванні, що впроваджені у вищій медичній освіті:

1. Розширення впливу поточного оцінювання, тобто впливу щоденної праці студентів, на підсумковий результат.

2. Включення оцінювання у навчальне навантаження студентів, відмова від сесій та введення можливості декількох підсумкових оцінювань (підсумкових модульних контролей) для однієї дисципліни.

3. Широке використання об’єктивних методів оцінювання.

4. Введення структурованої оцінки з предмета і багатобальних шкал.

5. Одночасне використання абсолютного та відносного (рейтингового) принципів оцінювання для фіксації успішності навчання з конвертацією результатів за багатобальною шкалою в інші шкали [3, 4].

За період дії експериментального навчального плану деталі системи оцінювання обговорювалися та декілька разів переглядалися в процесі забезпечення якості, втім основні її принципи залишалися незмінними протягом шести років.

Проблеми і переваги застосування інноваційної системи оцінювання у вищій медичній освіті. Найбільш суттєвий вплив на організацію навчального процесу на кафедрах, безумовно, мала вимога систематично оцінювати поточну діяльність та застосовувати більш об’єктивні методи контролю. На практиці це проявляється широким застосуванням тестування для поточного та підсумкового контролю на рівні окремих предметів і збільшенням відносної ваги часу, що відводиться на оцінювання, у структурі загального навантаження студента. В перші роки оцінювання систематичної праці та використання надмірної кількості підсумкових модульних контролей для одного предмета призвело до збільшення кількості студентів-“боржників”. Утім ця проблема була врегульована у міру адаптації системи вищої медичної освіти до нових умов. З іншого боку, впровадження періодичного підсумкового контролю дозволяє закладам та студентам краще контролювати поступове опанування навчального плану.

Використання багатобальної шкали дає можливість отримати детальні первинні дані, придатні для ранжування студентів на 5 груп за шкалою ECTS. Використання структурованої оцінки з предмета дозволяє кафедрам “донести” до студентів ставлення кафедри до окремих видів їх роботи, наприклад, чим більше балів можна отримати за самостійну чи індивідуальну роботу, тим “ціннішим” є даний компонент для певної дисципліни.

Використання рейтингової оцінки для більшості навчальних закладів було абсолютно новим підходом. Можливо тому одночасне застосування абсолютних шкал (200-бальної шкали та національної шкали) та відносної шкали ECTS і конвертація результатів студентів між шкалами становили найбільшу проблему, що виносилась на публічне обговорення та досі вимагає дискусій, роз’яснень і додаткових консультацій. У 2011 році виник новий сплеск проблем з використанням рейтингового оцінювання за шкалою ECTS у зв’язку з необхідністю видачі Додатка до диплома

(європейського зразка), який не повною мірою відповідає особливостям організації навчального процесу та оцінювання у медичних ВНЗ. Слід зазначити, що з аналогічними труднощами стикаються не лише вищі медичні навчальні заклади, а й ВНЗ інших профілів, де в перші роки експерименту з кредитно-модульної системи організації навчального процесу за принципами Болонської декларації застосовували методично некоректну схему визначення груп ECTS, яка була покладена в основу національного Додатка до диплома (європейського зразка), що становить проблему для всіх ВНЗ, які здійснюють рейтингове оцінювання.

**Висновок.** Незважаючи на технічні труднощі із запровадження інноваційної системи оцінювання та окремі поточні недоліки, що корегуються в процесі постійного аналізу та забезпечення якості системи, можна вважати, що свої функції система оцінювання виконує, успішно підтримуючи реалізацію експериментального навчального плану за принципами Болонської декларації.

#### Література

1. Assessment matters. The quality assurance of student assessment in higher education. Report of an international working group. December 2008. – <http://www.enqa.eu>
2. [http://en.wikipedia.org/wiki/ECTS\\_grading\\_scale](http://en.wikipedia.org/wiki/ECTS_grading_scale)
3. Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “Спеціаліст” кваліфікації “Лікар” у вищих навчальних за-

кладах III–IV рівнів акредитації України за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа”: наказ МОЗ від 31.01.2005 р. за № 52.

4. Медична освіта у світі та в Україні. Додипломна освіта. Післядипломна освіта. Безперервний професійний розвиток / [Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерій, О. П. Волосовець та ін]. – К. : Книга Плюс, 2005. – 384 с.

УДК 61 (0075.8) : 378,1 : 378 (477)

## СТВОРЕННЯ СУЧАСНОГО ПІДРУЧНИКА – ЗАПОРУКА ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

О. П. Волосовець, Ю. С. П'ятницький, І. С. Вітенко, І. В. Мельник

*Міністерство охорони здоров'я України,  
Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти*

## CREATION OF MODERN TEXTBOOK IS A PLEDGE OF EDUCATIONAL PROCESS EFFICACY

O. P. Volosovets, Yu. S. Pyatnytskyi, I. S. Vitenko, I. V. Melnyk

*Ministry of Public Health of Ukraine,  
Central Methodological Office of Higher Medical Education*

У статті висвітлено необхідність підготовки якісної сучасної навчальної книги – однієї з основних складових підготовки медичних і фармацевтичних кадрів.

У роботі розкрито основні вимоги до сучасних підручників та посібників, які повинні забезпечувати, перш за все, керування самостійною позааудиторною підготовкою студентів, обсяг якої при переході на кредитно-модульну систему навчання значно зріс.

The article reflects the necessity of preparing of modern textbook that is important for educating of medical and pharmaceutical specialists. The article adduces the main requirements for the modern textbooks, especially in the light of increased demands to the students' self-educating while implementation of credit-modular system of education.

**Вступ.** Забезпечення студентів сучасними підручниками та посібниками, підготовленими відповідно до оновлених навчальних програм з урахуванням новітніх здобутків світової та вітчизняної медичної науки, залишається однією з основних складових покращання якості підготовки фахівців для медичної галузі.

**Основна частина.** Щорічний моніторинг забезпечення навчальних дисциплін підручниками та посібниками, що проводиться Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України, свідчить, що станом на 1 вересня 2010 року порівняно з 2008 та 2009 роками знизився середній показник в Україні щодо забезпечення студентів підручниками та посібниками, виданими державною

мовою протягом останніх років, тобто підручниками – 32 %, посібниками – 33 % (табл. 1).

Протягом останніх років залишається найменш забезпеченим підручниками та посібниками блок гуманітарних та соціально-економічних дисциплін (підручниками – 16 % порівняно з 30 % у 2008 році та посібниками – 31 % порівняно з 39 % у 2008 році).

Найкраще забезпечені навчальною книгою дисципліни блоку природничо-наукової підготовки (підручниками – на 43 % порівняно з 58 % у 2008 році, посібниками – на 37 % порівняно з 44 % у 2008 році).

Показники забезпечення підручниками та посібниками з професійно-орієнтованих дисциплін становлять 36 % (порівняно з 41 % у 2008 році та 30 % у 2009 році). Найменше забезпечені оновленими підручниками

*Таблиця 1.* Забезпечення студентів підручниками та посібниками, виданими державною мовою з грифами МОН, МОЗ, ЦМК з ВМО МОЗ України

Рік	Забезпечення підручниками (%)	Забезпечення посібниками (%)
2008	43	44
2009	47	58
2010	32	33

© О. П. Волосовець, Ю. С. П'ятницький, І. С. Вітенко, І. В. Мельник

ками та посібниками, підготовленими державною мовою, такі професійно-орієнтовані дисципліни: патоморфологія (25 %/25 %), радіологія (22 %/42 %), біостатистика (32 %/2 %), урологія (17 %/13 %), офтальмологія (7 %/40 %), судова медицина (14 %/26 %), медичне законодавство (12 %/14 %), інфекційні хвороби (14 %/58 %), епідеміологія (6 %/35 %), анестезіологія та інтенсивна терапія (23 %/20 %) тощо.

Як вже наголошувалось Кабінетом раніше, позитивні зрушення вказаних показників можливі за умови збільшення у навчальних закладах видатків на видання та закупівлю навчальної літератури [1].

Відповідно до матеріалів, поданих у ЦМК з ВМО навчальними закладами в січні 2011 року, найбільшу кількість підручників, посібників з відповідними грифами МОН, МОЗ та ЦМК з ВМО МОЗ України видано протягом 2010 року в Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця (89), Донецькому національному медичному університеті ім. М. Горького (57), Запорізькому державному медичному університеті (46), Львівському національному медичному університеті ім. Данила Галицького (36) (табл. 2).

Необхідно зазначити, що після внесення змін до Порядку присвоєння вченого звання професора і доцента (Постанова Кабінету Міністрів України від 23 червня 2010 року № 507), відповідно до якого скасовано

вимогу щодо обов'язкової наявності публікацій з грифом МОН України, збільшилась кількість виданої ВМ(Ф)НЗ навчальної літератури без відповідних грифів (табл. 3).

Наприклад, видано без грифів 13 посібників у Буковинському державному медичному університеті; 7 підручників та 48 посібників у Вінницькому національному медичному університеті ім. М. І. Пирогова; 13 посібників у Дніпропетровській державній медичній академії; 32 посібники в Донецькому національному медичному університеті ім. М. Горького; 28 посібників у Запорізькому державному медичному університеті; 2 підручники в Івано-Франківському національному медичному університеті; 14 підручників у Кримському державному медичному університеті ім. С. І. Георгієвського; 31 посібник у Львівському національному медичному університеті ім. Д. Галицького; 6 підручників та 48 посібників у Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця; 5 підручників та 24 посібники в Національному фармацевтичному університеті; 3 посібники в Одеському національному медичному університеті; 28 посібників у Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського; 1 підручник та 44 посібники в Українській медичній стоматологічній академії; 1 підручник та 12 посібників у Харківському національному медичному університеті.

**Таблиця 2.** Кількість навчальних книг з відповідними грифами МОЗ, МОН та ЦМК з ВМО МОЗ України, виданих у 2010 році

Назва навчального закладу	Підручники	Посібники	Довідники, словники
Буковинський державний медичний університет	3(3)	44(33)	–
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова	3(3)	6(5)	5(2)
Дніпропетровська державна медична академія	8(5)	22(19)	11(7)
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького	5(4)	52(42)	–
Запорізький державний медичний університет	4(4)	35(30)	7(6)
Івано-Франківський національний медичний університет	3(3)	14(13)	–
Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського	1(0)	7(2)	2(1)
Луганський державний медичний університет	–	8(6)	2(1)
Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького	19(5)	13(12)	4(4)
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця	31(19)	57(43)	1(1)
Національний фармацевтичний університет	2(2)	21(15)	10(8)
Одеський національний медичний університет	2(2)	7(3)	1(1)
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського	8(8)	9(9)	8(8)
Українська медична стоматологічна академія	9(4)	15(12)	3(3)
Харківський національний медичний університет	6(5)	19(15)	4(1)

Примітка. Дані у ( ) – видання українською мовою.

Разом з тим, незважаючи на внесення змін до зазначеного Порядку присвоєння вченого звання професора і доцента, останнім часом не зменшилась кількість рукописів, поданих авторами до Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України та МОЗ України для отримання відповідних грифів-дозволів для використання їх в навчальному процесі як підручник чи посібник [6]. Так, протягом 2010 року було надано 452 дозволи, з них МОН України 234 (24 – на підручники, 210 – на навчальні посібники), МОЗ України – 16 (на підручники), ЦМК з ВМО МОЗ України – 202 (на навчальні та навчально-методичні посібники).

Незважаючи на сучасну економічну ситуацію в державі, у більшості навчальних закладів адміністрацією знайдено кошти на закупівлю навчальної літератури (табл. 4). Протягом останніх трьох років найбільше коштів було виділено у Національному фармацевтичному університеті, Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця, Луганському державному медичному університеті.

На жаль, відсутність державного фінансування на видання підручників і посібників не дає можливості належно забезпечити студентів необхідною сучасною якісною навчальною літературою, оскільки авторські

Таблиця 3. Видавнича діяльність вищих медичних навчальних закладів України у 2010 році

Назва навчального закладу	Підручники	Посібники	Довідники, словники	Монографії	Метод. вказівки, метод. рекомендації	Електронні посібники
Буковинський державний медичний університет	3 (3)	57(43)	–	19(18)	–	–
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова	10(8)	54(37)	5(2)	11(6)	53(41)	–
Дніпропетровська державна медична академія	8(5)	35(24)	11(7)	9(4)	10(8)	–
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького	5(4)	84(48)	–	41(14)	95(48)	16(14)
Запорізький державний медичний університет	4(4)	63(25)	7(6)	9(2)	86(27)	–
Івано-Франківський національний медичний університет	5(4)	14(13)	–	10(10)	38(26)	–
Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського	15(5)	87(16)	3(1)	–	25(0)	–
Луганський державний медичний університет	–	8(6)	2(1)	1(0)	48(25)	–
Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького	19(5)	44(42)	4(4)	18(16)	111(88)	–
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця	37(22)	105(76)	6(5)	30(22)	10(8)	1
Національний фармацевтичний університет	7(3)	45(24)	10(8)	14(11)	45(44)	–
Одеський національний медичний університет	2(2)	10(7)	1(1)	6(1)	7(4)	3(3)
Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського	8(8)	37(37)	8(8)	3(3)	2(2)	–
Українська медична стоматологічна академія	10(4)	59(34)	3(3)	1(1)	27(16)	1(1)
Харківський національний медичний університет	7(5)	31(17)	4(1)	11(5)	130(71)	–

Примітка. Дані у ( ) – видання українською мовою.



Таблиця 4. Дані про кошти, направлені ВМНЗ на закупівлю навчальної літератури протягом 2008–2010 років

Назва навчального закладу	2008 рік	2009 рік	2010 рік
Буковинський державний медичний університет	207 692,20	16 037,80	111 238,00
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова	422 791,21	138 400,00	206 633,04
Дніпропетровська державна медична академія	247 774,30	130 492,91	251 369,10
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького	219 264,00	306 656,70	302 996,70
Запорізький державний медичний університет	155 671,99	382 367,24	252 727,80
Івано-Франківський національний медичний університет	232 026,90	167 797,60	111 067,50
Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського	210 201,49	31 209,13	31 248,74
Луганський державний медичний університет	446 017,28	564 122,20	1 196 129,20
Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького	590 433,00	174 151,21	402 120,40
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця	1 732 674,6	808 155,00	2 189 140,50
Національний фармацевтичний університет	–	–	533 385,23
Одеський національний медичний університет	315 813,81	911 133,52	2 889 012,04
Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського	190 087,00	140 606,60	158 751,00
Українська медична стоматологічна академія	384 769,41	98 930,00	223 600,00
Харківський національний медичний університет	47 450,00	204 136,50	314 462,50

колективи не завжди мають можливість знайти достатньо спонсорських коштів, тому підготовка і видання підручників нового типу підмінюється підготовкою і виданням навчальних книг невеликим тиражем.

Необхідно підкреслити, що видавати підручники та посібники не встигають за надто частими змінами навчальних планів та програм. При цьому зміни навчальних програм передбачають значне зменшення годин аудиторних занять, разом з тим збільшується обсяг самостійної позааудиторної роботи студента. Останнє зумовлює необхідність видавати підручники, які б компенсували недостатню кількість лекцій та семінарів.

Основними недоліками навчальної літератури є: компіляція вже надрукованого матеріалу, низький науково-теоретичний рівень рукописів, використання невідредагованих машинних перекладів з іноземних джерел, практична відсутність власних джерел. Враховуючи це, Міністерство освіти і науки України направило лист від 01.10.10 № 1/9-776 за підписом Міністра освіти і науки України Д. В. Табачника ректорам (директорам) вищих навчальних закладів I–IV рівнів акредитації “Щодо якості навчальної літератури”, у якому наголошується на персональній відповідальності керівників вищих навчальних закладів за використання у навчально-виховному процесі неякісної навчально-методичної літератури [5].

Міністерство охорони здоров’я України листом від 11.02.2009 № 08.01-47/255 до ректорів вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації з метою покращання забезпечення студентів-медиків та фармацевтів сучасною, підготовленою відповідно до діючих стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти й новітніх досягнень медичної науки навчальною книгою доручило посилити контроль за підготовкою оновлених базових міжкафедральних підручників.

Аналіз підходів учених до вирішення даної проблеми дозволяє стверджувати, що пошук шляхів створення сучасної навчальної літератури для студентів вищої школи є наразі актуальним і своєчасним. Серед причин, що заважають ефективному вирішенню проблеми, вказують на відсутність чітких стандартів та критеріїв оцінювання методичної літератури.

Отже, яких вихідних положень варто дотримувати сучасним авторам при формуванні змісту підручника та посібника для вищої школи? За якими показниками слід обирати підручник? Яким вимогам повинен відповідати якісний підручник чи посібник? Сучасний підручник чи посібник для вищої школи повинен містити матеріал для викладання та самостійного опрацювання, відповідно упорядкований за допомогою описів і пояснень, наочних схем, графіків, таблиць. Якісний підручник повинен спрямовувати



самостійну позааудиторну роботу студентів, здійснюючи синтез вже знайомого й нового матеріалу на різних рівнях узагальнення.

Сучасний посібник має полегшувати студентів пізнавальну роботу, звільняючи його від необхідності постійно нотувати лекцію, а також надаючи можливість повертатись до опрацьованого матеріалу з метою повторення. Наприклад, інформативний глосарій з тлумаченням слова чи виразу іноземною мовою, розміщений в посібнику, запобігає необхідності часто звертатись до словника, що економить час і зусилля студента.

Необхідно зазначити, що навчальній літературі має бути притаманна стабільність, тобто можливість користуватись протягом 5 років без значних змін. Це не лише економія коштів, а й показник якості.

Сучасний підручник повинен бути багатофункціональним. Перш за все, він виконує освітню функцію, задовольняючи пізнавальні потреби студента як в процесі освоєння та закріплення навчального матеріалу, так і для його самостійного опанування. В межах освітньої функції підручник повинен забезпечувати систематизацію набутих знань та передбачати можливість самоконтролю. Бажано, щоб у підручнику були розміщені матеріали для контролю знань (питання, тести, вправи) і тоді він допоможе при підготовці до заліку чи іспиту [4].

Зміст підручника повинен відповідати змісту навчальної програми, затвердженої Міністерством охорони здоров'я України, авторський посібник – частині навчальної програми (додаток 2 до наказу МОН України № 588 від 27.06.2008 р.) [3].

Підручник повинен виконувати і виховну функцію, оскільки він впливає на світогляд молодого людини, її ставлення до вибраної професії, моральні, естетичні, а також патріотичні почуття, сприяє формуванню всебічно розвиненої особистості, яка зможе творчо підходити до виконання професійних і життєво важливих завдань [4].

Розвивальна функція підручника реалізується через вплив на інтелектуальний розвиток студентів – пам'яті, мислення, уваги, мовлення, уяви, здібностей тощо. Так, під час роботи з підручником потрібно розвивати критичне мислення, здатність формулювати запитання, аргументувати власну точку зору, вести дискусію, діалог тощо.

Таким чином, ефективність підручника визначається тим, наскільки він забезпечує професійну підготовку студентів, сприяє розвитку пізнавальних інтересів, дає змогу проявити здібності, стимулює творчу

активність, допомагає формуванню гармонійно розвиненої особистості спеціаліста європейського рівня.

Якість засвоєння матеріалу залежить і від структури підручника, збалансованості та системності його змісту. Проблема правильного структурування підручника є наразі актуальною. В додатку 1 до наказу Міністерства освіти і науки України від 27.06.2008 № 588 відображена система побудови підручника для вищої школи, що передбачає [2]:

1. Зміст – перелік заголовків рубрик у книзі, які точно повторюють заголовки в тексті.

2. Вступ, що повинен визначити роль та завдання дисципліни при підготовці фахівця, сформулювати завдання, які стоять перед студентом і у вирішенні яких запропонований підручник чи посібник має відігравати провідну роль.

3. Текст підручника не ретранслює наукові дані, а навчає способів самостійного опанування знаннями та поповнення їх. Він має поступово перетворюватись в інтелектуальний самовчитель, бути орієнтиром для навчальних здібностей студента.

Так, в текстах для студентів медичного профілю необхідна реалізація трьох основних принципів: автентичності, професійної інтеграції та стабільності. Апарат організації засвоєння – питання, тексти, задачі, завдання, інструктивні матеріали тощо – має на меті, перш за все, полегшити самостійну роботу студента, надати йому можливість не тільки засвоїти теоретичний матеріал, а й набути практичних навичок і перевірити їх.

4. Ілюстративний матеріал, який підсилює емоційний, естетичний, пізнавальний вплив навчального матеріалу, допомагає студентів краще засвоїти додаткову інформацію.

5. Бібліографічний опис, що містить список використаних джерел та рекомендовану літературу для поглибленого вивчення курсу.

6. Довідковий матеріал, який є сукупністю визначених термінів та понять, їх розуміння забезпечує свідоме засвоєння змісту навчального матеріалу. У підручнику чи посібнику також слід представити іменний покажчик з переліком і характеристикою імен, які зустрічаються в книзі. Прикладом може бути глосарій.

7. Додатки, які збагачують зміст підручника, доповнюють та ілюструють матеріал, гармонійно вписуючись в основний зміст, дають можливість перевірити засвоєні знання, розвивають здатність до самостійної творчої роботи та самоконтролю.

Отже, структура підручника чи посібника відіграє одну з провідних ролей в оцінці його ефективності й,

водночас є вимогою і важливою умовою успіху в написанні навчальної книги.

Міністерством охорони здоров'я України з метою покращання забезпечення студентів вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів сучасними підручниками, підготовленими державною мовою, відповідно до оновлених навчальних програм, наказом МОЗ України від 22.06.2010 № 502 “Про затвердження робочих груп з питань підготовки національних підручників для студентів вищих навчальних закладів IV рівня акредитації, підпорядкованих МОЗ України”, доручено провідним фахівцям ВМ(Ф)НЗ сформувати авторські колективи для підготовки базових підручників з усіх дисциплін діючих навчальних планів підготовки лікарів та фармацевтів. Оскільки відповідно до чинного законодавства викладання у вищих навчальних закладах здійснюється українською мовою, у вказаному наказі базовий підручник названо національним.

Цим наказом було затверджено склад координаційної групи та робочих груп з підготовки єдиних національних підручників, до яких увійшли завідувачі опорних кафедр та провідні фахівці галузі.

МОЗ України листом від 25.10.2010 № 08-01-47/2361 було доручено ректорам вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів організувати проведення міжкафедральних нарад завідувачів однопрофільних кафедр та відповідно до їх пропозицій сформувати авторські колективи для підготовки національних підручників, як це передбачено у наказі МОЗ України від 22.06.2010 № 502. Дані пропозиції ВМ(Ф)НЗ були розглянуті та обговорені на засіданні Комісії з медицини МОН України.

Для більш конкретного визначення змісту підручників Центральним методичним кабінетом з вищої

медичної освіти МОЗ України (лист від 11.02.2011 № 23-01-9/28) авторським колективам запропоновано підготувати плани-проспекти та анотації. На підставі вказаних матеріалів підготовлено перелік державних базових підручників для вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації та план видання їх на 2011–2013 роки.

Міністерство охорони здоров'я України сподівається на покращання економічної ситуації в державі й на те, що все ж таки буде відновлено державне фінансування на видання навчальної літератури, в тому числі і для студентів-медиків та фармацевтів.

В Указі Президента України від 30.10.2010 р. № 926/2010 “Про заходи щодо забезпечення пріоритетного розвитку освіти в Україні” доручено Кабінету Міністрів України (р. 3, п. 22) здійснити заходи щодо удосконалення порядку забезпечення навчальною літературою студентів вищих навчальних закладів. У наказі Міністерства освіти і науки України від 20.12.2010 № 1258 “Щодо плану реалізації завдань, визначених розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 серпня 2010 р. № 1728 “Про затвердження плану заходів щодо розвитку вищої освіти на період до 2015 року” є відповідний пункт (п. 2) – “Забезпечити видання навчальної літератури для вищих навчальних закладів, у тому числі на електронних носіях”.

**Висновок.** Таким чином, вирішення проблеми підготовки якісних базових підручників з дисциплін навчальних планів додипломної підготовки фахівців-медиків та фармацевтів усіх спеціальностей можливе за умови завершення підготовки оновлених галузевих стандартів та типових навчальних програм, а також відновлення державного фінансування видання навчальної літератури для студентів.

### Література

1. Вітенко І. С. Стан та проблеми забезпечення студентів-медиків сучасною навчальною книгою / І. С. Вітенко // Матеріали Всеукр. навч.-наук. конф. “Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір” (21–22 травня 2009 р.). – Тернопіль : Укрмедкнига, 2009.
2. Щодо видання навчальної літератури для вищої школи : додаток 1 до наказу МОН України від 27.06.2008 р. № 588.
3. Щодо видання навчальної літератури для вищої школи : додаток 2 до наказу МОН України від 27.06.2008 р. № 588.

4. Зотова-Садило О. Сучасні підходи до створення навчальної літератури для студентів економічних спеціальностей / О. Зотова-Садило // Наукові записки. Серія : Педагогічні науки. – 2010. – Вип. 88. – С.116–119.
5. Щодо якості навчальної літератури : лист Міністерства освіти і науки України від 01.10.10 № 1/9-776.
6. Про внесення змін до Порядку присвоєння вченого звання професора і доцента : Постанова Кабінету Міністрів України від 23 червня 2010 р. № 507.

УДК 61

## ВИМОГИ ДО СУЧАСНОГО УКРАЇНСЬКОГО ПІДРУЧНИКА

I. С. Вітенко, I. В. Мельник, С. В. Штанько

*Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України*

## THE REQUIREMENTS FOR MODERN UKRAINIAN TEXTBOOK

I. S. Vitenko, I. V. Melnyk, S. V. Shtanko

*Central Methodological Office of Higher Medical Education of Ministry of Public Health of Ukraine*

У статті подано вимоги та рекомендації до сучасного українського підручника. Зосереджено увагу на структурі підручника, його відповідності програмі з певної дисципліни.

The authors developed the recommendations and requirements for the modern Ukrainian textbook. The attention is paid to the textbook structure, its accordance to curriculum on some subject.

**Вступ.** Кваліфікована підготовка рукописів підручників та посібників відповідно до оновлених навчальних програм, а також об'єктивне рецензування книг, підготовлених на однопрофільних кафедрах, залишається одним із найважливіших аспектів роботи професорсько-викладацького складу.

**Основна частина.** З метою організації створення базових підручників з усіх дисциплін навчальних планів підготовки медиків та фармацевтів наказом МОЗ України від 22.06.2010 р. № 502 “Про затвердження робочих груп з питань підготовки національних підручників для студентів вищих навчальних закладів IV рівня акредитації, підпорядкованих МОЗ України” затверджено склад координаційної та робочих груп з питань підготовки єдиних національних підручників для студентів вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації, лікарів-інтернів і слухачів закладів післядипломної освіти.

До складу робочих груп увійшли переважно фахівці опорних кафедр, визначених наказом МОЗ України від 26.02.2003 р. № 86 із змінами, внесеними наказами МОЗ України від 12.10.2004 р. № 490 та від 27.12.2005 р. № 762 (218 кафедр, у тому числі з дисциплін підготовки фахівців за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа”, “Стоматологія” – 91; напряму “Фармація” – 38; з проблем післядипломної освіти – 89).

Відповідно до Примірного положення про опорну кафедру вищих медичних (фармацевтичного) на-

вчальних закладів III–IV рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти МОЗ України, затвердженого наказом МОЗ України від 26.02.2003 р. № 86, одними з основних завдань роботи опорних кафедр (пп. 2.1–2.3) є створення та введення у навчальний процес ВМ(Ф)НЗ удосконалених навчальних планів і програм, міжкафедральних підручників, посібників, навчальних відеофільмів, узагальнення та впровадження передового досвіду викладання однопрофільних дисциплін.

Тому саме на фахівців опорних кафедр покладено завдання сформулювати авторські колективи для підготовки національних підручників.

Необхідно зауважити, що за період після затвердження зазначеним вище наказом МОЗ України від 26.02.2003 р. № 86 Примірного положення про опорну кафедру і Переліку опорних кафедр вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти внесено ряд змін до назв як дисциплін, так і кафедр та навчальних закладів, введено ряд нових дисциплін та елективних курсів, забезпечення викладання яких вимагає створення типових навчальних програм і навчально-методичної літератури.

У зв'язку з вищезазначеним, діючий Перелік опорних кафедр вимагає оновлення.

МОЗ України листом від 01.12.2010 р. № 08.01-47/2708 доручило ректорам вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів з урахуванням щорічної оцінки роботи опорних кафедр, що проводиться Цен-

тральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України, подати пропозиції в МОЗ України щодо внесення змін до затвердженого Переліку опорних кафедр.

На сьогоднішній пропозиції ВМ(Ф)НЗ узагальнені, формується оновлений Перелік опорних кафедр за іншою структурою – окремий перелік для кожної зі спеціальностей напрямів підготовки “Медицина” та “Фармація”.

Незалежно від стану підготовки оновленого Переліку опорних кафедр, на виконання зазначеного наказу МОЗ України від 22.06.2010 р. № 501, авторським колективам необхідно підготувати рукописи та подати їх до 01.01.2012 р. для розгляду в МОЗ України.

Вимоги до рукопису підручника, який пропонується як базовий національний з дисципліни, такі:

1. Відповідність рукопису назві дисципліни діючого навчального плану.

2. Обов’язкове введення до авторського колективу завідувачів (професорів) більшості однопрофільних кафедр ВМНЗ IV рівня акредитації МОЗ України.

3. Відповідність змісту рукопису Типовій навчальній програмі з дисципліни.

4. До структури підручника повинні входити:

– перелік розділів;

– вступ (передмова), який відповідає таким основним вимогам: характеризує роль та значення дисципліни у підготовці фахівця, показує місце серед інших дисциплін, містить формулювання основних завдань, що стоять перед студентом при вивченні навчальної дисципліни. Обсяг передмови – 0,1–0,2 авт. арк.;

– основний текст, який повинен характеризуватися об’єктивністю та чіткою логічною послідовністю.

Композиція підручника, подання термінів, прийоми введення до тексту нових понять, використання засобів наочності повинні бути направлені на те, щоб передати студенту певну інформацію, навчити його самостійно користуватися книгою, викликати інтерес до предмета, що вивчається.

У рукописі повинні бути представлені сучасні напрацювання з того чи іншого розділу медицини (новітні дані етіології, застосування сучасних методик інструментальних та лабораторних методів обстеження, використання офіційно затверджених алгоритмів лікування та принципів доказової медицини тощо).

5. Обсяг видання повинен відповідати кількості навчальних годин, передбачених у діючому навчальному плані.

6. У рецензіях профільних фахівців необхідно зазначити:

– відповідність рукопису програмі дисципліни;

– актуальність навчальної книги;

– переваги над наявними підручниками;

– наукову та методичну цінність;

– повноту, послідовність, логічність викладання матеріалу, чіткість формулювань та зв’язок між окремими частинами рукопису.

Зауваження та побажання рецензентів повинні бути принциповими, чітко сформульованими.

**Висновок.** Підготовка якісних базових підручників з дисциплін діючих навчальних планів з усіх спеціальностей підготовки фахівців напрямів “Медицина” та “Фармація” сприятиме забезпеченню студентів навчальними книгами, що, у свою чергу, позитивно впливатиме на якість підготовки фахівців для медичної галузі.



УДК 61:37.017

## ПРО СТАН ВИХОВНОЇ РОБОТИ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ IV РІВНЯ АКРЕДИТАЦІЇ МОЗ УКРАЇНИ

**О. П. Волосовець, Ю. С. П'ятницький, К. В. Баранніков, І. С. Вітенко,  
І. В. Мельник, Н. В. Рековець**

*Міністерство охорони здоров'я України,  
Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти*

## STATE OF EDUCATIONAL WORK IN HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF IV ACCREDITATION LEVEL OF MINISTRY OF PUBLIC HEALTH OF UKRAINE

**O. P. Volosovets, Yu. S. Pyatnytskyi, K. V. Barannikov, I. S. Vitenko, I. V. Melnyk,  
N. V. Rekovets**

*Ministry of Public Health of Ukraine,  
Central Methodical Cabinet of Higher Medical Education*

У роботі проаналізовано стан виховної роботи у вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах IV рівня акредитації МОЗ України за 2009/2010 навчальний рік.

In the work were analyzed the state of educative work in higher medical (pharmaceutical) educational institutions of IV accreditation level of Ministry of Public Health of Ukraine for 2009/2010 academic years.

Міністерством охорони здоров'я України проведено аналіз звітів усіх вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації МОЗ України з виховної роботи за 2009/2010 навчальний рік.

Встановлено, що з метою реалізації державної політики в галузі освіти керівники та колективи навчальних закладів у минулому навчальному році дотримувалися виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 28.01.2009 р. № 41 “Про затвердження Державної цільової соціальної програми “Молодь України” на 2009–2015 роки”, Концепції Загальнодержавної цільової програми “Здорова нація” на 2009–2013 роки, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21.05.2008 р. № 731-р., наказу МОЗ України від 27.11.2008 р. № 687 “Про покращення виховної роботи у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I–IV рівнів акредитації, закладах післядипломної освіти, науково-дослідних установах і закладах охорони здоров'я”, а також рішення колегії Міністерства освіти і науки України від 25.06.2009 р., протокол № 7/2-4 “Про затвердження Концепції національного виховання сту-

дентської молоді”, наказу МОН України від 22.01.2010 р. № 28 “Про оголошення розпорядження Кабінету Міністрів України від 08.12.2009 № 1494-р” про затвердження плану заходів щодо підвищення рівня патріотичного виховання учнівської та студентської молоді шляхом проведення на постійній основі тематичних екскурсій до об'єктів культурної спадщини, інших нормативних документів, що регламентують різні напрями виховної роботи зі студентською молоддю.

У всіх вищих медичних навчальних закладах МОЗ України на належному рівні проводилась робота серед студентів з національно-патріотичного, правового, фізичного, екологічного, художньо-естетичного, родинно-сімейного виховання, приділялася значна увага роботі студентського самоврядування, формування здорового способу життя студентської молоді. Студенти практично всіх навчальних закладів брали участь у всеукраїнських предметних олімпіадах.

Виховна робота спланована, проводяться заходи до знаменних і пам'ятних дат. У всіх навчальних закладах створені координаційні ради з виховної роботи,

до складу яких входять ректори, проректори, декани факультетів та їх заступники, куратори, представники студентського самоврядування та іноземних земляцтв, за якими закріплені кафедри.

З метою національно-патріотичного виховання виховна робота була спрямована на формування в студентської молоді високих духовно-моральних принципів і громадянської відповідальності, національної свідомості, відданості своїй Вітчизні, військово-патріотичних якостей молоді на основі славних бойових традицій народу під час Великої Вітчизняної війни 1941–1945 років, виховання бережливого ставлення до національного багатства країни, мови, культури, традицій, любові до рідної землі, її історії, відновлення і збереження історичної пам’яті.

У межах відзначення 65-ї річниці перемоги у Великій Вітчизняній війні 1941–1945 років у всіх вищих навчальних закладах проведені науково-практичні конференції, уроки пам’яті, тематичні семінари, виховні години, політичне інформування, урочисті збори, літературні читання за участю ветеранів, учасників бойових дій, працівників тилу періоду війни; тематичні “круглі столи”, виставки, диспути й обговорення книг на військово-патріотичну тематику.

З метою виховання громадянина-патріота, формування у студентів глибокого розуміння громадянського обов’язку, готовності в будь-який час стати на захист Батьківщини, оволодіння військовими і військово-технічними знаннями, спонукання до фізичного самовдосконалення, а також вивчення бойових традицій та героїчних сторінок історії українського народу, його Збройних сил кафедрами медицини катастроф та військової медицини проведені зі студентами тематичні вечори. Зокрема, “Історія Українського війська”, “День пам’яток історії та культури”, “Збройні Сили сучасності” та ін.

Проведені конкурси студентських рефератів із висвітленням руйнівних наслідків голодомору українського народу, інформаційно-просвітницькі години, присвячені питанням подальшого дослідження теми голодоморів в Україні, виховні години та бесіди на теми: “Соціально-демографічні та морально-психологічні наслідки голоду 1932–1933 років в Україні”, “Україна пам’ятає”, “Голодомор у пам’яті назавжди”, екскурсії, перегляд документальних фільмів, присвячених тематиці Голодомору 1932–1933 років в Україні, виставки архівних документів, фотоматеріалів, творів мистецтва, презентація видань, які висвітлюють події, пов’язані з геноцидом українського народу.

Велика роль у формуванні почуття патріотизму в студентів залишається за університетськими музеями, в яких знаходяться матеріали про життєвий та

професійний шлях видатних лікарів, прізвищами яких пишуться навчальний заклад, регіон, держава.

У всіх вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах МОЗ України широко відзначалися традиційні Шевченківські декади, дні пам’яті Грушевського, Лесі Українки, Івана Франка, 200-річчя Миколи Гоголя, 350-річчя Конотопської битви, проведені літературні вечори, уроки, присвячені історії української культури за участю акторів обласних театрів. До Дня Конституції України, Дня Соборності України, Дня Незалежності України, Дня науки проведені науково-практичні конференції та інші масові заходи.

На реалізацію державної політики в галузі мови, виконання Державної програми розвитку і функціонування української мови на 2004–2010 роки вищими медичними та фармацевтичним навчальними закладами IV рівня акредитації спільно з місцевими осередками Всеукраїнського товариства “Просвіта” ім. Т. Г. Шевченка, спілками письменників, журналістами, народними митцями проведена організаційна робота щодо відродження українських традицій, історії та культури. У межах Всеукраїнського фестивалю народних талантів “Барви рідного краю” проведені обласні конкурси художньої самодіяльності.

У читальних залах бібліотек ВМ(Ф)НЗ естетично та змістовно оформлені змінні тематичні книжкові виставки і стенди за темами: “Українська мова – душа народу”, “Моя земля – як пісня чарівна”, “Україна. Сторінки історії та сучасність”, “Сучасна українська мова”, “Українська муза”, “Українське діловодство”, книжкові виставки художніх творів письменників національних меншин. Проводяться дні рідної мови, зустрічі з поетами та письменниками рідного краю. Традиційними стали щорічні конференції, літературні вечори, які роблять вагомий внесок у розбудову незалежної України.

З метою громадянсько-правового виховання студентів колективи ВМ(Ф)НЗ формують світоглядну переконаність, відповідальність, які в сукупності забезпечують громадянську спрямованість. Належна увага приділяється питанням правової освіти та правового виховання іноземців.

У навчальних закладах регулярно проводяться заходи щодо гарантування безпеки перебування іноземних громадян на території України. Організовані зустрічі, консультації та бесіди за участю співробітників регіональних управлінь МВС та прокуратури. Посилений контроль за виконанням іноземними громадянами вимог чинного законодавства України та дотриманням правил внутрішнього розпорядку медичного вузу.



У навчально-виховному процесі вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів велика увага приділяється моральному вихованню студентів. З цією метою зі студентами проводяться бесіди та виховні години з таких тем: “Виховання як один із аспектів соціалізації людини”, “Проблема духовного розвитку людини в сучасних умовах”, “Мораль у свідомості іноземців та українців”, “Соціально-побутові проблеми сучасної молоді” та ін.

Моральне виховання передбачає формування моральної культури особистості, цілеспрямованості, відповідальності, гуманізму, патріотизму, інтернаціоналізму, ініціативності, ввічливості, стриманості, наполегливості, самостійності, виховання самокритичності, справедливого ставлення до інших, вимогливості до себе, витримки, становлення етики міжнетичних відносин та культури міжнародних стосунків.

Студентську молодь залучають до участі у добровільних акціях. У всіх ВМ(Ф)НЗ створені “групи милосердя” (волонтери) зі студентів та лікарів-інтернів, які надають допомогу хворим на онкологічні захворювання, ВІЛ/СНІД, особам з обмеженими фізичними можливостями, ветеранам війни та праці, дітям, позбавленим батьківського піклування.

Щорічно Міністерством освіти і науки України проводяться виставки-презентації з інноваційного розвитку освіти та впровадження сучасних освітніх технологій, в яких беруть участь вищі медичні навчальні заклади.

У всіх наукових виставках, в тому числі міжнародних, бере участь *Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*. На XIII Міжнародній виставці навчальних закладів “Сучасна освіта в Україні-2010” (24–26.02.2010 р.) університет здобув почесне звання “Лідер сучасної освіти”, його вп’яте нагороджено Золотою медаллю в номінації “Крок у майбутнє – післядипломна освіта”.

З метою художньо-естетичного виховання колективами вищих медичних (фармацевтичного) навчальних закладів IV рівня акредитації проведені різноманітні конкурси, фестивалі, екскурсії. Стали традиційними студентські вечори: “День студента”, “Осінній зорепад”, “Вечір гумору”, “Новорічний вечір”, випускний вечір, Посвячення в студенти та ін. З метою розвитку естетичних потреб і почуттів, художніх здібностей і творчої діяльності студентів у всіх навчальних закладах створені колективи художньої самодіяльності. Налагоджена співпраця з мистецькими колективами та культурними закладами. Студенти відвідують музеї, театри, обласні філармонії.

З метою трудового виховання в навчальних закладах формують у студентів свідоме і творче ставлення до праці в умовах ринкової економіки. У *Національному фармацевтичному університеті (м. Харків)* розвивається міжнародне співробітництво, в період літніх канікул організована робота 112 студентів у студентських трудових загонах, які працювали у сфері обслуговування. За свою роботу студенти нагороджені подяками та грамотами.

Особлива роль у виховній діяльності покладається на органи студентського самоврядування, яке є фундаментом і рушійною силою виховного процесу. Особлива увага приділяється питанням виховної роботи зі студентами, які проживають в гуртожитках. Проводяться огляди-конкурси на кращу кімнату, кращий гуртожиток. Це сприяє поліпшенню побутових та естетичних умов проживання. Студенти *Дніпропетровської державної медичної академії* взяли участь у міжвузівському конкурсі на кращий гуртожиток серед вищих навчальних закладів Дніпропетровщини. А в *Запорізькому державному медичному університеті* гуртожиток № 5 зайняв перше місце в загальноміському конкурсі на кращий студентський гуртожиток.

У *Запорізькому державному медичному університеті* працює система соціального захисту студентів з малозабезпечених сімей, інвалідів дитинства, постраждалих від аварії на Чорнобильській АС, сімей загиблих військовослужбовців. Усі сім’ї студентів забезпечені окремими кімнатами в гуртожитках.

З метою екологічного виховання значна увага приділяється формуванню екологічного мислення та екологічної культури у майбутніх лікарів, вихованню почуття відповідальності за природу як національне багатство. У навчальних закладах 24.04.2010 р. проведено трудову акцію – День благоустрою та озеленення. Студентами *Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського* закладено алею дерев, присвячену Дню довкілля, проведено засідання круглого столу “Екологія та моральність”.

Зі студентської молоді, яка навчається за фахом “Медико-профілактична справа”, створені та працюють групи “інспекторів-екологів”. Зокрема, зі студентів *Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького* організовано роботу шести таких груп.

Студенти *Дніпропетровської державної медичної академії* успішно виступають на екологічних міжвузівських конференціях, проводять лекції з еко-

логічної тематики у вищих навчальних закладах Дніпропетровська.

У всіх навчальних закладах забезпечені умови для формування здорового способу життя студентів. Так, при вивченні дисциплін блоку професійної підготовки включені питання здорового способу життя. Зокрема: “Внутрішня медицина”, “Неврологія”, “Педіатрія”, “Фтизіатрія”, “Дерматологія, венерологія”, “Проблеми ВІЛ-інфекцій”, “Акушерство та гінекологія”, “Інфекційні хвороби”, “Клінічна імунологія та алергологія”, “Дитячі інфекційні хвороби”, “Хірургічні хвороби”, “Шкірні та венеричні хвороби”, “Загальна практика – сімейна медицина”, “Догляд за хворими” та дисципліни стоматологічного профілю.

Проводяться дискусії, диспути, “круглі столи”, тренінги, бесіди, лекції, доповіді, виховні години, тематичні конференції на теми: “Наркоманія і СНІД”, “Твоє здоров’я в твоїх руках”, “Наркотики і закон: альтернативи немає”, “Культура здорового харчування”, “Вплив інформаційно-комунікативних технологій на психічний та фізичний стан молоді людини”, “Що таке гепатит?”, “Безладне статеве життя крок до зараження”, “Алкоголь і ти”, “Світ без тютюну” та інші форми роботи.

Студенти ВМ(Ф)НЗ беруть участь в акціях, присвячених Всесвітньому дню здоров’я (7 квітня), Міжнародному дню боротьби з тютюнокурінням (31 травня), Всесвітньому дню боротьби зі СНІДом (1 грудня), Всесвітньому дню боротьби з туберкульозом (24 березня) та ін. Студенти всіх медичних навчальних закладів брали активну участь у Всеукраїнських акціях: “Антинаркотик”, “Життя без куріння”, “Тверезість”, “АнтиСНІД”, “Правозахисний рух в Україні: історія і сучасність”, “Врятуємо планету разом”, “Серце до серця” та ін. На регіональному рівні проведені студентські акції “Молодь обирає здоровий спосіб життя”, “Філософія здоров’я” та ін.

До цього залучаються висококваліфіковані спеціалісти: медичні фахівці, працівники органів прокуратури, внутрішніх справ та ін. Студенти ВМ(Ф)НЗ, у свою чергу, регулярно виступають з лекціями вказаної тематики в загальноосвітніх та вищих навчальних закладах своїх регіонів.

З метою профілактики туберкульозу студентами Луганського державного медичного університету в шахтарських селищах проведені цільові медичні огляди населення.

Студентам із числа дітей-сиріт Буковинського державного медичного університету надається безкоштовна медико-психологічна та психотерапев-

тична допомога в Медико-психологічному центрі університету.

У ВМ(Ф)НЗ систематично проводиться робота з питань донорства. Найкраще ця робота поставлена в Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця.

На виконання Державної програми розвитку фізичної культури і спорту на 2007–2011 роки, Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми “Здорова нація” на 2009–2013 роки, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21.05.2008 р. № 731-р, відповідних заходів Міністерства охорони здоров’я України та з метою пропагування здорового способу життя, стимулювання розвитку фізичного виховання та спорту в усіх вищих медичних навчальних закладах України проведені спартакіади з різних видів спорту. Створені спортивні клуби, при гуртожитках працюють оздоровчо-фізкультурні групи.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця та Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика забезпечують підвищення кваліфікації працівників ВМНЗ, відповідальних за виховну роботу.

Проте питання патріотичного виховання великою мірою залежать від процесів, які відбуваються в суспільстві. Незважаючи на те, що педагогічні колективи докладають немало зусиль, ця робота часто залишається малоефективною.

Наголошуємо, що питання виховної роботи перебувають під постійним контролем міністерств та відомств, які мають у своєму підпорядкуванні вищі навчальні заклади, та регламентовані чинними нормативно-правовими актами – Указом Президента України від 30.09.2010 р. № 926 “Про заходи щодо забезпечення пріоритетного розвитку освіти в Україні”, Постановою Кабінету Міністрів України від 28.01.2009 р. № 41 “Про затвердження Державної цільової соціальної програми “Молодь України” на 2009–2015 роки”, Концепцією Загальнодержавної цільової програми “Здорова нація” на 2009–2013 роки, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21.05.2008 р. № 731-р., наказом МОЗ України від 27.11.2008 р. № 687 “Про покращання виховної роботи у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах I–IV рівнів акредитації, закладах післядипломної освіти, науково-дослідних установах і закладах охорони здоров’я”, Концепцією національного виховання студентської молоді, схваленою рішенням Колегії Міністерства освіти і науки України від 25.06.2009 р. тощо.

Важливим елементом виховної роботи в кожному вищому навчальному закладі є виявлення та заохочення обдарованих студентів шляхом проведення предметних олімпіад.

На виконання Державної цільової програми з обдарованою молоддю на 2007–2010 роки, затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 08.08.2007 р. № 1016, наказу Міністерства освіти і науки України від 23.12.2008 р. № 1188 “Про проведення Всеукраїнської студентської олімпіади 2008–2011 років”, щорічних наказів МОН України щодо проведення відповідної олімпіади та з метою подальшого пошуку обдарованої студентської молоді, створення умов для її творчого зростання, підвищення якості підготовки кваліфікованих фахівців у вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах IV рівня акредитації МОЗ України проведені щорічні всеукраїнські студентські олімпіади з навчальних дисциплін, напрямів та спеціальностей.

У вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах IV рівня акредитації МОЗ України створені оптимальні умови для виявлення обдарованої молоді й надання їй підтримки щодо розвитку творчого, інтелектуального і духовного потенціалу, самореалізації такої молоді та її постійного самовдосконалення. Сьогодні вимагає від лікаря постійно поповнювати знання, користуючись новітніми освітніми технологіями. У кожному вищому навчальному закладі викладачі виявляють обдарованих і здібних студентів, розвивають їх творчі здібності, залучають до наукового пошуку, стимулюють творчу працю, намагаються розкрити їх індивідуальність. Студенти займаються в студентських наукових товариствах. У кожному ВМ(Ф)НЗ щорічно проводиться перший етап олімпіади, а в базових вищих навчальних закладах – другий етап Всеукраїнської студентської олімпіади з навчальних дисциплін, напрямів та спеціальностей, підсумки якої щорічно затверджуються наказом Міністерства освіти і науки України. За минулий навчальний рік результати затверджені відповідним наказом МОН від 29.07.2010 р. № 868.

У другому етапі Всеукраїнської студентської олімпіади брали участь всі 15 вищих медичних (фармацевтичний) навчальних закладів, з 14-ти навчальних дисциплін 52 студенти отримали призові місця. При цьому перше та друге місця отримали по 17 студентів, третє – 18 осіб.

Найбільше призерів серед студентів Національного медичного університету імені О. О. Богомольця – 13 осіб, ще по шість осіб – з Харківського національ-

ного медичного університету та Медичного інституту Сумського державного університету.

З напрямів та спеціальностей всього переможців Всеукраїнської студентської олімпіади 2009/2010 навчального року 20 осіб з 11-ти ВМ(Ф)НЗ, п’яти спеціальностей. При цьому перше і третє місця вибороли по шість студентів, друге – вісім осіб.

У другому етапі Всеукраїнської студентської олімпіади:

– Стали переможцями студенти *Національного медичного університету імені О. О. Богомольця* з чотирьох спеціальностей. Решта десять ВМ(Ф)НЗ вибороли по одному-два призових місця.

– Взяли участь 18 студентів *Буковинського державного медичного університету* із шести навчальних дисциплін та чотири студенти змагалися на олімпіаді з двох спеціальностей. При цьому два студенти посіли перше, один – третє місце. Ще один студент виборов друге призове місце зі спеціальності “Лікувальна справа”.

– Студенти *Донецького національного медичного університету ім. М. Горького* взяли участь з трьох спеціальностей та п’яти навчальних дисциплін. При цьому один студент виборов друге призове місце зі спеціальності “Педіатрія”.

– 28 студентів *Запорізького державного медичного університету* з 14-ти навчальних дисциплін. Вісім студентів змагалися на олімпіаді з чотирьох спеціальностей. При цьому студенти стали переможцями: з анатомії вибороли друге призове місце і ще третє місце посіли з латинської мови і з соціальної медицини та організації охорони здоров’я.

– Чотири студенти *Івано-Франківського національного медичного університету* з навчальних дисциплін вибороли призові місця, зокрема, два – перше і по одному – друге і третє місця.

– П’ять студентів *Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького* посіли призові місця з навчальних дисциплін. Зокрема, перше місце з хімії вибороли два студенти і друге місце з латинської мови – три студенти.

– Взяли участь 21 студент *Луганського державного медичного університету* з 12-ти навчальних дисциплін та чотири студенти з чотирьох спеціальностей. Третє призове місце з педіатрії посів один студент.

– Взяли участь 30 студентів *Одеського національного медичного університету* із семи навчальних дисциплін та п’яти спеціальностей. За результатами участі в другому етапі Всеукраїнської студентської олімпіади з навчальних дисциплін перше місце вибо-

ролі два студенти і друге місце посів один студент. Зі спеціальності “Лікувальна справа” (акушерство і гінекологія) один студент виборов друге призове місце. Заохочувальними дипломами та грамотами нагороджені чотири студенти.

– Один студент *Української медичної стоматологічної академії (м. Полтава)* посів третє місце з латинської мови і ще один студент посів третє місце із стоматології.

– Сім студентів із 33-х, що брали участь, *Харківського національного медичного університету*, посіли призові місця, в тому числі три – перші.

Таким чином, студентська олімпіада як всеукраїнський захід спрямована не тільки на визначення зацікавленості студентів конкретним предметом, з’ясування рівня їх професійної підготовки, уміння швидко

і правильно приймати рішення, а також це можливість перевірити свої знання, рівень компетентності та наукові здібності.

За останні роки в НМУ значно підвищився науковий ступінь студентських дослідницьких робіт, більш актуальною і конкретною стала їх тематика. Для сучасного лікаря необхідне вміння творчо мислити над кожним складним клінічним випадком [5].

Застосування методу організації наукової роботи студентів як цілісної системи активізує свідомість студентів і стимулює їх до самостійної творчої діяльності та, в кінцевому рахунку, позитивно відобразиться на їх майбутній професійній діяльності [4].

Обдарована молодь – це майбутня еліта будь-якої країни у всіх сферах життя. Відтак – це безпека, благополуччя і гордість нашої української держави.

#### Література

1. Державна цільова програма з обдарованою молоддю на 2007–2010 роки, затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 08.08.2007 р. № 1016.

2. Про затвердження підсумків другого етапу Всеукраїнської студентської олімпіади з навчальних дисциплін, напрямів та спеціальностей: наказ Міністерства освіти і науки України від 29.07.2010 р. № 868.

3. Митус Н. В., Чепіло К. І. “Студентська олімпіада – вагомий чинник навчання та виховання”, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця.

4. Фізор Н. С., Науменко І. А., Унгурян Л. М., Образенко М. С. “Наукова робота студентів як стимул активізації навчального процесу”, Одеський національний медичний університет.

5. Чекман І. С., Горчакова Н. О., Казак Л. І., Небесна Т. Ю., Борзенко І. О. “Педагогічні основи підготовки студентів до наукової роботи з фармакології”, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця.

6. Звіти ВМ(Ф)НЗ про проведення Всеукраїнської студентської олімпіади з навчальних дисциплін, напрямів та спеціальностей в 2009–2010 навчальному році.



УДК 378.147.001.76+61(477-25)

## ПРО ЗАВДАННЯ З ВПРОВАДЖЕННЯ ЄВРОПЕЙСЬКИХ СТАНДАРТІВ ТА ДИРЕКТИВ ІЗ ВНУТРІШНЬОЇ ТА ЗОВНІШНЬОЇ ГАРАНТІЇ ЯКОСТІ В СИСТЕМУ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ У НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ

**В. Ф. Москаленко, О. П. Яворовський, Л. І. Остапюк, В. Є. Чешук**  
*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*

## TASKS OF IMPLEMENTATION OF EUROPEAN STANDARDS AND INSTRUCTIONS ON INTERNAL AND EXTERNAL QUALITY ASSURANCE INTO PHYSICIANS' AND PHARMACISTS' TRAINING AT NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY BY O. O. BOHOMOLETS

**V. F. Moskalenko, O. P. Yavorovskiy, L. I. Ostapyuk, V. Ye. Cheshuk**  
*National Medical University by O.O. Bohomolets*

У роботі відображено шестирічний досвід впровадження ECTS в систему підготовки лікарів та завдання щодо покращення менеджменту системи якості відповідно до Європейських стандартів та директив з гарантії якості (ENQA).

The article adduces the six-year experience of the ECTS implementation into the University system of physicians' training and tasks on quality system management improvement in accordance with European standards and instructions on quality assurance (ENQA).

**Вступ.** Модернізація вищої медичної освіти в контексті європейських вимог розпочалась значно раніше набуття нашою державою статусу учасниці Болонського процесу в м. Бергені у травні 2005 р. Упродовж останніх 6 років вищі навчальні медичні заклади України, в тому числі Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, активно працювали в напрямі інтеграції медичної освіти і науки України у єдиний Європейський освітній простір відповідно до заходів, передбачених наказом МОЗ України від 22.03.2004 р., № 148 [1]. Особливу увагу приділяли розробці й впровадженню заходів щодо підвищення якості освіти на рівні, який би у майбутньому відповідав міжнародним критеріям. Це тим більше важливо, що у документах, котрі регулюють Болонський процес і які були опубліковані упродовж 1999–2010 років, якість належить до ключових питань.

**Основна частина.** У 2011 році 841 випускник медичних факультетів (із них 74 іноземні громадяни),

які з 1 вересня 2005 року розпочали навчання за вимогами Європейської кредитно-трансферної системи (ЄКТС), отримують диплом спеціаліста, додаток до диплома вітчизняного зразка та міжнародний додаток до диплома: Diploma Supplement.

За новою методологією навчання (ЄКТС) і її технологією – кредитно-модульною системою організації навчального процесу (КМСОНП) в університеті навчаються 7058 (70 %) студентів медичного, медико-психологічного, стоматологічного і фармацевтичного факультетів.

Модернізація системи підготовки лікарів в Україні, у т. ч. в НМУ зумовила ряд вагомих перетворень в організації навчально-виховного процесу на додипломному етапі:

– впровадження нової моделі навчального плану (проект ECTS), в якому назви дисциплін приведено у відповідність до таких в медичних університетах Європи, зменшене тижневе навантаження до 24–26 на-



навчальних годин, в той час як кількість навчальних годин на самостійну роботу студентів зросла до 40–45 %;

– назви кафедр в НМУ приведено у відповідність з назвами дисциплін в новому навчальному плані; замість факультетських і госпітальних кафедр створені, відповідно, кафедри внутрішньої медицини, хірургії, педіатрії з наскрізними програмами викладання дисциплін шляхом ротації змістових модулів;

– 48 опорних кафедр університету очолили роботу однопрофільних кафедр ВМ(Ф)НЗ України зі створення нового інформаційного та навчально-методичного забезпечення;

– співробітниками базових (опорних) кафедр НМУ разом з однопрофільними кафедрами України розроблено більше 200 типових навчальних програм з нормативних дисциплін та елективних курсів; видано 170 підручників та близько 300 навчальних посібників нового покоління;

– впроваджено такі принципи ЄКТС, як кредитність, модульність, методичне консультування, діагностичність, індивідуалізація навчання, суб’єктно-суб’єктні відносини між викладачем і студентом, що значно збільшує їх взаємну відповідальність і зацікавленість у позитивних результатах;

– впроваджено стандартизовану систему оцінювання результатів навчання студентів, яка мотивує їх до систематичної роботи, оскільки результати поточного контролю є вагомим частиною підсумкової оцінки з навчальної дисципліни; впроваджене ранжування студентів за шкалою ЄКТС з присвоєнням оцінок “А”, “В”, “С”, “D”, “E”;

– значно посилено роботу із створення резерву на посади викладача за рахунок залучення на кафедри талановитої молоді з числа випускників за критеріями відбору: висока успішність, активна участь у наукових гуртках, конференціях, олімпіадах, наявність наукових публікацій, вільне володіння іноземними мовами і комп’ютерною технікою.

На підставі вищесказаного можна зробити висновки, що ВНМЗ України, в тому числі НМУ імені О. О. Богомольця, виконали вимоги Програми проведення педагогічного експерименту щодо впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих навчальних закладах III–IV рівнів акредитації, яка затверджена наказом МОН України від 23.01.2004 р., № 48 та відповідними наказами МОЗ України з питань реалізації положень Болонської декларації у системі вищої медичної та фармацевтичної освіти.

2010 рік було визначено країнами-учасницями Болонського процесу роком завершення створення Європейського простору вищої освіти. В той же час коміюнке, прийняті міністрами освіти у Льовені/Лувен-ля-Ньов (2009 р.) [2] та Будапешті/Відні (2010 р.) [3], відмітили, що Європейський простір вищої освіти ще повністю не сформувався. Проте було відмічено такі досягнення за 10 років розбудови єдиного Європейського освітнього простору:

– розробка національних рамок кваліфікацій відповідно до європейських вимог;

– часткова реалізація принципу мобільності студентів та викладачів;

– опанування навчальними закладами нової методології та технології навчання: Європейської кредитно-трансферної системи;

– запровадження навчання, орієнтованого на студента.

Коміюнке в Льовені/Лувен-ля-Ньов та Будапешті/Відні (2009, 2010) визначили такі пріоритети та завдання:

– продовжити процес створення Європейського простору вищої освіти до 2020 року;

– як мінімум до 2020 року 20 % випускників повинні пройти період навчання або практику за кордоном;

– необхідно глибоко проаналізувати впровадження Болонського процесу, прислухаючись до критики з боку викладачів і студентів, працювати над його вдосконаленням;

– запровадити в освіті країн-учасниць Болонського процесу стандарти і рекомендації щодо забезпечення якості у Європейському просторі вищої освіти.

Процес подальшого удосконалення системи підготовки лікарів на європейських засадах передбачає переосмислення шестирічного досвіду її модернізації за новою методологією і технологією навчання ЄКТС, а також використання цього досвіду на якісно новому рівні.

Вагомим досягненням Болонського процесу є визначення стандартів якості вищої освіти в країнах Європи. Важливим є те, що оцінка якості за Європейськими стандартами буде ґрунтуватись не на тривалості або змісті навчання, а на компетенціях, що набули випускники.

Рішення Колегії МОН України від 2 квітня 2009 року визначає такі завдання для ВНЗ України з підвищення якості освіти:

– вжити заходів щодо подальшого вдосконалення системи внутрішнього моніторингу якості вищої освіти і запровадити у всіх вищих навчальних закладах

моніторинг якості освітніх послуг з урахуванням оцінок студентства;

- поширити практику оцінки діяльності викладача вищого навчального закладу студентами;

- створити сектор моніторингу впровадження якості освітніх послуг у навчальних закладах.

Наказом НМУ № 144 від 01.04. 2010 створено сектор моніторингу якості освіти в складі навчально-методичного відділу, пріоритетним завданням якого є створення в університеті сучасної системи менеджменту якості.

У той же час формування національної системи контролю якості освіти сьогодні не може не враховувати порівняльних критеріїв, механізмів і методів їх оцінки відповідно до вимог ENQA (European Association for Quality Assurance – Європейська асоціація гарантії якості у вищій освіті) [4].

ENQA розроблено три групи Європейських стандартів і директив, що стосуються внутрішньої гарантії якості у ВНЗ, зовнішньої гарантії якості та стандартів і директив для акредитаційних агентств.

Європейські стандарти та директиви з внутрішньої гарантії якості у ВНЗ передбачають наявність у закладах вищої освіти таких компонентів: політики і відповідних процедур гарантії якості, стратегії постійного її підвищення, визначення відповідної ролі в цих процесах студентства, оцінювання за прозорими та об'єктивними критеріями успішності студентів як одного з найбільш важливих елементів у вищій освіті. Особливу увагу приділяють наявності у ВНЗ механізмів встановлення компетентності та необхідної кваліфікації викладачів, дієвих засобів морального та матеріального заохочення кращих з них, а також відсторонення від викладання недостатньо компетентних викладачів.

Стандарти і директиви, що стосуються внутрішньої гарантії якості у ВНЗ, передбачають постійний моніторинг і періодичні перевірки програм, які повинні бути релевантними цілям навчання, а також участь студентів у процедурах гарантії якості. Ресурси навчання і підтримка студентів повинні знаходитись у вільному доступі, постійно покращуватись за пропозиціями студентів.

Значну увагу приділяють у стандартах проведенню вищими навчальними закладами регулярного самообстеження, як обов'язкового елементу для забезпечення ефективної гарантії якості. Це тим більше важливо, що Європейські стандарти і директиви із зовнішньої гарантії якості у ВНЗ обов'язково враховують ефективність процесів внутрішньої оцінки якості в навчальних закладах.

Європейські стандарти та директиви гарантії якості регламентують, що “... відповідно до принципу інституційної автономії основна відповідальність за забезпечення якості лежить на кожному з ВНЗ. Це є основою для реальної підзвітності академічної системи якості”.

Адміністрація та керівники структурних підрозділів НМУ, проаналізувавши чинну традиційну систему забезпечення якості освіти, а також сучасні методики, процеси і ресурси, необхідні для удосконалення системи менеджменту якості в університеті, створили Перспективний комплексний план розвитку НМУ імені О. О. Богомольця (2011–2017 рр.), в якому викладено стратегію, політику, процедури щодо постійного вдосконалення якості.

Концептуальним напрямом у галузі освіти, як передбачено “Перспективним комплексним планом розвитку ... (2011–2017 рр.)”, є утримання лідерських позицій університету в сфері підготовки та забезпеченні конкурентоспроможності фахівців, їх відповідності сучасним вимогам динамічного розвитку ринку праці. Забезпечення європейської якості освіти та подальше входження в світове освітнє середовище буде здійснюватись через виконання таких завдань:

- досягнення відповідності освітніх послуг державним стандартам і європейським вимогам до якості підготовки фахівців;

- впровадження в університеті системи управління якістю освітньої діяльності на основі ідеології загального управління якістю та стандарту ДСТУ ISO – 9001:2008 з метою підготовки до сертифікування системи управління якістю;

- подальше впровадження компетентнісної моделі підготовки лікарів і провізорів на основі цілісної системи знань, розумінь, вмінь, навичок, практичних здібностей у вирішенні професійних завдань, впровадження адекватних сучасних методів оцінювання;

- створення умов впровадження концепції якості підготовки фахівців на основі трикутника знань “освіта–наука–інновації”;

- створення інноваційної гнучкої технології планування та організації навчального процесу, орієнтованої на індивідуалізацію навчання, стимулювання творчої самостійної роботи студентів;

- розробка концептуальних підходів та впровадження в навчально-методичну діяльність університету інноваційних форм і методів навчання, які враховують психологічний портрет сучасного студента, лікаря (провізора)-інтерна;

– впровадження інноваційних технологій та методів навчання, заснованих на досягненнях науки, інформаційних і дистанційних освітніх технологіях;

– забезпечення варіативності форм навчання на основі інтеграції вітчизняного та зарубіжного досвіду та впровадження інноваційних підходів, реалізації сучасних методик телематичної та дистанційної освіти в контексті органічного доповнення традиційних (денної та заочної) форм освітньої діяльності;

– впровадження інноваційних підходів до мовної підготовки викладачів і студентів, досягнення необхідного рівня володіння однією іноземною мовою, в перспективі – двома; читання лекцій і проведення занять іноземною мовою для вітчизняних студентів;

– створення навчально-виробничих комплексів з інтегрованими навчальними планами із закладами I–III рівнів акредитації;

– формування системи програм додаткової професійної вищої освіти (правової, менеджменту в медицині та фармації, бізнес-освіти);

– створення мережі інноваційних навчально-виробничих лабораторій (навчально-виробнича аптека, центр набуття практичних навичок);

– здійснення системного моніторингу освітньої діяльності університету з метою постійного удосконалення системи менеджменту якості;

– впровадження системи атестації науково-педагогічних працівників з врахуванням їх досягнень на інституційному, державному та міжнародному рівнях із диференційованими формами морального та матеріального заохочення.

**Висновок.** Зазначені в Перспективному комплексному плані розвитку НМУ імені О. О. Богомольця (2011–2017 рр.) завдання відповідають вимогам Концепції діяльності університету і Європейським стандартам та директивам з внутрішньої гарантії якості, їх виконання буде постійно контролюватись, а ефективність цих процесів буде оцінюватись під час самообстеження з позицій вітчизняних і міжнародних стандартів.

#### Література

1. Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації у системі вищої медичної та фармацевтичної освіти : наказ МОЗ України № 148 від 22.03.2004.

2. Комюніке Конференції Міністрів європейських країн, відповідальних за сферу вищої освіти, Льовен та Лювен-Ля-Ньов, 28-29 квітня 2009 р.

3. Комюніке Конференції Міністрів європейських країн, відповідальних за сферу вищої освіти, Будапешт-Відень, 11-12 березня 2010 р.

4. © European Association for Quality Assurance in Higher Education, 2005 Helsinki.

УДК 614.252.2:615.1:378.2:378.661:002.6:681.31:658.2(477)

## БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ – НОВІ ПРИНЦИПИ ПОБУДОВИ СИСТЕМИ

Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика*

## NEW PRINCIPLES OF CONSTRUCTION OF CONTINUOUS PROFESSIONAL DEVELOPMENT SYSTEM OF DOCTORS AND PHARMACEUTISTS

Yu. V. Voronenko, O. P. Mintser

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

Розглядаються нові технології безперервного навчання лікарів і провізорів на робочому місці. Підкреслюються можливості формування послідовності курсу, вибору його змісту з орієнтацією на індивідуальну траєкторію навчання. Дана технологія дозволяє реалізувати сучасний процес передавання необхідних знань, що пристосовані до професійних особливостей лікарів і провізорів у режимі реального часу.

New technologies of doctors' and pharmacutists' continuous professional development are examined at the workplace. Possibilities of forming of sequence of course, choice of its maintenance are underlined with orientation on the individual trajectory of studies. This technology allows realizing the modern process of necessary knowledge transfer that is adjusted to the professional features of doctors and pharmacutists in real-time.

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

Впровадження безперервного професійного розвитку (БПР) є таким елементом післядипломної освіти, що найбільш діючий і постійно змінюється.

В останні роки активно розробляється принципово нова технологія формування послідовності курсу, вибору його змісту з орієнтацією на індивідуальну траєкторію навчання. Вона дозволяє автоматизувати процес побудови функції пристосованості до індивідуальних особливостей суб'єктів навчання у режимі реального часу.

**Основна частина.** В основі технології лежать декілька основних принципів. Перш за все це припущення, що слухач БПР є центральною фігурою навчального процесу. Відповідно, викладач БПР ставить своїм завданням максимально повне забезпечення слухача навчальними матеріалами шляхом активного використання корпоративної осві-

тньої мережі. Отже, створюється постійна система дистанційного передавання знань.

Підкреслимо, що дистанційне навчання (ДН) – універсальна гуманістична форма навчання, котра базується на використанні широкого спектра традиційних, нових інформаційних і телекомунікаційних технологій і технічних засобів, таких, що створюють додаткові умови для слухача, а саме: вільний вибір освітніх дисциплін, що відповідають міжнародним стандартам, діалоговий обмін з викладачем тощо. При цьому процес навчання не залежить від розташування суб'єктів навчання у просторі та часі, а інформаційно-освітнє середовище утворюється сукупністю знань, що акумулюються в спеціальних навчальних курсах і модулях та базуються на засобах обміну інформацією на відстані.

Характерними дидактичними параметрами дистанційного передавання знань є максимальна структуризація навчального тексту; забезпечення інформаційної підтримки; безперервний самоконтроль знань; періодичне проведення коригуючих сесій; забезпечення можливості контактів суб'єктів навчання між собою (єдиний віртуальний навчальний простір); широке використання графіки та зображень.



Важливими умовами ефективності дистанційної освіти є створення єдиної професійної мови та максимально можливе використання медичних стандартів і протоколів; інформатизація охорони здоров'я та, нарешті, спеціальна підготовка викладачів.

Можна констатувати, що основною особливістю такої освіти є надання суб'єктам навчання під час безперервного професійного розвитку можливості самостійно отримувати необхідні знання, перш за все на своєму робочому місці, використовуючи сучасні інформаційні технології. Можливість індивідуалізації навчання є однією з найголовніших переваг використання інформаційних технологій у навчальному процесі.

Отже, другим основним принципом технології є забезпечення навчання на робочому місці з постійним моніторингом знань і практичних навичок.

Система навчання на робочому місці забезпечує інтерактивний діалог із суб'єктами навчання, контролювання засвоєння та підтримку в отриманні знань в режимі реального часу, вдосконалює стратегію навчання і тестування на основі певного рівня індивідуальних знань, навичок і здібностей суб'єкта навчання.

Зрозуміло, що при навчанні дорослих людей (головний контингент БПР лікарів і провізорів) використовуються особливі дидактичні (андрологічні) прийоми. Вони включають: відомий зміст навчальних матеріалів; гнучкість; всебічність; прозорість цілей передавання знань; більш виражену адаптивність навчання; обов'язкову наявність навігаційних систем; направленість зворотних зв'язків; зрозумілість понять і мови.

Наступним принципом нової системи БПР слід назвати забезпечення ефективного пошуку необхідної інформації. Особливої значимості набуває цей принцип, враховуючи, що забезпечення якості в практичній медицині перш за все орієнтоване на компетенцію лікарів і провізорів. Відповідні знання, наявні в потрібний час у потрібному місці, можуть безпосередньо вплинути на потрібний результат. Проте у країнах з перехідною економікою, де доступ до інформації є досі неповним через низку причин, зазначений процес може бути суттєво утруднений.

Безпосередній обмін знаннями та їх оцінювання між колегами у достатньому обсязі гальмуються значними відстанями та повільною системою громадського транспорту. Паперові засоби інформації, такі, як медична література, наукові видання, є недостатніми через обмеженість фінансових ресурсів і механізмів розповсюдження. Бібліотеки надають обме-

жений вибір медичної літератури, що не відображає повний спектр сучасних і визнаних на міжнародному рівні знань. Сучасні розробки в медичній науці, що обговорюються у закордонних наукових журналах, впливають на клінічну практику та сприяють змінам у клінічних настановах, однак можуть не доходити до уваги частки медичної спільноти, особливо до тих, які працюють поза межами міських центрів.

Підкреслимо, що однією з перешкод для розвитку та модернізації системи охорони здоров'я в Україні є недостатня кількість засобів комунікації, а також доступу до найсучаснішої доказової інформації. Структурні чинники підсилюють нерівність між міськими центрами і віддаленими районними закладами охорони здоров'я первинного та вторинного рівнів. Спеціалізовані знання акумулюються в закладах національного рівня, тому медичним працівникам, які працюють на периферії, часом важко отримати до них доступ.

Отже, процес безперервної медичної освіти працівників галузі охорони здоров'я сильно ускладнений внаслідок великих відстаней і повільної системи передавання інформації.

Аналізуючи характер медичної інформації, слід зауважити, що структуровані дані становлять усього 20 % загального обсягу, а їх нарощування не є прогнозованим, тоді як неструктурована інформація становить 80 % загального обсягу відомостей. Щорічно спостерігається двократне збільшення обсягу відомостей. Навіть фахівці з управління знаннями витрачають 35 % робочого часу на пошук інформації, а 40 % з них важко знайти необхідну для роботи інформацію навіть в Інтернет-мережі.

Велика частина літературних джерел фокусується на якісних особливостях методології та заключному резюме досліджень. Дискусії відносно характеру досліджень присутні нечасто. Це залишає невеликий простір для обговорень і проблем індивідуалізації клінічних рекомендацій.

Ще більш важливим є те, що концептуальні питання організації досліджень і впровадження наслідків дослідних робіт також залишаються поза матеріалами статей, підручників, посібників. Намагання ідентифікувати різні варіанти (моделі) тієї ж самої події нерідко призводять до помилок або поверхневих висновків.

Коректне відстеження потоку інформації у навчальній і науковій літературі ускладнюється наявністю когнітивної та інших видів асиметрій у завданнях передавання знань (вікова, гендерна, соціальна



тощо). Найважливішою вважається когнітивна асиметрія, що підсумовує результати дисбалансу в основних складових сфери знань (доступ до інформації, освіта, наукові дослідження, культурне та мовне різноманіття), і та, що стає справжнім викликом цілям побудови суспільства знань.

Зрозуміло, що на будь-якому крупному пошуковому сервері (Яндекс, Рамблер, Google) надається можливість пошуку. В межах одного сайту подаються всі сторінки, релевантні поставленому питанню. Це стандартна опція крупних сайтів. Алгоритми ранжирування результатів пошуку в межах одного сайту і пошуку в Інтернеті однакові: спочатку подаються найбільш релевантні сторінки, нижче – менш релевантні й так далі.

Отже, посилання в результатах пошуку сортується за релевантністю, що визначається як “відповідність знайденого документа тексту запиту”. В більшості випадків це абсолютно недостатньо. Неможливість сформулювати в стандартному вигляді запитання, велика кількість синонімів, величезна кількість форматів подавання результуючої інформації не дозволяють отримати не тільки повну, але і точну інформацію. Лише в останні роки з’явилися нові технології пошуку інформації. Вони пов’язані з використанням контент-аналізу, коллокейт-аналізу, Z-score аналізу тощо.

Контент-аналіз – вербальний аналіз або аналіз змісту – стандартна методика досліджень, предметом якої є зміст текстових масивів (у тому числі продуктів комунікативної кореспонденції). У вітчизняній літературі контент-аналіз визначається як кількісний аналіз текстів і текстових масивів з метою наступної змістовної інтерпретації числових виявлених закономірностей. Він застосовується при вивченні джерел, інваріантних за структурою чи змістом, але з несистематизованим, безладно організованим текстовим матеріалом. Сенс контент-аналізу як дослідницького методу визначається як перехід від різноманіття текстового матеріалу до абстрактної моделі змісту тексту.

В останні роки отримують розвиток й інші методи вдосконалення пошуку потрібної інформації, зокрема коллокейт-аналіз. Він являє собою синтетичну класифікацію, впорядкування, зіставлення слів або інших компонентів, перш за все тих, що зустрічаються спільно. Іншими словами, він уособлює метод концептуалізації та розуміння вербальної інформації.

Розроблення методу проводили у 1995 – 2002 рр. (Lincoln, 2000; Doniger, 1998; Gubrium and Holstein,

1997; Miles and Hubberman, 1994; Patton, 2001). У результаті він дозволяє обґрунтувати шлях від численних описових робіт до методологічно грамотної побудови взаємопов’язаних конструкцій адекватно тим, що описують існуюче положення в комунікативних і дослідницьких процесах.

У його основі лежить виділення понять і термінів, що зустрічаються в поєднанні з обраним показником частіше, ніж інші. При цьому зіставлення здійснюється в соціально-частотному, професійному та частотно-проблемному діапазоні. Враховуються й ідіоматичні вирази.

Отже, плануючи нову й ефективну систему пошуку навчальної та наукової інформації для післядипломної медичної освіти, слід забезпечити інтуїтивно-зрозумілий інтерфейс; високу ефективність пошуку; розвиток пошукових навичок користувачів; уніфікований інтерфейс (при пошуку на персональному комп’ютері, в корпоративній мережі й Web-ресурсах); високу швидкість роботи, простоту налаштування, безмежне масштабування; широкий спектр функціональних можливостей; сервіс-орієнтовану архітектуру; високу надійність; розмежування доступу; низьку вартість супроводу.

Пошукова система повинна бути корисною при роботі на персональному комп’ютері, для пошуку в загальних мережевих директоріях, корпоративних інформаційних ресурсах, а також для побудови систем високої доступності.

Вкрай важливими характеристиками для користування повинні бути універсальний і повний інтерфейс доступу до будь-якої інформації; забезпечення доступу до інформації незалежно від форматів документів та їх розташування; сумісне з більшістю сховищ даних; безпечний процес пошуку; підтримка засобів розмежування доступу.

У новій технології забезпечується використання сучасних систем навігації, оброблення та каталогізації даних для більш ефективного застосування величезних інформаційних ресурсів Інтернету, електронних бібліотек, баз даних і знань. При цьому нова система передачі знань має інтуїтивно зрозумілий інструментарій, що дозволяє викладачеві створювати, додавати, змінювати навчальний матеріал, курси, методи тестування та оцінювання суб’єктів навчання, аналізувати результати навчання.

Серед інших принципів нової системи БПР слід назвати: впровадження єдиного освітнього простору (четвертий принцип); постійний комп’ютерний самоконтроль знань (п’ятий принцип); дистанційний рубіж-

ний і вихідний контролі (шостий принцип); інформаційну децентралізацію освіти (сьомий принцип); впровадження логіки компетенцій (восьмий принцип); створення та впровадження індивідуального портфоліо (дев'ятий принцип). Їх обговорення стане предметом окремої статті.

Слід підкреслити, що розроблення електронних засобів навчання (е-освіта) в першу чергу пов'язане з процесами надання інформації відповідної форми чи її пакування. Аналогічна операція може виконуватись і над знаннями. Тому різниця між знанням та інформацією повинна враховувати “надання форми” знанням у процесі перетворення його в інформацію (“інформаціоналізація” знань).

Резюмуючи викладене, можна висловити думку (до речі, збігається з висновками деяких експертів), що відкрите та дистанційне навчання може цілком і остаточно витиснути традиційну школу як місце от-

римання знань. Викладачі повинні тільки спрямовувати процес навчання, а кафедри будуть лише місцем інтеграції знань і розроблення нових технологій їх передавання.

**Висновки:** 1. Запропонована нова технологія передавання знань у системі післядипломної медичної освіти лікарів і провізорів. Її основу складають 9 принципів: індивідуалізація освіти; навчання на робочому місці; ефективний пошук професійної інформації; впровадження єдиного освітнього простору; постійний комп'ютерний самоконтроль знань; дистанційний рубіжний і вихідний контролі; інформаційна децентралізація освіти; впровадження логіки компетенцій; створення та впровадження індивідуального портфоліо.

2. Потребують невідкладного розвитку технології постійного моніторингу знань і практичних навичок.

3. Надзвичайно актуальною стає проблема підготовки викладачів.

#### Література

1. Григорьев С. И. Основы современной социологии : учебное пособие / С. И. Григорьев, Ю. Е. Растов. – Барнаул : Издательство Алтайского государственного университета, 2001. – 250 с.
2. Социологическая энциклопедия / под общ. ред. А. Н. Данилова. – Минск : Беларуская энцыклапедыя, 2003. – 382 с.
3. Федотова Л. Н. Анализ содержания – социологический метод изучения средств массовой коммуникации / Л. Н. Федотова. – М. : Институт социологии РАН, 2001. – 202 с.

4. Busari J. Education Doctors in the Clinical Workplace: Unraveling the Process of Teaching and Learning in the Medical Resident as Teacher / J. Busari, A. Arnold. – Pecypc : <http://www.jpgmonline.com>. – PP: 46202.57.165.

5. Learning Opportunities for Nurses and Care Assistants in Care Homes. J. of Workplace Learning. – Vol.23, Issue 1. – 2011. – P. 6 – 32.

УДК 378.147

## АНГЛОМОВНЕ НАВЧАННЯ ЯК СТИМУЛЯТОР ЯКОСТІ ОСВІТИ ТА МІЖНАРОДНИХ КОНТАКТІВ

**В. М. Запорожан, В. Й. Кресюн, М. Л. Аряєв, О. В. Чернецька**

*Одеський національний медичний університет*

## STUDY IN ENGLISH AS A STIMULATOR OF EDUCATION QUALITY AND INTERNATIONAL CONTACTS

**V. M. Zaporozhan, V. Y. Kresyun, M. L. Aryayev, O. V. Chernetska**

*Odessa National Medical University*

У статті викладено 15-річний досвід викладання студентам-іноземцям англійською мовою і відображено активну міжнародну діяльність науково-педагогічного складу університету з інтеграції медичної освіти України у Світовий освітній простір.

The paper presents a 15-year experience of teaching of foreign students in the English language and reflects active international activity of the scientific and pedagogical staff of the University as to the integration of medical education of Ukraine into the world education.

**Вступ.** Науково-педагогічним складом ОНМедУ проведено значну роботу з впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу, здійснено вагомі кроки щодо інтеграції медичної освіти України у Світовий освітній простір. Особливо це було важливо у світлі перебудови навчального процесу та створення методичного супроводу викладання англійською мовою, бо така організація навчання наближує рівень підготовки фахівців до Європейських стандартів.

**Основна частина.** Колектив Одеського національного медичного університету першим в Україні (1996) почав здійснювати підготовку іноземних громадян англійською мовою викладання. Навчання студентів англійською мовою стимулює викладачів удосконалювати не лише володіння іноземною мовою, але й свою професійну майстерність. Цим викладачам доступні останні новинки закордонної літератури, вони легко контактують та дискутують зі своїми іноземними колегами, і такі можливості спілкування плідно впливають на якість навчального процесу. Викладання студентам-іноземцям усіх дисциплін англійською мовою дає можливість залучити більше студентів до навчання саме в нашому університеті, підвищує значимість англійської мови у міжнародному спілкуванні, покращує інтеграційні зв'язки, сприяє виходу системи вищої медичної освіти в Україні на якісно

новий рівень, що дозволяє розглядати її в контексті загальноєвропейських та загальносвітових стандартів. Таким чином, викладання англійською мовою набуває концептуального значення і цьому процесу сприятиме поширення міжнародних контактів. Можливість навчання англійською мовою підвищує престиж університету не лише в Україні, але й за кордоном.

Викладацький склад ОНМедУ спрямовує свої зусилля на реалізацію концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні відповідно до загальноєвропейських стандартів та рекомендацій, ґрунтуючись на кращих традиціях української вищої школи у поєднанні з використанням новітніх технологій і досвіду країн Європи. Головним принципом підготовки лікарів на сьогоднішньому етапі є безперервність і ступеневість медичної освіти залежно від кваліфікації, що набувається. У межах введення системи безперервного професійного розвитку лікарів підготовка іноземців англійською мовою в університеті здійснюється як на додипломному, так і на післядипломному етапі.

Насамперед в Одеському національному медичному університеті має місце тенденція до збільшення прийому студентів, які прагнуть навчатися англійською мовою. Так, наприклад, у 2006 році було прийнято на навчання за спеціальністю “Лікувальна справа” 56 осіб, а в 2010 році зараховано 216 студентів та 68 громадян – на спеціальність “Стомато-

логія”. Усього зараз на міжнародному факультеті університету навчаються 1113 студентів-іноземців, з яких 657 – англомовних.

Сприяє зростанню кількості студентів, які навчаються, міжнародний престиж університету, зумовлений співробітництвом з Європейською асоціацією університетів (CRE) та Міжнародною асоціацією університетів (IAU), Асоціацією медичних факультетів Європи (Medine) та Великою хартією університетів (Magna Charta Universitatum), Асоціацією приморських університетів (ASU).

З метою оптимізації навчальної та наукової роботи триває виконання укладених міжнародних угод із 40 зарубіжними навчальними закладами, науковими та науково-дослідними установами, науковими організаціями та фондами. Угодами передбачено участь співробітників ОНМедУ в спільних міжнародних проєктах, поліпшення навчально-методичної роботи, обмін викладачами та студентами. З професорсько-викладацького складу університету понад 30 % вільно володіють англійською мовою і працюють зі студентами-іноземцями на додипломному етапі навчання. Крім цього, співробітники 8 кафедр університету викладають англійською мовою на післядипломному етапі.

Дві кафедри університету визначені МОЗ України як опорні з питань викладання англійською мовою: педіатрії № 1 з неонатологією і фізіології. Колективи цих кафедр проводять значну організаційну роботу та здійснюють обмін досвідом, щорічно збираючи на наради завідувачів та викладачів профільних кафедр за різними темами. Так, наприклад, “Удосконалення викладання англійською мовою як складова частина європейської інтеграції вищої медичної освіти в світлі Болонського процесу” тощо.

Ключова позиція – широкий доступ до багатоманітності освітніх і культурних надбань різних країн. Насамперед проблема стосується професійних дисциплін, де лекції набувають характеру оглядових, установчих, а провідне значення мають практичні знання, спрямовані на швидку інтеграцію знань з вміннями і доведення окремих практичних навичок до автоматизму. Оптимізації цієї роботи сприяють міцні зв’язки університету з провідними науковими, освітніми та лікувальними центрами України та зарубіжних країн. Участь вчених університету в спільних програмах і проєктах з Польщею, Австрією, Великою Британією, Грецією, Нідерландами, Італією, Росією та ін. надала можливість удосконалювати і використовувати в навчальному та лікувально-діагностичному процесі новітні освітні й медичні технології,

отримувати гранти, прямі поставки високотехнологічного медичного обладнання, щорічно проводити стажування науковців та викладачів у найкращих навчальних і наукових центрах світу, спільно випускати наукову та навчальну літературу. Так, підручники і посібники англійською мовою підготували співробітники 40 % кафедр.

Триває практика обрання почесними докторами ОНМедУ всесвітньо відомих фахівців у галузі освіти та медицини і їх виступів з лекціями англійською мовою перед студентами та викладачами університету. За активної участі співробітників університету щороку проводиться Міжнародна дистанційна конференція “Нові освітні технології у вузі: теорія і практика”. У процесі міжнародної співпраці, особливо з Міжнародним Казахсько-Турецьким університетом ім. Ясауї, з’явилась можливість для післядипломної підготовки фахівців і, в перспективі, для підвищення кваліфікації викладачів. Удосконаленню професійної майстерності сприяють закордонні відрядження викладачів і студентів на з’їзди, симпозіуми, конгреси, виставки, тренінги, форуми, науково-методичні та науково-практичні конференції тощо, на яких спілкування здійснюється англійською мовою. Усього за 2010 рік в закордонних відрядженнях було 143 фахівці і студенти, з них 62 працівники виступили з доповідями, пройшли наукове стажування та підвищили кваліфікацію.

Зі збільшенням кількості англомовних студентів великого значення набувають збільшення числа і підвищення рівня мовної підготовки англомовних викладачів. На кафедрах університету є достатня кількість викладачів для забезпечення занять англійською мовою, але колективи кафедр постійно готують резерв з молодих викладачів, аспірантів, магістрів.

Впровадження кредитно-модульної системи організації навчання вимагає від викладачів створення нового навчально-методичного супроводу. Колективи всіх кафедр університету підготували та розмістили на сайтах своїх кафедр на мовах викладання, в тому числі англійській, всі необхідні матеріали для аудиторної та позааудиторної роботи студентів (тексти лекцій, робочі програми, методичні рекомендації для практичних занять, для самостійної роботи студентів, у тому числі підручники, посібники на електронних носіях, банк тестових завдань, питання до модульних контролів тощо). Сьогодні накопичується позитивний досвід щодо гармонізації української освіти з освітніми системами світу, наприклад запровадження бліц-освітнянських програм, лекцій за принципом “мозкового штурму”, майстер-класів, підготовка

міждисциплінарних команд у поєднанні з керованим дистанційним навчанням тощо.

**Висновок.** Впровадження англомовного навчання, використання кредитно-модульної системи організації

навчального процесу значно стимулюють якість освіти, а існуючі міжнародні контакти колективів кафедр університету допомагають здійснювати підготовку фахівців-медиків на сучасному європейському рівні.

#### Література

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

2. Запорожан В. М. Міжнародне науково-освітнє співтовариство як каталізатор реформування / В. М. Запорожан, В. Й. Кресюн, О. В. Чернецька // Проблеми інтеграції української медичної освіти у світовий освітній простір : матеріали Всеукр. навч.-наук. конф. – Тернопіль, 2009. – С. 26–29.

3. Проблеми ефективного впровадження КМСОНП в медичних ВНЗ / [В. М. Запорожан, В. Й. Кресюн, Ю. І. Бажора та ін.] // Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України : результати, проблеми та перспективи : матеріали Всеукр. навч.-наук. конф. – Тернопіль, 2010. – С. 176–178.

УДК 378.1:615

## ПІДГОТОВКА СТУДЕНТІВ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ НА ВИПУСКОВИХ КАФЕДРАХ СПЕЦІАЛЬНОСТІ “ФАРМАЦІЯ”

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

*Національний фармацевтичний університет*

## STUDENTS' TRAINING IN THE CONDITIONS OF CREDIT-MODULAR EDUCATIONAL SYSTEM AT THE GRADUATING DEPARTMENTS OF SPECIALITY “PHARMACY”

V. P. Chernyh, I. S. Hrytsenko, S. V. Ohar, L. M. Vinnyk

*National Pharmaceutical University*

У статті представлено досвід роботи за кредитно-модульною системою у Національному фармацевтичному університеті, описано особливості підготовки студентів на випускових кафедрах спеціальності “Фармація”.

In the article there was presented the experience of work by the credit-modular system in National Pharmaceutical University, it was described the peculiarities of students' training at the graduating departments of speciality “Pharmacy”.

**Вступ.** Основним напрямком розвитку освіти в Україні є її інтеграція до Європейського освітнього простору, впровадження кредитних технологій на базі Європейської системи трансферу кредитів, стимулювання мобільності й створення умов для працевлаштування випускників на європейському рин-

ку праці, розвитку контролю за якістю вищої фармацевтичної освіти.

**Основна частина.** Контроль за якістю навчання стосується передусім знань студентів і випускників щодо їх компетенції та спроможності відповідати сучасному ринку праці. Якість підготовки студентів спеціальності “Фармація” пов'язана з оцінкою їх



професійних знань, умінь та навичок. Саме це, у свою чергу, пов'язане з об'єктивністю та адекватністю методів контролю за успішністю навчання на кафедрах. Щоб оцінка відображала якість навчання, за умови кредитно-модульної системи організації навчального процесу, необхідними є використання стандартних методів контролю, визначених критеріїв оцінювання та їх достовірність.

Нами було вивчено технологію застосування елементів ECTS у системі оцінювання якості навчання за результатами підсумкового модульного контролю у студентів спеціальності “Фармація” за професійно-орієнтованими дисциплінами. Модуль являє собою завершену частину освітньо-професійної програми (навчальної дисципліни, практики, курсової роботи), що реалізується відповідними формами навчального процесу. Тобто це контроль за засвоєнням певного розділу навчальної дисципліни, який спрямований на виконання кінцевих цілей навчання і поєднує теоретичні знання студентів та їх практичні уміння, одержані в процесі проходження виробничої практики та на практичних (лабораторних) заняттях.

За умови кредитно-модульної системи організації навчального процесу кафедрами Національного фармацевтичного університету для проведення підсумкового модульного контролю розроблені та використовуються такі методи оцінювання: тестування, письмова робота, структурований за процедурою контроль професійних практичних навичок, які відповідають вимогам освітньо-кваліфікаційної характеристики. Такий структурований за різними видами

підсумковий модульний контроль дає змогу не лише визначити якість професійних знань студента, рівень засвоєння навчального матеріалу, але й зорієнтувати студентів на подальше вдосконалення професійної майстерності.

Окремим модулем визначаються проходження та оцінка виробничої (професійної) практики на четвертому та п'ятому курсах спеціальності “Фармація”, метою якої є закріплення та поглиблення професійних знань та навичок, безпосереднє ознайомлення зі структурою та виробничою діяльністю аптеки.

**Висновок.** Накопичений нами досвід роботи за кредитно-модульною системою викладання на всіх курсах денної форми навчання свідчить про позитивні наслідки її впровадження. Зокрема, вона впливає на мотивацію навчання студентів, зацікавленість в отримуваних ними оцінках, що сприяє, у свою чергу, підвищенню їх активності в навчальному процесі, з одного боку, та результативності навчання – з іншого. Навчання за кредитно-модульною системою спонукає студентів піднімати свій рейтинговий бал за рахунок більш якісної підготовки домашніх завдань та відповідного виконання модульних контрольних і самостійних робіт як важливих складових загальної рейтингової оцінки. Позитивним є також зменшення кількості пропусків занять без поважних причин. Крім того, притаманна системі прозорість оцінювання знань, умінь і навичок стимулює студентів до сумліннішої, а отже, й до якіснішої щоденної праці і в аудиторії, і вдома.

УДК 378.147-388

## ОСВОЄННЯ СТУДЕНТАМИ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ПРИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНІЙ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ: ПРОБЛЕМИ ТА ПОШУК ШЛЯХІВ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Ю. В. Думанський, О. М. Талалаєнко, М. Б. Первак

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького*

## STUDENTS' MASTERING OF PRACTICAL SKILLS AT CREDIT- MODULAR SYSTEM AT DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY: PROBLEMS AND SEARCHING WAYS OF THEIR SOLUTION

Yu. V. Dumanskyi, O. M. Talalayenko, M. B. Pervak

*Donetsk National Medical University by M. Horkyi*

У статті проаналізовано ситуацію щодо навчання студентів практичних навичок при кредитно-модульній організації навчального процесу в Донецькому національному медичному університеті. Висвітлено проблеми, що склалися, та зазначено шляхи їх вирішення.

In the article the analysis of the situation regarding students' mastering of practical skills at credit-modular system implementation at Donetsk National Medical University was given. The problems were formulated and the ways of their solution were described.

**Вступ.** Відповідно до чинних державних стандартів вищої медичної освіти [3] головною метою навчання студентів у вищих медичних навчальних закладах (ВНЗ) є оволодіння випускником умінням працювати з пацієнтом: збирати скарги, анамнез захворювання та життя (у тому числі професійний), проводити фізикальне обстеження, призначати необхідні лабораторні та інструментальні дослідження і трактувати їх результати, встановлювати попередній клінічний діагноз та визначати тактику лікування хворого з певною патологією, діагностувати невідкладні стани та надавати при них екстрену медичну допомогу. Отже, основним об'єктом вивчення у медичному ВНЗ є пацієнт. Реалізація такого навчання можлива лише в умовах медичного закладу – поліклініки або лікарні. Саме тому не існує заочної медичної освіти (принаймні на додипломному етапі) і підготовка лікарів не лише в Україні, але і в інших країнах світу за своєю організацією значно відрізняється від інших галузей освіти: технічної, гуманітарної тощо [5, 6]. Всі клінічні кафедри, навіть пропедевтичного рівня, розташовані на базі лікувальних закладів (університетських клінік), тобто навчальний процес у медичних ВНЗ за своєю суттю з самого початку є професійно-орієнтованим.

Для оволодіння студентом професійними компетенціями лікаря дуже важливим є освоєння ними практичних навичок.

**Основна частина.** У Донецькому національному медичному університеті ім. М. Горького в межах розробленої та реалізованої у ВНЗ оригінальної системи управління якістю підготовки фахівців [1, 2, 4] ще на початку 80-х років минулого століття було створено наскрізну програму навчання практичним навичкам. Виходячи з неї, визначили чітке коло практичних навичок для освоєння на кожній кафедрі, а також розробили та впровадили індивідуальні книжки практичних навичок, у яких викладачі кафедр та керівники практик реєстрували результати контролю освоєння практичних навичок кожним студентом. Але перш ніж контролювати, треба навчити студента їх виконувати. Саме тому в затвердженій у нашому ВНЗ структурі практичного заняття не менш ніж 60 % було відведено на самостійну роботу студента під керівництвом викладача.

Останнім часом, після впровадження кредитно-модульної організації навчального процесу ситуація з навчанням студентів практичним навичкам, на жаль, погіршилась, особливо на молодших курсах. Це,

головним чином, пов'язано з необхідністю за умови відсутності іспитів проводити щоденне оцінювання рівня знань-умінь кожного студента у великих групах (по 10–15 осіб). Поступово контроль став займати більшу частку в структурі практичних занять і вийшов ледь не на перше місце. Викладачі стали приділяти менше уваги навчанню студентів практичних навичок, інколи вважаючи, що під час заняття достатньо лише продемонструвати студенту правильне виконання тієї або іншої практичної навички, а потім наприкінці модуля лише перевірити рівень її освоєння. Головне, на думку таких викладачів, добре підготувати студентів до підсумкового модульного контролю та ліцензійних тестових іспитів, а освоїти навички студенти можуть і позааудиторно, а також під час виробничої практики.

На жаль, остання також зазнала суттєвих змін при впровадженні кредитно-модульної організації навчального процесу. Так, на медичних факультетах виробнича практика II та III курсів (“Догляд за хворими” та “Сестринська практика”) відповідно до навчальних планів проходить не літом, як раніше, а у межах семестру на клінічних кафедрах. Зрозуміло, що одночасне протягом 2–3 академічних годин перебування на одній базі декількох груп (у середньому – 40–50 осіб, інколи більше) значно погіршує роботу студентів з пацієнтами (особливо у невеликих відділеннях) і суттєво зменшує ймовірність освоєння практичних навичок (на відміну від традиційного проведення практики у багатьох медичних закладах влітку). Крім того прирівнювання цих двох практик до дисциплін “у сітці розкладу” зумовлює необхідність виставити кожному студенту оцінку за проведені заняття і підштовхує викладача під час аудиторних занять використовувати ситуаційні завдання або тести, на яких і проходить розбір “теоретичної частини” практики. Щодо практичних навичок, то студент під час аудиторної частини практики лише має можливість спостерігати за їх виконанням і у кращому випадку може один-два рази спробувати їх виконати сам. А безпосереднє освоєння практичних навичок знову залишається для позааудиторного етапу.

Краща ситуація з виробничою практикою IV та V курсів, яку проводять, як і раніше, влітку, але незрозуміле скорочення її тривалості – на 33 % на IV курсі (4 тижні замість 6) і на 20 % на V курсі (4 тижні замість 5) – не сприяє підвищенню їх ефективності. Крім того, додатковою проблемою проведення цих практик є необхідність розподіляти всіх студентів

лише у лікувальні заклади Донецька через неможливість виконати вимоги фінансових органів щодо оплати всім студентам відрядних витрат. Це призводить до того, що у відділення одночасно приходять в 2–3 рази більше студентів, ніж при розподілі їх по всій області, а отже, звужує можливості студента самостійно освоїти та закріпити практичні навички.

Всі вищенаведені проблеми призвели до зниження рівня освоєння студентами практичних навичок, що було відзначено викладачами та завідувачами випускаючих клінічних кафедр, на які поточного навчального року вперше прийшли “вихованці” кредитно-модульної організації навчального процесу.

Для зміни ситуації на краще керівництвом нашого університету було створено робочу групу, яку очолив перший проректор і до якої увійшли керівник галузевої науково-методичної лабораторії з питань додипломної підготовки лікарів та завідувачі випускаючих кафедр. Головним завданням цієї групи було визначено розробку заходів для поліпшення якості освоєння студентами практичних навичок.

Перш за все, було прийнято рішення поновити практику ведення книжок практичних навичок, забути при впровадженні кредитно-модульної організації навчального процесу, щоб, по-перше, окреслити перед студентами коло необхідних практичних навичок, і, по-друге, підвищити відповідальність кафедр і окремих викладачів за цей розділ роботи.

При підготовці оновленого варіанта книжок практичних навичок ми опиралися на чинні державні стандарти медичної освіти, в яких сформульовані кінцеві цілі підготовки у медичному ВНЗ, і тому зосередилися на суто медичних навичках, вилучивши навички, які набувають студенти на медико-біологічних кафедрах. У результаті було підготовлено 4 окремі книжки практичних навичок – для всіх медичних спеціальностей, за якими у нашому ВНЗ проходить навчання на додипломному рівні. Зрозуміло, що найбільша кількість практичних навичок передбачена для студентів стоматологічного факультету. Кожна з цих книжок складається з 3 розділів – таких, як: 1) наскрізна програма практичних навичок з певної спеціальності, 2) облік освоєння практичних навичок на конкретних кафедрах, 3) облік освоєння практичних навичок під час виробничої практики (по курсах і профілях).

Потім всі зазначені у наскрізній програмі практичні навички було розподілено на дві групи: такі, що можуть бути освоєні лише при роботі з пацієнтом, і такі, які на першому етапі можуть бути освоєні при роботі

з тренажерами, фантомами, муляжами, електронними моделями тощо. До речі, такі засоби навчання дуже широко використовуються у закордонних медичних ВНЗ, особливо у тих країнах, де доступ студента до пацієнта на додипломному етапі є обмеженим [5, 7, 8].

Для підвищення рівня освоєння студентами другої групи практичних навичок керівництвом нашого університету було прийнято рішення про створення окремого Центру практичної підготовки, в якому студенти зможуть працювати як під час практичних занять з певних дисциплін, так і позааудиторно. На сьогодні вже відремонтовано виділені приміщення та вирішено питання про закупівлю необхідних технічних засобів навчання, планується розклад роботи Центру та проходить відбір працівників для роботи у його штаті. Сподіваємося, що з першого вересня він вже відкриє свої двері для студентів.

#### Література

1. Система безперервної медичної освіти / В. М. Казаков, О. М. Талалаєнко, М. Г. Гаріна, М. С. Каменецький. – Донецьк : Здоров'я, 1994. – 174 с.

2. Методологія і реалізація системи управління якістю медичної освіти / [В. М. Казаков, О. М. Талалаєнко, М. Г. Гаріна та ін.]. – Донецьк, 2001. – 213 с.

3. Складові галузевих стандартів вищої освіти напряму підготовки 1101 “Медицина” освітньо-кваліфікаційного рівня “спеціаліст” за спеціальностями “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Медико-профілактична справа”. – Київ : Міністерство освіти і науки України, 2003. – 369 с.

4. Управление качеством подготовки специалистов : программно-целевой подход (на примере высшего и послевузовского медицинского образования) / [В. Н. Казаков, Н. А. Селезнева, А. Н. Талалаєнко и др.] – 2-е изд. – Москва, 2007. – 215 с.

Вважаємо, що сприятимуть поліпшенню ситуації з освоєнням студентами практичних навичок і видані нашими викладачами навчальні посібники – “Збірник алгоритмів стоматологічних маніпуляцій”, “Лікарські маніпуляції” тощо.

**Висновок.** Вважаємо, що всі вищезазначені заходи, а саме: розробка наскрізної програми навчання практичним навичкам, впровадження індивідуальних книжок практичних навичок з обліком контролю освоєння студентом практичних навичок на певних кафедрах та під час певних виробничих практик, а також функціонування спеціального Центру практичної підготовки дозволять суттєво підвищити ефективність навчання студентів практичних навичок. Значною мірою поліпшенню ситуації сприятиме вирішення МОН та МОЗ України питання про зменшення співвідношення викладач-студент у медичних ВНЗ до 1/6.

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

6. Dent J. A. A practical guide for medical teachers / I. A. Dent, R. M. Harden. – Churchill Livingstone Elsevier: Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto, 2009. – 435 p.

7. Auscultation of the heart: a trial of classroom teaching versus computer-based independent learning / J. P. Finley, G. P. Sharratt, M. A. Nanton [et al.] // Med. Educ. – 1998. – Vol. 32, № 4. – P. 357–361.

8. Acquisition of surgical skills: a randomized trial of didactic, videotape and computer-based training / A. N. Summers, G. C. Rinehart, D. Simpson, P. N. Redlich // Surgery. – 1999. – Vol. 126 (2). – P. 330–336.

УДК 378.147+378.661

## МІСЦЕ ТА РОЛЬ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА В КРЕДИТНО-МОДУЛЬНІЙ СИСТЕМІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

**В. М. Ждан, В. М. Бобирьов, О. В. Шешукова, Н. М. Лохматова, Т. В. Шарбенко**

*Вищий державний навчальний заклад України  
“Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава*

## PLACE AND ROLE OF STUDENTS' INDIVIDUAL WORK IN CREDIT-MODULAR ORGANIZATION SYSTEM OF EDUCATIONAL PROCESS

**V. M. Zhdan, V. M. Bobyryov, O. V. Sheshukova, N. M. Lohmatova, T. V. Sharbenko**

*Higher State Educational Institution of Ukraine  
“Ukrainian Medical Stomatological Academy”, Poltava*

Самостійна робота – обов'язковий компонент навчальної та науково-дослідницької роботи студентів, а її ефективність певною мірою визначає якість професійної підготовки у ВНЗ. Активізація взаємодії викладачів і майбутніх лікарів у процесі навчання позитивно впливає на поліпшення якості підготовки спеціалістів. Це дозволяє оптимально використовувати індивідуальні можливості студентів, виробляє у них наполегливість, організованість, сприяє поглибленню знань, вмінь, розвиває практичні навички, клінічне мислення, виховує необхідність постійного поповнення та розширення обсягу спеціальних знань, орієнтує на систематичну самоосвіту.

Individual work is a necessary component of students' educational and scientific work. Its effectiveness determines the quality of professional training at HEE. The activity of interaction between teachers and future doctors at educational process positively influences on a quality of specialists' training. It allows to use the individual students abilities, produces persistence, good organization, promotes deep knowledge, skills, develops practical skills, clinical thought, educates the necessity of permanent enriching and expansion of special knowledge volume, orients on systemic self-education.

**Вступ.** В умовах реформування вищої школи серед питань, що постають перед науково-педагогічними колективами, особливо великого значення набуває розробка основ педагогіки співробітництва, яка базується на принципі спільної творчої діяльності того, хто навчає, і того, хто навчається. Сучасні умови диктують самоцінність ідеї неперервної освіти, коли від студентів вимагається постійне удосконалення власних знань [1, 2]. В умовах інформаційного суспільства відбувається принципова зміна організації освітнього процесу: скорочення аудиторного навантаження, заміна пасивного слухання лекцій зростанням частки самостійної роботи студентів. Розглядаючи шляхи активізації взаємодії викладача і студентів у навчально-виховному процесі доцільно проаналізувати таку важливу його частину, як самостійна робота. У процесі становлення професійних, моральних, особистісних якостей майбутнього лікаря, а тим

більш лікаря-стоматолога, самостійна робота набуває особливої ролі. Тому організації самостійної роботи приділяється значна увага з боку адміністрації Вищого державного навчального закладу України “Українська медична стоматологічна академія”.

**Основна частина.** Удосконалення вміння самостійно приймати рішення, відповідаючи не тільки за якість своєї роботи, а і за здоров'я пацієнта, “шліфовка” мануальних навичок, комунікативних здібностей відбувається завдяки наполегливій самостійній роботі, яку слід розглядати як взаємопов'язану та взаємозалежну діяльність викладача і майбутнього лікаря.

Залежно від місця і часу проведення самостійної роботи студентів, характеру керування нею з боку викладача і способу контролю за її результатами розрізняють її такі види: самостійну роботу під час основних аудиторних занять (лекцій, семінарів, практичних занять), самостійну роботу під контролем



викладача у формі планових консультацій, виробничої практики, заліків та іспитів та позааудиторну самостійну роботу при виконанні студентом домашніх завдань навчального і творчого характеру. Таким чином, самостійну роботу студентів структурно можна розділити на дві частини: організовану викладачем і самостійну роботу, що студент будує за своїм розсудом, без безпосереднього контролю з боку викладача (підготовка до лекцій, семінарів, клінічних конференцій, практичних занять, заліків, іспитів тощо). Керування самостійною роботою студентів з боку викладача – це, насамперед, вміння оптимізувати процес сполучення цих двох частин.

Зміст організованої самостійної роботи студентів описаний в робочій програмі кожної дисципліни і спрямований на розширення і поглиблення знань за даним курсом, а на старших курсах – також на засвоєння міжпредметних зв’язків. Час на її виконання не повинен перевищувати норм, відведених навчальним планом на самостійну роботу з даної дисципліни. У зв’язку з цим необхідно ще на стадії розробки навчальних планів, призначаючи обсяги часу, враховувати форму організованої самостійної роботи студентів.

Основні форми організації самостійної роботи студентів визначаються такими параметрами: зміст навчальної дисципліни; рівень освіти і ступінь підготовленості студентів; необхідність упорядкування навантаження студентів при самостійній роботі [6]. Виходячи з цих параметрів, можуть бути запропоновані такі форми організації самостійної роботи студентів: реферати та доповіді (з дисциплін гуманітарного і соціально-економічного блоку); огляди літератури, навчальні історії хвороби, ведення зошитів та альбомів із самопідготовки, бесіди із санітарно-просвітницької роботи, доповіді на студентських конференціях, атестаційні роботи (наприклад, на ступінь магістра). Форму організації самостійної роботи студентів пропонують кафедри, розробляючи робочі програми дисциплін. При цьому вони можуть встановити й інші форми, не зазначені вище, якщо з ними погоджується центральна методична комісія академії.

Ефективна реалізація самостійної роботи залежить від зацікавленості в досягненні результату, тобто від стійкої мотивації [3, 4]. Основні види мотивації самостійної роботи студентів: 1. Зовнішня мотивація – залежність професійної кар’єри від результатів навчання у вузі. 2. Внутрішня мотивація – схильність студента, його здатність до навчання у вузі. Нею можна керувати в період довузівської підготовки шляхом використання тестів при виборі спеціальності, обґрунтованої рекомендації при визначенні напрямку

освіти. 3. Процесуальна (навчальна) мотивація виявляється в розумінні студентом корисності виконаної роботи. Потрібний психологічний настрій студента на важливість цієї роботи як у плані професійної підготовки, так і в плані розширення кругозору, ерудиції фахівця. Необхідно переконливо показати (довести), що результати самостійної роботи допоможуть йому краще зрозуміти лекційний матеріал, досягти успіху в практичній роботі.

Контроль самостійної роботи студентів не повинен бути самоціллю для викладача, а насамперед – стати мотивуючим фактором освітньої діяльності студента. Варто включати результати виконання самостійної роботи у показники поточної успішності, від оцінок яких залежить рейтинг студента, остаточна оцінка, а отже, стипендія чи її розмір. Багатьом студентам важливий моральний інтерес у формі суспільного визнання. При цьому важливо прагнути до того, щоб на молодших курсах самостійна робота ставила за мету розширення і закріплення знань і умінь, що здобуваються студентом на традиційних формах занять. На старших курсах самостійна робота повинна сприяти розвитку творчого потенціалу студента. Для ефективності самостійної роботи необхідно виконати ряд умов. Головними умовами є забезпечення правильного сполучення об’єму аудиторної і самостійної роботи. Велику роль тут відіграє правильне визначення трудомісткості різних видів самостійних робіт. Складанню такого плану повинне передувати серйозне вивчення бюджету часу студента та оснащеності методичною літературою.

Відіграє роль і методично правильна організація роботи студента в аудиторії і поза нею. Якщо на перших курсах викладачу належить активна творча позиція, то в міру просування до старших курсів ця послідовність повинна реформуватися в бік спонукання студента працювати самостійно, активно прагнути до самоосвіти.

Важливим є забезпечення студента необхідними методичними матеріалами з метою перетворення процесу самостійної роботи в процес творчий. З огляду на економічні умови і можливості поліграфічної бази, варто рекомендувати перехід на електронні видання, лекційні матеріали викладачів, що зараз уже частково реалізується. Особливо варто виділити, як можливість забезпечення навчальною і методичною літературою, дистанційне навчання з використанням інформаційних комп’ютерних технологій, зокрема, комп’ютерних освітніх середовищ, спеціально побудованих і організованих для розміщення навчальних матеріалів з обліком педагогічних і дидактичних ви-

мог. Саме дистанційне навчання покликане скоротити аудиторне навантаження й збільшити частку самостійної роботи студента [5].

Методично правильний контроль за організацією і ходом самостійної роботи заохочує студента якісно її виконувати. Ця умова в той чи іншій формі з необхідністю повинна бути присутньою у перших трьох, щоб контроль став не стільки адміністративною, скільки саме повноправною дидактичною умовою, що позитивно впливає на ефективність самостійної роботи у цілому.

Великого значення для опанування студентами навичок самостійної роботи набувають зміст та методи організації практичних занять, особливо за наявності в них елементів наукових досліджень. На таких заняттях керівництво самостійною роботою студентів здійснюється в процесі співпраці викладача і студента і має на меті сформулювати в останнього вміння будувати і використовувати алгоритм розв’язання ситуаційних завдань, самостійно працювати з навчальною та довідковою літературою, аналізувати матеріали лекцій.

Однією з форм самостійної роботи в навчальному процесі є клінічний розгляд тематичних хворих. Студенти виконують роль не пасивних спостерігачів, а самостійно, докладно, з урахуванням особливостей деонтології, доповідають скарги, анамнез, особливості клінічного перебігу, проводять огляд, намічають план обстеження, обґрунтовано формулюють клінічний діагноз, планують лікування з урахуванням віку. Таким чином, заняття проводиться з максималь-

ною активізацією пізнавально-розумової діяльності студентів. Розгляд закінчується вирішенням ситуаційних завдань, що вчить гнучкості використання отриманих знань, вміння орієнтуватися у нових нестандартних ситуаціях, поєднувати теорію з практикою.

Однією з форм активізації взаємодії викладачів та студентів у самостійній роботі є підготовка наукової роботи та доповідь на науково-практичній конференції. Науково-дослідницька робота має неабияке значення як в плані підвищення професійних знань та навичок майбутнього лікаря, так і для формування культурно розвинутої особистості. Важливе значення має і опанування прийомів національного офіційно-ділового і наукового стилю мовлення. Усе це сприяє виникненню зацікавленості проблемами медичної науки, формуванню багатогранної особистості лікаря-спеціаліста.

**Висновок.** Таким чином, самостійна робота – обов’язковий компонент навчальної та науково-дослідницької роботи студентів, а її ефективність значною мірою визначає якість професійної підготовки у ВНЗ. Активізація взаємодії викладачів і майбутніх лікарів у процесі навчання позитивно впливає на поліпшення якості підготовки спеціалістів. Це дозволяє оптимально використовувати індивідуальні можливості студентів, виробляє у них наполегливість, організованість, сприяє поглибленню знань, вмінь, розвиває практичні навички, клінічне мислення, виховує необхідність постійного поповнення та розширення обсягу спеціальних знань, орієнтує на систематичну самоосвіту.

#### Література

1. Алексюк А. М. Педагогіка вищої освіти України. Історія. Теорія : підручник / А. М. Алексюк. – К. : Либідь, 1998. – 560 с.
2. Болюбаш Я. Я. Організація навчального процесу у вищих закладах освіти / Я. Я. Болюбаш. – К. : Наукова думка, 1997. – С. 62.
3. Бондар В. І. Дидактика : ефективні технології навчання студентів / В. І. Бондар. – К. : Вересень, 1996. – 129 с.
4. Вакуленко В. М. Основи вищої школи України : навчальний посібник / В. М. Вакуленко. – Луганськ : Вид-во СЛУ, 2001. – 247 с.
5. Дидора Т. Д. Организация и дидактическое обеспечение дистанционной формы обучения в вузе / Т. Д. Дидора, С. В. Мохун, В. В. Иванко // Образовательные технологии. – 2010. – № 2. – С. 36–52.
6. Філіпенко А. С. Основи наукових досліджень : конспект лекцій : навч. посібник / А. С. Філіпенко. – К. : Академвидав, 2004. – 208 с.

УДК 378.1:615

## НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ВИКЛАДАННЯ ФАРМАКОЛОГІЇ БЛОКАТОРІВ КАЛЬЦІЄВИХ КАНАЛІВ ТА $\beta$ -АДРЕНОБЛОКАТОРІВ ЗГІДНО З КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

І. С. Чекман, Н. О. Горчакова, А. М. Пузыренко

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*

## NEW ASPECTS OF TEACHING PHARMACOLOGY OF CALCIUM CHANNEL BLOCKERS AND $\beta$ -BLOCKERS ACCORDING TO THE CREDIT-MODULAR SYSTEM OF EDUCATIONAL PROCESS ORGANIZATION

I. S. Chekman, N. O. Horchakova, A. M. Puzyrenko

*National Medical University by O. O. Bohomolets*

Згідно з новими напрямками впровадження кредитно-модульної системи та організації викладання фармакології гіпотензивних препаратів, необхідно акцентувати увагу студентів не тільки на фармакокінетиці та фармакодинаміці окремих медикаментів, але також на комбінованій терапії артеріальної гіпертензії.

According to the introduction of new directions of credit-modular system and teaching of pharmacology of antihypertensive drugs it is necessary to focus on the combined therapy of hypertension.

**Вступ.** Підвищений артеріальний тиск у хворих на артеріальну гіпертензію є фактором, що призводить до ураження органів-мішеней та виникнення серцево-судинних ускладнень. Студентам третього курсу надано фармакологічні характеристики антигіпертензивних засобів основної та додаткової груп, а також основні принципи вибору препаратів для комбінованої фармакотерапії артеріальної гіпертензії.

**Основна частина.** Згідно з програмою із фармакології, необхідно звернути увагу студентів на доцільність проведення комбінованої антигіпертензивної терапії з урахуванням фармакодинаміки раціональних комбінацій гіпотензивних засобів. До таких комбінацій належать: тіазидний діуретик+інгібітор АПФ, тіазидний діуретик+антагоніст рецепторів ангіотензину II, блокатор кальцієвих каналів+інгібітор АПФ, блокатор кальцієвих каналів+антагоніст рецепторів ангіотензину II, блокатор кальцієвих каналів+тіазидний діуретик,  $\beta$ -адреноблокатор+блокатор кальцієвих каналів.

Студенти третього курсу мають засвоїти фармакодинаміку блокаторів кальцієвих каналів III поколі-

ння і селективних  $\beta_1$ -адреноблокаторів без внутрішньої симпатоміметичної активності, які включено в завдання “Крок-1”, а також найчастіше призначають у клінічній практиці.

Більшість дослідників вважає амлодипін еталонним блокатором кальцієвих каналів дигідропіридинового ряду III покоління. Препарат відповідає всім вимогам найсучасніших лікарських засобів: коефіцієнт селективності судини/серце складає 80, володіє поступовим початком дії, рівномірно вираженим (включаючи нічний час та ранкові години) гіпотензивним ефектом, який триває понад 24 год (R. Ferrari, 2009; T. Yamashita, H. Inoue, 2010).

Амлодипін зменшує ступінь гіпертрофії міокарда та гладком'язових клітин судинної стінки, позитивно впливає на функцію нирок та метаболізм (покрощує засвоєння глюкози за рахунок підвищення чутливості периферичних тканин до інсуліну, нормалізує ліпідний профіль крові). Амлодипін також володіє антиагрегантними ефектами, зменшує утворення тромбосану, обмежує переокиснення ліпідів, підвищує рівень NO, на відміну від інших блокаторів каль-

цієвих каналів. Даний препарат має ліпофільні властивості – виводиться переважно печінкою. Тому для пацієнтів з нирковою недостатністю корекція дози не потрібна, що є суттєвою перевагою амлодипіну (А. Н. Беловол, І. І. Князькова, 2010; Н. Reuter et al., 2010).

Бісопролол – сучасний лікарський засіб, кардіоселективність (вплив на  $\beta_2/\beta_1$ -адренорецептори) якого складає 1:75. Бісопролол насамперед захищає серце від гіперсимпатикотонії, тобто зменшує частоту серцевих скорочень та знижує силу скорочень міокарда, пригнічує автоматизм передсердь та шлуночків, знижує атріовентрикулярну провідність, також проявляє антиренінову дію, блокуючи  $\beta_1$ -адренорецептори клітин юктагломерулярного апарату нирок. Відбувається зниження ударного об'єму та артеріального тиску, покращання перфузії міокарда та зменшення потреби в кисні, зворотний розвиток гіпертрофії міокарда лівого шлуночка. Бісопролол не має внутрішньої симпатоміметичної активності та рекомендований для лікування хронічної серцевої недостатності (А. С. Свінцицький, 2007; Т. George, 2010; W. J. Flu, 2010; J. M. Cruickshank, 2010).

Бісопролол належить до амфогіфільних сполук, тобто може розчинятися як в ліпідах, так і у воді, що

зумовлює подвійний шлях виведення: через печінку (50 % препарату) та через нирки (50 % препарату). Тому пацієнтам із захворюваннями даних органів не потрібно проводити корекцію дози цього препарату. Також бісопролол має тривалий період напіввиведення, що дозволяє застосовувати останній лише 1 раз на добу. Окрім цього, бісопролол не викликає метаболічних порушень з боку вуглеводного та ліпідного обмінів (W. Elliott, P. Meuer, 2007; В. В. Романенко, З. В. Романенко, 2009).

**Висновок.** Відповідно до вимог часу навчальний процес з фармакології антигіпертензивних засобів щодо поліпшення та оптимізації повинен бути диференційованим, гармонійно поєднувати не тільки форми та методи навчання, але й специфіку майбутньої діяльності лікарів. Це вимагає від викладачів кафедр знання рекомендацій Європейської та Української асоціації кардіологів із лікування артеріальної гіпертензії, включаючи аспекти моно- та комплексної фармакотерапії. При цьому необхідно провести організацію навчального процесу з використанням модульного варіанта, що є важливим етапом підвищення рівня засвоєння знань із фармакології антигіпертензивних засобів.

УДК 378.1:611.018

## ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ТА ПОЛОЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА ПРИ НАВЧАННІ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ З ДИСЦИПЛІНИ “ГІСТОЛОГІЯ, ЦИТОЛОГІЯ ТА ЕМБРІОЛОГІЯ”

Т. М. Бойчук, Л. Я. Федонюк, А. А. Ходоровська

*Буковинський державний медичний університет, Чернівці*

## MAIN PRINCIPLES AND REGULATIONS OF STUDENT'S INDIVIDUAL WORK DURING STUDYING BY THE CREDIT-MODULAR SYSTEM ON THE DISCIPLINE “HISTOLOGY, CYTOLOGY AND EMBRIOLOGY”

T. M. Boychuk, L. Ya. Fedoniuk, A. A. Hodorovska

*Bukovynian State Medical University, Chernivtsi*

У статті розглядаються особливості навчання за кредитно-модульною системою у Буковинському державному медичному університеті, зокрема основні принципи та положення індивідуальної роботи студента з дисципліни “Гістологія, цитологія і ембріологія”.

In the article there are considered the peculiarities of the studying by the credit-modular system in Bukovynian State Medical University, in particular the main principles and regulations of student's individual work on the discipline “Histology, Cytology and Embriology”.

**Вступ.** Підписавши Болонську конвенцію, Україна підтвердила наміри наслідувати міжнародні стандарти організації навчального процесу та мати можливість входження в Європейський освітньо-науковий простір.

На сьогодні Буковинський державний медичний університет (БДМУ) здійснює модернізацію сучасної вищої освіти шляхом розширення використання новітніх освітніх і педагогічних технологій у межах Болонського процесу.

**Основна частина.** На кафедрі гістології, цитології та ембріології БДМУ навчання за кредитно-модульною системою проходить відповідно до основних її положень та принципів і базується на основних положеннях та принципах, до яких належать: кредитність; модульність; методичне консультування; організаційна динамічність; гнучкість та партнерство; пріоритетність змістової й організаційної самостійності та зворотного зв'язку між студентом і викладачем; науковість та прогностичність; технологічність та інноваційність; усвідомлення перспектив.

Програма з дисципліни “Гістологія, цитологія та ембріологія” для студентів спеціальності “Лікувальна справа” структурована на три модулі, до складу кожного з яких входить по два змістових модулі. На вивчення дисципліни відводиться 285 навчальних го-

дин (9,5 кредитів ECTS), з них 40 годин припадає на лекції, 130 годин – на практичні заняття та 116 годин – на самостійну роботу студентів, причому, самостійна робота складає в середньому 40 % від загального обсягу навчального навантаження студента. Для студентів спеціальності “Стоматологія” дисципліна включає два модулі, на вивчення яких відводиться 210 навчальних годин (7 кредитів ECTS), з них 20 годин припадає на лекції, 120 годин – на практичні заняття та 70 годин – на самостійну роботу студентів.

В умовах кредитно-модульної системи навчання студента передбачає оцінювання кожного виду навчальної діяльності студента в межах модуля. Оцінювання є бальним і займає питому частку у підсумковій оцінці з дисципліни. Оцінка за поточну навчальну діяльність визначається з урахуванням оцінок поточного контролю практичних занять та балів за виконання студентом індивідуальної роботи. Загальна оцінка за модуль визначається як сума балів за поточну навчальну діяльність та балів, які студент отримав при складанні підсумкового контролю засвоєння модуля.

Індивідуальна робота студента (ІРС) є невід'ємною складовою частиною кредитно-модульної системи організації навчального процесу, яка дає можливість не лише контролювати рівень знань та вмінь студентів, але й регулювати, коректувати та управляти



потенціалом особистості студента і цілеспрямовано діяти на мотивацію їх пізнавальної діяльності. На кафедрі гістології, цитології та ембріології БДМУ індивідуальна робота студента передбачає індивідуальні навчально-дослідні завдання, які мають навчальний, навчально-дослідницький або проектно-конструкторський характер і проводяться під керівництвом викладача в позааудиторний час із урахуванням потреб і можливостей студента.

ІРС включає такі види роботи студента: написання гістологічних кросвордів із конкретних тем розділів дисципліни; участь у роботі студентського наукового гуртка; виступи та участь на наукових конференціях; пошук відео- та аудіоматеріалів для наповнення ресурсів й елементів для впровадження дистанційних технологій в середовище “Moodle”; взяття участі в олімпіадах з дисципліни. За індивідуальну роботу для студентів спеціальності “Лікувальна справа” при успішному її захисті студенту нараховується 8 балів

при складанні підсумкового модульного контролю I, 15 балів і 3,5 бали – при складанні II і III підсумкових модульних контролів відповідно. Для студентів спеціальності “Стоматологія” 10 і 13 балів при складанні підсумкових модульних контролів I і II відповідно. Слід відмітити, що пошук відео- та аудіоматеріалів і написання гістологічних кросвордів є найпопулярнішими видами індивідуальної роботи серед як вітчизняних, так і іноземних студентів. Науково-дослідницькою роботою бажають займатись лише ті студенти, які добре навчаються та хочуть спробувати свої сили у проведенні експериментальних наукових досліджень та виконанні інших творчих завдань.

**Висновок.** Отже, навчання за кредитно-модульною системою має свої переваги та розглядається як можливість підвищення мобільності студента, а також дає змогу врахувати всі досягнення студента в навчальних навантаженнях, експериментально-наукових дослідженнях, конференціях і предметних олімпіадах.

УДК61:371.261:377.4

## ВПРОВАДЖЕННЯ БАЛЬНОЇ СИСТЕМИ АТЕСТАЦІЇ ЛІКАРІВ НА ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНИХ ЦИКЛАХ: ПЕРЕВАГИ І НЕДОЛІКИ

**В. М. Ждан, І. М. Скрипник, Г. М. Давиденко, Л. М. Шилкіна, А. В. Марченко**

*Вищий державний навчальний заклад України “Українська медична стоматологічна академія”*

## INTRODUCTION OF GRADE SYSTEM OF ATTESTATION OF DOCTORS IS ON PRE-ATTESTATION CYCLES: ADVANTAGES AND DISADVANTAGES

**V. M. Zhdan, I. M. Skrypnyk, H. M. Davydenko, L. M. Shylkina, A. V. Marchenko**

*Higher State Educational Establishment of Ukraine “Ukrainian Medical Stomatological Academy”*

У матеріалах представлено досвід факультету післядипломної освіти з впровадження у навчальний процес бальної системи атестації лікарів на передатестаційних циклах. Основними перевагами такої системи є постійне вдосконалення лікарями своєї лікарської майстерності, розширення кругозору з професійних питань, участь лікарів у наукових дослідженнях і програмах. З досвіду роботи за останній рік представлені й недоліки бальної системи, які потребують можливо-го перегляду наказу МОЗ України № 484.

In the work the experience of faculty of post-graduate education is presented from in the including educational process of the grade system of attestation of doctors on pre-attestation cycles. Basic advantages of such system is permanent perfection by the doctors of the medical trade, elevating a mind on professional questions, participating of doctors in scientific researches and programs. From experience the lacks of the grade system, which need correction of order of MPH of Ukraine № 484, are presented for the last year.

**Вступ.** В останні роки досить гостро постала проблема реформування вищої медичної освіти, в тому числі і післядипломної. Україна обрала курс на інтег-

рацію в європейський простір, тому освіта в нашій державі не могла залишитись на досягнутому рівні, а також почала кроки до євроінтеграції. Важливим

кроком стало впровадження в Україні Болонської системи навчання у вищих навчальних закладах. Не залишилась осторонь і Українська медична стоматологічна академія. У цьому році вже відбудеться перший випуск лікарів, які навчались за кредитно-модульною системою. У 2009 році МОЗ України виданий наказ № 484 “Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах”, який вступив у дію з 01.01.2010 року. Це дало підстави факультету післядипломної освіти для впровадження бальної системи для навчання лікарів на курсах підвищення кваліфікації.

**Основна частина.** Факультет післядипломної освіти ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія” проводить зарахування на передатестаційні цикли лікарів та науково-педагогічних працівників, керуючись наказами МОЗ України № 359 від 19.12.1997 р. та № 484 від 07.07.2009 р. На виконання останнього наказу, деканат факультету післядипломної освіти проводить обрахування кількості балів, набраних лікарями у міжатестаційний період на підставі представлених ними відповідних довідок про проведення лекцій, керівництва інтернатурою на заочних базах стажування, виступи у середніх та загальноосвітніх закладах і на підприємствах; копій сертифікатів про участь у науково-практичних конференціях, з’їздах, конгресах; копій свідоцтв і посвідчень про підвищення кваліфікації на тематичних курсах та курсах стажування; копій грамот, дипломів, публікацій, виданих методичних рекомендацій та ін., відповідно до шкали значень різних видів діяльності лікарів.

Аналізуючи досвід роботи за 2010 р., слід зауважити, що бальна система має певні переваги: лікарі в міжатестаційний період постійно працюють над підвищенням своєї професійної майстерності, проводять громадську роботу у колективах, займаються санітарно-просвітницькою та профілактичною роботою. Значно зросла роль тематичних курсів удосконалення, які дають можливість лікарям підвищити кваліфікацію з конкретних питань, певних сучасних технологій лікування та ін.

Значним досягненням впровадження бальної системи атестації, на нашу думку, є залучення практичних лікарів до науково-дослідної роботи, яке дозволяє лікарям публікувати статті, тези, матеріали доповідей. Всі ці публікації крім того, що дають конкретні бали для атестації, значно розширюють теоретичні знання лікарів, дають можливість участі у науково-практичних конференціях, набуття досвіду лекторів тощо.

Досвід роботи факультету післядипломної освіти в умовах бальної системи атестації виявив і певні недоліки. В основному ці недоліки стосуються, на нашу думку, деяких положень наказу МОЗ України № 484. Серед основних є такі:

– у наказі МОЗ України № 484 доцільно конкретизувати п. 9 (участь у науково-практичних конференціях) – сертифікати яких регіональних і національних конференцій зараховувати, проведених під егідою професійної асоціації чи під егідою головних управлінь охорони здоров’я? Оскільки виникає ряд спірних питань; – що слід надавати лікарю – сертифікат чи програму, які б засвідчували його участь у міжнародних конференціях, симпозіумах, з’їздах, конгресах (в країнах Європи, Азії, Америки)?

Досвід роботи стосовно п. 10 даного наказу (видання фахового підручника, посібника, монографії) показує, що доцільно надавати замість довідки про авторство завірену ксерокопію титульної та другої сторінок (анотація, бібліографія, авторський колектив) підручника, посібника, монографії.

Вважаємо, що у п. 16 бажано конкретизувати, яким чином засвідчувати виступи у засобах масової інформації.

Потребує диференційованого підходу до отримання балів і пункт 18. Пропонуємо: за грамоти Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України – 20 балів; МОЗ України – 15 балів; грамоти облдержадміністрації, обласних рад – 10 балів; міських рад – 5 балів.

Необхідно ввести диференційовану шкалу балів за обіймання посад позаштатних спеціалістів: області – 15 балів; міста – 10 балів; районів – 5 балів.

Вважаємо за доцільне окремим пунктом рекомендувати лікарям у звітах про лікувальну роботу, які вони представляють в атестаційній комісії, та які завіряють головні лікарі, вказувати набрану кількість балів в міжатестаційний період разом із стажем роботи за фахом.

**Висновок.** Післядипломна медична освіта на сьогодні не може залишатись осторонь кардинальних змін у системі освіти, які направлені на визнання міжнародною спільнотою освітніх дипломів нашої держави та конкурентоспроможність наших спеціалістів. Запроваджена бальна система атестації лікарів на передатестаційних циклах надає переваги, які полягають у постійному підвищенні професійної майстерності лікарів та набутті ними теоретичних і практичних знань із спеціальності, розширенні кругозору, їх участь у науковій роботі та впровадженні наукових розробок у лікувальний процес.

УДК 618.1-072.1:378.2:378.661(477.74)

## ДОСВІД ПІСЛЯДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ З ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ЕНДОСКОПІЇ ПРИ ОДЕСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

**В. М. Запорожан, І. З. Гладчук, А. Г. Волянська, Н. М. Рожковська**

*Одеський національний медичний університет*

## EXPERIENCE OF POST-GRADUATE TRAINING IN GYNECOLOGIC ENDOSCOPY AT ODESSA NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

**V. M. Zaporozhan, I. Z. Hladchuk, A. H. Volyanska, N. M. Rozhkovska**

*Odessa National Medical University*

Метою дослідження було провести аналіз досвіду післядипломного навчання з гінекологічної ендоскопії на циклі спеціалізації “Ендоскопія” (для лікарів-гінекологів) для удосконалення і підвищення ефективності та якості навчальної програми.

У навчальних групах не повинно бути більше 2–3 лікарів-курсантів. Лише за таких умов можна досягнути такого рівня підготовки, щоб самостійно визначати показання та протипоказання до ендоскопічних втручань при гінекологічних захворюваннях, а також виконувати операції I–II рівня складності.

Щоденно під час навчання завдяки малокомплектності групи всім курсантам була надана можливість участі в операціях як асистентів на початку навчання, і як хірурга – при завершенні циклу.

Також курсанти є носіями інформації, про що свідчить той факт, що в деяких випадках пройшли курс навчання декілька співробітників з одного закладу або з одного міста.

Впровадження наведених заходів дозволить значно підвищити рівень підготовки фахівців та якості медичної допомоги населенню України.

The aim of the study was to analyze the experience of post-graduate training in gynecologic endoscopy on the cycle of specialization “Endoscopy” (for gynecologists) to improve the efficiency and quality of the curriculum.

In the study group should not be more than 2-3 doctors-students. Only under such conditions can be achieved the appropriate level of training to independently determine the indications and contraindications for endoscopic interventions as well as performing operations of I- II level of complexity.

Every day during the training in small group all students were given the opportunity to participate in operations as an assistant in early learning, and as a surgeon – at the end of the cycle.

Also, students are carriers of information, as evidenced by the fact that in some cases were trained several employees of one institution or from one city.

Implementing the following measures will significantly improve training and quality of medical care in Ukraine.

**Вступ.** Головним завданням системи охорони здоров'я є повсякденне та повне забезпечення громадян України усіма видами висококваліфікованої медичної допомоги, підвищення її якості. Для вирішення цього завдання необхідне удосконалення професійних якостей медичних кадрів і, в зв'язку з цим, підвищення ефективності системи післядипломної підготовки лікарів - гінекологів. Одним із напрямків реалізації цього важливого завдання є удосконалення післядипломної підготовки лікарів в галузі гінекологічної ендоскопії.

Незважаючи на несумнівну цінність у діагностиці та ефективність в лікуванні гінекологічної патології,

сфера реалізації ендоскопії в гінекології обмежена, хоч й має великі перспективи. В чому ж причина? Недостатність інформації, недостатня пропаганда методу чи його погана розробка? На цей час діагностичні та лікувальні можливості використання ендоскопії в гінекології достатньо широко викладені не тільки в публікаціях, але й у монографіях [1–4].

Багатьма авторами встановлена висока економічна ефективність застосування оперативної лапароскопії. Позитивний ефект зумовлений мінімальною інвазивністю методу, що сприяє скороченню тривалості перебування хворих у стаціонарі, зменшенню

тривалості втрати хворою працездатності і нижчою, в порівнянні з лапаротомними втручаннями, частотою ускладнень.

Можливо, однією з причин, що гальмують впровадження ендоскопії в гінекологічну практику в регіонах, є відсутність інформації або мотивації керівників медичних закладів та спеціалістів.

Мета дослідження. Провести аналіз досвіду післядипломного навчання з гінекологічної ендоскопії на циклі спеціалізації “Ендоскопія” (для лікарів-гінекологів) для удосконалення і підвищення ефективності та якості навчальної програми.

**Основна частина.** На циклі спеціалізації “Ендоскопія” (для лікарів-гінекологів) проходили навчання 60 лікарів-курсантів з різних регіонів країни. Кількість курсантів в групах – від 1 до 4 лікарів.

З 1998 р. на кафедрі акушерства і гінекології № 1 ОНМедУ проводиться навчання лікарів на циклі спеціалізації “Ендоскопія” (для лікарів-гінекологів) – 4 міс.

Аналіз складу курсантів циклу спеціалізації “Ендоскопія” (для лікарів-гінекологів) показав, що лікарі розрізнялись за ступенем підготовки і кваліфікаційною категорією. Кожен другий курсант мав стаж роботи від 5 до 10 років. До початку навчання більшість курсантів (94,4 %) мали лише теоретичну підготовку з гінекологічної ендоскопії. Рівень підготовки лікарів враховувався в основному під час практичних занять. У процесі навчання лікарів знайомили з показаннями та протипоказаннями, технікою ендоскопічних втручань, визначали роль ендоскопії в діагностиці та лікуванні гінекологічної патології. Особлива увага приділялась методам попередження інтраопераційних ускладнень при лапароскопії та гістероскопії, а також їх своєчасній діагностиці та лікуванню.

Під час навчання дотримувались такого підходу: при відпрацюванні оперативної техніки дотримувались принципу “від простого – до складнішого”. Починали з опанування практичних навичок на пельвіотренажері та демонстрації відеозаписів ендоскопічних втручань. Наступний крок – це участь в операціях в якості другого асистента. І лише після цього з ура-

хуванням набутих навичок курсанти виконували роль першого асистента, а потім і хірурга.

Загалом, кожен з курсантів протягом навчання самостійно виконав щонайменше 20 ендоскопічних втручань I рівня складності під наглядом куратора. Як I асистент на операціях різного рівня складності кожен з курсантів брав участь у більш ніж 50 операціях.

Враховуючи те, що на курси приймаються лікарі, які мають досвід практичної роботи з гінекології, значну частину навчального часу відведено на вивчення ендоскопічної діагностики та ендоскопічного лікування гінекологічної патології.

Програму побудовано за системою блоків, основу її становлять 10 окремих курсів, на базі яких розроблено конкретний навчальний план циклу спеціалізації з ендоскопії в гінекології. Курс – відносно самостійна частина програми, в якій подано значну за обсягом теоретичну інформацію з певної галузі ендоскопії в гінекології.

Система навчання передбачає лекційний курс, практичні і семінарські заняття. Під час навчання лікарі відповідно до навчального плану підвищують рівень теоретичної підготовки і набувають необхідних практичних навичок. На практичних заняттях лікарі під керівництвом викладача опановують практичні навички ендоскопічних процедур, і закріплюють ці навички на пельвіотренажері під час самостійної роботи в базових клініках під наглядом викладача.

**Висновки.** У навчальних групах не повинно бути більш 2–3 лікарів-курсантів. Лише за таких умов можна досягнути такого рівня підготовки, щоб самостійно визначати показання та протипоказання до ендоскопічних втручань при гінекологічних захворюваннях, а також виконувати операції I–II рівня складності.

Також курсанти є носіями інформації, про що свідчить той факт, що в деяких випадках пройшли курс навчання декілька співробітників з одного закладу або з одного міста.

Вважаємо, що впровадження наведених заходів дозволить значно підвищити рівень підготовки фахівців та якості медичної допомоги населенню України.

#### Література

1. Запорожан В. Оперативна гінекологія. Атлас / В. Запорожан. – Одеса : ОДМУ, 2005.
2. Operative Gynecology / D. M. Gershenson, A. H. DeCherny, S. L. Curry, L. Brubaker. – 2<sup>nd</sup> Ed. – W.B. SAUNDERS Company, 2001. – 890 p.

3. Te Linde's Operative Gynecology. – 9<sup>th</sup> Ed./Ed. By J. A. Rock, H. W. Jones. – Lippincott Williams & Wilkins, 2003. – 1670 p.
4. Compendium of Selected Publications. – The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2005. – 925 p.



УДК 618:167/.168:378.661(477.74)

## ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ № 1 ОДЕСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

В. М. Запорожан, В. Г. Марічереда, А. Г. Волянська, Є. А. Полякова

*Одеський національний медичний університет*

## EXPERIENCE OF PRINCIPLES EVIDENCE-BASED MEDICINE IN THE TRAINING PROCESS AT THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY №1 OF ODESSA NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

V. M. Zaporozhan, V. H. Marichereda, A. H. Volyanska, Ye. A. Polyakova

*Odessa National Medical University*

У статті висвітлено досвід впровадження методів доказової медицини в лекційний курс та методику практичних занять у лікарів і студентів 4 – 6 року навчання. Знання результатів рандомізованих досліджень методів лікування розширює кругозір лікаря у його лікарській практиці.

The experience of introduction of evidence-based medicine methods in the lecture course and technique of practical training at doctors and students 4-6 year studying is adduced in the article. The knowledge of results of randomized researches of treatment methods expands an outlook of the doctor in medical practice.

**Вступ.** В середовищі кваліфікованих фахівців немає сумнівів в ефективності використання методів лікування хворих, що засновані на результатах міжнародних багатоцентрових контрольованих досліджень [1]. Останні, здавалося б, повинні швидко привести до повсюдного їх впровадження у лікувальну практику. Проте, насправді, це не відбувається внаслідок впливу “традиційного консерватизму” й інерційного мислення лікаря [2]. Подолати консерватизм можна тільки шляхом тривалої наполегливої роботи за допомогою яernih і зрозумілих аргументів, опублікованих у доступній літературі. Однак найефективнішою ми вважаємо роботу в контакт з лікарями і студентами, які більшою мірою сприйнятливі до нових поглядів.

**Основна частина.** З метою ознайомлення студентів IV, V, VI курсів та лікарів (на тематичних і передатестаційних циклах) з методами доказової медицини в лекційний курс та тематику практичних занять ми включаємо матеріали багатоцентрових контрольованих досліджень, що проводяться на кафедрі, наприклад, проект з виявлення генетичних аспектів вродженої патології нервової системи, зокрема дефектів нервової трубки (ВДНТ), який виконується спільно з відділенням цитогенетики Istituti Ospitalieri Di Cremona (Італія) у рамках дослідження

Prevention of Neural Tube Defects by Inositol in Conjunction With Folic Acid (PONTI Study) NCT00452829; та у співпраці з почесним доктором ОДМУ, деканом медичного факультету, завідувачем кафедри мікробіології і вірусології Болонського університету (Італія), професором Марією Паолою Ландіна, виконується етап європейської програми з вивчення перинатальної трансмісії цитомегаловірусної інфекції та генотипування вірусу на території Півдня України.

При цьому слід врахувати, що участь у навчальному процесі викладачів, які є виконавцями досліджень, підвищує ефективність занять. Для осмислення і розуміння суті, а значить і міри доведеності результатів рандомізованих досліджень на практичних заняттях викладач пояснює методологію цього процесу.

При розробці теми до відома студентів та курсантів викладач доводить таке [3].

1. Вимоги Good Clinical Practice (GCP) (надійної клінічної практики), згідно з якою клінічні випробування слід проводити в інтересах хворих з дотриманням високих етичних стандартів (пацієнти отримують повну інформацію про препарат).

Протокол дослідження повинен бути оформлений регіональним етичним комітетом.



Необхідно отримати інформовану згоду пацієнта в письмовій формі.

2. Ретельне заповнення на кожного хворого Case Report Form (CRF) (медичного звіту).

3. Високий науково-методичний рівень протоколу.

4. Ретельний відбір хворих. Наявність контрольного періоду (пацієнт не приймає препарати), використання плацебо, коректна рандомізація.

5. Суть відкритого, простого сліпого або подвійно-сліпого методів дослідження.

6. Поняття про сучасні математичні методи медичної статистики.

Необхідність знання різних критеріїв оцінки результатів захворювання за “кінцевими точками” очевидна. Важливим також є і доведення до відома учнів градацій і рівнів доказів Evidence Based Medicine (медицина, заснована на доказах) [4, 5]. Так, студенти та курсанти повинні знати, що градація А складається з чотирьох рівнів. Рівень 1а – докази, що засновані на даних великих рандомізованих клінічних досліджень або спеціальних оглядів (які включають мета-аналізи) великого числа рандомізованих досліджень, з яких хоча б в одному наведено методично суворий опис отриманих даних [6].

Рівень 1б – докази, засновані на даних щонайменше одного дослідження високої якості з оцінкою результатів лікування за принципом “все або нічого”.

#### Література

1. Власов В. В. Введение в доказательную медицину / В. В. Власов. – М. : Медиа Сфера, 2001. – 392 с.
2. Поляков А. С. Впровадження принципів доказової медицини в підготовку лікаря загальної практики / А. С. Поляков., Л. Ковальчук, С. Андрієвська // Вища школа. – 2008. – № 3. – С. 49–52.
3. Планирование и проведение клинических исследований лекарственных средств / под ред. Ю. Б. Белоусова. – М. : ООО “Изд-во Общества клинических исследователей”, 2000. – 579 с.
4. Ступаков И. Н. Рандомизированные исследования : проблемы и перспективы / И. Н. Ступаков, И. В. Самород-

Рівень 1в – докази, засновані на даних щонайменше одного дослідження середнього масштабу або даних мета-аналізу ряду малих досліджень.

Рівень 1г – докази, засновані на даних одного дослідження.

Градiєнт Б складається з трьох послідовних рівнів.

Рівень 2 – докази, засновані на даних одного дослідження високої якості, але в якому хворі не були рандомізовані – основна група та група порівняння.

Рівень 3 – докази, засновані на даних одного дослідження високої якості, в якому була група порівняння.

Рівень 4 – докази, засновані на даних одного дослідження високої якості.

Градiєнт В – включає рівень 5 – думки експертів без посилань на джерела.

Зазначені градації та рівні не можуть повністю відобразити все різноманіття результатів дослідження [7].

**Висновки.** На закінчення необхідно відзначити, що практикуючий лікар зобов’язаний знати про результати рандомізованих досліджень методів лікування, використовуваних ним у лікувальній практиці, особливо у випадках, коли мають місце протипоказання до застосування цих засобів.

Без урахування результатів клінічних випробувань в дослідницькій роботі на сучасному рівні лікар не може планувати і здійснювати дослідження.

ская // Бюлл. НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. – 2001. – Т. 2, № 5. – С. 12–15.

5. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер; пер. с англ. – М. : Медиа Сфера, 1998. – 352 с.

6. The design of randomized clinical trials in critically ill patients / Hubert P. C., Cook D. J., Wells G., Marshall J. // Chest. – 2002. – Vol. 121. – P. 1290–1300.

7. Recombinant human activated protein C, drotrecogin alfa (activated): A novel therapy for severe sepsis / Kanji S., Devlin J. W., Piekos R. A., Racine E. // Pharmacotherapy. – 2001. – Vol. 21, № 11. – P. 1389–1402.

УДК 378.146: 61

## МАЙБУТНЄ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ: БОЛОНСЬКИЙ ПРОЦЕС ЧИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНА СИСТЕМА?

В. К. Івченко, В. В. Сімрок, Ю. І. Налапко

*Державний заклад “Луганський державний медичний університет”*

## THE FUTURE OF POST-GRADUATE EDUCATION: BOLOGNA PROCESS OR CREDIT-MODULAR SYSTEM?

V. K. Ivchenko, V. V. Simrok, Yu. I. Nalapko

*State Establishment “Luhansk State Medical University”*

Обговорено перспективи впровадження основних принципів Болонської декларації у вищу післядипломну медичну освіту України. Показані позитивні риси застосування кредитно-модульної системи в підготовці лікаря в інтернатурі.

Perspectives of implementation of basic principles of Bologna declaration into medical post-graduate education of Ukraine were discussed. Positive signs of use of credit-modular system in education of doctors in the internship were shown.

**Вступ.** Червень 2011 року ознаменується важливою подією для вищої медичної школи України – випуском спеціалістів, які пройшли наскрізний курс навчання на додипломному етапі за кредитно-модульною системою організації навчального процесу. Наразі постає питання спадкоємності у формах та методах навчання даного контингенту випускників на післядипломному етапі.

**Основна частина.** Жоден нормативно-правовий документ, прийнятий в Україні в рамках заходів щодо приєднання до Болонської декларації, не містив зобов'язань вищої школи, в тому числі медичної, запроваджувати такі засади на післядипломному етапі [5]. Проте дане питання вільно чи мимоволі постійно обговорюється на форумах різного рівня, в тому числі на Всеукраїнських навчально-наукових конференціях [3]. Заклади та факультети післядипломної медичної освіти, приймаючи в інтернатуру випускників “болонського формату”, замислюються над тим, які педагогічні та організаційні новели очікуватимуть їх протягом найближчого часу.

Основним лозунгом Болонської декларації є досягнення високого рівня підготовки спеціалістів шляхом забезпечення їх мобільності в країнах, що прийняли дану декларацію, та уніфікації програм і форм навчання студентів.

Аналіз цих завдань показує, що в Україні, попри існування Типових програм і планів навчання в інтернатурі, наразі немає умов для уніфікації графіків навчання

інтернів в різних університетах. Перш за все, це пов'язано з тим, що проведення тих чи інших клінічних модулів на очному циклі інтернатури залежить від наявності профільних хворих в клініці, вивчення навчальних тем, що внесені навчальним закладом в Робочу програму в межах допустимої варіативної частини навчання, розкладом занять на суміжних циклах, вивченням додаткових дисциплін тощо. Слід визнати, що сьогодні уніфікований графік навчання інтернів відсутній в межах навіть двох сусідніх медичних університетів, не говорячи про національну модель.

З відсутності уніфікованості навчання інтернів впливає друге важливе обмеження впровадження принципів Болонського процесу на післядипломному етапі – мобільності осіб, що навчаються. На відміну від додипломного навчання, де механізм переведення до інших вишів чітко регламентований, лікар (провізор)-інтерн в законодавчому сенсі обмежений у своїй мобільності. Насамкінець, при підвищених (а іноді неможливих) вимогах контролюючих органів щодо доїзду молодих спеціалістів до першого місця роботи університет не має мотивації стимулювати мобільність інтернів, якщо це не короткочасне стажування або участь в програмах обміну з закордонними університетами.

Таким чином, є підстави стверджувати, що післядипломна освіта повинна дуже обережно підходити до впровадження принципів Болонської декларації в повсякденну роботу.

© В. К. Івченко, В. В. Сімрок, Ю. І. Налапко

Та чи означає це, що факультети післядипломної освіти не можуть нічого взяти корисного з досвіду додипломного етапу навчання останніх 6 років? Звичайно, ні. Слід чітко розуміти, що кредитно-модульна система організації навчального процесу, хоча і впроваджена в медичних вишах разом з приєднанням до Болонської декларації, є самодостатнім педагогічним інструментом, який дозволяє успішно вирішувати питання якісного, структурно орієнтованого та практично мотивованого процесу навчання і підготовки компетентного спеціаліста. Більшість елементів кредитно-модульної системи на післядипломному етапі впроваджена ще до того, як вони прийшли на додипломний етап [1, 4]. Так, інтернатура передбачає на кожному році навчання два великих модулі – очний та заочний етапи, кожний з яких має конкретну мету, структурні завдання, індивідуальні форми навчання вихідний, поточний та заключний аналіз рівня підготовки. В свою чергу будь-яка спеціальність, за якою проходить підготовка в інтернатурі, містить низку модулів, які інтерн в будь-якому порядку (який визначає викладач та базовий керівник залежно від клінічної ситуації та інших обставин) має пройти, оволодіти певним переліком навичок, виконати визначену кількість маніпуляцій тощо. Цим досягається структурованість викладання, етапність контролю та завершеність сприйняття дисципліни в цілому.

Використання кредитів на післядипломному етапі сьогодні не передбачене. Звичайно, їх можна впровадити в будь-який час, але перед цим слід з’ясувати доцільність цього кроку, адже це питання не є цілком зрозумілим і на додипломному етапі. Кредити

### Література

1. Формально-логічний аналіз кредитно-модульного процесу в контексті його ресурсного забезпечення в системі підготовки медичних спеціалістів / Г. В. Бесполодіна, Ю. І. Наляпко, А. В. Жила, О. А. Козікова // Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України : результати, проблеми та перспективи : матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції з міжнародною участю (Тернопіль, 20-21.05.2010 р.) – Тернопіль : Укрмедкнига, 2010. – С. 399–400.

2. Івченко В. К. Післядипломна медична освіта в Великобританії : перспективи для Національної системи безперервного професійного розвитку / В. К. Івченко, Ю. І. Наляпко // Досвід та проблеми впровадження кредитно-модульної системи навчання у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах України : матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції (Тернопіль, 15-16.05.2008 р.) – Тернопіль : Укрмедкнига, 2008. – С. 183–185.

тами можна вважати кількість балів, які лікар повинен набрати в міжатакційний період.

В цілому аналіз підготовки майбутнього лікаря на додипломному та післядипломному етапі за кордоном, зокрема у Віденському медичному університеті, Імперському коледжі Лондона, Університетському коледжі Лондона, Університеті Гамбурга, де автори мали власний досвід вивчення системи медичної освіти, свідчить про спільність форм і методів організації навчання з тими, що впроваджені в Україні [2]. Навіть проблеми системи вищої медичної освіти є дуже схожими: недостатність фінансування, взаємовідносини університету та клінічної бази (територіальне питання та оренда), оплата праці практикуючого лікаря за навчання інтерна (резидента) тощо. Однак є напрями, які сьогодні вже впроваджені в Європі та показали перспективність у підготовці якісного спеціаліста:

- розвиток дистанційних форм навчання;
- ситуаційні форми екзаменування (OSCE, SOE);
- оцінка не тільки широти, а й глибини знань інтерна (VIVA);
- залучення професійних асоціацій до атестаційного процесу з визначенням їх подальшої відповідальності за підготовку інтерна тощо.

**Висновок.** Зазначені вище напрями є першочерговими в розвитку вищої медичної післядипломної освіти. Найголовнішою умовою підготовки кваліфікованого та компетентного спеціаліста в інтернатурі, поряд із зусиллями університету, слід вважати мотивацію студента та інтерна до отримання якісної освіти, конкурентні умови працевлаштування на високооплачуваних посадах, соціальну захищеність лікаря, престижність професії та повагу з боку держави.

3. Проблеми та шляхи підвищення якості підготовки лікарів-інтернів відповідно до вимог Болонської декларації / В. І. Кривенко, С. П. Пахомова, О. П. Федорова, І. В. Непрядкіна // Досвід та проблеми впровадження кредитно-модульної системи навчання у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах України : матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції (Тернопіль, 15-16.05.2008 р.) – Тернопіль : Укрмедкнига, 2008. – С. 189–190.

4. Москаленко В. Ф. Особливості безперервного професійного розвитку лікарів в сучасних умовах / В. Ф. Москаленко, А. С. Свінцицький // Післядипломна медична освіта : досвід і перспективи : матеріали науково-методичної конференції, присвяченої 85-річчю ХМАПО (Харків, 2-3.10.2008 р.) – Харків, 2008. – С. 10–12.

5. Степко М. Ф. Болонський процес у фактах і документах / М. Ф. Степко, Я. Я. Болюбаш. – Київ–Тернопіль : Вид-во ТДПУ, 2005. – 52 с.

УДК 371.314.6

## ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ В ДЕРЖАВНОМУ ЗАКЛАДІ “ЛУГАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ”

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

Державний заклад “Луганський державний медичний університет”

## INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN EDUCATIONAL PROCESS IN STATE INSTITUTION «LUHANSK STATE MEDICAL UNIVERSITY»

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

State Institution “Luhansk State Medical University”

У роботі представлено дані про застосування сучасних інноваційних технологій в навчальному процесі на теоретичних та клінічних кафедрах державного закладу “Луганський державний медичний університет”. Впровадження сучасних технологій дозволяє оптимізувати навчальний процес, більш ефективно використовувати час для засвоєння практичних навичок, підвищувати якість отриманих студентами знань. На клінічних кафедрах застосування сучасних фантомів дає можливість викладачу моделювати різні клінічні ситуації, особливо невідкладні стани, й особливо при відсутності пацієнтів із патологією, котра вивчається в клініці. Впровадження кредитно-модульної системи навчання неможливе без застосування сучасних інноваційних технологій.

In this study there is presented the information on application of modern innovative technologies in an educational process at theoretical and clinical departments of State Institution «Luhansk State Medical University». Introduction of modern technologies allows to optimize an educational process, to use time more effectively for mastering of practical skills, to improve the quality of knowledges obtained by students. At clinical departments application of modern phantoms gives a teacher a possibility to design different clinical cases, especially exigent cases and particularly in default of patients with pathology studied in a clinic. Introduction of credit-modular system is impossible without application of modern innovative technologies.

**Вступ.** Освіта України відповідно до руху країни в Європу беззаперечно і однозначно визначила, як основний напрям, інтеграцію в європейський освітній простір. Основна концепція медичної освіти – безперервність її отримання. Основна мета при отриманні освіти – набуття досвіду, знань та навичок, котрі забезпечать достатній рівень духовності, професійності, достатній рівень проживання рідних та близьких. Основне завдання при реалізації даної концепції – отримання якісної та максимально доступної інформації на всіх етапах отримання знань, досвіду та навичок.

**Основна частина.** Існує три основних місця, де відбувається процес набуття знань. Дім, робота, навчальна лава. Поняття навчальної лави досить широке й об’єднує в собі етапи дошкільної, шкільної, професійно-технічної та університетської освіти до етапу отримання диплома. Наше завдання – оцінити та спрогнозувати на майбутнє застосування новітніх технологій на цих етапах отримання знань. Та перш за все необхідно прояснити ситуацію із постачальником освітніх технологій. Це звичайно вчитель. В ролі вчителя на першому місці завжди буде сім’я. На пев-

ному етапі отримання освітніх послуг основним учителем є батьки. На другому місці в якості учителя виступають діти для своїх батьків. І тільки тоді, коли є недостатність у знаннях на цих етапах, ми звертаємось до третьої особи (рис. 1).

Але на кожному етапі використовують певні освітні технології, за допомогою яких ми отримуємо доступ до знань, навичок, за допомогою яких ми набуваємо досвід.

Якщо почати спочатку, то необхідно оцінити основні освітні технології, починаючи зі шкільної



Рис. 1. Постачальники освітніх технологій.



лави. На сучасному етапі на рівні школи використовують технології передачі інформації наших першодрукарів Святих Кирила та Мефодія. На сучасному етапі книга як паперовий носій та зошит є основними способами отримання та передачі інформації.

Але вже на сучасному етапі отримання і передачі знань та інформації все більше і більше використовують цифрові технології. Згідно з статистикою близько 20 % всієї інформації, що циркулює у суспільстві, є інформація на цифрових носіях, і ця ситуація має тенденцію до зсуву в бік цифри. Темпи зростання цієї тенденції ми можемо простежити на зразку еволюції

мобільних телефонів. Перший мобільний телефон було виготовлено у 1973 році, вартував 4000 доларів. Через двадцять років телефон вже мав значно більше функцій і його можна було носити вже не в рюкзаку, та його вартість складала 200–300 доларів. На даному етапі ми вже маємо практично мобільні комп'ютери, а в недалекому майбутньому нас очікують суперлегкі телефони-комп'ютери з гнучкими дисплеями. Сучасний лікар повинен володіти даними приладами для підвищення якості своїх знань, а допомогти йому в цьому повинні ми, на етапі навчання в університеті. Тому з комп'ютерною технікою ми маємо таку ситуацію в університеті.

**Процес отримання знань відбувається у навчальних лабораторіях (рис. 2–6) :**

- лекційні зали;
- навчальні кімнати;
- медійні лабораторії.



**Рис. 2.** Лекційна аудиторія з мультимедійним обладнанням.



**Рис. 4.** У навчальних кімнатах на чотирьох кафедрах встановлено 27 мультимедійних панелей. Це значно інтенсифікувало навчальний процес.



**Рис. 3.** У лекційних аудиторіях встановлено веб-камери, котрі дають можливість проводити он-лайн веб-конференції, відеозаписи лекцій.



**Рис. 5.** Наші навчальні кімнати, а точніше деякі з них, відповідають міжнародним вимогам.



У лекційних аудиторіях з метою організації та проведення веб-семінарів, веб-лекцій встановлено веб-камери. На сьогодні дана технологія почала активно використовуватись в рамках МОЗ для проведення телеконсультацій. У нашому розпорядженні є висококласне устаткування, котре дозволяє проводити багатосторонні веб-конференції, консиліуми з приводу особливих клінічних ситуацій. Такий підхід формує у майбутнього лікаря розуміння телемедицини, розкриває її можливості та саму методику.

Близько 1000 комп'ютерів дозволяють активно впроваджувати мультимедійні технології у навчальний процес і в процес контролю за якістю знань як під час екзаменів, так і під час практичних та семінарських занять. Сучасні комп'ютерні класи обладнані сучасними комп'ютерними системами. У найак-

туальніших та напружених місцях роботи встановлено інтерактивні дошки, котрі дозволяють підвищити якість викладання та подачі матеріалу. Всі комп'ютерні класи підключені до Інтернет-мережі, що дає змогу проводити активний пошук та використання матеріалу в режимі он-лайн.

Велике значення для майбутнього медичного працівника має засвоєння цілого ряду практичних навичок, котрі неможливо отримати студентам в умовах звичайної клініки. З цією метою в університеті відкрито 7 спеціальних медійних лабораторій, що оснащені сучасними комп'ютеризованими манекенами, котрі дають змогу не тільки вправно оволодіти навичками, але й оцінювати майстерність засвоєних навичок. Ці лабораторії допомагають підняти на новий рівень методику викладання клінічних дисциплін.



Рис. 6. Студенти набувають практичні навички на сучасному рівні.



У майбутньому наші медійні лабораторії матимуть такий вигляд.

**Висновок.** Нашою метою буде створення медійних навчальних медичних центрів, що будуть оснащені найсучаснішим навчально-медичним устатку-

ванням, котрий дасть змогу успішно конкурувати нашим випускникам не тільки на ринку праці України, а й у дальньому зарубіжжі.

УДК 61:371.27(477.84)

## ПРО ПОДАЛЬШЕ УДОСКОНАЛЕННЯ СЕМЕСТРОВИХ КОМПЛЕКСНИХ ТЕСТОВИХ ІСПИТІВ У ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ

**І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО**

**Л. Я. Ковальчук, І. Р. Мисула, К. О. Пашко, П. Р. Сельський**

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

## ON FURTHER IMPROVEMENT OF COMPLEX SEMESTER TEST EXAMS IN THE TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY BY

**I. YA. HORBACHEVSKY**

**L. Ya. Kovalchuk, I. R. Mysula, K. O. Pashko, P. R. Selskyi**

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky*

Семестрові комплексні тестові іспити визнано однією з найбільш об'єктивних форм контролю рівня знань студентів, що позбавлена впливу суб'єктивного (людського) чинника. Але наші навчальні плани організації навчального процесу за кредитно-модульною системою мають значно більшу кількість навчальних модулів. Винесення тестових завдань зі всіх модулів одночасно на семестровий комплексний тестовий іспит розтягує його в часі та спричиняє збільшення навантаження на студентів, тому доцільним є поділ семестрового комплексного тестового іспиту на дві частини. Збільшення бази до п'ятисот тисяч тестових завдань, ситуаційних задач та рисунків не дозволяє зазубрювати відповіді, а вимагає щоденно наполегливо засвоювати та глибоко розуміти суть теоретичного матеріалу, а також освоювати на високому рівні практичні навички, які лежать в основі вирішення ситуаційних задач та розпізнавання рисунків.

Complex semester test exams are rightfully considered to be one of the most objective forms of the level of students' knowledge monitoring that is deprived of the influence of subjective human factor. The curriculum of the educational process for credit-modular system includes a rather great number of training modules. Taking-up tests on all modules at once at the semester test exam stretches it in time and increases the workload on students, so it is reasonable to divide the exam into two parts. In order to avoid the mechanical learning of tests their quantity in the base was increased up to five hundred thousands, including situational problems and tests to figures. It makes it impossible for the students to drill the answers, but requires their everyday work, profound understanding of the theoretical material and developing of high level of practical skills.

**Вступ.** Вперше серед усіх ВМ(Ф)НЗ України в нашому університеті вирішена проблема об'єктивності підсумкового контролю знань студентів, що практично усунула суб'єктивні аспекти екзаменів, дозволила оцінювати знання незалежно від людського фактора, тобто уподобань, настрою екзаменатора та інших чинників, які впливають на оцінку знань студентів, шляхом проведення семестрового комплексного тестового (лише тести дають змогу досягнути вищого ступеня об'єктивності) іспиту для студентів усіх факультетів та курсів [1]. Саме об'єктивна та незалежна система оцінювання знань студентів, що передбачає “послідовне використання оприлюднених критеріїв, правил і процедур”, є одним із семи Європейських стандартів і рекомендацій щодо внутрішнього забезпечення якості у вищих навчальних закладах, розроблених Європейською асоціацією із забезпечення якості вищої освіти. Відповідно до даних стандартів та рекомендацій, “очікується, що

процедури оцінювання студентів матимуть чіткі й оприлюднені критерії виставлення оцінок; не покладатимуться на судження лише одного екзаменатора”. Семестрові комплексні тестові іспити є нормою в університетах Європи і визнані однією з найбільш об'єктивних форм контролю рівня знань студентів, що позбавлена впливу суб'єктивного (людського) чинника [2]. Вони органічно ввійшли у навчальний процес нашого університету і визнані професорсько-викладацьким складом та студентами. Про його об'єктивність свідчить те, що в більшості випадків оцінки, які отримують студенти на іспиті, мають незначні відхилення від оцінок поточної успішності, а відповідно, практично немає і апеляцій з боку студентів [3]. А там, де на об'єктивність оцінки знань не впливає суб'єктивний чинник, немає і ґрунту для корупції, що стає вагомим чинником припливу на навчання в наш університет як вітчизняних, так і зарубіжних студентів.

© Л. Я. Ковальчук, І. Р. Мисула, К. О. Пашко, П. Р. Сельський

**Основна частина.** Наші навчальні плани організації навчального процесу за кредитно-модульною системою, на відміну від навчальних планів аналогічних університетів Європи, мають значно більшу кількість навчальних модулів. Відповідно, це спричиняє збільшення навантаження на студентів під час складання семестрових комплексних тестових іспитів та розтягує їх тривалість. Надмірне навантаження не дає можливості студентам повною мірою показати свій рівень знань, а тривалий термін складання іспиту призводить до значної розумової втоми. Тому до початку зимової екзаменаційної сесії 2010–2011 н. р. питання щодо вдосконалення складання семестрових комплексних тестових іспитів було спочатку винесено на розгляд вченої ради університету. В його обговоренні взяли активну участь, поряд з професорами та доцентами, і студенти, які теж є членами вченої ради. Кожен бажаючий висловив свою думку, особливо уважно було вислухано та взято до уваги пропозиції студентів, тому що вони є безпосередніми учасниками цього процесу і бачать його зсередини, а крім того, організація іспиту впливає на їх успішність.

Результатом обговорення питання щодо вдосконалення проведення семестрових комплексних тестових іспитів стало одностайно прийняте членами вченої ради рішення про те, щоб під час кожного іспиту студенти складали не більше восьми модулів. Відповідно, більшість іспитів були поділені навчально-науковим відділом незалежного тестування знань студентів на дві частини. Це дозволило скоротити час проведення іспиту до чотирьох годин і менше. Після двох годин іспиту екзаменаційна комісія оголошувала студентам перерву на 20 хв. Методично порядок складання іспиту залишився попереднім. Студентам надавали по три дні на підготовку до складання кожної частини семестрового комплексного тестового іспиту. Треба зауважити, що розклад складання іспитів взимку розрахований так, щоб студенти всіх курсів та факультетів завершили сесію не пізніше 30 грудня і встигли на святкування Нового року. Ті ж студенти, які склали іспит на незадовільні оцінки, були вимушені перескладати його після зимових свят, що, без сумніву, позбавило їх повноцінної радості від святкування Нового року та Різдва Христового. Тому це додатково стимулюватиме студентів до систематичного навчання протягом навчального періоду, без марного сподівання, що вони встигнуть вивчити весь навчальний матеріал за декілька днів підготовки до першої та другої частин іспиту.

Для повного переконання у правильності прийнятого рішення щодо поділу семестрового комплексного

тестового іспиту на дві частини після зимової екзаменаційної сесії, згідно з наказом ректора університету від 19.01. 2011 р. № 32, було проведено всеуніверситетський референдум студентів про його доцільність. Організацією референдуму займалася спеціально створена комісія, в компетенції якої були лише розробка і затвердження графіка проведення референдуму в лекційні дні, форми та змісту бюлетенів для таємного голосування і схеми протоколу лічильної комісії. Студенти всіх факультетів самі проводили референдум у лекційній аудиторії, для чого кожного разу вибирали лічильну комісію, яка за результатами таємного голосування заповнювала протоколи засідання та відразу ж оголошувала в аудиторії результати голосування. У підсумку 87,7 % студентів університету підтримали поділ семестрового комплексного тестового іспиту на дві частини. Результати референдуму були обговорені та затвержені вченою радою університету 08.02.2011 р. (протокол № 9) та студентською радою університету 09.02.2011 р. (протокол № 137). Одностайно обидві ради вирішили, що відтепер методика проведення у подальшому семестрового комплексного тестового іспиту полягатиме в його поділі на дві частини. Усі ці дані було висвітлено у газеті “Медична академія”.

Крім того, база тестових завдань з кожної дисципліни з кожним семестром стає все більшою та урізноманітніється за рахунок ситуаційних задач та рисунків, які кожен студент отримує перед складанням іспиту у вигляді виданих друкарським способом збірників окремо для кожного курсу. Навчально-науковий відділ незалежного тестування знань студентів після кожної екзаменаційної сесії проводить аналіз тестових завдань з метою визначення їх валідності, отримані дані доводяться до відома кафедр для усунення виявлених недоліків. Тепер вже база досягає п’ятисот тисяч тестових завдань, ситуаційних задач та рисунків, що нанівець зводить всі спроби скласти тестовий іспит методом зазубрювання відповідей. Забезпечити позитивний результат може тільки щоденна наполеглива робота із засвоєння та глибокого розуміння суті теоретичного матеріалу, а також освоєння на високому рівні практичних навичок, які лежать в основі вирішення ситуаційних задач та розпізнавання рисунків.

Одним із показників ефективності проведення контролю знань шляхом складання семестрових комплексних тестових іспитів стало те, що кількість студентів медичного факультету, які не склали іспит “Крок 1” (що є централізованим державним контролем за якістю підготовки студентів) у 2010 р. з першого разу (чотири особи), значно менша порівняно з 2009 р. (двадцять осіб). Хоча результати складання

семестрових комплексних тестових іспитів показують, що є ще багато студентів, які до навчання ставляться без потрібної наполегливості, а це недопустимо для майбутнього фахівця, від знань та вмінь якого залежатиме найцінніше – здоров'я людини.

**Висновки:** 1. Проведення семестрового комплексного тестового іспиту для студентів усіх факультетів та курсів є об'єктивною та незалежною складовою системи оцінювання знань студентів. Він органічно ввійшов у навчальний процес нашого університету і визнаний професорсько-викладацьким складом та студентами.

#### Література

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

2. Поділ семестрового комплексного тестового іспиту на дві частини значно скорочує його тривалість, усуває створення надмірного навантаження та значної розумової втоми студентів і дозволяє їм показати дійсний рівень своїх знань.

3. Збільшення бази до п'ятисот тисяч тестових завдань, ситуаційних задач та рисунків не дозволяє зазубрювати відповіді, а вимагає щоденної ґрунтовної підготовки до занять та освоєння на високому рівні практичних навичок, які лежать в основі вирішення ситуаційних задач та розпізнавання рисунків.

2. Стандарти і рекомендації щодо забезпечення якості освіти у Європейському просторі вищої освіти. – К. : Ленвіт, 2006. – С.15–16.

3. Семестрові комплексні тестові іспити – надійний критерій оцінки знань студентів / І. Р. Мисула, В. П. Марценюк, К. О. Пашко, О. О. Стаханська // Медична освіта. – 2010. – № 1. – С. 16–37.

УДК 378.147.001.76-057.85

## ЯКІСТЬ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ – ГОЛОВНА СКЛАДОВА БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ

Ю. М. Колесник, Ю. М. Нерянов, В. М. Компанієць

*Запорізький державний медичний університет*

## THE QUALITY OF SPECIALISTS' TRAINING AS THE MAIN PART OF BOLOGNA PROCESS

Yu. M. Kolesnyk, Yu. M. Neryanov, V. M. Kompaniyets

*Zaporizhian State Medical University*

Якість – це основоположна умова для визнання, для довіри, сумісності та привабливості в європейському просторі. Моніторинг якості освіти має бути повним, постійним, прозорим, об'єктивним; контроль якості повинен зосередитися не тільки на контролі навчального процесу, кадрів, науково-методичного забезпечення, матеріальної бази тощо, а, в першу чергу, на контролі знань студентів і, особливо, випускників, визначаючи їхню компетентність і спроможність задовольняти вимоги ринку праці. Якість підготовки фахівців визначається не тривалістю або змістом навчання, а саме знаннями, вміннями і навичками, отриманими випускниками.

Наша освітянська стратегія має бути максимально чітка і розрахована передусім на те, щоб зробити ринок освітніх послуг в Україні максимально авторитетним і престижним у світі, забезпечити визнання українського диплома за рубежом.

Quality is the basic condition for appreciation, confidence, compatibility and attractiveness in the European space. Education quality monitoring should be complete permanent, clear and objective; quality should be focused not only on the educational process, staff, scientific methodological facility, material basis, etc. But on the other hand, on the control of students' knowledge, especially graduates, identifying their competence and their capacity at the world work market. The quality of specialists' training is not determined by the duration or the content of the education, but by means of graduates' knowledge, skills.

Our educative strategy must be maximum clear and it is aimed first of all to make educational service market in Ukraine of the best authority and great prestige in the world to provide recognition of Ukrainian diploma abroad.

**Вступ.** Інтеграційний процес у науці й вищій освіті має дві складові: формування співдружності про-

відних європейських університетів під егідою документа, названого Великою хартією університетів, та

© Ю. М. Колесник, Ю. М. Нерянов, В. М. Компанієць



об'єднання національних систем освіти і науки в європейський простір з єдиними вимогами, критеріями і стандартами. Головна мета цього процесу – консолідація зусиль наукової та освітянської громадськості й урядів країн Європи для істотного підвищення конкурентоспроможності європейської системи науки і вищої освіти у світовому вимірі. У межах цього простору мають діяти єдині вимоги до визнання дипломів про освіту, працевлаштування та мобільності громадян, що істотно підвищить конкурентоспроможність європейського ринку праці й освітніх послуг. Власне, цим документом було задекларовано прийняття загальної системи порівняльних освітньо-кваліфікаційних рівнів, зокрема через затвердження додатка до диплома; запровадження в усіх країнах формули триступеневої освіти; створення системи кредитів відповідно до європейської системи трансферу оцінок, включно з постійним навчанням; сприяння європейській співпраці щодо забезпечення якості освіти, розробка порівняльних критеріїв і методів оцінки якості; усунення перешкод на шляху мобільності студентів і викладачів у межах визначеного простору. Приділено особливу увагу важливості контролю і дотримання європейських стандартів якості освіти на усьому просторі.

**Основна частина.** На всіх етапах Болонського процесу було проголошено, що цей процес добровільний; полісуб'єктний; такий, що ґрунтується на цінностях європейської освіти і культури; такий, що не нівелює національні особливості освітніх систем різних країн Європи; багатоваріантний; гнучкий; відкритий; поступовий.

Але не слід ідеалізувати Болонський процес. Він нерівномірний, суперечливий, складний. Його цілі ще дуже гіпотетичні. Як приєднання до цього процесу, так і неприєднання мають свої переваги та ризики. Втім, з урахуванням усіх “за” і “проти” для країн, які прагнуть до економічного і суспільного розвитку і, зрештою, вступу до Європейського Союзу (ЄС), альтернативи Болонському процесові немає.

Реформи, які ми повинні продовжувати, вже не можуть бути “косметичними”. Вони мають стосуватися глибинних основ нашої освіти й науки. Здійснюючи їх, ми повинні будемо відповісти на запитання: чого і як слід навчати в сучасному світі гострої конкуренції? Тому нові виклики ми повинні прийняти не тільки переносячи на наше підґрунтя досвід інших держав, але й пропонуючи свої доробки, досягнення, пропозиції, своє бачення проблем. Тобто потрібно досягти гармонійного поєднання європейських нововведень і кращих вітчизняних традицій. Але ми повинні відверто визнати, що за останні роки у сфері

вищої освіти України, особливо медичної, накопичуються складні проблеми, вирішення яких залишається на порядку денному, навіть незалежно від наявності чи відсутності такого фактора, як Болонський процес.

Ці проблеми погіршують розпізнавання нашої системи вищої медичної освіти зовнішнім світом, підсилюють ізоляціоністські тенденції, погіршують мобільність наших студентів, викладачів і науковців в межах європейського освітнього простору і ринку праці.

Зменшити ці перешкоди – означає для нас опинитися, образно кажучи, на першому поверсі величезної будівлі, яка має назву “Європа знань”. Головним на цьому шляху є модернізація системи контролю якості освіти.

Як визначено у “Саламанському зверненні”, якість – це основоположна умова для визнання, для довіри, сумісності та привабливості в європейському просторі. Берлінське комюніке визначає якість освіти як основу створення європейського простору.

Для нас важливими, зважаючи на сказане, є декілька положень: моніторинг якості освіти має бути повним, постійним, прозорим, об'єктивним; якість і акредитація, які міцно пов'язані між собою, висувають нові завдання щодо використання європейських стандартів якості, і тому наша участь в європейській мережі з гарантування якості у вищій освіті (система ENQA) обов'язкова; контроль якості повинен зосередитися не тільки на контролі навчального процесу, кадрів, науково-методичного забезпечення, матеріальної бази тощо, а, в першу чергу, на контролі знань студентів і особливо випускників, визначаючи їхню компетентність і спроможність задовольняти вимоги ринку праці; окрім внутрішньої оцінки якості неминуча зовнішня оцінка, яку підтримує ENQA і яка надає можливість оцінювати навчальні програми за межами своєї країни за загальними критеріями.

Болонський процес – це процес розпізнавання однієї освітньої системи іншою в європейському просторі. Якщо майбутнє України пов'язане з Європою, то не можна надалі стверджувати, що Болонський процес має для нас лише просвітнє та пізнавальне значення. Надання високої оцінки національній системі освіти не має заспокоювати нас і стримувати глибинне її реформування.

Нині можна з жалем констатувати, що незважаючи на природні досягнення освіти, які забезпечує нова соціополітична система (демократичність, гнучкість, незаідеологізованість), в масовому вимірі освіта стала менш якісною, а переважна більшість випускників вищих навчальних закладів (особливо нових) не зовсім конкурентоспроможна на європейському ринку праці. Це зобов'язує менше говорити про власні



досягнення, а все більше аналізувати світові та європейські тенденції реформування освіти і відповідно до цього напружено і послідовно вдосконалювати нашу професійну сферу діяльності.

Водночас участь системи вищої медичної освіти України в болонських перетвореннях має бути спрямована лише на її розвиток і набуття нових якісних ознак, а не на втрату кращих традицій, зниження національних стандартів її якості. Орієнтація на Болонський процес не має призводити до надмірної перебудови вітчизняної системи медичної освіти. Навпаки, її стан треба глибоко осмислити, порівнявши з європейськими критеріями і стандартами, та визначити можливості її вдосконалення на новому етапі. При цьому еволюцію системи освіти не слід відокремлювати від інших сфер суспільства. Вона має розвиватися в гармонійному взаємозв'язку з суспільством в цілому, беручи на себе роль його провідника.

Модернізація системи вищої освіти в Україні (Закон “Про вищу освіту” та його новий проект, ряд нормативних актів МОН та МОЗ України) має деякі спільні ознаки з Болонським процесом, але за більшістю напрямів вона йому не відповідає. Це пов'язано з тим, що вихідні концепції такої модернізації не були зорієнтовані на інтегрування національної системи освіти в Європейський простір. Вони більшою мірою мали “внутрішній” характер і переважно зводилися до “прилаштування” системи вищої освіти до нових внутрішніх реалій. На сучасному етапі концепцію реформування вищої медичної освіти слід докорінно переглянути і створити програму послідовного її зближення з європейським освітнім і науковим простором.

Дарма, що в системі освіти України, як і колишнього СРСР, ніколи не бракувало чудових педагогів, досконалих методик чи здібних учнів, студентів. Але саме те, що об'єднувальною для шести основних ключових позицій Болонської декларації є якість освіти, потребує поглянути на це питання дещо з іншого боку. Проблема полягає в тому, що якість підготовки фахівців безпосередньо залежить від умов навчання, професорсько-викладацького складу, від матеріальної бази вищих закладів освіти – це відомо без будь-якої інтеграції. Інша справа – чи можемо ми за цими складовими нарівно конкурувати з вищими закладами тих країн, які нині в освіту вкладають не залишкові кошти, а 20 % і більше від валового внутрішнього продукту (США, Японія, Німеччина, Англія та ін.).

Щоб визначити якість підготовки фахівців, треба брати до уваги не тривалість або зміст навчання, а саме знання, вміння і навички, отримані випускниками. Зазначимо, що саме завдяки великій увазі до формування не лише знань, а й вмінь та навичок,

індивідуалізації навчання національна система медичної освіти не лише втрималася від остаточного зруйнування, а й успішно розвивається нині. Інша справа, що індивідуалізувати навчання, перейти до таких прогресивних форм організації навчального процесу, як дистанційна, кореспондентська, не дають змоги скромні матеріальні можливості вищих закладів освіти, через що вони не можуть максимально розширити комп'ютерну мережу, використовувати телебачення, Інтернет тощо. На цьому шляху ЗДМУ є одним з піонерів і ректорат приділяє особливу увагу новітнім технологіям навчання, зміцненню матеріально-технічної бази. Тільки за останні три роки в університеті втричі виріс комп'ютерний парк сучасних ПЕОМ, майже вшестеро – відеосупроводжувальна техніка (мультимедійними засобами, плазмовими панелями обладнані всі аудиторії, як на території університету, так і на клінічних базах). Активно розвивається дистанційне навчання на післядипломному етапі та на заочній формі підготовки фахівців у фармації. Очікувати ж від держави на допомогу у вирішенні подібних питань нині через економічні проблеми не доводиться. Отож і використати європейські, американські, інші прогресивні навчальні технології у повному обсязі ближчим часом навряд чи вдасться.

**Висновки.** З погляду методології інтеграційних процесів в освіті України загалом кардинально постає питання такої організації процесу підготовки спеціаліста, коли він, сприймаючи світове, загальне, не відкидає власного, специфічного, національного. Це сьогодні торкається не лише медичної освіти, а й усієї духовної сфери та, власне, й інших сфер життя. Тут не йдеться про якийсь егоцентризм, самоізоляцію. Навпаки, в Європу, у світовий простір кожна свідома нація намагається будь-що інтегруватися з власними особливостями, дбає про те, щоб ці особливості сприйняли і визнали інші народи, нації.

Отже, будь-яка інтеграція України у світ, Європу, в тому числі й освітня, не є самоціллю. До Болонського процесу треба прямувати не формальним шляхом, не задля того, щоб слугувати комусь, працювати, умовно кажучи, на Європу. Наша медична освітянська стратегія має бути максимально чітка і розрахована передусім на те, щоб зробити ринок освітніх послуг в Україні максимально авторитетним і престижним у світі, забезпечити визнання українського диплома за кордоном. У результаті це забезпечить не лише вітчизняні потреби у фахівцях, а й підвищить авторитет, імідж України у світі. І тут набором певних, найкращих заходів справи не зарадиш. Потрібні радикальні дії хоча б з тих проблем, які ми порушили.

#### Література

1. Суліма Є. Невідкладні завдання системи вищої освіти на новому етапі Болонського процесу / Є. Суліма // Вища школа. – 2010. – № 11. – С. 5–13.
2. Тимошенко О. Організація та управління якістю освіти: проблемні підходи / О. Тимошенко // Вища освіта України. – 2010. – № 1. – С. 60–66.
3. Верлока В. Сцилла та Харибда Болонського шляху (2010). [Електронний ресурс]. – Електронні дані.
4. Богачевська І., Карпенко М. Болонський процес в Україні: стан та проблеми реалізації (2009). [Електронний ресурс]. – Електронні дані.
5. Волович В. Болонський процес і нова парадигма освіти в Україні / В. Волович // Соціологія: теорія, метод, маркетинг. – 2004. – № 4. – С. 189–199.
6. Удосконалення університетської освіти в контексті європейської інтеграції // Новий колегіум. – 2006. – № 3. – С. 16–20.

УДК 378.147:378.016:613/.614

## ПРОБЛЕМА УДОСКОНАЛЕННЯ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ПРОФІЛЮ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ В АСПЕКТІ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

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

*Харківський національний медичний університет*

## THE PROBLEM OF IMPROVEMENT OF PROFESSIONAL TRAINING OF DOCTORS OF PREVENTIVE MEDICINE ON THE MODERN STAGE IN ASPECT OF CREDIT-MODULAR SYSTEM

**V. M. Lisovyi, V. A. Kapustnyk, V. O. Korobchanskyi, M. P. Vorontsov, V. V. Minukhin**

*Kharkiv National Medical University*

У статті показано зростаюче значення для сучасної охорони здоров'я проблеми удосконалення фахової підготовки лікарів-гігієністів і епідеміологів на основі організаційно-методичних положень кредитно-модульної системи.

Increasing significance of the problem of improvement of professional training of doctors of preventive medicine and epidemiologists on organizational and methodic(al) regulations of credit-modular system is shown.

**Вступ.** У сучасній системі охорони здоров'я України виключно важливе місце займає державна санітарно-епідеміологічна служба. Вона є основою профілактичного спрямування державних медичних програм стосовно забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, збереження й укріплення індивідуального, сімейного і популяційного здоров'я. З урахуванням цього необхідно забезпечити високого рівня фахову підготовку лікарів медико-профілактичного профілю відповідно до потреб сучасної охорони здоров'я.

**Основна частина.** На сучасному етапі удосконалення вищої медичної освіти є найважливішою проблемою охорони здоров'я, що потребує забезпечити усі її галузі лікарями рівня підготовки відповідно до

міжнародних стандартів. Наказ МОЗ України “Про затвердження Програми розвитку вищої медичної освіти до 2015 року” визначає, що подальше підвищення якості медичного обслуговування населення України та збереження його здоров'я безпосередньо пов'язані з удосконаленням додипломної і післядипломної підготовки лікарів.

Міжнародний досвід медицини переконливо свідчить, що ефективна первинна профілактика захворювань є фундаментом охорони здоров'я. Стає все більше очевидним, що показники індивідуального, сімейного і популяційного здоров'я у наступний період залежатимуть не тільки від надання індивідуальної медичної допомоги, але й від ефективності за-

ходів стосовно охорони навколишнього середовища, оздоровлення умов праці, безпечності харчування тощо. І важливою складовою державних програм охорони здоров'я є забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення в усіх сферах життєдіяльності людини. Суттєво зростає роль ВМНЗ у справі кадрового забезпечення галузі лікарями-гігієністами та епідеміологами, підготовка яких має відповідати складним завданням сучасної охорони здоров'я [1]. Велике значення набуває удосконалення професійно орієнтованої додипломної підготовки лікарів-профілактів на основі сучасної кредитно-модульної системи та вимог Державного стандарту вищої медичної освіти України.

Актуальність цільової підготовки лікарів медико-профілактичного фаху суттєво зросла у зв'язку з проблемою кадрового забезпечення державної санітарно-епідеміологічної служби України, скороченням чисельності працівників санітарно-профілактичних закладів, що потребує нагального вирішення питань якості фахової додипломної і післядипломної підготовки лікарів-гігієністів і епідеміологів, здатних на сучасному рівні виконувати професійні обов'язки в усіх напрямках санітарно-гігієнічної і протиепідемічної діяльності [2, 3, 4]. Державний галузевий стандарт вищої медичної освіти України визначає виробничі функції, типові завдання діяльності та уміння, якими повинен володіти випускник вищого медичного закладу за фахом “Медико-профілактична справа”. Блоки змістовних модулів професійної та практичної підготовки лікаря медико-профілактичного профілю, що визначені в ОКХ Державного галузевого стандарту, є обов'язковими під час вивчення усіх професійно орієнтованих дисциплін.

I. Планування й проведення санітарно-гігієнічних, профілактичних та протиепідемічних заходів щодо інфекційних хвороб. Уміння: за даними обстежень осередків та спалахів інфекційних хвороб проводити ранню діагностику інфекційних захворювань, первинні протиепідемічні заходи в осередку інфекційної хвороби, виявляючи групи ризику, фактори ризику, час ризику, території ризику.

II. Планування й проведення санітарно-гігієнічних та профілактичних заходів щодо неінфекційних хвороб, спрямованих на усунення або ослаблення негативної дії шкідливих факторів. Уміння: за результатами санітарно-гігієнічного обстеження об'єктів у процесі запобіжного та поточного санітарного нагляду, а також аналізу захворюваності в межах первинної медико-санітарної допомоги населенню здійснювати систему санітарно-гігієнічних та профілактич-

них заходів щодо організації раціонального і безпечного харчування та водопостачання; профілактики харчових отруєнь; режиму праці та відпочинку; формування сприятливого житлового та виробничого середовища; первинної профілактики захворювань і травм; пропаганди здорового способу життя. В умовах лікувально-профілактичної та санітарно-профілактичної установ, навчально-виховних закладів для дітей та підлітків, на виробництві з урахуванням несприятливого впливу факторів навколишнього середовища, умов життя та праці визначати групи ризику серед населення; формувати диспансерні групи людей, що підлягають диспансерному нагляду (новонароджені, діти, підлітки, особи, що перехворіли на інфекційні хвороби, мали харчове отруєння, вагітні); оцінювати умови праці за ступенем тяжкості, напруженості та небезпечності; проводити аналіз професійної захворюваності; аналізувати результати медичних оглядів працівників промислових підприємств.

III. Аналіз інформації щодо стану навколишнього середовища й оцінювання впливу навколишнього середовища на стан здоров'я населення (індивідуальне, сімейне, популяційне). Уміння: в умовах планової і екстреної системи запобіжного і поточного санітарно-епідеміологічного нагляду визначати шкідливі, небезпечні та позитивні фактори навколишнього середовища; визначати негативні фактори навколишнього середовища; оцінювати і прогнозувати стан здоров'я населення (рівень загальної, інфекційної, аліментарної, професійної захворюваності, стан фізичного розвитку окремих груп населення); здійснювати епідеміологічний аналіз неінфекційної захворюваності населення, виявляючи групи ризику, території ризику, час ризику, фактори ризику, в тому числі інноваційних промислових технологій (ГМО, нанотехнологій).

IV. Проведення лікувально-евакуаційних і санітарно-гігієнічних заходів. Уміння: в умовах надзвичайної ситуації, у тому числі воєнного стану організувати проведення лікувально-евакуаційних заходів, санітарно-гігієнічного забезпечення тимчасового розміщення населення, водозабезпечення, харчування та профілактичних заходів щодо життєзабезпечення населення і військовослужбовців.

V. Визначення тактики ведення контингенту осіб, що підлягають диспансерному нагляду. Уміння: визначати тактику обстеження та первинної профілактики здорових осіб, що підлягають диспансерному нагляду; розраховувати та призначати необхідний раціон харчування різним контингентам населення; проводити обстеження та здійснення контролю за відповідністю умов занять і фізичного навантажен-

ня, стану здоров'я дітей; визначати тактику обстеження та вторинної профілактики хворих, що підлягають диспансерному нагляду.

Одним з фундаментальних положень кредитно-модульної системи навчання є самостійна робота студентів протягом усього періоду додипломної підготовки. Мета організації самостійної роботи – навчити студентів використовувати отримані знання в різних фахово орієнтованих ситуаціях забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення. І відповідно до положень кредитно-модульної системи потрібно стимулювати творче змагання студентів у навчанні, використовуючи з цією метою рейтингову методику оцінки самостійної навчальної діяльності студентів за кожний модуль програми. З огляду на це, під час проведення практичних занять викладач повинен виступати не як лектор-розповідач, а як консультант студентів, які самостійно працюють. Збільшення обсягу для самостійної роботи студентів є однією з найважливіших умов поглиблення професійних знань і навичок майбутнього санітарного лікаря в межах Болонської системи. Основні форми самостійної роботи студентів: самостійна робота під час практичних занять; активна позааудиторна діяльність (навчально-реферативна, лабораторно-дослідницька); участь студентів у роботах, пов'язаних безпосередньо з майбутньою діяльністю санітарного лікаря; навчально-дослідницька робота студентів в межах обов'язкових занять, а також у складі студентського наукового товариства за темами, що пов'язані з проблемами гігієни, медичної екології, епідеміології. Цим шляхом, постійно спілкуючись з викладачами і науковцями кафедр, студенти набувають важливі навички, індивідуальні якості, якими має володіти сучасний лікар, а також пізнають наукові й практичні проблеми гігієни, медичної екології, епідеміології.

Організаційно-методичною основою успішності навчання є необхідність закласти базу для самостійного творчого опанування і осмислення студентом набутих знань, формування творчої і дослідницької ініціативи. В програмах самостійної роботи студент повинен опрацьовувати конспекти лекцій, літературу до тем, запланованих на практичні й семінарські заняття, самостійно складати конспекти з тем, запропонованих для самостійного вивчення, готувати реферати [5].

Найважливішим фактором підвищення якості фахової підготовки санітарних лікарів є обов'язкове використання санепідстанцій як основної бази навчально-виробничої підготовки спеціаліста. Проведення

занять з гігієни та епідеміології на базі санепідстанцій забезпечує виконання головного дидактичного завдання стосовно досягнення кінцевих цілей підготовки лікарів – створює міцну основу для інтеграції знань, практичних навичок і послідовно наближає зміст кожного заняття до реальних умов діяльності лікарів-гігієністів та епідеміологів. В цих умовах головне уміння – на основі лабораторних та інших досліджень, що впроваджено у структурні підрозділи СЕС, проводити гігієнічну (епідеміологічну) діагностику конкретної ситуації і обґрунтовувати програму профілактичних та оздоровчих заходів.

У сучасних соціально-економічних умовах та значного ускладнення екологічної ситуації суттєво змінилися завдання і функції санітарно-епідеміологічної служби в усіх розділах її діяльності [1]. Підвищення рівня підготовки санітарних лікарів та їх раціонального використання у системі охорони здоров'я потребують обов'язкової інтеграції вищої медичної освіти з закладами практичної охорони здоров'я – санітарно-епідеміологічними станціями на основі створення навчально-науково-виробничих комплексів. Потреба у таких базових санепідстанціях для більш ефективного професійного навчання студентів, що навчаються за спеціальністю “Медико-профілактична справа”, відчувається постійно. Тому МОЗ України як пріоритетний напрямок поліпшення підготовки лікарів визначає розширення мережі університетських клінік, навчально-науково-практичних центрів при вищих навчальних закладах, що сприятиме підвищенню рівня практичної підготовки лікарів<sup>1</sup>. При проведенні навчання на базових санепідстанціях студенти будуть знати практичну роботу усіх структурних підрозділів санепідстанції і навчатись необхідних навичок цієї роботи. На основі практичного досвіду в студентів також поступово формуються навички лікарського мислення, необхідної самостійної, професійної майстерності як основи діяльності кожного лікаря. Сумісна діяльність базової СЕС та кафедр забезпечує найбільш успішну професійну, а також деонтологічну підготовку, суттєво поглиблює предметність і необхідну профілізацію навчання лікарів-гігієністів, а також профорієнтацію студентів в аспекті вибору ними у подальшому лікарської спеціальності. Тому необхідно забезпечувати постійну взаємодію між кафедрами і СЕС аналогічно тому, як це існує відносно кафедр клінічного профілю з лікувально-профілактичними закладами. При цьому СЕС як необхідна база фахової підготовки лікарів медико-профілактичного профілю, забезпечуючи постійне співробітництво ка-

<sup>1</sup> Наказ МОЗ України “Про затвердження Програми розвитку вищої медичної освіти до 2015 року”.



федр і спеціалістів санепідслужби, виконує також роль школи підвищення кваліфікації лікарів СЕС і викладачів.

Оволодіння професією лікаря-гігієніста – багатоетапний системний процес, дидактичною основою якого є комплекс практично орієнтованих знань, умінь, навичок. Професійні знання і навички – кінцевий результат самостійної активної аудиторної і позааудиторної діяльності студентів. Оволодіння ними найбільш ефективно досягається саме у конкретних реальних гігієнічних ситуаціях, що забезпечує необхідну профілізацію навчання. Організаційно-методична структура занять має забезпечувати включення студентів у практичну діяльність, максимально наближену до реальних гігієнічних ситуацій. Саме на такій основі активується пізнавальна і навчальна активність студентів і формування системи практичних умінь і навичок лікаря-гігієніста, особливості мислення і аналізу конкретної ситуації в аспекті запобіжного та поточного санітарного нагляду. Під час проведення занять на базі СЕС під керівництвом викладачів та досвідчених лікарів студенти в кожному структурному підрозділі детально знайомляться з методикою санітарно-гігієнічного обстеження різних об’єктів, рішенням практичних питань стосовно організації і проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів.

Однією з основоположних умов Болонської кредитно-модульної системи є забезпечення інтеграційних процесів у сфері вищої освіти і входження України в освітній та науковий простір Європи, що забезпечує умови вільного переміщення студентів, викладачів теренами Європи. В умовах подальшого євроінтеграційного розвитку вищої медичної освіти та її реформування в Україні необхідні підготовка висококваліфікованих лікарів, забезпечення конкурентоспроможності випускників вищих навчальних закладів на вітчизняному та міжнародному ринках праці.

Пріоритетним завданням є підготовка лікаря, який би повною мірою відповідав сучасним міжнародним стандартам. Тому усі інновації в системі вищої медичної освіти мають бути безпосередньо пов’язані з системним впровадженням сучасних галузевих стандартів вищої медичної освіти та вимогами до набуття професійної лікарської компетентності. Це зобов’язує протягом додипломного етапу вивчення студентами

#### Література

1. Концепція розвитку державної санітарно-епідеміологічної служби України на 2009–2013 р.
2. Кононенко В. Проблема кадрового забезпечення державної санітарно-епідеміологічної служби України / В. Кононенко // СЕС. Профілактична медицина. – 2005. – № 1. – С. 99–101.

ВМНЗ міжнародних програм ВООЗ. Зокрема, Програма ВООЗ “Здоров’я – 21: політика досягнення здоров’я для всіх в Європейському регіоні. ВООЗ – 21. Задача на 21 століття” підкреслює, що для міцного здоров’я людини необхідне чисте і гармонійне навколишнє середовище. З цих позицій визначені основні фізичні й соціально-економічні детермінанти здоров’я, які є постійним об’єктом професійної діяльності лікарів-гігієністів і епідеміологів: здорове і безпечне фізичне середовище; житло; виробниче середовище, водопостачання, санітарія, чиста питна вода; атмосферне повітря; ґрунт; тверді відходи і стічні води; радіація.

У Програмі вказано, що в останні роки спостерігається зростання впливу небезпечного навколишнього середовища на здоров’я людини, що є наслідком з’явлення нових потенційно небезпечних для здоров’я технологій. Усе це актуалізує роль і значення заходів гігієни і медичної екології в справі охорони здоров’я. Тому наведені практично орієнтовані питання мають бути детально вивчені протягом додипломної підготовки лікарів-гігієністів і епідеміологів з урахуванням міжнародного досвіду ВООЗ. Охороні довкілля ЄС надає першочергового значення і проведенню спільних заходів для забезпечення екологічно чистого середовища на континенті [5].

**Висновки:** 1. Підготовка лікарів медико-профілактичного профілю повинна бути чітко професійно орієнтованою і відповідати організаційно-методичним вимогам кредитно-модульної системи й Державному галузевому стандарту вищої медичної освіти України стосовно набуття високого рівня фахової компетентності лікаря-гігієніста та епідеміолога з урахуванням міжнародних програм ВООЗ.

2. Підвищення рівня фахової підготовки лікарів медико-профілактичного профілю потребує обов’язкової інтеграції додипломної підготовки і активного співробітництва кафедр із закладами охорони здоров’я – санітарно-епідеміологічними станціями на основі створення навчально-науково-виробничих комплексів.

3. Обов’язковим дидактичним принципом підвищення рівня фахової підготовки лікарів медико-профілактичного профілю повинна бути професійно орієнтована і постійно контрольована самостійна робота студентів.

3. Пономаренко А. Принципи і стратегія розвитку держсанепідслужби України / А. Пономаренко // СЕС. Профілактична медицина. – 2008. – № 6. – С. 12–15.

4. Банчук М. Проблема кадрового забезпечення галузі / М. Банчук // Медична газета України “Ваше здоров’я”. – 2009. – № 4. – С. 4.

5. Вища освіта України і Болонський процес: [навчальна книга / за редакцією В. Г. Кременя]. – Богдан, 2004. – 384 с.



УДК616.89-003.96

## ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО КУРСУ ДО НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ВИЩОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ

В. М. Лісовий, В. А. Капустник, В. Д. Марковський, Г. М. Кожина

*Харківський національний медичний університет*

## DISORDERS OF THE EDUCATIONAL ADAPTATION OF THE FIRST- YEAR STUDENTS IN HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTION

V. M. Lisovyi, V. A. Kapustnyk, V. D. Markovskiy, H. M. Kozhyna

*Kharkiv National Medical University*

У статті проаналізовано результати комплексного дослідження адаптації студентів-першокурсників до навчальної діяльності, визначено основні чинники ризику виникнення та прояви дезадаптації.

In the article the results of the integrated study of the educational adaptation of the first-year students were analyzed, the main risk factors of the beginning and manifestations of the educational dedjustment were determined.

**Вступ.** Актуальність дослідження причин порушення адаптації студентів молодших курсів до навчальної діяльності у ВНЗ обумовлена тим, що перехід учорашніх школярів до нових форм навчальної роботи (від класно-урочної системи навчання до переважно самостійних занять) виявляється досить проблематичним. Однак недостатня психологічна та практична підготовленість багатьох випускників середньої школи до вузівських форм і методів навчання приводить не тільки до їх неуспішності. Невміння студентів самостійно перебудувати засоби навчально-пізнавальної діяльності відповідно до нових умов навчання, нові соціально-побутові умови викликають у них почуття розгубленості, незадоволення, негативне ставлення до навчання в цілому.

Треба зазначити, що дослідження механізмів порушень адаптації першокурсників до навчальної діяльності, визначення психофізіологічних, психічних і соціально-психологічних проявів дезадаптації, розробка заходів щодо їх запобігання та надання своєчасної професійної допомоги студентам є сьогодні однією з найменш досліджених проблем [1, 2, 4].

**Основна частина.** Адаптацію студентів до навчання у вищому навчальному закладі необхідно розглядати як динамічний, багатосторонній і комплексний процес формування навичок задоволення тих вимог, що пред'являються до студента в період навчання та виховання у вищій школі.

Існують об'єктивні та суб'єктивні показники ефективності адаптації студентів до навчання у ВНЗ. До

об'єктивних можна віднести: успішність власної діяльності (поточна та підсумкова успішність); стабільність у процесі навчання функціонального стану організму студента (відсутність різких порушень більшості психофізіологічних функцій); відсутність яскраво виражених ознак стомлення при виконанні навчальної діяльності. До суб'єктивних показників відносять задоволеність процесом навчання, а також сформованими в колективі відносинами (психологічним кліматом); прояв студентами активності в навчальній і суспільній діяльності [3, 5].

Для визначення основних чинників виникнення та проявів дезадаптації нами було проведено комплексне обстеження 912 студентів I курсу Харківського національного медичного університету обох статей у віці 17–24 років, з них 603 – вітчизняні студенти (1 група), 100 іноземних з російською мовою навчання (2 група) і 209 іноземних з англійською мовою навчання (3 група).

Одним із найважливіших соціальних чинників, який впливає на поведінку студента першого курсу, на його взаємини з однокурсниками і викладачами, є зміна соціальної ситуації, необхідність звикання до нових умов навчання, освоєння нової соціальної ролі – студента вищого навчального закладу.

Як показали результати дослідження, основними факторами, що негативно впливають на процес адаптації студентів-першокурсників, є несприятливі побутові умови, недостатнє і нерегулярне харчування, різка зміна життєвого стереотипу, входження в новий колектив, згуртування навчальної групи.

Згідно з отриманими даними, відрив від домашніх умов важко переносять 6,5 % вітчизняних студентів, 6,0 % російськомовних іноземних студентів, 14,4 % студентів-іноземців, які навчаються англійською мовою.

Не дотримуються звичного режиму дня (навчання і відпочинку) 52,4 % вітчизняних студентів і 51,1 % російськомовних іноземних студентів. Англомовні студенти є більш дисциплінованими: з них порушують режим дня тільки 34,0 %.

До факторів, які впливають на труднощі адаптації до навчання на I курсі, студенти відносять: зміну життєвого стереотипу (63,2 % вітчизняних студентів, 77,2 % російськомовних та 81,1 % англомовних іноземних студентів); труднощі в засвоєнні навчального матеріалу та збільшений обсяг навчального навантаження (83,2 % вітчизняних студентів, 45,2 % російськомовних та 31,1 % англомовних іноземних студентів); нову систему відносин із викладачами (15,1 % вітчизняних студентів, 38,0 % російськомовних і 57,9 % англомовних іноземних студентів); а також труднощі в адаптації до нового колективу (1,7 % вітчизняних студентів, 17,0 % російськомовних і 11,0 % англомовних іноземних студентів). При цьому навчальний матеріал як на заняттях, так і при самостійній роботі задовільно засвоює переважна більшість як вітчизняних, так і іноземних студентів.

Як показали результати дослідження, 30,1 % з усіх опитаних першокурсників категорично заперечують необхідність психологічної допомоги. Ще 25,9 % студентів вагаються з відповіддю. Решта 44,1 % першокурсників вважають, що психологічна допомога їм потрібна в першу чергу при вирішенні таких проблем, як подолання інформаційного стресу, адаптація до нових умов навчання, входження в новий колектив, згуртування навчальної групи; рішення особистісних проблем.

При цьому іноземні студенти виявляють більш високий рівень розладів адаптації до навчальної діяльності в порівнянні з вітчизняними студентами. Так, високий рівень дезадаптації, що вимагає вживання невідкладних заходів (психологічних і медичних), виявляють у себе 0,3 % вітчизняних студентів і 0,5 % студентів-іноземців, які навчаються англійською мовою; виражений рівень дезадаптації, що вимагає обов'язкового втручання психологів, проведення програми з реадаптації – 1,3 % вітчизняних студентів, 4,0 % російськомовних і 10,1 % англомовних іноземних студентів; помірний рівень дезадаптації, при якому корисно проведення консультативної роботи фахівців, – 26,2 % вітчизняних студентів, 48,0 % російськомовних і 50,2 % англомовних іноземців.

Як показали результати психодіагностичних досліджень, у 15,8 % іноземних студентів, які навчаються англійською мовою, виявлено клінічні прояви тривоги (за клінічною шкалою тривоги і депресії Гамільтона), у порівнянні з 7,0 % російськомовних іноземців і 4,6 % вітчизняних студентів. Субклінічні прояви тривоги виявлені у 16,3 % англомовних іноземців, 15,5 % російськомовних іноземців і 8,1 % вітчизняних студентів.

Клінічні прояви депресії характерні для 2,4 % іноземних студентів, які навчаються англійською, 7,0 % – російською мовою і 1,4 % вітчизняних студентів, а субклінічні прояви депресії – для 20,1 %, 16,0 % і 4,5 % відповідно.

Згідно з отриманими в ході роботи даними, як у вітчизняних, так і іноземних студентів, незалежно від мови навчання, мають місце якісні і кількісні гендерні відмінності у взаємозв'язках між емоційним станом і показниками точності і продуктивності розумової роботи. Так, для студентів-юнаків властива відсутність взаємозв'язку між точністю виконуваної роботи і показниками емоційного стану, у той час як у дівчат така картина не спостерігається. Точність здійснюваної розумової роботи залежить від самооцінки власної працездатності та самопочуття, а продуктивність істотно залежить від показника активності і самопочуття у дівчат і від працездатності, активності, тривоги, настрою – у юнаків.

Отримані результати дозволили нам констатувати більшу адекватність самооцінки свого стану у студентів-юнаків на відміну від студенток. У студенток існує складна, опосередкована залежність між особистісними та функціональними показниками, тоді як юнаки намагаються бути соціально пристосованими за рахунок витіснення факторів, що викликають тривогу і надконтроль, проте в разі ухвалення важливого рішення коливаються і схильні до невротичних захисних реакцій.

Результати нашого дослідження дозволили охарактеризувати основні прояви порушень адаптації у студентів молодших курсів.

**Психофізіологічні** порушення адаптації студентів проявляються у зниженні розумової працездатності, порушенні уваги, підвищеній стомлюваності, зниженні швидкості переробки інформації. Виразність психовегетативних реакцій зростає на другому курсі, що більш характерно для чоловіків.

Прояви **психічної** дезадаптації супроводжуються погіршенням психологічного самопочуття, зростанням астенизації, емоційними розладами, зміною активності, зниженням самооцінки здоров'я, впевненості в собі і пригніченим настроєм. На першому курсі значні зміни мають місце у жінок, а на другому – у чоловіків.

**Соціально-психологічні** прояви дезадаптації проявляються у вигляді порушень міжособистісних відносин, посиленні внутрішньоособистісної конфліктності, незадоволеності обраною професією, труднощами в опануванні програмами навчання, незадоволеністю побутовими і соціальними умовами життя. Зазначені прояви є пріоритетними у більшості студенток на першому і на другому курсах.

**Висновки:** 1. Навчальну діяльність студентів – першокурсників можна розглядати як природну модель емоційного та інформаційного психологічного стресу, що у ряді випадків може привести до роз-

ладів адаптації, які потребують психологічної та психотерапевтичної корекції.

2. Іноземні студенти – першокурсники, особливо які навчаються англійською мовою, у порівнянні з вітчизняними студентами більш важко адаптуються до умов навчання, схильні до розвитку невротичних реакцій, частіше відчують труднощі в засвоєнні навчального матеріалу.

3. Отримані в ході роботи дані дозволяють спрогнозувати фактори виникнення розладів адаптації у студентів початкового періоду навчання у ВНЗ і визначити основні напрямки психопрофілактичних та психокорекційних заходів.

#### Література

1. Аршава І. Ф. Функціональні стани людини в процесі адаптації до екстремальних умов діяльності (у парадигмі “особистість-стан”) / І. Ф. Аршава // Вісник АПН України : Педагогіка і психологія. – К. : Педагогічна преса, 2006. – № 4(53). – С. 82–90.

2. Волосовець О. П. Стратегія євроінтеграційного реформування вищої медичної освіти України / О. П. Волосовець // Проблеми медичної науки та освіти. – 2006. – № 1. – С. 5–12.

3. Дорожкин Ю. Н. Проблемы социальной адаптации иностранных студентов / Ю. Н. Дорожкин, Л. Т. Мазитова // Социологические исследования. – 2007. – № 3. – С. 73–77.

4. Кокун О. М. Адаптація та адаптаційні можливості людини : прикладні аспекти / О. М. Кокун // Актуальні проблеми психології. – Т. 5, вип. 4 : Психофізіологія. Медична психологія. Генетична психологія / за ред. С. Д. Максименка. – К. : Міленіум, 2005. – С. 77–85.

5. Соколова И. М. Психологические механизмы адаптации студентов / И. М. Соколова. – Харьков : ХГМУ, 2007. – 412 с.

УДК 37.032

## ДО ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ЕЛІТИ У ВНЗ: ПРОБЛЕМИ, ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ

**В. М. Лісовий, В. А. Капустник, В. В. М’ясоєдов**

*Харківський національний медичний університет*

## TO THE ISSUE OF THE NATIONAL ELITE FORMING IN THE HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTION: PROBLEMS, EXPERIENCE AND PROSPECTS

**V. M. Lisovyi, V. A. Kapustnyk, V. V. Myasoyedov**

*Kharkiv National Medical University*

У статті обґрунтовано необхідність та запропоновано шляхи формування національної еліти в системі вищої освіти.

In the article the necessity of national elite forming is grounded and the ways of its realizing in the system of higher education are given.

**Вступ.** Загальновідомо, що суттєвою ознакою зрілості будь-якої держави є наявність системи відтворення національної еліти. Саме національні провідни-

ки, являючи собою відносно тонкий прошарок суспільства, практично формують і репрезентують образ своєї держави, її майбутнє.

© В. М. Лісовий, В. А. Капустник, В. В. М’ясоєдов

Український філософ В. Липинський, розвиваючи теорію еліт, зазначав, що керування перетворенням пасивного, хоч і відмінного від інших, але часто національно несвідомого, колективу в організовану, самосвідому націю виконує скрізь і завжди нова активна меншість, яка завдяки своїй матеріальній, моральній та інтелектуальній силі очолює націю і творить громадські цінності, які згодом переймаються пасивною більшістю нації, об'єднуючи її в один суцільний національний організм [1].

Тому сьогодні, як і раніше, надзвичайно важливо сформувати національно свідому еліту, провідну верству, без якої неможливо по-справжньому реалізувати державотворчу національну ідею. Сьогодні саме це є надзадачею університетської системи освіти, у тому числі і медичної. Зараз, як ніколи, потрібні молоді інтелектуальні лідери.

Про створення “у вищих навчальних закладах умов для залучення талановитої молоді до наукової та педагогічної діяльності” йдеться й у проєкті Програми розвитку вищої медичної освіти до 2015 р. МОЗ України [2].

**Основна частина.** Освітнє середовище, яке складається, як мінімум, з двох компонентів – середньої та вищої освіти, є єдиним цілим. Тож, який би досконалий механізм вищої освіти ми би не запровадили, напевно чи вища школа зможе “виробити” високоякісний конкурентоспроможний освітній продукт без високоякісної “сировини”, тобто без підготовленого для навчання в умовах вищого навчального закладу абітурієнта.

У Європі престиж вищої освіти традиційно дуже високий. Там знають і розуміють, що отримати її здатна не кожна людина. Середню освіту на високому рівні завершують лише ті випускники, які мають намір вступити до вищих навчальних закладів. Це приблизно 15–25 % усіх учнів середніх шкіл. А кількість студентів, які завершують навчання у вищих навчальних закладах Європи, становить 50–60 % від набору.

В Україні ж практично всі випускники шкіл з повною загальною середньою освітою орієнтовані на отримання вищої освіти. Останні роки кількість претендентів на вступ до вищих навчальних закладів за результатами тестування майже дорівнює кількості осіб, що стають студентами перших курсів вищих навчальних закладів України III–IV рівнів акредитації, тобто близько 100 %, що приблизно в 10 разів більше, ніж дозволяє природний розподіл інтелекту.

І хоч масова освіта підсилює ознаки цивілізаційної ідентичності нації, з іншого боку – суспільству потрібні високоосвічені фахівці, котрі б вирішували як актуальні, так і перспективні завдання економіки та куль-

тури і отримували б за це вищу, у порівнянні з іншими, зарплатню. А така освіта може ґрунтуватися лише на базі природного інтелекту.

Крім унікальних здібностей і великої працездатності, майбутньому кандидатові до найвищого наукового світу для професійного росту потрібна організована система селекції, аби ще на ранніх стадіях талант мав шанс бути поміченим.

У Харківському національному медичному університеті розпочата практика створення груп з поглибленим вивченням навчальних дисциплін з метою удосконалення системи підтримки та розвитку талановитої та обдарованої молоді. Групи формуються на першому курсі за результатами зовнішнього незалежного тестування, на старших курсах – за результатами навчально-виховної та науково-дослідної роботи студентів за наявності їх письмової згоди. Організацію навчально-виховного процесу та науково-дослідної роботи груп з поглибленим вивченням навчальних дисциплін здійснює Координаційна рада на чолі з першим проректором з науково-педагогічної роботи. Для роботи в цих групах залучаються найбільш досвідчені викладачі. Склад викладачів за поданням кафедр розглядається на Координаційній раді та затверджується наказом ректора університету. Для реалізації програм поглибленого вивчення навчальних дисциплін залучається професорсько-викладацький склад інших вищих навчальних закладів, співробітники академічних науково-дослідних установ тощо. У навчальному процесі поряд з традиційними використовуються інноваційні технології, дослідно-експериментальні та творчі види діяльності студентів, їх участь у роботі наукових гуртків кафедр, у навчально-методичних конференціях, навчання в Школі молодих науковців. Для всебічного розвитку особистості студентів передбачено індивідуальний план гуманітарної підготовки, у т. ч. і поглиблене вивчення іноземної мови. Кожний студент повинен підготувати та захистити дві курсові наукові роботи на 2 і 3 курсах та дипломну роботу як результат особистих наукових досліджень на 6 курсі.

Склад цих груп не є постійним. У випадках, коли студенти не опановують навчальної програми і мають за підсумками річного оцінювання знань навчальні досягнення не вище початкового рівня хоча б з одного предмета, згідно з рішенням Координаційної ради та відповідним наказом ректора університету їх переводять до груп, які працюють за стандартними навчальними планами.

Одночасно Координаційною радою з питань організації навчально-виховної та науково-дослідної діяль-



ності в групах з поглибленим вивченням навчальних дисциплін розглядається питання про кооптацію в ці групи студентів, які мають добрі та відмінні показники успішності та навчаються в групах за стандартними навчальними планами, за їх письмовою згодою.

На нашу думку, виявлення обдарованих дітей та індивідуальна робота з ними – один із шляхів формування національної інтелектуальної еліти, майбутні здобутки якої дозволять нам посісти гідне місце в європейському науковому та освітньому співтоваристві.

Ще одним кроком у цьому є реалізація концепції “Навчання через дослідження” – одного з керівних принципів створення єдиного освітньо-наукового простору.

У Харківському національному медичному університеті з 1929 р. існує Студентське наукове товариство (СНТ), яке є самокерованим суспільним об’єднанням студентів, створеним на основі спільності інтересів у сфері наукових досліджень. Основною метою роботи Ради СНТ є залучення талановитої молоді до сфери науки, створення умов для заняття науковою роботою та вдосконалення навичок студентів у самостійній науково-дослідній діяльності. У даний час СНТ ХНМУ налічує 926 осіб, які виконують наукову роботу в 62 студентських наукових гуртках.

Студенти та молоді вчені ХНМУ щорічно беруть активну участь у роботі Всеукраїнських наукових конференцій і форумів студентів та молодих вчених, де традиційно посідають призові місця.

Справжньою кузницею формування молодіжної університетської еліти є Міжнародний науковий міждисциплінарний конгрес молодих вчених та студентів-медиків – International Scientific Interdisciplinary Congress (ISIC), який щовесни проводиться на базі Харківського національного медичного університету. Організаторами й активними учасниками цього форуму є студенти й молоді науковці університету.

Робота конгресу включає проведення наукових лекцій та майстер-класів провідними вченими Харківського національного медичного університету, провідних університетів, науково-дослідних інститутів України та країн Європи. Офіційна мова конгресу – англійська.

#### Література

1. Липинський В. Листи до братів-хліборобів / В. Липинський // Політологія. Кінець XIX – перша половина XX ст. : хрестоматія. – Львів : Світ, 1996. – С. 328–477.

З кожним роком збільшується кількість студентів та молодих вчених, які беруть участь у роботі конгресу. Під час проведення I Міжнародного наукового міждисциплінарного конгресу для молодих вчених та студентів-медиків (International Scientific Interdisciplinary Congress) у 2008 році в його роботі взяли участь близько 120 молодих вчених та студентів з різних куточків України, Росії, Білорусі, Польщі, Сербії та Чорногорії. У 2009 році кількість учасників збільшилась до 225 осіб, серед яких 74 – іноземці. 2010 року в конгресі взяло участь більше 250 молодих вчених та студентів з різних країн світу: України, Російської Федерації, Білорусі, Латвії, Германії, Швейцарії, Греції, Польщі, Болгарії, Румунії, Сербії, Чорногорії, Туреччини, Єгипту та інших.

Метою проведення молодіжного наукового форуму такого формату є обмін досвідом та ознайомлення із сучасними досягненнями клінічної та фундаментальної медицини на основі обговорення результатів останніх досліджень молодіжної науки різних країн світу.

Не менш важливо і те, що участь у Конгресі дає можливість студентам поспілкуватися з молодими вченими з інших країн, визначити рівень своїх знань, впевнитися в тому, що в сучасному світі тільки інтелект та висока наукова, професійна кваліфікація можуть бути умовами професійного росту.

Оцінкою організації молодіжної науки в нашому університеті стала золота медаль міжнародної виставки “Освіта та кар’єра – 2010” (Київ, листопад 2010) у номінації “Розвиток студентської науково-дослідної роботи”.

**Висновок.** Підготовка національної еліти – найголовніша справа вищої школи, яка неможлива без підтримки держави. Необхідним вбачається розробка на державному рівні Концепції роботи з талановитою та обдарованою молоддю, яка не лише забезпечить умови для її розвитку (правові, фінансові, соціальні), а й, найголовніше, створить робочі місця для її подальшої професійної реалізації саме в Україні.

2. Програма розвитку вищої медичної освіти до 2015 р. (проект) (веб-сайт МОЗ України).



УДК 57.0015:538.567:371.24 (0755)

## РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ НАВЧАННЯ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ У ВІННИЦЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

В. М. Мороз, Т. Л. Полєся, Ю. Й. Гумінський, Л. В. Фоміна

*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова*

## RESULTS OF INTRODUCTION OF NEW TECHNOLOGIES OF EDUCATION BY THE CREDIT-MODULAR SYSTEM IN VINNYTSIA NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

V. M. Moroz, T. L. Polesya, Yu. Y. Huminskyi, L. V. Fomina

*Vinnitsia National Medical University by M. I. Pyrohov*

Через реформування вищої освіти України у вищих навчальних медичних закладах з 2005 року впроваджується кредитно-модульна система навчання. Впродовж реалізації основних положень кредитно-модульної системи були виявлені переваги та недоліки. У зв'язку з оптимізацією якості вищої медичної освіти створені нові напрямки реалізації основних положень кредитно-модульної системи навчання з врахуванням національних особливостей. Проведений порівняльний аналіз поточної успішності та результатів складання ліцензійного інтегрованого іспиту Крок 1 у студентів, що навчались за традиційною та новою кредитно-модульними системами, не виявив суттєвих відмінностей між різними системами викладання, а за результатами складання ліцензійних іспитів студенти показали кращі результати при кредитно-модульній системі навчання.

Results of introduction of new technologies of education by the credit-modular system in Vinnytsia National Medical University are presented. Reformation of the Ukrainian higher medical education introduction from 2005 school year during realization of the basic states of the credit-modular system of organization of educational process were revealed advantages and disadvantages. Improvement of the quality of the higher medical education allowed making new directions of the realizations basic states of the credit-modular system of organization of educational process with taking into account national peculiarities. It was conducted comparatively analysis of current progress and results of license exams Krok 1 in students who studied by traditional and new credit-modular systems. Students had better results by the credit-modular system of education.

**Вступ.** На сьогодні одним з найважливіших стратегічних завдань вищої освіти України є забезпечення якості підготовки фахівців на рівні міжнародних вимог. Реформування медичної вищої освіти дозволить адаптувати національну систему вищої освіти до вищої освіти Європи. Процес євроінтеграції вимагає нових підходів до організації навчального процесу у вищих медичних навчальних закладах та полягає у запровадженні кредитно-модульної системи навчання [1, 2]. Процес євроінтеграції у сфері вищої медичної освіти вимагає нових підходів до організації навчального процесу, що полягає у пошуку ефективних методів засвоєння студентами теоретичних знань та практичних навичок [4].

**Основна частина.** Згідно з наказами МОН та МОЗ України у Вінницькому національному медичному університеті ім. М. І. Пирогова, з 2005–2006 навчального року впроваджено нову систему навчання, базисом якої є кредитно-модульна система вик-

ладання, співвідношення викладач – студент 1:5, наявність університетської клініки, використання європейської рейтингової шкали оцінювання успішності ECTS. Основними тезами нових навчальних технологій є “навчання протягом усього життя” та “в центрі навчання – студент” [3]. Новий навчальний план підготовки майбутніх лікарів базується на принципах кредитно-модульної системи, основою якого є кредити для вивчення дисциплін, відсутність екзаменаційних сесій, збільшення самостійної роботи студента (до 40 %), виробнича практика впродовж навчання, рейтингова система за шкалою ECTS. У 2010–2011 навчальному році додипломна підготовка майбутніх фахівців наближається до завершення. Студенти 6 курсу по закінченні навчання отримують диплом європейського зразка і відповідно Додаток до диплома “Diploma supplement”, в якому відображені всі види діяльності студента та результати успішності. Впровадження нових навчальних планів в усіх

вищих медичних закладах України надає можливість визнання навчальних досягнень студентів незалежно від місця їх навчання [4, 5]. Впродовж 6 років навчання були виявлені розбіжності між національною та європейською системами медичної освіти та внесені корективи, що відображено в наказі МОЗ України № 414. Проведений аналіз організації навчального процесу за кредитно-модульною системою у ВНМУ виявив необхідність його вдосконалення, тому згідно з наказом по ВНМУ за № 397 від 26.10.2010 р. введена єдина універсальна шкала перерахунку традиційних оцінок з 5-бальної традиційної системи оцінювання успішності студентів у рейтингові бали, запроваджено єдину залікову книжку для студентів всіх факультетів очної форми навчання (протягом 6 років), яка містить обов’язкову інформацію про результати всіх видів успішності. Впровадження кредитно-модульної системи навчання у ВНМУ виявило як позитивні, так і негативні сторони в порівнянні з традиційною системою навчання. Перевагою є те, що успішність студентів контролюється на кожному практичному занятті (100 % опитування – акумуляція балів), зменшено кількість пропущених аудиторних занять, зросла мотивація студентів до навчання, методично-обґрунтовані регулярні контрольні заходи, більш гнучка багатобальна рейтингова шкала оцінювання успішності студентів. Незадовільні оцінки відпрацьовуються студентом. Викладачами кафедр проведена велика творча робота – створені нові підручники, навчально-методичні посібники, збірники тестів, ситуаційні задачі тощо. Оновлений сайт університету, що є передумовою для дистанційного навчання. Недоліками нової системи є відсутність співвідношення викладач – студент 1:5. Внаслідок великої кількості студентів в групах (12 – 13 чол.), а на гуманітарних кафедрах по 26 – 28 чоловік, викладачі не встигають перевірити теоретичні

знання студентів, і головне, опанувати практичні навички та професійні вміння, особливо на кафедрах клінічного профілю. МОН України не затверджені основні нормативні документи: Положення про впровадження кредитно-модульної системи у ВНЗ, Положення про стипендіальне забезпечення, порядок відрахування та поновлення на навчання студентів, ліквідації академічної заборгованості тощо. З оглядом на відсутність університетських клінік та проведенням практичних занять на базах міських лікарень, виявляється проблема навчання на клінічних кафедрах – відсутність тематичних хворих в клініках, недосконалі шляхи оцінювання якості СРС з клінічних дисциплін та неможливість перевірки викладачем якості підготовки за браком часу, не створені та не уніфіковані загальні стандарти та критерії контролю успішності студентів при виконанні практичних навичок на клінічних кафедрах. Головною з причин перешкод в реалізації основних положень кредитно-модульної системи навчання є недостатнє фінансування вищої медичної освіти. Для порівняння якості навчання за кредитно-модульною системою та традиційною системою проаналізовані дані поточної атестаційної успішності студентів, які навчалися 2006–2007 н. р. та 2010–2011 н. р.

Отримані дані свідчать, що аналіз показників середнього бала поточної успішності студентів за традиційною системою навчання не відрізняється суттєво від показників за новою кредитно-модульною системою (табл. 1). Проаналізовані показники результатів складання ліцензійного інтегрованого іспиту Крок 1 (табл. 2).

Слід відмітити позитивну динаміку складання ліцензійних іспитів Крок 1, процент складених тестів при новій системі зріс на 11,5 % в порівнянні з тестуванням при традиційній системі викладання.

**Таблиця 1.** Порівняльний аналіз атестації поточної успішності студентів станом на 28.10. 2006 р. та 01.11.2010 р. (середній бал)

Курс	I	II	III	IV	V	Всього
Трад. система навчання (2006—2007 н. р.)	—	—	3,4	3,7	3,76	3,69
Кредитно-мод. система навчання (2010—2011 н. р.)	3,8	3,8	3,6	3,6	3,8	3,7

**Таблиця 2.** Порівняльний аналіз результатів складання ліцензійного інтегрованого іспиту Крок 1

Рік навчання	2007 рік (трад. система)	2008 рік (кредитно-мод. система)	2009 рік (кредитно-мод. система)	2010 рік (кредитно-мод. система)
(%) складених тестів	69,7	65,4	67,3	77,7

**Висновки.** Отримані результати віддзеркалюють загальну картину результатів впровадження кредитно-модульної системи в порівнянні з традиційною. Незважаючи на недосконалі шляхи впровадження нової системи, з часом відбувається складний процес оптимізації та коадаптації національних та європейських модульних технологій навчання. Крок за кроком поступово удосконалюються шляхи реформування вищої

медичної освіти в Україні згідно з європейськими стандартами. Кожна країна, реформуючи свою освіту, має повне право враховувати специфіку як своєї національної системи освіти, так і медичної освіти в цілому. Важливо, щоб процес подальшої інтеграції вітчизняної і європейської систем підготовки лікарів здійснювався шляхом зближення гармонійного поєднання вітчизняного і міжнародного досвіду.

#### Література

1. Визначення критеріїв якості в системі безперервного професійного розвитку лікарів та провізорів на основі концепції кредитів / Ю. В. Вороненко, А. М. Сердюк [та ін.] // Медична освіта. – 2007. – № 3. – С. 11–15.

2. Комюніке Конференції міністрів європейських країн, відповідальних за сферу вищої освіти (Лондон, 16–19 травня 2007 року). – К., 2008. – Кн. 4 : Основні засади розвитку вищої освіти України. – С. 24–30.

3. Байденко В.И. Болонський процес : структурная реформа высшего образования Европы / В. И. Байденко. – [3-е изд-е]. – М. : Исследовательский центр проблем каче-

ства подготовки специалистов, Российский Новый Университет, 2003. – С. 28–30.

4. Болонский процесс : нарастающая динамика и многообразии (документы международных форумов и мнения европейских экспертов). – М. : Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2002. – С. 231–234.

5. Вища медична освіта і Болонський процес : Навч.-метод. та інф.-довідк. матеріали наради-семінару для науково-педагогічних працівників, аспірантів, магістрів (17–19 січня 2005 р.). – Київ, 2005. – Ч. I. – С. 81–84.

УДК 378:377.35:615

## ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНЬОГО ФАРМАЦЕВТА В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ

**В. Ф. Москаленко, І. В. Ніженковська, О. В. Вельчинська**

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*

## FORMATION OF THE PROFESSIONAL COMPETENCE OF THE FUTURE PHARMACIST IN CONDITIONS OF CREDIT-MODULAR EDUCATIONAL SYSTEM

**V. F. Moskalenko, I. V. Nizhenkovska, O. V. Velchynska**

*National Medical University by O. O. Bohomolets*

Для покращення якості підготовки студентів фармацевтичного факультету Національного медичного університету імені О. О. Богомольця необхідно акцентувати увагу на формуванні професійної компетентності майбутніх фармацевтів. Компетентність у професійній підготовці фармацевта розглядається як інтегрована характеристика особистості фахівця. Вона включає здатність гідно виконувати свої професійні функції, кваліфіковано забезпечувати населення необхідними лікарськими засобами. Для того щоб реалізувати зазначені цілі, майбутньому фармацевтові необхідно мати високий рівень теоретико-методологічних знань гуманітарних та соціально-економічних, фундаментальних та фармацевтичних дисциплін. Необхідними рисами майбутнього професіонала повинні стати наявність бажання до поглибленого вивчення фахових дисциплін та прагнення до творчості в професійній діяльності. Важливу роль відіграють: наявність особистісних досягнень, бажання до самопізнання, прагнення професійного росту, формування індивідуального стилю роботи. Професійна підготовка майбутнього фармацевта базується на формуванні не тільки його фахових характеристик,

а й особистісних якостей фахівця. Від рівня професійної компетентності повністю залежить працевлаштування випускників. До найбільш важливих професійних компетенцій фармацевтів можна віднести: знання, вміння і навички з професійної діяльності; комунікативні вміння і навички, здатність спілкуватися та консультувати відвідувачів аптечних закладів.

To improve the quality of students' training of pharmaceutical faculty of O. O. Bohomolets National Medical University it is necessary to accent attention on the formation of the professional competence of the future pharmacists. Competence at the professional training of pharmacist is viewed as integral characteristic of the professional person. It's including the ability to carry out own professional functions worthy, to provide the population by necessary medical products qualified. Future pharmacist must have a high level of the theoretical-methodological knowledge of humanities and social-economical, fundamental and pharmaceutical disciplines for realization of the purposes. Presence of the wish of more deep study of the special disciplines and aspiration to creative work at the professional activity must be necessary lines of the future professional. Presence of own achievements, desire of self-perception, aspiration to professional growth, formation of individual style of the work are playing an important role.

Professional training of the future pharmacist is based not only on the formation of his special characteristics but on his personal qualities. Get a job of the graduates depends on their level of the professional competence.

The most important professional competences are: knowledges, abilities and experiences of the professional activity; communication's abilities and experiences, ability to relations and consultations with visitors of drugstores.

**Вступ.** Одним із найважливіших завдань діяльності Національного медичного університету імені О. О. Богомольця як вищого навчального закладу є якісна професійна підготовка студентів фармацевтичного факультету – майбутніх фармацевтів, комплексний вплив на їх свідомість і поведінку, результатом чого повинно бути засвоєння знань, умінь та практичних навичок, визначених стандартами вищої освіти. У зв'язку із становленням фармацевтичного ринку, наявністю суперечностей між професійними вимогами, які висуваються до провізора, і сучасними умовами розвитку фармацевтичного ринку, проблема якісної професійної підготовки майбутніх фармацевтів, формування їх професійної компетентності в умовах сьогодення набуває особливої актуальності.

**Основна частина.** Компетентність у професійній підготовці фармацевта може бути реалізована при наявності особистих компетенцій майбутнього фахівця, від чого буде залежати його здатність виконувати певні професійні функції щодо кваліфікованого забезпечення населення лікарськими засобами. Важливу роль відіграє особистісний компонент, який формується на основі наявності у майбутнього фармацевта мотивів і потреби працювати, особистих прагнень і завдань, зацікавленості поглибленим вивченням фахових дисциплін; прагнення до творчості в професійній діяльності, об'єктивності, самокритичності в оцінці досягнутого рівня розвитку власної професійної компетентності. При цьому система набутих теоретико-методологічних знань з гуманітарних та соціально-економічних, фундаментальних і фармацевтичних дисциплін вкрай необхідна для забезпечення професійної діяльності та спілкування. Для успішної професійної діяльності обов'язковим залишається набуття професійних умінь, визначених у галузевому стандарті підготовки провізора. Фармацевтичний сектор України перебуває на етапі становлення, тому основні принципи законодавства країн

ЄС в галузі ліцензування та контролю за лікарськими засобами мають особливу актуальність для України. Досвід країн ЄС у розробці законів у фармацевтичній галузі більше ніж 30 років. Використання принципів ЄС у практиці державного регулювання фармацевтичного сектора сприятиме прискоренню інтеграції України до європейського ринку, підвищенню конкурентоспроможності та якості українських лікарських засобів. Тому так важливо постійно ознайомлювати студентів з основними стандартами фармацевтичної галузі: GMP, GLP, GCP. Вони повинні розуміти значущість тих змін, які відбуваються як на світовому, так і на українському фармацевтичних ринках.

Разом із тим, особливою складовою підготовки майбутніх фармацевтів є набуття комунікативних умінь, які передбачають здатність розуміти взаємини людей, адекватно сприймати ситуацію спілкування, адаптивність і комунікабельність. Для професійної фармацевтичної діяльності необхідно навчати студентів творчого підходу у вирішенні конкретних завдань організаційного, пошукового, аналітичного, комунікативного характеру; розвивати в них здатність до самоосвіти й самовдосконалення. Налаштованість на співпрацю та критичне прогнозування результатів діяльності й відносин допоможуть майбутнім фармацевтам гідно виконувати свою роботу. Необхідно розвивати у студентів здатність застосовувати знання і вміння, бажання до самопізнання, прагнення професійного росту, формування індивідуального стилю роботи. Це буде впливати на рівень розвитку самооцінки, розуміння власної значущості для інших людей, відповідальності за результати своєї діяльності, реалізацію в процесі професійної діяльності.

**Висновок.** Таким чином, у професійній підготовці фармацевта існують проблеми оцінки фахових й особистісних якостей фахівця. Настав час, коли необхідно переглянути функції та вимоги до фармацевта. Немало відвідувачів аптеки звертається до фарма-



цента з метою одержання необхідної консультації стосовно вибору та застосування лікарського засобу. Тому до найбільш загальних професійних компетенцій фармацевтів можна віднести: знання, вміння й навички з професійної діяльності; комунікативні вміння і навички, здатність вести бесіду, спілкуватись з відвідувачами аптечних закладів. Кращою оцінкою рівня професійної компетентності є праце-

влаштування випускників, яке значною мірою залежить від їх конкурентоспроможності. Це означає, що конкурентоспроможність – результат професійної компетентності. А розширення можливостей працевлаштування громадян, зростання міжнародної конкурентоспроможності європейської вищої освіти, побудова європейського простору вищої освіти є суттю основних положень Болонської декларації.

УДК 614.2 (07)

## ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ФОРМ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ У ПРАКТИКУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

О. С. Никоненко, С. Д. Шаповал, С. М. Дмитрієва

*Запорізька медична академія післядипломної освіти*

## INTRODUCTION OF MODERN ORGANIZATIONAL FORMS OF STUDY IN POST-GRADUATE EDUCATION

O. S. Nykonenko, S. D. Shapoval, S. M. Dmytriyeva

*Zaporizhian Medical Academy of Post-Graduate Education*

У статті представлено досвід впровадження в післядипломну підготовку медичних спеціалістів нових сучасних форм організації навчального процесу у Запорізькій медичній академії післядипломної освіти. Висвітлено деякі проблемні питання розробки та впровадження нових організаційних форм навчання та сучасних освітніх технологій у післядипломній підготовці лікарів. Обґрунтована необхідність застосування різних організаційних навчальних форм з використанням технологій активного навчання відповідно до потреб кожної цільової групи суб'єктів навчання.

Some questions of problems in relation to introduction of new organizational educational forms at post-graduate education of medical specialists at Zaporizhian Medical Academy of Post-Graduate Education are considered by authors in the article. The problem of development and introduction of new organizational forms of training and modern educational technologies in post-graduate education of doctors are discussed in the article. Necessity of forming of flexible system of post-graduate education of doctors with introduction of different organizational forms and modern technologies of active studies according to requirements of each target group of subjects of training are proved.

**Вступ.** Концепція реформування системи вищої медичної освіти України має стратегічною метою приведення її у відповідність до європейських вимог за міжнародними освітніми стандартами [1]. Задачею сучасного етапу освітньої реформи є впровадження у післядипломну підготовку лікарів інноваційних освітніх технологій з переглядом традиційних конструкцій організації навчання, які вже не забезпечують мотивації суб'єктів навчання до безперервного професійного розвитку. Використання нових підходів до організації медичної освіти має за мету впровадження в педагогічну практику принципів сучасного клінічного навчання, доказової медицини, біоетики та клініко-економічних стандартів з найбільш медико-соціально значимих нозологій відповідно до міжнародного досвіду

на підставі поглиблення практичної спрямованості занять та удосконалення технічних засобів навчання. Тому розробка та апробування нових організаційних форм і методів підготовки медичних фахівців є вимогою часу та умовою успішності освітньої діяльності сучасних медичних ВНЗ післядипломної освіти [2, 3].

**Основна частина.** Головним принципом організації освітньої діяльності Запорізької медичної академії післядипломної освіти є практична спрямованість навчання з урахуванням потреб практичної охорони здоров'я, орієнтація на світові досягнення, впровадження в педагогічний процес новітніх, зокрема, комп'ютерних і телемедичних технологій навчання та контролю знань із збереженням позитивних особливостей національної системи медичної освіти [4].

© О. С. Никоненко, С. Д. Шаповал, С. М. Дмитрієва

На виконання завдань освітньої реформи в академії впроваджуються інноваційні навчальні технології та сучасні форми підготовки лікарів (дистанційне навчання, телемедичні технології, організація інтенсивної підготовки лікарів на короткотривалих циклах інформації та стажування, забезпечення безперервного навчання на постійно діючих проблемних семінарах з максимальною відповідністю змісту навчання реальним умовам роботи лікарів). З метою визначення оптимальних підходів щодо впровадження нових організаційних форм навчання в академії здійснюється моніторинг з узагальнення та аналізу досвіду застосування інноваційних освітніх технологій у педагогічній практиці. На даний час сформований пакет пропозицій ЗМАПО щодо забезпечення гнучкості навчання в регламентованих термінах та організаційних формах традиційних циклів підготовки лікарів (спеціалізація, тематичне удосконалення, стажування). В академії реалізується програма впровадження дистанційного навчання у підготовку лікарів. Дистанційні технології використовуються в реалізації проекту зі створення і функціонування системи самонавчання викладачів, контактнo-дистанційні технології застосовуються при організації циклів удосконалення лікарів за кейс-, TV-, мережевими або технологіями мобільного Інтернету [5].

На кафедрах ЗМАПО здійснено опрацювання навчального матеріалу за модульними технологіями, що дає можливість формування гнучкого графіка організації занять. В академії розроблена та апробується методика проведення інтенсивного курсу інформації та стажування з майстер-класом, який складається з дистанційного (підготовчого) та очного (практичного) модулів. Впровадження короткотривалих курсів інформації та стажування має за мету оптимізацію викладання з цільовим відпрацюванням медичних технологій згідно з принципом відповідності змісту навчання реальним умовам роботи практичних лікарів.

#### Література

1. Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти України : наказ Міністерства охорони здоров'я і Академії медичних наук України № 522/51 від 12.09.2008 р.
2. Про удосконалення післядипломної освіти лікарів : наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1088 від 10.12.2010 р.
3. Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах : наказ Міністерства охорони здоров'я України № 484 від 07.07.2009 р.
4. Система управління якістю медичної освіти в Україні / [І. Є. Булах, О. П. Волосовець, Ю. В. Вороненко та ін.]. – Д. : АРТ-ПРЕС, 2003. – 212 с.

У форматі переривчастих курсів тематичного удосконалення в ЗМАПО впроваджена нова організаційна форма професійного розвитку лікарів – постійно діючі проблемні семінари. Пріоритетною цільовою групою таких семінарів є лікарі первинної ланки медико-санітарної допомоги. Тематичний зміст занять обирається згідно з пріоритетами Національного плану дій з реформування галузі охорони здоров'я. Організаційна структура побудована за модульним принципом і передбачає проведення тематичних занять (конференції, майстер-класи, лекції, семінари, круглі столи тощо), а також надання консультативної та організаційно-методичної допомоги закладам практичної охорони здоров'я. За результатами технічної оцінки зворотного зв'язку з учасниками навчання інформаційна насиченість і практична спрямованість дозволяють оцінити постійно діючі проблемні семінари як перспективну форму безперервного професійного розвитку лікарів [6].

**Висновки:** 1. Складовою завдань освітньої реформи в Україні є приведення системи підготовки медичних фахівців у відповідність до міжнародних освітніх стандартів, у тому числі за сучасними організаційними формами і технологіями навчання, з використанням позитивних рис європейських освітніх моделей.

2. Забезпечення безперервного підвищення кваліфікаційного рівня медичних спеціалістів вимагає диференційованої оцінки організаційних форм навчання.

3. Впровадження інноваційних освітніх технологій (майстер-класи, контактнo-дистанційне навчання) в межах традиційних організаційних форм післядипломної підготовки лікарів сприяє підвищенню мотивації до активної участі в навчанні.

4. Розробка та апробування нових організаційних форм безперервного професійного розвитку лікарів вимагають впровадження в педагогічну практику принципів сучасного клінічного навчання, доказової медицини, біоетики та клініко-економічних стандартів з найбільш медико-соціально значимих нозологій відповідно до міжнародного досвіду.

5. Питання розробки нормативів дистанційного навчання в післядипломній медичній освіті / Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер, Ю. П. Вдовіченко [та ін.] // Медична інформатика та інженерія. – 2008. – № 3. – С. 58–68.

6. Никоненко О. С. Проблемні питання впровадження безперервного професійного розвитку лікарів на етапі реформування системи вищої медичної освіти / О. С. Никоненко, С. Д. Шаповал, С. М. Дмитрієва // Медична освіта. – 2007. – № 4. – С. 4–6.

УДК 611/.612(477+494)

## ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРАМ ВИКЛАДАННЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ I–II РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ В УКРАЇНІ Й ШВЕЙЦАРІЇ

Ю. Ф. Педанов, А. І. Гоженко, Р. Ф. Макулькін

*Одеське обласне базове медичне училище,  
Одеський національний медичний університет*

## PECULIARITIES OF TEACHING SYLLABUSES IN MORPHOFUNCTIONAL DISCIPLINES AT HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS OF I–II ACCREDITATION LEVELS IN UKRAINE AND SWITZERLAND

Yu. F. Pedanov, A. I. Hozhenko, R. F. Makulkin

*Odessa Regional Basic Medical College, Odessa National Medical University*

У статті розглядаються особливості програм викладання дисциплін “Анатомія і фізіологія” та “Патологія” в Україні й Швейцарії.

**Peculiarities of teaching syllabuses in Human Anatomy and Physiology and Pathology in Ukraine and Switzerland are reviewed in the article.**

**Вступ.** Вхідження України в світовий освітній простір неможливе без соціально-економічних змін у суспільстві, без структурної реформи служби охорони здоров'я, що має відношення до всіх громадян держави.

Найважливішою складовою в системі є ефективна кадрова політика. Тільки забезпечення кваліфікованими медичними спеціалістами може допомогти досягненню кінцевої мети і забезпечити надання населенню якісної і ефективної допомоги.

Підготовка фахівців для галузі охорони здоров'я здійснюється у ВНЗ I–IV рівнів акредитації МОЗ України: серед них – 44 медичних училища, 69 медичних коледжів, два інститути медсестринства.

Контингент студентів ВНЗ I–II рівнів акредитації становить більш 70 тисяч осіб.

З метою оптимального забезпечення молодшими медичними спеціалістами пріоритетним напрямком є реформування вищої медичної освіти, комплексне вирішення методичних питань у ВНЗ I–II рівнів акредитації з урахуванням іноземного і збереження власного позитивного досвіду, оскільки цей етап також можна розглядати як етап підготовки до навчання у ВНЗ III–IV рівнів акредитації [1, 2, 3].

Велику зацікавленість викликає дослідження системи навчання медичних сестер у Швейцарії, яка добре відома у світі своїми успіхами в системі охорони здоров'я.

**Основна частина.** В Європі не існує єдиної системи підготовки молодших медичних спеціалістів. В Швейцарії навчання медичних сестер відбувається спеціалізовано на ранніх етапах. Так, наприклад, програма вивчення морфофункціональних дисциплін для медичних сестер загального профілю в університетському госпіталі м. Берна передбачає: на засвоєння фундаментальної дисципліни “Анатомія і фізіологія”, яка вивчається на першому курсі (3–5 годин в тиждень) в розділі 1.4.1. “Основи біології” виділено загалом 124 години. В тому числі “Введення в основи біології” 38 годин: нервова система, шкіра, серцево-судинна система, дихальна система, кров і захисні системи організму, опорно-руховий апарат, ендокринна система, шлунково-кишковий тракт, органи виділення.

“Поглиблена робота” передбачає вивчення взаємодії органів у системах (кількість годин у дужках): нервова (11), серцево-судинна (11), травна, враховуючи біохімію і обмін речовин (14), кров (15), дихальна система (4), опорно-руховий апарат (11), сечова і статеві (7), ендокринна (5), сенсорні органи – зір і слух (6), відвідування анатомічного інституту (2).

Всього 86 годин.

На 2 курсі навчання розглядаються питання “Патології” в тематичній області №5 – “Догляд за пацієнтами різних вікових груп”, розділи:

*1. Активність і рухомість:*

захворювання опорно-рухового апарату (6), неврологічні захворювання-інсульт, параліч тощо (6), неврологічна патологія (8), епілепсія (4), хірургічна і ортопедична патологія у дітей (6), ревматизм (4), запаморочення (3), захворювання периферичної нервової системи (3), введення в науку про хвороби (6), опікова хвороба (3).

Всього 49 годин.

*2. Життєзабезпечення:*

захворювання дихальної і серцево-судинної систем (15), хірургічні втручання при вроджених вадах серця (3), операції на серці (4), педіатрія – гемофілія та інші захворювання крові (3), дитячі інфекції (1), алергія і анафілактичний шок (2), туберкульоз, аспіраційна пневмонія, емфізема, легеневе серце, пневмоторакс, плеврит (3), поглиблене вивчення хвороб серця, включаючи фармакологію (3).

Всього 34 години.

*3. Відпочинок і сон:* значення сну та його порушення (2).

*4. Харчування і обмін речовин:*

симптоми хвороб – цукровий діабет, захворювання органів травлення, інфекційні (18), симптоми запальних захворювань кишечника, щитоподібної залози (5), захворювання імунної системи ВІЛ, СНІД (3), педіатрія – патологія шлунково-кишкового тракту (3).

*5. Дитячі хвороби:*

інфекційні і щеплення (1), хвороби печінки і сечово-міхура (6), алергія і анафілактичний шок (2), аутоімунні захворювання (3), ендокринні хвороби (6).

Всього 18 годин.

*6. Видільна система:*

хвороби нирок і сечових шляхів (6), трансплантація нирок (4), урологічні захворювання дитячого віку (3).

Всього 13 годин.

*7. Вибрані теми догляду:*

порушення видільних функцій (2), фізіологія болю (6), догляд за гінекологічними хворими (6), вагітність, роди, післяпологовий період (15), психопатологічні симптоми (9), психічні хвороби – діагностика і терапія (9), деякі психічні хвороби (6).

Всього 53 години. Загалом 198 годин.

В школі медичних сестер психіатричного профілю (м. Мюнсинген) вивчається дисципліна “Анатомія і фізіологія з елементами патології” на першому курсі (кількість годин у дужках):

опорно-руховий апарат (14), серцево-судинна система (8), кров (6), дихальна система (8), нервова система (10), органи чуття (6), шкіра і терморегуляція (4), система органів травлення (10), сечова система (10), репродуктивна система (12), ендокринна система (12), імунна система (12).

Загалом 112 годин.

Навчання за програмою “Патофізіологія і патологія” здійснюється на 2 курсі (кількість годин у дужках) з тем:

хвороби серця і судин. Шок (10), захворювання шкіри (2), хвороби органів чуття (4), патологія опорно-рухового апарату (6), нервові хвороби (10), захворювання системи органів дихання (4), хвороби шлунка, кишечника, підшлункової залози (8), захворювання печінки і жовчного міхура (8), хвороби сечової і статевих систем (10), запалення, біль (8), виразкова хвороба (4), патологія обміну речовин (4), лабораторні показники і лабораторний аналіз (4).

Загалом 76 годин.

На фінальному етапі – екзамен.

Таке фрагментарне вивчення питань патології сумісно з клінічними дисциплінами, можливо, пов’язано з вузькою спеціалізацією на ранніх етапах навчання спеціалістів.

В цілому, це відповідає концепції про права ВНЗ самостійно вирішувати питання щодо формування програм, навчальних планів і порядок викладання дисциплін.

На наш погляд, у ВНЗ I–II рівнів акредитації в Україні більш доцільно викладати інтегровану дисципліну “Анатомія і фізіологія людини” за запропонованим нами навчальним планом (зі збереженням загальної кількості годин), де взаємопов’язані питання структури і функції, нейрогуморальної регуляції усіх систем і організму в цілому. Так само це стосується програм і навчальних планів з дисциплін “Патоморфологія” і “Патофізіологія”, які можна викладати в одній дисципліні “Патологія людини” [4, 5, 6].

**Висновок.** Порівняльний аналіз програм медичних шкіл Швейцарії “Анатомія і фізіологія”, “Патофізіологія” і “Патологія” і відповідних вітчизняних свідчить про те, що у викладанні зазначених дисциплін існує низка спільних принципів (невризма, ведуча роль систем життєзабезпечення). Проте досвід, накопичений у нашій країні, заслуговує на особливу увагу з таких напрямків, як:

– більший об’єм і глибина вивчення;

– єдність структури і функцій;

– послідовно вивчаються загальні та окремі питання, що знаходяться в основі нейрогуморальної регуляції функцій організму;

– теоретичні заняття супроводжуються практичними, що забезпечує підготовку студентів до вивчення клінічних дисциплін, що одночасно сприяє формуванню світогляду майбутніх спеціалістів.

Ця думка також підтверджується тим, що багато вітчизняних медичних сестер успішно працюють за кордоном, а більше 15 % випускників в подальшому навчаються у ВНЗ III–IV рівнів акредитації.



#### Література

1. Підаєв А. В. Болонський процес в Європі. Що це таке і чи потрібний він Україні? Чи можлива інтеграція медичної освіти України в Європейський освітній простір? / А. В. Підаєв, В. Г. Передерій. – Одеса : Одес. держ. ун-т, 2004. – 190 с.

2. Волосовець О. П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі / О. П. Волосовець // Досвід впровадження основних засад Болонського процесу в систему вищої медичної (фармацевтичної) освіти : матер. наук.-метод. конф. – Тернопіль, 2005. – С. 8–16.

3. Сучасний стан кадрової політики у галузі охорони здоров'я / З. М. Митник, М. В. Банчук, І. І. Фещенко [та ін.] // Впровадження кредитно-модульної системи організації

навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України : результати, проблеми та перспективи : матер. навч.-наук. конф. – Тернопіль, 2010. – С. 3–5.

4. Педанов Ю. Ф. Практическое пособие по анатомии и физиологии человека / Ю. Ф. Педанов; под ред. А. И. Гоженко. – Одесса : Астропринт, 2008. – 52 с.

5. Педанов Ю. Ф. Практическое пособие по патологии / Ю. Ф. Педанов; под ред. А. И. Гоженко. – Одесса : Астропринт, 2009. – 36 с.

6. Педанов Ю. Ф. Алгоритми засвоєння знань і практичних навичок у системі морфофункціональних наук у вузах I–II рівнів акредитації / Ю. Ф. Педанов, Р. Ф. Макулькін, А. І. Даниленко // Мед. освіта. – 2003. – № 1. – С. 18–21.

УДК 615:378.147.88

## ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ З ФАРМАКОЛОГІЇ ЗАСОБІВ ІЗ СТИМУЛЮЮЧИМ ТИПОМ ДІЇ

**В. А. Туманов, Н. О. Горчакова, О. Г. Тимченко, Г. М. Войтенко, І. С. Чекман,  
І. М. Тимченко, Н. О. Юсько, І. Ю. Яковлєва**

*Київський медичний університет УАИМ, Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця,  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика*

## PRACTICAL LESSON ON DRUGS WITH STIMULATING TYPE OF ACTION

**V. A. Tumanov, N. O. Horchakova, O. H. Tymchenko, H. M. Voytenko, I. S. Chekman,  
I. M. Tymchenko, N. O. Yusko, I. Yu. Yakovlieva**

*Kyiv Medical University UAFM, National Medical University by O. O. Bohomolets,  
National Medical Academy of Post-Graduate Education by P. L. Shupyk*

Визначено групи препаратів, що тестують на занятті з фармакології засобів із стимулюючим типом дії.

It was determined the groups of drugs with stimulating action type that are tested at the lesson.

**Вступ.** Впровадження кредитно-модульної системи (КМС) у вищих медичних навчальних закладах має на меті підготовку кваліфікованих спеціалістів та створення системи освіти світового рівня. Навчання за КМС передбачає оволодіння конкретними практичними навичками, а кожне заняття включає питання вхідного і вихідного контролю. Ця система не є статичною, застиглою (хоча, головним чином, і трактується як метод перевірки знань), а удосконалюється з року в рік. На занятті, присвяченому фармакології препаратів із стимулюючим типом дії, за планом розбирається певний матеріал, що включає фармако-

логію психомоторних стимуляторів, адаптогенів (психотоніків), ноотропних засобів, антидепресантів.

**Основна частина.** Труднощі засвоєння студентами фармакології лікарських засобів (ЛЗ), які переважно регулюють функції ЦНС (засоби для наркозу, антиконвульсанти, анальгетики, нормотиміки та інші групи), пов'язані зокрема із відсутністю у студентів базових знань з пропедевтики неврології і психіатрії, дефіцитом деяких спеціальних відомостей і понять з вищої нервової діяльності, нейрофізіології. Заради підвищення мотивації у студентів і продуктивності навчання викладач так чи інакше мусить проводити

© В. А. Туманов, Н. О. Горчакова, О. Г. Тимченко та ін.

клінічні паралелі, використовуючи відповідні терміни, поняття, пояснюючи сутність клінічних феноменів; доречним, наприклад, є наведення у вельми стислому (та дещо спрощеному) вигляді нозологічної класифікації депресій, основних напрямків їх лікування, загальних принципів проведення тимоаналептичної терапії. Окрім надання визначень відповідним нейротропним (переважно центральної дії)/психотропним фармакологічним групам, пояснення (коментарів) щодо їх хімічних та фармакодинамічних класифікацій, важливо ще раз підкреслити умовність розподілу фармакологічних груп ЛЗ на такі, що виключно пригнічують або, навпаки, стимулюють ЦНС, зазначити наявність в межах більшості груп, що впливають на ЦНС (транквілізатори, нейролептики, антидепресанти, ноотропні засоби, адаптогени тощо) одночасно препаратів, у яких переважають ефекти або власне стимуляторів, або седатиків, або ЛЗ із так званим збалансованим типом дії. Треба також розтлумачити відмінність самих понять “седативна дія” та “стимулююча дія” (модальність, діапазон) для різних психотропних груп (наприклад для нейролептиків, транквілізаторів, седативних засобів, антидепресантів, ноотропів). Після розгляду основних аспектів механізму дії, загальної характеристики основної дії (в тому числі її розвитку в часі), найважливіших особливостей фармакокінетики, типових побічних ефектів, показань і протипоказань, небезпечної лікарської взаємодії (фармакобезпеки) для препаратів конкретної фармакологічної групи, доцільно навести приклади відмінностей спектрів і прояву клінічних ефектів в залежності від фармакодинамічних властивостей препаратів, продемонструвати стисло порівняльну характеристику двох-трьох основних (еталонних) препаратів кожної групи, вказати на дозозалежність терапевтичних ефектів, їх варіабельність, що пов’язана із індивідуальними особливостями організму пацієнтів та особливостями етіопатогенезу (зокрема, налічується більш ніж 20 біохімічних “різновидів” депресій); також не можна не назвати новітні ефективні препарати та не зазначити їх переваги. Взагалі, без привнесення елементів клініки, питань практичного застосування препаратів важко розраховувати на активну співпрацю із студентами, жвавий інтерес до теми, якісне засвоєння матеріалу. Важливі складові успішного опанування основними положеннями відповідної теми з фармакології такі: 1) сумлінна самостійна позааудиторна підготовка студентів до заняття, яка включає вивчення матеріалу за підручником та за допомогою рекомендованої літератури

відповідно до переліку теоретичних питань методичної розробки до заняття, а також виконання письмової домашньої роботи (власноручне заповнення таблиць протоколу у робочому зошиті: класифікації з номенклатурою ЛЗ, показаннями і протипоказаннями для них; визначення і порівняльна характеристика фармакологічних груп; розв’язання фармакологічних та фармакотерапевтичних задач; виконання завдань з рецептури (із зазначенням точної групової належності ЛЗ, докладною сигнатурою, конкретним показанням); задачі/алгоритми з невідкладної допомоги при медикаментозному отруєнні тощо); 2) проведення опитування студентів із обговоренням питань теми, що супроводжується поетапною демонстрацією фрагментів мультимедійної презентації-мікролекції, таблиць, колекції лікарських препаратів; 3) вихідне і заключне тестування; 4) індивідуальне розв’язання фармакологічних і фармакотерапевтичних задач, в тому числі за допомогою довідкової літератури; 5) використання деяких загальновідомих інтерактивних методів навчання (тобто елементів тренінгу). Викладач повинен побудувати заняття таким чином, щоб перевірити набуті знання за підрозділами, які входять до робочої навчальної програми і розбиралися студентами самостійно. Щоб зробити заняття більш цікавим, можна зупинитися при розборі фармакології психомоторних стимуляторів не тільки на фармакології кофеїну, який згадується в лекційному матеріалі і на практичному занятті, присвячених фармакології органів дихання. Великий інтерес викликає антиастенічний препарат, похідне тіаміну – енеріон. Антидепресанти зараз включають велику групу різних засобів, які хворі приймають тривалий час і які повинні мати, крім значної ефективності, малу токсичність. Цим вимогам відповідають лікарські засоби, які впливають на рецептори мелатоніну (мелітор), та препарати звіробою (деприм, геларіум гіперікум). Викладання фармакології вимагає знання класичних постулатів предмета, які були розроблені і надалі розробляються вченими України і світу. Студент повинен не тільки отримати факти, але й уміти застосувати їх у практичній діяльності. Студентам всіх факультетів Київського медичного університету УАНМ, які поглиблено вивчають фармакогнозію та фітотерапію (за навчальною програмою), необхідно знати про антидепресанти із звіробою (деприм, геларіум гіперікум) тому, що екстракт трави звіробою протидіє порушенням нейротрансмітерної передачі, інгібує моноаміноксидазу та катехол-орто-метилтрансферазу, модулює секрецію інтерлейкіну-6. Важ-

ливим для студентів є ознайомлення з фармакологією адаптогенів (тонізуючих засобів), які в Україні широко призначаються завдяки екологічній ситуації, поширеності астеничних станів, синдромів хронічної втоми та емоційного вигорання. До речі зазначити, що поняття “астеничний синдром” потребує подальшого уточнення, диференційної діагностики і диференційованої терапії. Зокрема, заслуговує на увагу відносно новий препарат з трави вівса – авеол (тонізуючий засіб). При викладанні фармакології ноотропів слід зупинитися не тільки на особливостях рацетамів, похідних ГАМК, холінергічних засобів, але і на пре-

паратах з рослини гінґко білоба (танакан тощо), що володіють не тільки ноотропним, але також антигіпоксичним, антиагрегантним, вазорегулюючим, прогінбрияковим ефектами. Додатково слід пояснити сутність церебропротекторної і актопротекторної дії, навести приклади відповідних препаратів та показання до їх призначення.

**Висновок.** Практичне заняття повинно бути проведено згідно з рекомендаціями кредитно-модульної системи і в той же час мати пізнавальний характер, особливо стосовно підрозділів, які не висвітлюються в лекційному матеріалі.

#### Література

1. Нові підготовчі етапи для викладання фармакології згідно з рекомендаціями Болонського процесу в медицині і накази МІ УАНМ / В. А. Туманов, Н. О. Горчакова, О. Г. Тимченко, Л. Г. Голота // Інтеграція української медичної освіти в європейський та американський медичний простір: матер. навч.-наук. конф. (Тернопіль, 15–16 травня 2006 р.). – Тернопіль: ТДМУ, “Укрмедкнига”, 2006. – С.65.

2. Досвід методичного забезпечення самостійної роботи студентів у Медичному інституті УАНМ при підготовці до запровадження кредитно-модульної системи на кафедрі фармакології / В. А. Туманов, Н. О. Горчакова, О. Г. Тимченко [та ін.] // Впровадження засад Болонської системи освіти: український і зарубіжний досвід: матер. Всеукраїнської навч.-наук. конф. (Тернопіль, 14–15 травня 2007 р.). – Тернопіль: ТДМУ, “Укрмедкнига”, 2007. – С. 201–203.

УДК 61:377.4:371.333

## ВПРОВАДЖЕННЯ ДИСТАНЦІЙНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ

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

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

## INTRODUCTION OF DISTANCE FORMS OF LEARNING ON THE STAGE OF POST-GRADUATE EDUCATION

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

*Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education*

Наведено пропозиції щодо підвищення якості післядипломної освіти лікарів за допомогою впровадження сучасних технологій європейського рівня, дистанційних форм навчання.

The improvements of the level of post-graduate education by means of introductions of the new modern technologies of the European level, distance forms of learning are shown.

**Вступ.** З метою поліпшення якості післядипломного навчання лікарів Міністерство охорони здоров'я України 10.12.2011 р. видало наказ № 1088 “Про удосконалення післядипломної освіти лікарів” [1]. Наказ передбачає, в тому числі, здійснення заходів щодо

впровадження дистанційних форм навчання на етапі післядипломної освіти лікарів.

**Основна частина.** Головною метою дистанційного навчання у ЗПО є надання слухачам можливості отримати якісні знання, уміння та навички відповідно

до обраної програми без відриву від виконання ними професійних обов’язків за місцем їх проживання [2].

Основними завданнями дистанційного навчання у ЗПО є: розширення можливостей доступу різних категорій фахівців до якісного навчання за програмами післядипломної освіти; збільшення кількості фахівців, що проходять навчання, при зменшенні витрат на навчання; індивідуалізація процесу навчання; підвищення ефективності навчання слухачів шляхом застосування сучасних інформаційно-комунікаційних технологій; забезпечення контролю якості післядипломної освіти.

Положення про дистанційне навчання у закладах післядипломної освіти також передбачає та освітлює такі питання, як особливості організації дистанційного навчання у ЗПО; забезпечення дистанційного навчання у ЗПО (нормативно-правове, науково-методичне, кадрове, системотехнічне та фінансове).

В усьому світі для дистанційної післядипломної освіти використовується міжнародна система Moodle. Moodle – це спеціалізоване програмне забезпечення,

що є платформою підтримки дистанційного навчання (e-learning платформа). Фахівці дистанційного навчання повинні мати відповідні документи, які підтверджують їх кваліфікацію з дистанційного навчання, тому адміністрація Харківської медичної академії післядипломної освіти прийняла рішення про підготовку викладачів академії для проведення дистанційної форми навчання слухачів. Двадцять викладачів академії пройшли навчання у навчально-методичному комплексі Національного технічного університету “КПІ” МОН України з питань створення навчальних програм у дистанційному форматі та отримали відповідні свідоцтва.

**Висновок.** Дистанційна освіта сприяє розширенню можливостей доступу фахівців до навчання, збільшенню кількості лікарів, що проходять навчання, при зменшенні витрат, підвищенню ефективності навчання слухачів. Дистанційна освіта – це близьке майбутнє сучасних освітянських технологій.

#### Література

1. Про удосконалення післядипломної освіти лікарів : наказ МОЗ України № 1088 від 10.12.2011 р.

2. Положення про дистанційне навчання у закладах післядипломної освіти МОН України. Проект 21.10.2010 р.

УДК 378.046.4.001.76:614.253.1/2

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ У СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

**О. М. Хвисьюк, В. Г. Марченко, В. В. Жеребкін, О. В. Грищенко, І. А. Жадан,  
К. І. Бодня, Т. Д. Звягінцева, І. А. Соболева**

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

## THE MODERN APPROACHES TO THE INCREASE OF EDUCATIONAL QUALITY IN THE SYSTEM OF POST-GRADUATE EDUCATION

**O. M. Khvysiuk, V. H. Marchenko, V. V. Zhrebkin, O. V. Hryshchenko, I. A. Zhadan,  
K. I. Bodnya, T. D. Zviahintseva, I. A. Sobolieva**

*Kharkiv Medical Academy of Post Graduate Education*

Якісне післядипломне навчання лікарів можливе лише за умов безперервного навчання, що базується на усіх досягненнях світової медичної науки та використанні всіх сучасних освітянських технологій.

© О. М. Хвисьюк, В. Г. Марченко, В. В. Жеребкін та ін.



**The qualified post-graduate education of the doctors is possible only in the condition of the uninterrupted training, that is based on all the achievements of the world medical science and use of all the modern educational technologies.**

*Скажи мені — і я забуду.*

*Покажи мені — і я запам'ятаю.*

*Дозволь мені зробити — і це стане моїм назавжди.*

Китайська мудрість

**Вступ.** Процес навчання є багатокомпонентним, що дає змогу фахівцю постійно вдосконалюватися. Людина навчається протягом усього життя в усіх сферах життєдіяльності, але найважливішим є наше професійне зростання, яке ніколи не зупиняється. Виходячи з цього, в Україні була прийнята Концепція безперервної освіти, що полягає в стимулюванні у фахівців розуміння необхідності постійного фахового зростання. Сучасний темп розвитку клінічних, лабораторних знань, удосконалення діагностичних засобів та лікувально-діагностичної апаратури веде до того, що для надання допомоги хворим на сучасному рівні фахівець повинен мати уяву і певний рівень знань та вмінь, щоб відповідати сучасним вимогам медичної науки.

Важливою складовою покращення рівня медичних послуг в країні є система післядипломної освіти лікарів. Після закінчення вищого навчального закладу фахівець отримує мінімум уявлень, знань та вмінь щодо великої кількості медичних напрямів. Після вибору свого особистого шляху починається поглиблене вдосконалення усього набутого раніше, а також отримання багатьох додаткових знань та вмінь, яке продовжується протягом усього життя. Виходячи з цього, особливого значення набуває якість надання знань та вмінь у післядипломній освіті. Післядипломна освіта створює умови для безперервності та наступності освіти і включає: перепідготовку, спеціалізацію, розширення профілю, стажування. Особа, яка пройшла перепідготовку і успішно пройшла державну атестацію, а також успішно пройшла стажування або спеціалізацію чи розширила профіль (підвищила кваліфікацію), отримує відповідний документ про післядипломну освіту.

Протягом останніх десятиліть кардинально змінилася система генерації й передачі знань, а їх обсяг багаторазово зріс. На жаль, провідним видом навчання в системі охорони здоров'я лишаються заняття в класній кімнаті, із групою, що навчається, де викладач подає інформацію у вигляді теоретичного матеріалу. Можливо, такий підхід до навчання може бути ефективним при навчанні основних предметів, проте вкрай недосконалий при навчанні практичним (клінічним) навичкам.

Найбільш ефективним підходом до передачі нової інформації слухачам є інтерактивне навчання, тобто

навчання в процесі практики. Це більше, ніж просто практика. Це навчання через рефлексію (осмислення) власних дій. Коли фахівець щось робить, то не завжди замислюється над тим, як він це робить. Для того щоб використовувати накопичений досвід, ми маємо відстежувати свої дії та вміти аналізувати їх. Крім того, під час інтерактивного навчання можливо відстежувати досвід інших людей, з різним світосприйняттям, отримувати додаткову інформацію, аналізувати, моделювати ситуації, спільно шукати шляхи вирішення різних питань. Інтерактивні методики дають змогу задіяти не тільки розум людини, а також її почуття, емоції та спонукати до творчості. Це вимагає високого рівня фахових знань викладачів, які мають бути професійно орієнтованими та реалізуватися з використанням усіх сучасних дидактичних прийомів.

Поняття “освіта дорослих” (adult education) охоплює собою комплекс безперервних процесів навчання — як формального, так і спектр його неофіційних форм та різновидів. За його допомогою дорослі люди розвивають свої здібності, збагачуються знаннями, удосконалюють професійні кваліфікації або ж використовують їх у новому напрямку. Система наскрізної безперервної підготовки медичних кадрів в Україні базується на основних міжнародних вимогах до етапів, тривалості, забезпечення якості, що визначені ВООЗ та Світовою федерацією медичної освіти. Процеси безперервної освіти розуміються тепер не тільки як “навчання протягом життя” (lifelong learning), але й як “навчання шириною в життя” (lifewide learning). Останнє акцентує увагу на розмаїтості видів освіти (формальній, неформальній, інформальній). Освіта протягом життя покликана підвищувати рівень загальних знань і розширювати можливості участі громадян у культурній, соціальній і політичній діяльності країни. Вона повинна робити внесок у подальшу демократизацію суспільства, а також сприяти посиленню позиції людини в професійній діяльності. Вона стає усе більш важливою сферою освітніх послуг. При цьому людина перетворює освітні потенціали суспільства в дієві фактори свого розвитку.

Сьогодні у багатьох країнах реалізується перехід від кваліфікаційної моделі фахівця до компетентності, при цьому вважається, що компетенція — це єдність професійних і позапрофесійних знань, нави-

чок, настанов і ціннісних орієнтирів. Кваліфікація описує функціональну відповідність між вимогами професії і метою освіти, а компетентність включає можливість особистості діяти адекватно у більш широких сферах, тобто у соціумі.

Андрагогічна модель навчання медичних працівників відповідає головним принципам освіти дорослих – результативності, гарантії задоволення потреб, оволодіння уміннями, відпрацювання навичок до рівня автоматизму, розуміння професійних або загальнолюдських явищ, розширення кругозору, зміцнення глибинних ціннісних орієнтацій.

У світлі проблем навчання дорослих людей особливої популярності набула циклічна чотириступінчаста емпірична модель процесу навчання і засвоєння людиною нової інформації (Experiential Learning Model), що запропонована David A. Kolb (1984) і його колегами. Люди навчаються одним з чотирьох способів: 1) через досвід; 2) через спостереження і рефлексію; 3) за допомогою абстрактної концептуалізації; 4) шляхом активного експериментування – віддаючи одному з них перевагу перед останніми. Отже, процес навчання, згідно з циклом Д. Колба, може бути розпочатим з будь-якої стадії і продовжуватися до того часу, доки не стане набутою певна навичка.

**Основна частина.** У процесі навчання більш за все турбують якісні показники. На це можливо впливати через вміння викладачів використовувати весь арсенал педагогічних методик та відчувати, яка з них більш приладна при певних обставинах. Як вказує багаторічний досвід, найкраще викладання перебігає через активне залучення всіх слухачів з різноманітними стилями навчання. Крім того, це дає можливість відкривати та розширювати інші канали отримання інформації. Викладач має таким чином побудувати свої заняття, щоб зацікавити всіх учасників, охопити всі чотири стадії, які у сукупності складуть цикл навчання від практики до практики. Добре побудований курс приводить до нарощування знань та навичок учасниками навчання. Без повторення навички забуваються. В останні десятиріччя основним завданням, яке ставлять Міністерство охорони здоров'я і Міністерство освіти і науки України перед закладами післядипломної освіти, є суттєве підвищення професійно-практичної підготовки слухачів. Лікар має навчитись спеціальності. Вирішенню цієї проблеми присвячене читання лекційного курсу, проведення семінарських і практичних занять.

Лекція є послідовним викладенням наукових та клінічних даних і висвітлення на цій основі новітніх досягнень вітчизняної і світової науки. Відомо, що залежно від виду циклу курс лекцій може бути сис-

темагичним, спеціальним або можуть бути прочитані вибрані розділи. Ми вважаємо, що найбільш доцільним на циклах первинної і вторинної спеціалізації з будь-якого фаху є читання систематичного курсу лекцій, який передбачає викладення в строгій послідовності і прийнятності основних питань, які входять в початковий план і програму циклу, при цьому кожна наступна лекція базується на попередній і логічно з нею пов'язана. На циклі спеціалізації доцільним вважається виділення близько 20 % навчальних годин на лекції від загального об'єму навчальних занять. При проведенні циклу спеціалізації бажано читання таких видів лекцій: вступна, тематична, оглядова, комплексна, заключна і проблемна. Якщо навіть на лекції не буде викладений весь матеріал, то слухач має змогу поповнити свої знання через Інтернет.

Найбільше значення в забезпеченні якості професійно-практичної підготовки ми надаємо проведенню практичних і семінарських занять. Семінар є одним з найбільш ефективних навчальних занять, який сприяє більш глибокому і детальному засвоєнню предмета, навичок самостійної роботи з літературними джерелами, привчає до наукової роботи. Метою семінару є підвищення активності слухачів у вивченні предмета, спонукання їх до пошуку літератури та її самостійного вивчення під керівництвом викладача. Тому необхідна попередня, обов'язкова, самостійна підготовка слухачів до цього виду заняття. Розрізняють такі види семінарів: семінар-колективум, семінар-дискусія, семінар-конференція, семінар з клінічного розбору хворих, семінар з обміну досвідом роботи, семінар з обговорення контрольних робіт, семінар-екскурсія.

Найбільш доцільною формою семінару на циклі первинної і вторинної спеціалізації ми вважаємо семінари-колективуми, семінари-конференції, семінари з клінічного розбору хворих, семінар-конференція, семінар-екскурсія та ін. При проведенні семінарів-колективумів викладач має змогу визначити рівень теоретичних знань слухача з відповідної теми, знання алгоритму обстеження, семіотики захворювань та ін. Семінар-екскурсія дозволяє ознайомити слухачів з сучасними лікувально-діагностичними, особливо в профільних НДІ, методиками дослідження, зокрема – інтервенційними. Деякі інші завдання стоять перед слухачами при проведенні семінару-конференції на визначену тему. Підготовка доповіді слухачем під керівництвом викладача вчить лікаря роботи з джерелами літератури (в т. ч. і електронними), вміння виділити основне і другорядне, ораторського мистецтва. Природно на циклі спеціалізації використовуються і інші семінари, особливо контролюючого характеру.

Стосовно семінарських занять на циклі ТУ переважними їх формами мають бути: семінар-колоквиум, семінар-дискусія, семінар-конференція, семінар по клінічному розборі хворих, семінар по обміну досвідом роботи, семінар-екскурсія. Ми вважаємо особливо цінним проведення семінарів по обміну досвідом роботи, що дасть змогу поширити передовий досвід роботи на інші лікувальні заклади, а деяким слухачам надати рекомендації щодо покращення їх роботи.

Проведення практичних занять має відбуватись на всіх циклах у лікувально-профілактичних закладах, де є сучасна високотехнологічна апаратура та контингент хворих, який відповідає темі практичного заняття. З нашої точки зору, при навчанні в інтернатурі на практичних заняттях більшу увагу слід приділяти вивченню анатомо-фізіологічних особливостей різних органів і систем, а також лікувально-діагностичних підходів з метою досконалого оволодіння різноманітними методиками дослідження.

Загальновідомим є той факт, що підготовка найбільш кваліфікованих лікарів відбувається шляхом навчання в клінічній інтернатурі. Ми вважаємо, що програма навчання ординатора має бути розбитою на окремі модулі. Під час вивчення окремих модулів клінічний ординатор для оволодіння практичними навичками має працювати у відповідних відділеннях та кабінетах спеціалізованих лікувальних закладів.

Теоретичний розділ навчання клінічного ординатора має бути побудований, на наш погляд, за тьюторською системою навчання. Вперше елементи тьюторської системи навчання були впроваджені в Оксфордському і Кембріджському університетах в XIV ст. Тьютор (англ. tutor, від лат. tutor – спостерігаю, піклує) – педагог-наставник, який у навчальний час займається викладацькою діяльністю, а після занять проводить виховну роботу з декількома учнями, керує їх самостійною навчальною роботою, науковими пошуками та ін. Тьюторська система у багатьох вищих навчальних закладах Англії вирізняється порівняно високою ефективністю, вона спрямована на виховання інтелектуальної еліти. Тому ми вважаємо доцільним прикріплення 2–3 клінічних ординаторів на весь термін навчання до одного викладача з метою забезпечення високого рівня їх підготовки. Це дасть змогу забезпечити не тільки високий рівень теоретичної і практичної підготовки, а й забезпечити його розвиток як особистості.

Найбільш цінним, на нашу думку, при проведенні навчання клінічних ординаторів і лікарів на циклах тематичного удосконалення є проведення майстер-класів, що є одним з прикладів професійної педагогіч-

ної майстерності викладача, побудованої на високому професіоналізмі, що приносить бажані виховно-освітні результати. Сьогодні активно впроваджується в практичну педагогіку технологічна парадигма розвитку професіоналізму, що означає здатність педагога точно формулювати виховно-освітні завдання і логічно послідовно, найбільш оптимально їх вирішувати.

Культура презентації професійного методичного досвіду викладача є певним результатом його професійної майстерності. Проведення майстер-класу має мати ознаки інноваційності, причому інноваційності не спонтанно емпіричної, а такої, яка характеризується обдуманістю свого професійного досвіду, його системною пропрацьованістю, вивіреністю до рівня технологічно послідовного алгоритму педагогічних дій, які мають привести до раніш задуманого виховно-освітнього результату. Навіть викладачам необхідно постійно навчатися, в т. ч. і один в одного. І кращим заходом буде взаємообмін професійним досвідом, взаємонавчання, взаємовдосконалення своєї виховної і навчальної діяльності. Оптимальною формою взаємонавчання як для викладачів, так і для слухачів, і є майстер-клас. Це форма заняття, в якій сконцентровані такі характеристики: виклик традиційної педагогіки, особистість педагога з новим мисленням, не повідомлення знань, а спосіб самостійної їх побудови за допомогою всіх учасників заняття з урахуванням плюралізму думок тощо. При проведенні майстер-класу необхідні малі групи слухачів, щоб всі учасники мали змогу обмінюватись думками, треба створити умови для включення всіх слухачів в активну діяльність, необхідною є постановка проблемної задачі і вирішення її через моделювання різних ситуацій, при цьому форми, методи і технології роботи мають пропонуватись, а не нав'язуватись. Алгоритм проведення майстер-класу повинен будуватись на таких компонентах: виділення проблеми – панель – об'єднання в групи для вирішення проблеми – робота з матеріалом – представлення результатів роботи – обговорення і коректування результатів роботи.

Інноваційною формою проведення був також Junior Image Interpretation Quizzes. Суть його полягає у змаганні двох команд – аудиторії і команди з 4 молодих фахівців – ареопагу (ареопаг – група авторитетних осіб, які зібралися для розв'язання яких-небудь питань), яка виступала проти аудиторії в залі. Суть цього полягає в тому, що модератором надається коротка історія хвороби пацієнта з певними клінічними висновками і 4 варіанти відповідей у вигляді фрагментів медичної документації, зображень (рентгенограм і КТ). Аудиторії пропонувалось визначити, яка

патологія представлена, і обрати правильний варіант. Після електронного голосування один з учасників дискусії описував кожне завдання зі своїми висновками. Представник “ареопагу” дає свою відповідь, а аудиторія – свою, перемагає той, чия відповідь буде найбільш правильною і влучною.

#### Література

1. Дисуринский А. Н. История образования и педагогической мысли : учебн. для студ. высш. учеб. завед. / А. Н. Дисуринский. – М. : Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004. – 400 с.
2. Орбинський В. Л. Педагогіка вищої школи : навч. посіб. / В. Л. Орбинський. – К. : Центр учбової літератури, 2009. – 472 с.
3. Столяренко Л. Д. Педагогическая психология / Л. Д. Столяренко. – Ростов н/Д : Феникс, 2009. – 541 с.
4. Підаєв А. В. Болонський процес в Європі. Що це таке і чи потрібен він Україні? Чи можлива інтеграція медичної освіти України в Європейський освітній простір? / А. В. Підаєв, В. Г. Передерій. – Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – 190 с.
5. Кузьмінський А. І. Педагогіка вищої школи : навч. посіб. / А. І. Кузьмінський. – К. : Знання, 2005. – 486 с. – (Вища освіта ХХІ століття).
6. Нові технології навчання менеджменту в медицині : навч. посіб. / за редакцією Ю. В. Вороненка, Н. Г. Гойди, О. П. Мінцера, М. Мітчела. – К. : Книга плюс, 2009. – 409 с.

**Висновок.** Таким чином, якісне післядипломне навчання лікарів можливе лише за умов безперервного навчання, що базується на усіх досягненнях світової медичної науки та використанні всіх сучасних освітніх технологій.

7. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования : учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. С. Полат, М. Ю. Бухаркина, М. В. Моисеева, А. Е. Петров. – [3-е изд.]. – М. : Издательский центр “Академия”, 2008. – 272 с.
8. Последипломное медицинское образование. Международные стандарты ВФМО улучшения качества. – Ун-т Копенгагена, 2003. – 32 с.
9. Организация индивидуально-ориентированного учебного процесса в системе зачетных единиц / [ред. Б. А. Саонов]. – Москва: НИИВО, 2003. – 98 с.
10. Gragg B. (2007) Tools from the Field: Participant-Centered Techniques for Effective Training. John Snow, Inc. and World Education, Inc., Boston, Massachusetts, 130 p.
11. Hubbard J.P. (2001) Measuring medical education. Lea & Febiger, Philadelphia, 971 p.

УДК 378.147:616

## ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ НА КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІНАХ У ДОНЕЦЬКОМУ БАЗОВОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ

О. В. Швидкий, К. М. Тарасенко, О. А. Хадикіна, В. С. Малиновська

*Донецький базовий медичний коледж*

## EXPERIENCE OF ORGANIZATION OF EDUCATIONAL PROCESS ACCORDING TO THE CREDIT-MODULAR SYSTEM IN CLINICAL DISCIPLINES IN DONETSK BASIC MEDICAL COLLEGE

O. V. Shvydkyi, K. M. Tarasenko, O. A. Khadykina, V. S. Malynovska

*Donetsk Basic Medical College*

У статті представлено аналіз п’ятирічного досвіду роботи з клінічних дисциплін Донецького базового медичного коледжу в умовах кредитно-модульної системи організації навчального процесу, наведено основні проблеми і шляхи удосконалення якості підготовки медичних фахівців.

The article presents the analysis of the five-year experience of clinical disciplines work in Donetsk Basic Medical College in the conditions of credit-modular system of educational process organization. It also shows the main problems and ways of improvement of quality of medical specialists’ preparation.

**Вступ.** Реформування системи охорони здоров’я вимагає переглянути зміст медсестринської освіти, щоб

вона відповідала міжнародній системі, а саме зростанню ролі професійної підготовки медичних сестер [4].

© О. В. Швидкий, К. М. Тарасенко, О. А. Хадикіна, В. С. Малиновська



Приєднання України до Болонського процесу змусило насамперед переосмислити структуру навчального процесу, запровадити кредитно-модульну систему (далі – КМС) навчання.

Основу КМС створює навчання, яке komponується на модульній основі із застосуванням інформаційних технологій навчання, з урахуванням індивідуальних особливостей тих, хто навчається.

За останні роки КМС достатньо досліджується вченими. Так, автори Т. Беляєва, Ю. Бондарчук, Г. Чуйко, М. Шегедин, опираючись на дослідження взаємозв'язку навчальної діяльності, розглядають доцільність використання цієї моделі освіти [1–5]. Вони зазначають, що ця технологія поки ще оформлена на рівні ідеї та представлена авторськими педагогічними технологіями, на жаль, залишається недостатньо розробленою на рівні педагогічного проектування.

Пропонуємо ознайомитися з досвідом роботи педагогічного колективу Донецького базового медичного коледжу (далі – ДБМК) з питань впровадження кредитно-модульної системи навчання.

**Основна частина.** Кредитно-модульна система – це модель організації навчального процесу, підґрунтям якої є об'єднання модульних технологій навчання і залікових кредитів ECTS як одиниць виміру навчального навантаження студента, необхідного для засвоєння змістових модулів або блоку модулів.

Навчання в коледжі за умови кредитно-модульної системи здійснюється за навчальними та робочими навчальними програмами, де зміст дисциплін структуровано за модулями.

Організація навчання за КМС регламентується графіком навчального процесу. Згідно з ним циклові комісії визначають термін вивчення модулів та проведення відповідних контрольних заходів, що фіксується в робочій програмі навчальної дисципліни і графіку модульного контролю.

Розглянемо особливості організації навчального процесу за кредитно-модульною системою в ДБМК. Така система передбачає:

– розподіл навчальної дисципліни на модулі, а оцінювання знань студентів за допомогою модульно-рейтингового принципу. Уніфікованою одиницею виміру обсягу навчальної роботи студента є кредит, який дорівнює 30 годинам загального навчального навантаження на тиждень, з них 1/3 – позааудиторна самостійна робота студента;

– кожен модуль має свою дидактичну мету, перелік теоретичних та практичних завдань, об'єм самостійної роботи студентів;

– в рамках однієї навчальної дисципліни може бути не більш 6–8 модулів. Якщо дисципліна вивчається протягом одного семестру, кількість модулів становить 1–3.

Кожен модуль реалізується у вигляді лекцій, практичних занять та самостійної роботи студентів. Так, дисципліна “Медсестринство у внутрішній медицині” поділена на 9 модулів, “Громадське здоров'я і громадське медсестринство” – 2 модулі. Модулі структуруються на невеликі частини, що поєднуються за змістом. Вони мають назву – змістові модулі.

У кожному модулі визначені обов'язкова і варіативна частини.

1. До обов'язкової частини входять:

- лекції;
- практичні заняття;
- виконання позааудиторної самостійної роботи;
- підсумковий модульний контроль.

2. Варіативна частина включає:

- виступ на конференціях;
- участь у рольових та ділових іграх;
- робота професійного гуртка;
- написання рефератів;
- науково-дослідницька робота.

Вивчення кожного модуля починається з повторення головних знань та навичок попереднього модуля і закінчується систематизацією вивчених навичок і вмінь. Так, утворюється ядро знань модуля, що є основою знань з дисципліни. КМС передбачає під час лекцій проводити періодично поточний контроль за допомогою письмового опитування або тестового контролю. Під час проведення практичних занять при відпрацюванні практичних навичок викладачами застосовується робота зі студентами малими групами. Також студенти проводять самооцінку своєї навчальної діяльності, що дозволяє викладачам використовувати результати самооцінки студентів для більшої об'єктивності оцінювання знань та вмінь. Вивчення кожного модуля завершує модульний контроль, що проводиться на останньому занятті для діагностики досягнення мети навчання.

Оцінка за модуль визначається як сума оцінки поточної навчальної діяльності (у балах) та оцінки підсумкового модульного контролю. Студент оволодіває знаннями постійно, протягом семестру, а не займається зубрінням перед іспитом. Зростає активність студентів на практичних та теоретичних заняттях, що пов'язане з переходом від пасивних до активних форм навчання. Змінюється форма спілкування між викладачем та студентом. Відносини викладач – студент формуються в атмосфері психологічного комфорту.

При вивченні дисциплін “Медсестринство у внутрішній медицині”, “Громадське здоров’я і громадське медсестринство” впроваджується така послідовність організації навчального процесу:

1. На початку вивчення дисципліни викладач пояснює студентам особливості модульно-рейтингової системи навчання, ознайомлює з темами модуля, системою оцінювання знань.

2. Викладач забезпечує студентів матеріалами модуля, переліком обов’язкової та додаткової літератури, графіком проведення тестувань та модульного контролю практичних навичок.

3. Протягом семестру студент регулярно відвідує всі лекції, практичні заняття, передбачені навчальним планом і затверджені розкладом.

4. Студенти самостійно опрацьовують теоретичні матеріали та вдосконалюють практичні навички у тренажерному кабінеті.

5. На заняттях здійснюється поточний та підсумковий контроль. Форми проведення підсумкового контролю включають контроль теоретичної та практичної підготовки.

6. Враховуються додаткові бали, які складаються із виконання студентом самостійної роботи, відвідування тренажерного кабінету та творча робота студентів (участі у конференціях, конкурсах, олімпіадах, виготовленні фантомів тощо).

7. По завершенню модуля визначається сума балів, яку набрав студент під час теоретичних та практичних занять.

8. Рейтинг рівня знань студента з дисципліни – це середня арифметична кількість балів усіх модулів, яку він набрав.

9. Після цього проводиться конвертація рейтингу із традиційної 4-бальної у шкалу ECTS і ранжування студентів.

Оцінювання навчальних досягнень студентів відбувається на основі рейтингової системи. Розроблена у коледжі методика розрахунку рейтингу єдина для всіх навчальних дисциплін. В основу рейтингової системи оцінювання покладено накопичення балів за різнобічну навчально-пізнавальну діяльність студентів у процесі навчання.

При вивченні модуля студент може набрати максимальну кількість балів – 200б. Оцінка за модуль складається із суми оцінок теоретичних знань (80 балів) і практичних навичок (120 балів). До підсумкового модульного контролю з практики допускаються студенти, що засвоїли теоретичну частину модуля.

Після завершення вивчення дисципліни:

– проводиться підрахунок балів, які набрав студент;

– оцінка конвертується в оцінку шкали ECTS;

– складається рейтингова шкала успішності студентів.

У коледжі введена єдина комп’ютерна система обліку знань студентів, що дає можливість спроекувати систему внутрішнього моніторингу якості підготовки фахівців, це забезпечує об’єктивний діяльнісно-орієнтований контроль навчальних досягнень студентів.

Для підвищення мотивації та більш глибокого вивчення матеріалу з дисциплін “Медсестринство у внутрішній медицині”, “Громадське здоров’я і громадське медсестринство” викладачами коледжу використовується “кейс-метод”.

“Кейс” – це навчально-методичне забезпечення кожного модуля:

– для аудиторної роботи: тексти лекцій, методичні розробки з практик;

– для контролю знань: тести, проблемні задачі, “німі” – схеми, фрагменти таблиць, міні-контрольні тощо;

– для позааудиторної самостійної роботи: методичні розробки та питання контролю знань. Результати самостійної роботи студентів обов’язково враховуються під час модульного контролю.

Кожен студент має кейс із всіх дисциплін, що вивчає. Важлива перевага “кейс-методу” – структуризація діяльності студента за логікою етапів засвоєння знань: сприйняття, розуміння, осмислення, запам’ятовування, застосування, узагальнення, систематизація, контроль і корекція.

Викладачі проводять вчасне коригування навчальної діяльності студента, що дає можливість в подальшому підвищити рівень знань з дисципліни. Студентам надаються додаткові індивідуальні консультації в час, відведений для самостійної роботи студентів. Викладачі направляють роботу студентів, що сприяє оптимальному результату. Спільними зусиллями викладача і самостійної роботи студента досягається конкретний результат у формуванні сучасного спеціаліста, у чому велику роль відіграє кредитно-модульна система навчання.

Доповнення, поглиблення та закріплення знань студентів відбуваються під час практики на базі лікувально-профілактичних установ. Підсумкова практика студентів з клінічних дисциплін, що вивчаються, та переддипломна практика теж проводяться за кредитно-модульною системою на базі відділень лікарень під контролем викладача.

Підсумкова практика студентів спеціальності “Сестринська справа”, на якій у коледжі застосовується кредитно-модульна система, складає один модуль. Переддипломна практика має структурований поділ з кожної клінічної дисципліни, а саме “Медсестринство

у внутрішній медицині”, “Медсестринство в хірургії”, “Медсестринство в педіатрії”. Вона складається з 3 модулів, до кожного з яких входить по 2 змістових модулі. Це створює студентам найбільш сприятливе поле для успішного засвоєння навчальних дисциплін. Закріплює у свідомості молоді думку щодо безперервності процесу освіти як одного із найважливіших чинників конкурентоспроможності, самодостатності.

**Висновки.** Аналізуючи п’ятирічний досвід роботи в умовах кредитно-модульної системи, можна відзначити такі її переваги:

- забезпечує відкритість, прозорість, гнучкість, і демократичність освіти;
- допомагає студентам максимально якісно засвоїти навчальний матеріал за мінімальний термін;

- структурованість навчального матеріалу сприяє глибокому засвоєнню, запам’ятовуванню інформації, узагальненню знань під час постійного повторення;

- дозволяє використовувати комп’ютерні технології для поточного і підсумкового контролю знань;

- рейтингова система оцінювання стимулює діяльність студента на кінцевий результат;

- спонукає та навчає студентів працювати самостійно, постійно протягом семестру;

- студент – рівний учасник навчального процесу;

- враховуються індивідуальні здібності кожного студента;

- підвищує зацікавленість студентів через постійний контроль, гласність результатів і систему заохочень.

#### Література

1. Беляєва Т. Крок до Болонського процесу / Т. Беляєва // Освіта в технікумі, коледжі. – 2007. – № 1.

2. Бондарчук Ю. Удосконалення форм і методів навчання відповідно до вимог Болонського процесу / Ю. Бондарчук, Г. Чуйко, Н. Чуйко // Вища школа. – 2005. – № 2. – С. 35–42.

3. Корсар К. Європейський простір вищої освіти і України в XXI столітті / К. Корсар // Вища школа. – 2005. – № 1. – С. 47–56.

4. Шегедин М.Б. Медсестринство в Україні / М. Б.Шегедин. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2006. – 280 с.

5. Матеріали до підсумкової колегії Міністерства освіти і науки України. Вища освіта України – європейський вимір: стан, проблеми, перспективи // Вища школа.– 2008.– № 4. – С. 18–20.

УДК 614.23:326(04)

## ПОЛІТИКА АВСТРІЇ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Г. І. Кліщ

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

## POLITICS OF AUSTRIA IN THE FIELD OF HEALTH CARE AND MEDICAL EDUCATION

H. I. Klishch

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky*

У статті розглянуто основні аспекти політики Австрії в галузі охорони здоров'я і медичної освіти. Проаналізовано вплив реформ на підготовку медичних кадрів, надання медичної допомоги та фармацевтичне забезпечення австрійських громадян.

It was considered the main aspects of Austria politics in the field of health care and medical education in the article. The influence of reforms on training medical personnel, health care and pharmaceutical support of Austrian citizens was analysed.

**Вступ.** Система охорони здоров'я Австрії продовжує рухатися в напрямку профілактичної медицини, з кожним роком досягаючи все більших успіхів. Безумовно, ефективне впровадження нових методик і підходів залежить від організаторів, але не викликає сумнівів той факт, що найважливіша роль у цьому процесі належить населенню. Як показує досвід останніх років, ключовим моментом функціонування будь-якої медичної галузі є робота з пацієнтами та формування відповідального ставлення до власного здоров'я та бажання піклуватися про його збереження.

З прийняттям у 2005 році Закону про реформування охорони здоров'я [7] Міністерство здоров'я та у справах жінок (зараз Міністерство здоров'я – Bundesministerium für Gesundheit) впровадило клінічні рекомендації щодо превентивної медицини. Одним з ключових моментів такого нововведення стало проведення скринінгових обстежень груп ризику. Подібні щорічні медичні огляди оплачуються державними страховими фондами і дозволяють проводити діагностичні процедури відповідно до індивідуальних потреб пацієнтів. Завдяки такому підходу захворювання визначаються на ранніх стадіях, що має величезне значення для проведення ефективного лікування. Особливе значення надається способу життя хворих та даним анамнезу, наприклад зловживання алкоголем, куріння, захворювання, перенесені членами сім'ї тощо. Щорічні медичні огляди будуть безкоштовно проводитися всім австрійцям старше 18 років, і ставлення до таких заходів, за задумом їх організаторів, має бути таким же, як і до проведення

технічного огляду автомобілів: не пройдеш – не поїдеш [4–6]. Нагадувати населенню про необхідність своєчасного проходження обстеження будуть спеціальні служби, інтегровані в систему соціального забезпечення.

Ще одним життєво важливим питанням австрійської медицини є фінансування. За даними демографічних досліджень [10,11], населення держави старіє, працездатна популяція з кожним роком зменшується, тому ситуація вимагає відповідних коректив з боку уряду.

Незважаючи на існуючі проблеми, високі стандарти роботи австрійської медицини дозволяють віднести її до однієї з провідних у світі. Закон про реформування охорони здоров'я дозволяє вжити необхідних заходів для забезпечення максимальної готовності до вирішення будь-яких поставлених завдань.

**Основна частина.** *Загальні соціодемографічні дані.* За адміністративно-територіальними характеристиками Австрійська Республіка – федерація, що складається з 9 провінцій і заснована на принципах парламентської демократії. Австрія – член Європейського Союзу, ООН та багатьох інших організацій, серед яких і ВООЗ. Територія Австрії приблизно в сім разів менша площі України і складає 84 тис. км<sup>2</sup>. За останні кілька років середня очікувана тривалість життя австрійців значно зросла, що відповідає тенденціям в усіх країнах – членах ЄС [8]. У 2004 р. цей показник перевищив 76 років для чоловіків і 82 роки для жінок, а згідно з прогнозами, вже в 2030 р. дитина, що народилася в Австрії, незалежно від статі в середньому проживе більше 80 років. Важливо відзна-



чити, що зараз держава перебуває у фазі надзвичайно швидкого збільшення популяції. З середини 90-х років минулого століття населення Австрії збільшилося на 500 тис., що при загальній кількості жителів 8210 тисяч – цифра дуже велика [6]. Причиною подібного демографічного явища послужила не висока народжуваність, а інтенсивна імміграція, переважно з країн Східної Європи. Можна припустити, що свою лепту в збільшення кількості жителів Австрії внесли і наші співвітчизники. Очікується, що в найближчі роки найбільші труднощі у сфері соціальної та медичної політики Австрії будуть пов'язані з небувалим збільшенням відсотка людей зрілого та похилого віку. На даний момент близько 22 % австрійців є старшими 60 років. За прогнозами, до 2015 р. цей показник збільшиться до 25 %, а до 2030 – до 32 %. Така ж тенденція буде спостерігатися й у віковій групі старше 80 років. У той же час кількість австрійців від 15 до 59 років постійно зменшується. У 2004 р. працездатне населення склало близько 62 %, а в 2030, як вважають експерти, економічне навантаження візьмуть на себе 55 % австрійців.

*Юридичні основи системи охорони здоров'я.* Турбота про здоров'я населення – одна з найважливіших функцій уряду Австрії. І хоч організація надання медичної допомоги у питаннях законодавства і контролю залежить від федеральних установ, відповідальність за суспільне здоров'я несе не тільки Міністерство здоров'я. Важливу роль у втіленні законодавчих актів у щоденну практику відіграють провінційні і муніципальні власті, а також організації соціального страхування як самокеровані громадські установи. Метою проведеної в 2005 р. реформи охорони здоров'я було створення єдиної мережі стаціонарних і амбулаторних установ незалежно від їх підпорядкування та форми власності. Першим кроком на шляху до інтегрування постачальників медичних послуг на федеральному і провінційному рівнях, а також на рівні окремих соціальних організацій стало створення Федерального медичного управління і провінційних медичних комітетів. Федеральне медичне управління – це національна установа, що займається плануванням, менеджментом та фінансуванням системи охорони здоров'я Австрії [2]. В спектр діяльності цієї організації входять планування, впровадження і подальший розвиток законодавчої бази; аналіз ефективності роботи систем відшкодування витрат, контролю якості наданих послуг і застосування сучасних комунікаційних технологій у медицині.

Центральним органом Федерального медичного управління є Федеральна медична комісія, до якої

входять члени національного уряду, представники муніципальних, провінційних і міської влади, благодійних лікарень, комітетів із захисту прав пацієнтів та фондів соціального страхування [2]. На рівні окремих провінцій діють Провінційні медичні комітети, які з урахуванням загальноекономічних умов та регіональних потреб модифікують і впроваджують у практику основні принципи планування і практичні рекомендації. Наприклад, Федеральне медичне управління затверджує положення, згідно з яким за проведеними підрахунками конкретний регіон потребує 20 фахівців-офтальмологів для надання амбулаторної медичної допомоги. Керуючись цією вказівкою, медичний комітет, відповідальний за дану провінцію, визначає, яка кількість із необхідних окулістів буде працювати в поліклініках, а скільки – у приватних кабінетах. З іншого боку, організації, які надають послуги соціального страхування, також можуть брати участь у визначенні кадрового забезпечення та режиму роботи фахівців в умовах колективної чи індивідуальної медичної практики.

*Реформа охорони здоров'я.* У 1996 році Федеральний уряд і провінції досягнули домовленості про реформування системи охорони здоров'я. Це дозволило забезпечити фундаментальний прорив у плані спрямованості змін і розвитку системи. Першим кроком було укладення угоди до ст. 15а Федерального конституційного закону між Федерацією і всіма дев'ятьма провінціями, що охоплювало період з 1997 по 2000 роки [3]. Другий етап реформи охорони здоров'я був розпочатий пізніше і охопив період з 2001 по 2004 роки.

Результатом процесу реформування стало прийняття Закону про реформу охорони здоров'я у 2005 році (*Gesundheitsreformgesetz, 2005*) [7], який був спрямований на забезпечення фінансування охорони здоров'я на довгострокову перспективу за рахунок контролю над витратами та підвищення ефективності надання медичних послуг. Фундаментальним принципом цього Закону є орієнтація на пацієнта – прозорість, ефективність, результативність медичної допомоги та гарантування безпеки пацієнтів. Це створило можливість для розробки і реалізації загальнонаціональних стандартів, що охоплюють всі галузі системи охорони здоров'я. Ще однією важливою складовою реформування медицини стало використання сучасних інформаційних і комунікативних технологій у сфері охорони здоров'я, що дозволило покращити методи управління галуззю, забезпечити широке впровадження телекомунікаційних методик діагностики і консультування, сприяло обміну медич-

ною інформацією не тільки в межах Австрії, але й більшості країн ЄС.

Основним здобутком медичної реформи стало забезпечення рівномірного розподілу високоякісної медичної допомоги по всій країні, яка зараз є загальнодоступною і фінансується на стійкій законодавчій основі. Подальші цілі реформи включають посилення профілактичних заходів, ретельного забезпечення та підвищення якості в австрійській системі охорони здоров'я.

*Соціальне медичне страхування.* Що стосується системи соціального страхування, то в Австрії вона забезпечує добробут населення і передбачає законодавчі гарантії базового стандарту життя, а також медичні послуги у випадках [6]:

- захворювання;
- інвалідності;
- вагітності та народження дитини;
- безробіття;
- похилого віку;
- смерті годувальника.

Соціальне страхування в Австрії передбачає надання допомоги населенню у вигляді пенсійних виплат, проведення необхідних діагностичних або терапевтичних медичних процедур, а також при нещасних випадках. Організація соціального страхування контролюється окремими корпоративними структурами – так званими установами соцстрахування, яких у країні сім [6]. Більшість з них займається одночасно двома або навіть всіма перерахованими видами надання допомоги населенню. Історично так склалися, що всі установи, які надають аналогічні страхові послуги населенню, входять до Національної асоціації органів соціального страхування, яка координує співпрацю з Федеральним урядом. Фінансування системи соціального страхування здійснюється внесками застрахованого населення, а у разі працюючих за наймом – їх роботодавцями. Розмір страхових внесків визначається в залежності від річних доходів, але тільки в тому випадку, якщо сума останніх не перевищує встановленого значення, яке у 2005 р. становило 3630 євро на місяць для службовців і 4235 євро для фермерів і приватних підприємців.

Важливо зазначити, що обов'язкове соціальне страхування покриває витрати на надання медичних послуг не тільки застрахованій особі, а й членам його сім'ї, якщо вони не сплачують страхових внесків від свого імені. На сьогодні в Австрії близько 2/3 населення самостійно оплачують соціальне страхування, а інші отримують послуги безкоштовно як члени

сімей (наприклад, діти) або ж у випадках, передбачених законодавством, зобов'язані придбати додаткові страхові поліси. Таким чином, 98 % популяції, так чи інакше, мають медичну соціальну страховку, яка покриває перераховані вище витрати.

*Медична допомога.* У разі хвороби власник страхового поліса має право звернутися до будь-якого лікаря, який працює з даною страховою організацією, що не складає особливих труднощів через регіональний розподіл постачальників страхових послуг. Іншими словами, в конкретній провінції працюють 2-3 організації, і практично всі медичні установи або окремі лікарі з ними співпрацюють. Вартість медичних послуг оплачується страховою компанією, додаткова плата в розмірі 10 євро на рік з населення стягується тільки за спеціальну електронну медичну картку. Пацієнти також мають право звернутися до фахівця, не укладаючи контракт з регіональним центром соціального забезпечення. У цьому випадку хворий отримає компенсацію у розмірі 80 % від вартості візиту до лікаря, який працює за домовленістю з провінційними організаціями. Якщо ж у даній місцевості таких фахівців менше необхідної кількості, пацієнт має право на повернення всієї витраченої суми. Що стосується призначеного фахівцем лікування, то лікар має право у встановлених економічних рамках вибирати те лікування, яке вважає потрібним, або ж направити хворого до фахівця в амбулаторну клініку чи лікарню.

*Медикаменти.* Медикаменти, призначені лікарем відповідно до економічного протоколу щодо застосування медикаментів і медичного обладнання, можуть бути отримані в будь-якій аптеці за рахунок соціальних фондів. Тим не менше за кожен упаковку австрійцям доводиться заплатити ще 4,45 євро податку. Виняток становлять тільки препарати, що підлягають суворому обліку.

*Стаціонарне лікування.* Кожен застрахований громадянин має право на лікування в стаціонарних умовах, що робиться за необхідності без будь-яких обмежень тривалості перебування в клініці. Австрійські лікарні встановлюють два типи вартості подібного лікування – загальну і спеціальну. За кожен день, проведений в госпіталі, пацієнти зобов'язані заплатити невелику суму – приблизно 8–15 євро, яка є частиною загальної вартості. Важливо відзначити, що максимальна кількість оплачених днів стаціонарного лікування становить 28 на рік, загальна вартість перебування в госпітальних умовах понад цей термін оплачується соціальним фондом. В окремих випад-

ках, наприклад при народженні дитини, загальна плата за госпіталізацію не стягується взагалі. Покриття спеціальних фінансових витрат на лікування держава частково бере на себе, з соціального бюджету вона здійснює оплату послуг з медсестринського догляду (ціна залежить від лікарні), а всі інші послуги пацієнт повинен оплачувати самостійно або за допомогою додаткових медичних страховок. Таким чином, обов'язкове медичне страхування, забезпечуючи населенню рівний доступ до високоякісних амбулаторних послуг охорони здоров'я та медикаментів, все ж фінансово обмежує об'єм стаціонарної допомоги, що цілком відповідає тенденціям в медицині більшості західних країн.

*Медсестринський догляд у пацієнта вдома.* З 1992 р. деякі медичні та медсестринські послуги, що надаються вдома у пацієнта, також увійшли до списку покриття соціальної страховки. Подібна робота здійснюється кваліфікованим персоналом і переважно полягає у проведенні ін'єкцій, перев'язуванні післяопераційних ран і догляді за тяжкохворими.

*Психотерапія і психологічна діагностика.* На початку 1990-х рр. психотерапія та клінічна психологічна діагностика безкоштовно проводилися всім власникам державного страхового поліса. Після зміни законодавства у 1995 р. за рахунок соціальних фондів у сфері психіатрії і психології стали здійснюватися тільки діагностичні процедури. Що ж стосується психотерапії, то цей вид лікування частково сплачується самим пацієнтом, якому кожен сеанс обходиться в 21,80 євро плюс ПДВ.

*Приватне медичне страхування і бюджет охорони здоров'я.* Близько 30 % населення Австрії має додаткові приватні страховки, які дозволяють покращити умови перебування в лікарні (наприклад, одномісні палати), самостійно вибирати лікаря, передбачають додаткові виплати у разі захворювання або ж покривають вартість певних терапевтичних процедур. Очевидно, що страхові внески в комерційних компаніях встановлюються в залежності від стану здоров'я клієнта, роду його діяльності та інших факторів, що впливають на ризик виникнення хвороби. Особливістю приватного сектора у сфері медичного страхування в Австрії, в порівнянні з більшістю інших європейських країн, є те, що за останні 10 років його частка значно зменшилася і продовжує знижуватися. Така тенденція як не можна краще характеризує роботу соціальних структур і всієї системи охорони здоров'я в цілому.

Характеризуючи національні витрати на охорону здоров'я слід сказати, що в 2004 р. вони склали 17 млрд євро, тобто 7,5 % валового внутрішнього про-

дукту (ВВП), що відповідало середньому показнику по ЄС. З 2005 р. в Австрії почав діяти "принцип медичного рахунку", який дозволяє більш ефективно контролювати фінансовий оборот у медичній галузі. За даними Міністерства статистики Австрії [2], у 2008 році видатки на охорону здоров'я в цій країні склали 29,5 млрд євро. З цієї загальної суми 28 млрд становили поточні витрати, 1,5 млрд євро були витрачені на інвестиції в охорону здоров'я. Середній розмір витрат на охорону здоров'я в період між 1990 і 2008 роками збільшувався на 5,5 % на рік. З 2007 по 2008 рік витрати на охорону здоров'я з 27,9 млрд євро зросли до 29,5 млрд, що становить 1,6 млрд, або 5,8 %.

ВВП Австрії виріс в період між 2007 і 2008 роками на 4,1 %. Зі зменшенням темпів зростання ВВП і постійним зростанням темпів витрат на охорону здоров'я, частка витрат на охорону здоров'я у валовому внутрішньому продукті була вищою у порівнянні з попереднім роком. Дивлячись на пропорційний розвиток ВВП, витрати на охорону здоров'я в період між 1990 і 2008 роками виростили з 8,3 % до 10,5 % ВВП.

Згідно з отриманими даними, в 2010 році соціальне медичне страхування було основним джерелом коштів для оплати лікувально-діагностичних заходів. Найбільша частина ресурсів була витрачена на стаціонарне лікування в лікарнях, другою за величиною виявилася вартість послуг амбулаторних фахівців, третьою – закупівля медикаментів. У структурі установ Австрії, які проводять стаціонарне лікування, переважають госпіталі, що фінансуються соціальними фондами. Клініки такого типу становлять приблизно половину від загальної кількості, але містять більше 70 % лікарняних ліжок, розрахованих переважно на пацієнтів з гострими станами. Вартість перебування хворих у подібних установах доступна національним статистичним комітетам і в 2003 р. була на рівні 440 євро на добу. З цієї суми 57 % йшло на заробітну плату співробітникам і лише близько 6 % – на медикаменти.

*Медична професія в Австрії.* Відповідно до законодавства Австрії практична робота у сфері охорони здоров'я дозволяється тільки фахівцям з медичною освітою. Відповідно, лікування нетрадиційними методами, кабінети "народних цілителів" і екстрасенсів повністю заборонені, що в значній мірі полегшує спостереження за хворими і підвищує їх дисциплінованість. На відміну від українських лікарів, їх австрійські колеги практично не стикаються з ситуаціями, коли пацієнти після кількох курсів "терапії" у розрекламованого знахаря у важкому стані потрапляють в лікарні, при цьому практично не маючи коштів на придбання медикаментів, тому що всі гроші залиши-

лися в чергового доморощеного Гіппократа. Цікаво, що навіть після вступу до Євросоюзу австрійський уряд не скасував настільки жорсткі правові норми.

У 2004 р. в Австрії працювали 38 422 лікарі (табл. 1): 11 716 – терапевти, 16 426 – вузькі фахівці, 4106 – стоматологи, 6174 – проходили інтернатуру. Примітно, що з 1975 р. кількість практикуючих лікарів подвоїлася. Що ж до розвитку різних галузей охорони здоров'я, то тут спостерігається чітке прагнення до спеціалізації (табл. 1). У той час, як число лікарів вузького профілю за згаданий період збільшилося майже в три рази, робота у сфері загальної практики сьогодні не відрізняється особливою популярністю серед медичного персоналу. За даними національної статистичної служби [11], кількість професіоналів охорони здоров'я в Австрії становить 2,9 на тисячу населення, що більше, ніж у Британії, але менше аналогічного показника в Італії та Бельгії. Гарним прикладом того, як австрійські лікарі дбають про свої права, служить Австрійська медична рада, що є представницьким органом в уряді [5]. Ця організація, крім багатьох інших функцій, формулює офіційні відгуки, що підлягають затвердженню у законах і впливають на професійні та соціальні аспекти життя медичних працівників, а також надає лікарям юридичну підтримку та адмініструє внутрішній пенсійний фонд. Згідно з існуючим вже багато років законодавством, медична ос-

віта складається з університетського курсу та практичного навчання, що відповідає сформованому міжнародному стандарту. Підготовку лікарів здійснюють 3 державних і 1 приватний медичні університети [12]. Нещодавно зміни торкнулися 3-х медичних факультетів, що існували в складі університетів, які з 2002 р. набули офіційного статусу окремих спеціалізованих університетів. Мінімальна тривалість навчання, що дозволяє захистити дипломну роботу і отримати атестат лікаря, становить 6 років. Потім починається друга частина освітнього процесу, яка полягає в набутті практичних навичок. Інтернатура в галузі загальної практики займає 3 роки, а для отримання сертифіката фахівця вузького профілю потрібно вчитися ще стільки ж, тобто всього 6 років. Обов'язковою складовою терапевтичного курсу є робота в первинних медичних установах протягом одного семестру. Після закінчення інтернатури майбутніх лікарів очікує комплексний ліцензійний іспит, успішне складання якого дозволяє повноправно працювати в медичних установах або ж відкривати приватну практику. Випускники зарубіжних медичних вузів також допускаються до проходження інтернатури в клініках Австрії, але цей процес зазвичай займає багато часу, а остаточної позитивної відповіді можна чекати більше року через величезну кількість охочих.

**Таблиця 1.** Зміна структури і кількості медичного персоналу в Австрії (1975–2004 рр.)

Рік	Лікарі-інтерни	Лікарі загальної практики	Спеціалісти вузького профілю і стоматологи	Загальна кількість
1975	3145	5506	7702	15 853
1985	5259	6781	9671	21 721
2000	5585	10 939	19 069	34 593
2004	6174	11 716	20 532	38 422

Примітка. Джерело: Австрійська медична рада

*Аптеки та фармацевтичні препарати.* Виробництво, маркетинг, ціноутворення та застосування фармацевтичних препаратів в Австрії суворо регламентовані законодавством, що діє в рамках національної політики охорони здоров'я і захищає права споживачів. У Європейському Союзі медикаменти вважаються об'єктом спільного ринку, тому було прийнято спеціальні директиви, спрямовані на уніфікацію розповсюдження медикаментів. Такий підхід дозволяє істотно спростити отримання необхідного лікування громадянам різних країн на всій території ЄС. Австрійські правові норми також були розроблені та впроваджені відповідно до зазначених загальноєвропейських принципів. При обговоренні специфіч-

них законодавчих аспектів фармацевтичного ринку в цій державі слід згадати кілька ключових моментів.

– Лікарські засоби можуть відпускатися виключно в аптеках. У звичайних магазинах можна зустріти тільки вітамінні препарати і трав'яні чаї. Таким чином, здійснюються контроль справжності медикаментів, що відпускаються пацієнтам, та реєстрація обсягу продажів.

– Всі аптеки повинні бути акредитовані спеціальною державною комісією і регулярно проходити повторні перевірки. У 1998 р. урядом був прийнятий закон, згідно з яким нові аптеки повинні відкриватися тільки в тих муніципалітетах, де є постійно діючий консультаційний кабінет лікаря. Крім цього, відстань



до вже існуючої аптеки не може бути менше 500 м, а кількість її клієнтів після створення нового фармацевтичного закладу не повинна бути меншою 5500. Жорсткі правові норми стосуються і навчання персоналу, устаткування торговельних приміщень, складів і зобов'язують надавати послуги цілодобово і у вихідні.

Австрійська система розповсюдження медикаментів заснована на принципі розподілу обов'язків між особою, що призначила лікування (лікар), і тим, хто відпускає призначений препарат (провізор). Це правило має виняток у випадку так званих внутрішніх аптек у приватних практиках: якщо на відстані 6 км від офіційного офісу лікаря загальної практики немає громадської аптеки, лікар має право сам відпускати лікарські засоби. На практиці подібне рішення дозволяє вирішити проблему забезпечення медикаментами в регіонах з невеликою кількістю населення.

У 2005 р. в Австрії існувало 1176 громадських аптек, 19 комерційних, 942 внутрішні аптеки в приватних практиках і 44 аптеки, створені шпиталями для власних потреб.

*Рецептурні та безрецептурні препарати.* Лікарські засоби з потенційно небезпечними ефектами відпускаються тільки за рецептами, хоча, в принципі, директиви ЄС дозволяють державам самостійно вирішувати питання про доступність фармацевтичних препаратів. Тим не менше, в порівнянні з іншими західноєвропейськими країнами, правила відпуску медикаментів в Австрії дуже жорсткі: на початку 2005 р. 10 296 (81,8 %) з 12 587 зареєстрованих лікарських засобів відпускалися виключно за рецептом. Деякі соціальні та політичні сили постійно критикують високу вартість національної охорони здоров'я, оскільки навіть у випадках "банальної застуди" хворі повинні звертатися до лікаря за рецептом. Прихильники вільного продажу ліків аргументують свої вимоги тим, що навіть в країнах з ліберальною політикою у фармацевтичній галузі, наприклад у Німеччині та Великобританії, рівень безпеки лікування такий же, як і в Австрії. Судячи з усього, Міністерство здоров'я збирається і надалі ігнорувати подібні заяви, тому що в численних інтерв'ю члени уряду виправдовували існуючу систему тим, що навіть звичні всім "щоденні препарати" містять хімічні речовини, неконтрольоване застосування яких може призвести до спотворення клінічної картини

захворювання, серйозних пошкоджень внутрішніх органів, а в деяких випадках навіть до смерті. Близько 30 % медикаментів, зареєстрованих в Австрії, можуть бути отримані пацієнтами при пред'явленні рецепта практично безкоштовно. Під словом "практично" мається на увазі сплата стандартного податку 4,45 євро, що для деяких соціальних груп не є обов'язковим. Ця сума потім переводиться аптекою на рахунок соціального фонду, який оплачує встановлену вартість відпущеного аптекою товару. Ціни на лікарські препарати є об'єктом постійних переговорів між державою та представниками фармацевтичного бізнесу, і це цілком логічно, якщо врахувати, що сучасні виробники лікарських засобів у кожній країні зовсім не є благодійними фондами, а, як і всі підприємства, орієнтуються на отримання прибутку. Слід зазначити, що в залежності від фінансового обороту конкретної фармацевтичної установи, соціальні структури мають право на знижку до 7,5 %. Надання дорогих медикаментів вимагає індивідуального розгляду і підтвердження медичним консультантом. Це означає, що соціальний фонд оплатить покупку даного препарату тільки в тому випадку, якщо її схвалить державний експерт, що займається подібними питаннями. У порівнянні з громадянами інших європейських країн австрійці вживають відносно мало ліків: якщо в 2005 р. у Франції було продано 49,2 упаковки препаратів на душу населення, в Італії – 27,6, то в Австрії – всього 21,8. Все ж таки в Німеччині і Великобританії споживання фармацевтичних препаратів ще нижчі і відповідно становить 20,2 і 20,7 упаковок на душу населення. Громадяни у віці старше 80 років використовують в середньому в 4,5 рази більше медикаментів, ніж середньостатистичний австрієць, а школярі (від 10 до 19 років) – тільки 4 упаковки на рік. Більшість лікарських засобів призначається для лікування серцево-судинних захворювань (31,2 % від загальної кількості відпущених медикаментів), ураження шлунково-кишкового тракту (8,7 %) і з психотерапевтичними цілями (7,5 %).

**Висновок.** Старіння населення і великі імміграційні потоки ставлять все нові і нові проблеми перед австрійською системою охорони здоров'я, але, судячи з досвіду їх вирішення за останні кілька років, на варті здоров'я австрійців стоять добре підготовлені професіонали, здатні подолати будь-які труднощі.

#### Література

1. Accessible at <http://www.opha.on.ca/programs/archived/phcci/litreview/PHCCI-LitReview-4Mar04.pdf>.
2. Austria 2001. Report commissioned by the Federal Ministry of Health and Women. OBIG. Vienna. 2004.

3. Public Health in the new era: improving health through collective action / R. Beaglehole, R. Bonita, R. Horton [et al.] / The Lancet 262. P. 2084–2086.

4. Oxford Textbook of Public Health (fourth edition) / R. Detels, J. MxEwen, R. Beaglehole, H. Tanaka (Eds.) / Oxford University Press. – New York, 2004.

5. Die Gesundheitsausgaben in Osterreich [http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Gesundheitsausgaben/](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Gesundheitsausgaben/)

6. Gesundheitsausgaben in Osterreich laut „System of Health Accounts“ – Ergebnisse [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html)

7. Gesundheitsreformgesetz 2005 [http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Inhaltliche\\_rechtliche\\_Grundlagen/Die\\_Gesundheitsreform-2005](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Inhaltliche_rechtliche_Grundlagen/Die_Gesundheitsreform-2005)

8. Hahl, C., Schnabl, E., Vogler, S. et al (2004). Public expenditure for prevention and health promotion in Austria 2001. Report commissioned by the Federal Ministry of Health and Women. OBIG. Vienna. 2004 Ibid.

9. [http://www.oenb.at/de/ueber\\_die\\_oenb/foerderung/jubilaefonds/jubilaefonds.jsp](http://www.oenb.at/de/ueber_die_oenb/foerderung/jubilaefonds/jubilaefonds.jsp) (in German), accessed on 8 April 2010

10. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/index.html)

11. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html#index2](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html#index2) on 26 August 2009

12. Private medical University Paracelsus, Institute of Public Health, accessed at <http://www.pmu.ac.at/public-health/167.htm> on 5 May 2009

УДК 615:378.1

## ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МОТИВАЦІЇ ДОСЯГНЕНЬ ТА УСПІХІВ У НАВЧАННІ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

В. М. Запорожан, Л. Р. Нікогосян, К. В. Аймедов

*Одеський національний медичний університет*

## INTERCOMMUNICATION OF MOTIVATION OF ACHIEVEMENTS AND SUCCESSES IN TEACHING FOR STUDENTS OF MEDICAL FACULTY

V. M. Zaporozhan, L. R. Nikohosian, K. V. Aymedov

*Odessa National Medical University*

У роботі йдеться про сучасний стан проблеми викладання акушерства та гінекології студентам медичного факультету. Проведено паралель між мотивацією досягнення успіхів у житті та рівнем отриманих балів при навчанні вказаної дисципліни. Відмічено недоліки існуючої системи викладання “непрофільного” до майбутньої праці предмета. Наведено власний досвід роботи з групами студентів-медиків на кафедрі. Надані практичні рекомендації.

The modern information is in-process resulted about the problem of teaching of obstetrics and gynecology to the students of medical faculty. A parallel is conducted between motivation of achievements of successes in life and level of the received marks at the study of the mentioned discipline. The lacks of the existent system of teaching of “untype” for the future professional object activity are marked. The own experience is resulted with the groups of students-physicians at the department. Practical recommendations are offered.

**Вступ.** Сучасна медицина по-новому бачить професіоналізм лікаря будь-якого фаху, який визначається не лише досконалим володінням всіх необхідних навичок, але й обізнаністю у низці суміжних спеціальностей, що дозволяє фахівцеві мати розвинену антиципацію (вміння передбачувати та швидко реагувати на зміни, зараз це має також назву комунікабельність) та здатність всебічно оцінювати актуальний стан хворого й навколишнього оточення (особливо у контексті сучасного розуміння ноосферного простору) [1, 2]. Тому проблема викладання студентам вищих медичних навчальних закладів є вельми

багатофакторною та включає в себе низку різноманітних завдань, нібито другорядних дисциплін, принаймні непрофільних. У сучасній літературі немає підручників, які можна вважати такими, що повністю розкривають сутність цієї проблеми з урахуванням особливостей мислення майбутніх лікарів, та й взагалі вона висвітлена недостатньо [3, 4]. Проте у зв'язку зі вступом України до Болонського процесу, який передбачає багато нововведень, відмінностей від класичної вітчизняної школи викладання у вищих навчальних закладах, проблема оптимізації вищої освіти набуває важливого значення та вимагає відповід-

© В. М. Запорожан, Л. Р. Нікогосян, К. В. Аймедов

них змін [5]. Стосовно єдиного підходу до викладання у галузі медичних наук, на сьогодні це питання залишається відкритим [6]. Йдеться насамперед про світовий досвід викладання студентам-медикам, коли не варто, переймаючи європейські тенденції у викладанні, втрачати цінний досвід, набутий раніше вітчизняними спеціалістами [5]. Проблема є актуальною також тому, що кількість предметів, які викладаються у вищих навчальних закладах, постійно зростає, з'являються нові спеціальності та факультети, а кількість годин на вивчення окремої дисципліни (у тому числі суто фахових), як правило, зменшується [4].

**Основна частина.** Для успішного навчання треба мати до нього мотивацію, це ствердження є цілком логічним, тому ми зробили спробу це виявити та спостерігати цей взаємозв'язок. Згідно з концепцією мотивації Д. МакКлелланда можуть бути виділені три групи потреб: потреба у владі, потреба в причетності, потреба в успіху. Людина, яка прагне до успіху, ставить перед собою різні завдання, відрізняється ініціативною поведінкою та діє, як правило, у стані усвідомленого розумного ризику. Найчастіше потреба в успіху задовольняється лише при доведенні праці до успішного завершення. Але ця міра розвитку потреби до успіху у всіх різна і від цього залежить ефективність діяльності та професійний успіх. Для людей з сильною мотивацією до досягнення мети характерне саме прагнення до успіху, а для осіб із слабкою мотивацією досягнень основний сенс полягає в прагненні уникнути невдачі.

За цією ж концепцією, в осіб з помірною мотивацією до досягнення мети – середній рівень ризику, а ті, хто бояться невдач, схильні до низького рівня ризику або, навпаки, дуже високого. Якщо у людини сильна мотивація на успіх, то, як правило, у неї надії на успіх набагато менш виражені, ніж при слабкій мотивації на досягнення. Специфічним мотивом діяльності людини є поняття мотивації досягнень, яке займає важливе місце у ієрархії потреб поряд з іншими особовими мотивами. Тому нами обрано для дослідження опитувальник для оцінки мотивації до досягнення мети Т. Елерса, який призначений для визначення рівня мотивації до досягнення мети до успіху.

Актуальність подібного дослідження пояснена тим, що тема психології мотивації та пов'язані з нею проблеми привертають до себе останнім часом підвищену увагу учених. Ця тема давно стала однією з центральних в психологічних дослідженнях особи та представлена у багатьох відомих теоріях особи, наприклад Д. Макклелланда, А. Маслоу, Р. Кеттела, Р. Оллпорта та ін. важливо, що підхід до постановки та вирішення проблем мотивації у зарубіжній і вітчиз-

няній науках дещо відрізняються [7]. За кордоном більшість уваги зосереджено на структурі мотивації, оцінці чи вимірі складових змінних, у вітчизняній школі – на розвиток мотиваційної сфери людини за А. Н. Леонтьєвим, Л. І. Божовіч, Б. А. Сосновським та іншими дослідниками [8]. Між тим, як у зарубіжній, так і у вітчизняній загальній та медичній психології питання про розвиток мотиваційної сфери людини за рамками дитинства теоретично обговорюється і експериментально досліджується порівняно мало. Це питання, на наш погляд, представляє підвищений інтерес, оскільки знання напрямів, динаміки і конкретних фактів, що стосуються розвитку мотиваційної сфери людини за межами дитинства, особливо у юнаків (які і є сучасними студентами та які й були обрані до нашої роботи) дозволяє зрозуміти, яким чином особа може змінюватися в її психологічній основі. Ми намагалися уточнити напрями і механізми розвитку мотивації досягнення успіхів саме в юнацькому віці.

**Метою запланованого дослідження** було підвищення ефективності викладання студентам медичного факультету з урахуванням особливостей мислення цього контингенту та конкретних вимог до обізнаності майбутнього лікаря у фахових дисциплінах.

Використано наступні матеріали та методи. Протягом 2010 – 2011 років досліджено 87 студентів медичного факультету Одеського національного медичного університету. При вивченні курсу акушерства та гінекології кожна академічна група була поділена на дві підгрупи по 12–15 студентів у кожній, за результатами первинного тестування на мотивацію досягнень успіхів у житті. З ними працювали два викладачі. Цікаво, що один з цих викладачів використовував традиційну (“консервативну”) методику викладання (аудиторні заняття та робота з окремими “тематичними” хворими). Ці студенти (42 особи) були віднесені нами до першої досліджуваної групи (група № 1). У решти студентів (45 осіб, група № 2) практичні заняття проводились виключно у до- та післяпологових відділеннях Одеського пологового будинку № 1 (одна з клінічних баз кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету), такі форми співпраці були обрані за власним бажанням студентів. Академічна активність була сфокусована на безпосередньому спілкуванні з пацієнтками пологового будинку, на базі чого формувались висновки щодо їх стану, терапевтичних та реабілітаційних перспектив (у випадках гінекологічних захворювань), тактики ведення пологодопоміжних дій, а також – можливості та особливостей надання їм різної додаткової медичної допомоги у віртуальних

умовах, наприклад районної поліклініки чи лікарні за місцем помешкання. Першу та другу групу відібрано однорідними за більшістю базових показників (вік, успішність, рівень знань тощо). Оцінка проводилась за такими критеріями – поточна успішність на інших кафедрах, відвідуваність практичних занять, ступінь задоволеності роботою на кафедрі (за допомогою спеціальної анкети) і тривалість отриманих знань та практичних навичок протягом фахового циклу.

Для дослідження, як вже було згадано раніше, нами було обрано опитувач для оцінки потреби досягнення успіхів Т. Елерса, що призначений для диференційованої оцінки двох пов'язаних, але протилежно спрямованих мотиваційних тенденцій, це прагнення до успіху та страху невдачі. Перед початком дослідження за тестом випробуваний мав таку за змістом інструкцію: “Перед Вами низка стверджень, що стосуються думок, почуттів і дій людини в різних життєвих ситуаціях, ознайомившись з кожним реченням, оберіть згідні особисто Ви з ним чи ні”.

Треба відмітити, що у збірниках психологічних тестів та Інтернет-мережі ми зустріли декілька відмінних варіантів цього тесту за модифікаціями різних авторів та перекладів. Тому нами обрано один з них, який був найбільш лаконічним та відповідним сучасним умовам та поставленій меті [9].

В деяких варіантах були запропоновані відповіді за типом опитувальника змістожиттєвих орієнтацій, з сьомою градаціями (+3 повністю згоден; +2 згоден; +1 швидше згоден, ніж не згоден; 0 важко казати, і так, і ні; -1 швидше не згоден, аніж згоден; -2 не згоден; -3 повністю не згоден). Іноді методика мала розподіл на жіночий (форма А з 30 питаннями) та чоловічий (форма Б з 32 питаннями) чи була загальною з 41 питанням. Ключі та переведення відповідей у бали також варіював (де від 0 до 7 та навпаки за відповідь, а де вимірювався 0 чи 1). Інтерпретація набраних балів випробуваним та визначення домінуючої у свідомості мотивації до досягнення успіху була у всіх модифікаціях опитувальників близькою за змістом, але мала і розбіжності у рівнях. Наприклад, у варіанті з семизначною оцінкою був такий розподіл: якщо сума опинилася від 165 до 210 балів, то це свідчить про домінування у випробуваного прагнення до досягнення успіхів. При межах від 76 до 164 домінує прагнення уникати невдач та поразок. І, нарешті, якщо сума балів 30–75, то ніякого певного висновку зробити неможливо, та це свідчить чи про будь-яку виражену мотивацію до діяльності, чи про некоректну роботу опитуваного з тестом. Інколи це виглядало як до 10 балів, 11–21 бал чи 22 та більше.

Використаний нами варіант опитувальника оцінки мотивації до досягнень успіхів у житті Т. Елерса мав двадцять два наведені нижче питання:

1. Гадаю, що успіх у житті, швидше, залежить від випадку, ніж від попереднього розрахунку.
  2. Якщо я втрачу улюблене заняття, життя для мене втрачить будь-який сенс.
  3. Для мене в будь-якій справі важливіше не процес, а його кінцевий результат.
  4. Вважаю, що люди більше страждають від невдач на роботі, ніж від поганих взаємин з близькими.
  5. На мою думку, більшість людей живуть далекою, а не близькими цілями.
  6. У житті в мене було більше успіхів, аніж невдач.
  7. Емоційні люди мені подобаються більше, ніж чітко спрямовані.
  8. Навіть у звичайній роботі я прагну удосконалити деякі її елементи.
  9. Поглинений думками про успіх, я можу забути про заходи обережності.
  10. Мої близькі вважають мене ледачим.
  11. Гадаю, що в моїх невдачах повинні, швидше, обставини, ніж я сам.
  12. В мене більш терпіння, ніж здібностей.
  13. Мої батьки дуже строго контролювали мене у дитинстві.
  14. Лінь, а не сумнів в успіху вимушує мене часто відмовлятися від своїх намірів.
  15. Гадаю, що я упевнена в собі людина.
  16. Заради успіху я можу ризикнути, навіть якщо шанси невеликі.
  17. Я старанна людина.
  18. Коли все йде гладко, моя енергія посилюється.
  19. Якби я був журналістом, я писав би, швидше, про оригінальні винаходи людей, аніж про якісь-то випадки.
  20. Мої близькі зазвичай не розділяють моїх планів.
  21. Рівень моїх вимог до життя нижчий, ніж у моїх товаришів.
  22. Мені здається, що наполегливості в мені більше, ніж здібностей.
- Опрацювання цього варіанта тесту не було важким. При відповіді “так” на питання за номерами: 2, 6, 7, 8, 14, 16, 18, 19, 21, 22; та відповіді “ні” на питання: 1, 3, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 20 нараховувалась одиниця й за сумою балів ми визначили рівень прагнення успіху. На відміну від вищезгаданих опитувальників шкала потреби в досягненнях має наступні норми, й конкретний результат можна оцінити за допомогою таблиці:



Сума балів	Рівень мотивації досягнень									
	низький			середній				високий		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	2-9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19

Виявлена домінуюча мотивація до успіхів включає в себе чинники, що визначають наявність мотивації досягнення, прагнення досягти високих результатів (успіхів), прагнення робити все якнайкраще, краще за всіх (перфекціонізм), вибір складних завдань і бажання їх виконати, прагнення удосконалити себе у своїй майстерності. Таким чином, методика оцінює силу прагнення до досягнення мети [5]. За допомогою методики Т. Елєрса “Мотивація до успіху” нами були отримані дані про рівень мотивації досягнення в двох групах студентів-медиків, надалі ми провели розподіл результатів у чоловіків та жінок.

Розглядаючи результати ми визнали потрібним одразу їх обговорювати. Так, на етапі порівнювання середніх балів у студентів груп № 1 і 2 ми могли відмітити, що за умов щоденного оцінювання другі показали більш високі результати як стосовно загальних базових знань, так і стосовно набутих практичних навичок (відповідно  $151 \pm 3,2$  та  $142 \pm 2,8$ ). Інтерес до предмета у них також був вищим, про що вони свідчили, відповідаючи на питання анкети-опитувальника (“якщо Ви явно запізнюєтесь на пару, то віддасте перевагу тому, щоб потім відпрацювати заняття, або все ж таки прийдете на нього, хоч і з запізненням?”, “якщо навіть після закінчення пари у Вас залишилися нез’ясованими деякі питання, чи станете Ви просити викладача, щоб він затримався та відповів Вам на них, або розійдетесь та через короткий час забудете?”). На практичних заняттях у відділеннях студенти-медики другої групи проявляли значно більше активності по оволодінню предметом, ніж їхні однокурсники з першої групи, що вимірювалось кількістю спонтанних реплік та питань. Бесіди з пацієнтами, розбір тактики дій лікаря при взаємодії з пацієнтками, які є вагітними чи страждають від гінекологічних захворювань, викликають інтерес і добре фіксуються у пам’яті студента.

Одним з суб’єктивних критеріїв ефективності використаної нами форми навчання можна вважати те, що студенти першої підгрупи з нетерпінням чекали на закінчення заняття, другої – часто затримувались у відділеннях, як правило, розходились пізніше, обговорюючи отримані знання і досвід. Іншим суб’єктивним критерієм можна також вважати те, що деякі студенти, з першої групи, протягом циклу навчання намагались перейти до другої когорти, висуваючи

різні “об’єктивні” причини, та висловлювали побажання більше працювати у відділеннях. Крім того, у наступних академічних групах студентів, які тільки приходили на заняття, юнаки та дівчата вже були обізнані у суті розподілу по підгрупах та воліли потрапити саме до другої підгрупи.

Об’єктивним критерієм можна вважати той факт, що кількість пропущених академічних годин у другій групі була практично на 20 % нижчою. Це пояснювалося більшим інтересом до занять з їхнього боку. Вже йшлося про те, що успішність у навчанні загалом була вищою також у другій групі, де середній поточний бал був вищим. При оцінці знань з тестових завдань друга група також показала кращі результати, ніж суміжна.

Вибіркове вивчення тривалості знань з акушерства та гінекології (у волонтерів обох підгруп) продемонструвало стійкість знань у студентів основної групи, де вона на 25 % перевищувала таку у студентів контрольної.

Важливо відмітити існуючі недоліки навчальних планів. У них недостатньо уваги приділяється вивченню тієї патології, з якою майбутні лікарі у подальшому можуть зустрітись у своїй практичній діяльності (наприклад, різноманітні супутні захворювання, ургентні стани, об’єктивні ознаки погіршення загального стану вагітної та інше). У той же час надто уваги приділяється класифікаціям і питанням, з якими лікар у практиці майже не зустрічається [9].

Відмічено, що студенти, старші за віком, мають більше прагнення досягнути поставленої мети, також ця закономірність частіше зустрічається серед обстежених чоловічої статі, ніж жіночої, що можливо пояснити життєвим досвідом та біологічною роллю. У бесіді зі студентами нами отримані додаткові факти, що вказують на те, яким чином в юності можуть змінюватися мотив і мотивація досягнення успіхів, наприклад, що в юнацькому віці змінюються як сила потреби досягнення успіхів, так і її структура відповідної потреби та мотивації досягнення в цілому. Встановлено також, що існують певні міжстатеві відмінності в структурі і динаміці змін мотиву і мотивації досягнення успіхів в юнацькому віці. У юнацькому віці може відбуватися внутрішня, структурна перебудова потреби досягнення успіхів, яка виявляється в тому, що до успіхів в одних видах діяль-

ності починають прагнути сильніше, ніж до успіхів в інших видах діяльності. Протягом навчання у ВНЗ прагнення до досягнення успіхів у сфері професійної діяльності у студентів посилюватиметься швидше, ніж прагнення до досягнення успіхів в інших видах діяльності. Обстежені в першу чергу прагнутимуть до досягнення успіхів в тих видах діяльності, до яких у них, на їх думку, є здібності. Відмічена внутрішня диференціація потреби досягнення успіхів з віком збільшуватиметься.

На наш погляд, є важливим розвивання антиципації у практичних лікарів, яка формується на базі глибокого професійного розуміння, життєвого досвіду й науково-теоретичного трактування сценаріїв розвитку подій. Робота безпосередньо з хворими дає майбутнім лікарям той необхідний досвід, який може в проблемній ситуації стати безцінним помічником у прогнозуванні можливого подальшого розвитку того, що відбувається. Так, набуваючи навичок спілкування з вагітними та хворими, лікар буде підготовленим до зустрічі з такими пацієнтами у своїй майбутній практиці, знаючи про можливі проблемні моменти, про особливості тих чи інших станів та порушень, в результаті яких скарги пацієнта можуть бути сильно перебільшеними або наявні симптоми – прихованими від лікаря, ставлення до лікування – зміненим за хворобливими мотивами. У частини хворих (особливо онкогінекологічного профілю) їх захворювання накладає відбиток і на зовнішній вигляд хворого і на психічний стан, що допомагає лікареві в діагностиці й тактиці лікування [10].

При цьому успішність і грамотність медичних кадрів різних спеціальностей буде вищою, що відповідно вплине на рейтинг не лише українських дипломів, але й вітчизняних спеціалістів, як професійних і вмільх лікарів із серйозним багажем необхідних практично підкріплених знань. Постійно формувати базу глибокого професійного розуміння, життєвого досвіду й науково-теоретичного трактування сценаріїв розвит-

ку подій у зв'язку зі вступом України до Болонського процесу, який передбачає багато нововведень, відмінностей від класичної вітчизняної школи викладання у вищих навчальних закладах, проблема оптимізації вищої освіти набуває важливого значення та вимагає відповідних змін. Стосовно єдиного підходу до викладання у галузі медицини, то на сьогодні це питання до кінця не розкрито, тому є простір для подальших досліджень та впроваджень у педагогічний процес.

Нами сформульовані такі **висновки**:

- існує необхідність відтворити базу навчальних посібників, включно з електронними варіантами, для студентів-медиків. Розробити для них принципово новий підручник акушерства та гінекології;

- з оглядом на Болонську систему навчання у вищих навчальних закладах України, у тому числі і медичного профілю, необхідно суттєво переробити навчальний план викладання акушерства та гінекології студентам медичних факультетів відповідно до практичних вимог їхньої майбутньої спеціальності (враховуючи, що більшість отримує за розподілом фах сімейного лікаря);

- найдоцільнішим та корисним є проведення практичних занять безпосередньо у відділеннях через постійне спілкування з пацієнтами з наступним обговоренням почутого та побаченого;

- треба зробити акцент на практичних заняттях, а саме на безпосередній роботі з пацієнтами, що є виправданим при викладанні циклу акушерства та гінекології, як непрофільного предмета для більшості студентів медичного факультету;

- на етапі відбору до професійного навчання треба звертати увагу на психологічні особливості абітурієнта, майбутнього фахівця та його особливості, що не відповідають даному шляху соціального становлення, чи навпаки, здібності і прагнення, які допоможуть у засвоєнні обраної спеціальності, можливо, цей відбір краще попередньо проводити ще на рівні шкільних психологів.

### Література

1. Запорожан В. М. Нооетика як новий напрямок соціогуманітарної культури і філософії / В. М. Запорожан // Проблеми біоетики. – 2005. – № 1–2(5–6). – С. 3–10.
2. Гримблат С. О. Проблемы оптимизации высшего образования (на модели менеджмента и психологии) / С. О. Гримблат, И. К. Сосин. – Х. : Факт, 2004. – С. 42–46.
3. Артюх С. Ф. Обновление высшей школы требует нового содержания образования / С. Ф. Артюх, О. Е. Коваленко // Теория и практика управления социальными системами. Научно-практический журнал. – 2006. – №2, – С. 3–16.

4. Национальная доктрина развития образования Украины в 21 столетии. Проект. – К. : Школьный мир, 2009. – 16 с.

5. Рекомендації парламентських слухань на тему: “Стратегія інноваційного розвитку України на 2010–2020 роки в умовах глобалізаційних викликів” / [Постанова ВР України від 21.10.2010 № 2632-VI] / Документ 2632-17, редакція від 21.10.2010 р. / [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2632-17>

6. Кудрявая Н. В. Педагогика в медицине / Н. В. Кудрявая, Е. М. Уколова, Н. Б. Смирнова. – М. : Медицина, 2006. – С. 42–46.

7. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М., 2002. – С. 98–102.

8. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2003. – С. 41–49.

9. Тест-опитувач для оцінки потреби досягнення успіхів Т. Елерса. – Електронне джерело: [http://azps.ru/tests/tests\\_dostijenie.html](http://azps.ru/tests/tests_dostijenie.html)

10. Практикум по психодиагностике. – М.: МГУ, 1988. – С. 88–93.

УДК 61:377.4

## ОКРЕМІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

К. Л. Чурпій, І. К. Чурпій \*

*Кіровоградський інститут розвитку людини “Україна”,  
\*Івано-Франківський національний медичний університет*

## SOME ISSUES OF TRAINING OF SPECIALISTS ON MEDICAL REHABILITATION

K. L. Churpiy, I. K. Churpiy\*

*Kirovohrad Institute of Human Development “Ukraine”,  
\*Ivano-Frankivsk National Medical University*

У роботі висвітлені окремі питання підготовки фахівців з медичної реабілітації, впровадження нових технологій у підготовці студентів.

The article adduces some issues of training of specialists on medical rehabilitation, introduction of new technologies in students' training.

**Вступ.** Реабілітація при захворюваннях і травмах залишається актуальною в усіх країнах. Особливо широкого розвитку вона отримала після визнання економічної вигоди реабілітації [1].

**Основна частина.** На сьогодні однією з проблем для проведення медичної реабілітації в повному об'ємі є відсутність кадрів, адже лікар-реабілітолог в переліку лікарських посад у закладах охорони здоров'я згідно з наказом МОЗ України № 385 від 28.10.2002 р. “Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я” немає [2]. Тому у штатному розписі лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ), який затверджений наказом МОЗ України № 33 від 22.02.2000 р. “Про типові штатні нормативи та ти-

пові штати закладів охорони здоров'я”, неможливо ввести посаду лікаря- реабілітолога [3].

Відсутність лікарів - реабілітологів у лікувально-профілактичних закладах не дає можливості проводити координацію з проведення реабілітації у конкретного хворого, виробити тактику реабілітації протягом всього часу, коли її потребує хворий. Тому якісна підготовка спеціалістів з фізичної реабілітації набуває ще більшої актуальності.

Важливим напрямом у підготовці фахівців з фізичної реабілітації є максимальна засвоюваність матеріалу і можливість застосування отриманих знань на практиці, впровадження в практику нових технологій з фізичної реабілітації. Фахівець з фізичної реабілітації має бути орієнтований з усіх видів реабілітації і при необхідності поєднувати їх.

Від якості навчання в майбутньому буде залежати подальше комфортне перебування фахівця в майбутній професії, відносинах з своїми пацієнтами.

Основним завданням навчання студентів з фізичної реабілітації є формування навичок практичної діяльності, підготовки висококваліфікованого фахівця, який буде володіти необхідним об'ємом теоретичних знань, вміти застосовувати отримані теоретичні знання на практиці, надавати невідкладну медичну допомогу в разі потреби в повному об'ємі.

У сучасних соціально-економічних умовах, коли система охорони здоров'я хронічно недофінансується, а населення не в змозі оплачувати дорогі вартісні і не завжди ефективні ліки, застосування природних методів лікування та фізичної реабілітації стає ще більше актуальною. Разом з тим, впровадження в клінічну практику нової діагностичної апаратури, нових методик у проведенні відновного лікування висуває нові вимоги до якісного рівня підготовки фахівців з фізичної реабілітації. Якість засвоєння практичних і теоретичних навичок студентами знаходиться в прямій залежності від їхньої теоретичної підготовки з фундаментальних і клінічних дисциплін (анатомія, фізіологія, хірургія, терапія та ін.), здатності до самопідготовки під контролем та за участю викладача, який дає напрямки підготовки.

Одним із завдань навчального процесу по реабілітації є розвиток індивідуальних особливостей студентів, які ми спрямовуємо на широкий світогляд, спроможність інтегрувати знання та практичні навички при проведенні занять.

Для формування поваги до своєї професії в процесі навчання з студентами постійно проводиться робота з мотивації до професії фахівця з реабілітації, формується інтерес до обраної спеціальності. З цією метою проводяться заняття на базі фізіотерапевтичного відділення лікарні з демонстрацією сучасних можливостей проведення реабілітації.

Професійна підготовка фахівців передбачає постійний моніторинг якості навчального процесу і використання новітніх інформаційних технологій. З метою кращого засвоєння матеріалу під час проведення лекцій користуємося сучасними технічними засобами – використовуємо мультимедійні презентації з графічною, текстовою інформацією, власні фотографії з

практики, відеофільми. Лекційний матеріал, який дається студентам, обов'язково базується на матеріалі попередніх лекцій з частковим повторенням пройденого матеріалу.

Використовуючи мультимедійні презентації, сприйняття матеріалу у студентів відбувається через два аналізатори: слуховий і зоровий, які неоднаково розвинуті у кожної людини. Інтеграція двох аналізаторів дає змогу нівелювати недолік якогось аналізатора, і засвоєння матеріалу відбувається в однаковій мірі, незалежно від сприйняття інформації даними аналізаторами.

При застосуванні сучасних засобів під час лекції та практичних занять матеріал студентами сприймається з більшою увагою. Для викладача значно легше доносити лекційний матеріал, оскільки викладання по слайдах забезпечує заплановану послідовність викладу, планування часу для висвітлення запланованої теми, а попередній хронометраж викладу матеріалу забезпечує викладання в повному обсязі і з однаковим ритмом.

Для студентів наявність наглядного матеріалу полегшує конспектування і засвоєння матеріалу.

Одним із принципів навчання є систематичне ведення контролю засвоєння матеріалу студентами і їх самопідготовки. Контроль знань ведеться шляхом письмових тестових відповідей студентів на питання, які розроблені на кафедрі з кожної теми, з наступним усним обговоренням по кожній відповіді. Такий метод дає можливість кожному студенту ще раз додатково згадати пройдений матеріал з даної теми, а не лише по окремих питаннях, на які він давав відповіді письмово. Викладач орієнтується, на які питання необхідно більше звертати увагу при викладі лекційного матеріалу і має можливість у повному об'ємі оцінити теоретичну підготовку з кожної теми.

**Висновок.** Важливим завданням, яке стоїть перед викладачами вищих навчальних закладів на сучасному етапі, є впровадження нових методів навчання, піднесення їх на новий якісний рівень і втілення їх у життя, формування студента як особистості, громадянина, прищепити йому навички до постійного самостійного вдосконалення власної майстерності та обізнаності в умовах сучасного швидкозмінюваного світового наукового середовища.

### Література

1. Большая медицинская энциклопедия. – М., 1982. – Т. 22. – С. 31.
2. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я лікарських, провізорських посад та посад молодших спеці-

алістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я : наказ МОЗ України № 385 від 28.10.2002 року .

3. Про типові штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я: наказ МОЗ України № 33 від 22.02.2000 року



УДК 615.014

## ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ НЕПЕРЕРВНОЇ ОСВІТИ ПРОВІЗОРІВ З ФАРМАКОЕКОНОМІКИ

О. М. Заліська, Б. Л. Парновський, М. В. Слабий, І. Г. Мудрак\*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
\*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова*

## EXPERIENCE OF UNINTERRUPTED EDUCATION SYSTEM OF PHARMACEUTISTS ON PHARMACOECONOMICS

O. M. Zaliska, B. L. Parnovskyi, M. V. Slabyi, I. H. Mudrak\*

*Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi,  
\*Vinnytsia National Medical University by M. I. Pyrohov*

У статті представлено напрями впровадження системи неперервної освіти провізорів при вивченні фармакоєкономіки з використанням Інтернет-ресурсів. Підготовлено навчальні програми, навчальні посібники з фармакоєкономіки для післядипломної освіти провізорів.

The paper presents the directions of implementation of continuous education system of pharmacutists in the study of pharmacoecconomics using Internet resources. There have been prepared curricula, textbooks on pharmacoecconomics for post-graduate education of pharmacutists.

**Вступ.** ВООЗ та Міжнародною фармацевтичною федерацією (FIP) розроблено стратегічний план з глобалізації фармацевтичної освіти, розвитку відповідних модулів навчання провізора як експерта у сучасній охороні здоров'я, який забезпечує лікарів, керівників охорони здоров'я доказовою інформацією про ефективність витрат на медичні технології та підвищує якість фармацевтичної допомоги [18, 19]. Аналіз навчальних планів фармацевтичних факультетів Європи показав, що дисципліна "Фармакоєкономіка" включена у навчальні плани бакалавра, магістра фармації, доктора філософії, зокрема у Гарварді – 2,5 кредити; у Йоркському університеті – 2,0 кредити.

Проблематиці стратегії євроінтеграційного реформування вищої медичної освіти присвячені праці провідних вчених, в яких подано Програму третього рівня медичної освіти як безперервного професійного розвитку лікарів [15]. Нами було обґрунтовано концепцію системи неперервної освіти провізорів на прикладі вивчення дисципліни "Фармакоєкономіка", оволодіння якою є професійно перспективним (Медична освіта.–2008) [13]. Відсутні дані про функціонуючі

системи неперервного навчання провізорів упродовж професійного життя з використанням можливостей дистанційного навчання. Нашою метою було впровадити систему навчання провізорів з фармакоєкономіки з використанням дистанційної підготовки за допомогою Інтернет-ресурсів.

**Основна частина.** З 1999 року на кафедрі організації і економіки фармації та технології ліків факультету післядипломної освіти ЛНМУ імені Данила Галицького вперше в Україні було започатковане викладання дисципліни "Фармакоєкономіка" для провізорів-інтернів та слухачів курсів. У 2000 році нами були видані перші навчальні посібники "Фармакоєкономіка. У 2 ч.", які були затверджені Центральною методичною комісією університету, оскільки будь-які навчально-методичні матеріали були повністю відсутні в Україні [6]. Для ознайомлення практичних провізорів були опубліковані статті з проблематики фармакоєкономіки у фахових журналах [5, 9, 10].

У 2001 році з урахуванням накопиченого досвіду, аналізу навчальних планів університетів Європи, результатів апробації навчальних посібників були ство-

рені перша типова навчальна програма “Фармако-економіка” та був виданий навчальний посібник “Основи фармако-економіки” (2002) [3]. Навчально-методичне забезпечення з фармако-економіки було впроваджено у підготовку провізорів в 11 вищих навчальних медичних і фармацевтичних закладах України, зокрема у Харкові, Києві, Львові, Тернополі, Одесі, Вінниці, Івано-Франківську, Чернівцях, Києві і використовується на даний час [4].

Слід відзначити, що в інших вищих навчальних закладах були видані навчальні посібники з фармако-економіки [10, 15].

За результатами апробації навчального посібника “Основи фармако-економіки” з урахуванням тенденцій розвитку фармако-економіки у світі, нами видано перший в Україні підручник “Фармако-економіка” (2007), підготовлений за вимогами кредитно-модульної системи навчання студентів [8].

З урахуванням накопиченого нами досвіду та відповідно до типової навчальної програми передатестаційних циклів зі спеціальності “Організація та управління фармацією”, яка включає тематику з фармако-економіки, було видано перший навчальний посібник “Фармако-економіка” для післядипломної освіти провізорів-інтернів та слухачів факультетів післядипломної освіти, який затверджений МОЗ України (2007) [7].

На нашій кафедрі під час передатестаційних циклів провізори послідовно ознайомлюються з історією розвитку фармако-економіки, її об’єктами, предметом досліджень, зв’язками з іншими фармацевтичними, медичними науками. Детально вивчають терміни за вимогами Міжнародного товариства фармако-економічних досліджень (ISPOR) на основі офіційного видання “Словник термінів ISPOR”. Знайомляться з методами фармако-економічного аналізу лікарських засобів “вартість-ефективність”, “мінімізація вартості”, “вартість-користь”, “вартість-вигода”, “вартість захворювання” та використання їх результатів для оптимізації фармакотерапії. Значна увага приділяється вивченню принципів формулярної системи лікарського забезпечення. Це особливо актуально відповідно до положень Концепції розвитку фармацевтичного сектора на 2011–2020 рр. яка передбачає застосування фармако-економіки та формулярної системи в Україні.

Слід відзначити, що проводиться диференціація викладання навчального матеріалу з фармако-економіки: слухачам зі спеціальності “Організація та управління фармацією” більша увага приділяється питанням з організації формулярного забезпечення хворих, визначення потреби в препаратах. Провізори зі

спеціальності “Загальна фармація” одержують більше інформації про фармако-економічні аспекти фармако-терапії поширених захворювань для подальшого застосування знань з метою надання обґрунтованих рекомендацій хворому щодо ефективного та економічно вигідного лікарського засобу.

На практичних та семінарських заняттях провізори оволодівають вміннями фармако-економічної оцінки лікарських засобів, обчислюють коефіцієнти “витрати-ефективність” препаратів для лікування поширених захворювань.

За рішенням Міжнародного товариства фармако-економічних досліджень (ISPOR) (2008), яке координує розвиток практичних та освітніх напрямів фармако-економіки у провідних країнах, було створено Український відділ Міжнародного товариства фармако-економічних досліджень (USPOR). Для діяльності відкрито україномовну веб-сторінку [www.uspor.org](http://www.uspor.org), на якій представлені інформаційні матеріали про діяльність цієї міжнародної організації та навчальні матеріали, наукові статті про теоретичні напрями та результати фармако-економічних досліджень в Україні.

З 2008 року на кафедрі систематично проводяться науково-практичні конференції для провізорів на тему “Фармако-економіка в Україні”, на яких розглядаються актуальні питання розвитку фармако-економічних досліджень у європейських країнах, використання їх результатів при відшкодуванні вартості ліків за даними європейських конгресів Міжнародного товариства фармако-економічних досліджень, а також напрями впровадження фармако-економіки і формулярної системи в Україні.

Для реалізації вимог наказу МОЗ України № 484 від 07.07.2009 р. “Про затвердження змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах” і забезпечення засад неперервної освіти провізорів на кафедрі систематично проводяться науково-практичні конференції, які сприяють удосконаленню знань аптечних працівників і надають бали для отримання кваліфікаційної категорії. Так, у квітні 2010 року на кафедрі організації і економіки фармації та технології ліків ФПДО ЛНМУ ім. Данила Галицького відбулась 5-та конференція “Фармако-економіка і формулярна система в Україні”, проведена вченими кафедри та за участю близько 100 завідувачів аптек, спеціалістів з організації та управління фармацією, провізорів загальної фармації Львівської області та Львівської обласної аптечної корпорації [2].

Для функціонування системи неперервної освіти з фармако-економіки нами було створено і затверджено навчальний план та навчальну програму для провізо-

рів з урахуванням вимог наказу МОЗ України № 484 від 07.07.2009 р. “Зміни до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах, затвердженого наказом МОЗ України № 73 від 18.05.94” [1, 12, 13]. У цих навчально-методичних матеріалах структуровано за модулями теми з фармакоекономіки для самостійного вивчення провізорів.

Нами впроваджено систему неперервної освіти з фармакоекономіки провізорів у період між циклами. Після проходження атестації провізори продовжують використовувати навчальні матеріали з термінології, теорії розвитку фармакоекономіки з веб-сторінки [www.uspor.org](http://www.uspor.org). Якщо відсутній доступ до Інтернету, то ознайомлюються з публікаціями у фахових журналах “Фармацевтичний журнал”, “Клінічна фармація”, “Фармацевт-Практик”, “Провізор” та оволодівають термінологією науки, проводять моніторинг сучасних напрямів діяльності ISPOR. При цьому провізори самостійно поглиблюють свої знання з питань термінології Міжнародного словника термінів – ISPOR BOOK of Terms, який представлено на Інтернет-сторінці. Також для підвищення рівня інформованості про фармакоекономіку для практичних провізорів можливою є участь у конференціях, які проводяться на кафедрі організації і економіки фармації та технології ліків ЛНМУ ім. Данила Галицького щорічно. Так, у квітні 2010 року була проведена 5-та науково-практична конференція “Фармакоекономіка в Україні”, в якій брали участь більше 100 практичних провізорів.

#### Література

1. Безперервна професійна освіта з фармакоекономіки для провізорів зі спеціальностей “Організація та управління фармацією”, “Загальна фармація” між передатестаційними циклами : методичні рекомендації / О. М. Заліська, М. В. Слабий, Б. Л. Парновський, І. Г. Мудрак. – Львів : ЛНМУ імені Данила Галицького, 2009. – 18 с.
2. Дедишина Л. Навчатися – кожного дня // Фармацевт-Практик. – 2010. – № 6. – С.19–21.
3. Заліська О. М. Основи фармакоекономіки: навч. пос. / О. М. Заліська ; за ред. Б. Л. Парновського. – Львів, 2002. – 364 с.
4. Заліська О. М. Теоретичні основи та практичне використання фармакоекономіки в Україні : автореф. дис... канд. фарм. наук : 15.00.01/ Технологія ліків та організація фармацевтичної справи / О. М. Заліська. – Львів, 2004. – 33 с.
5. Заліська О. М. Уніфіковані стандарти медичних технологій як база фармакоекономічних досліджень в Україні / О. М. Заліська, Б. Л. Парновський, М. В. Слабий // Ліки України. – 2000. – № 9. – С.13–14.
6. Заліська О. М. Фармакоекономіка : навч. пос. / О. М. Заліська ; за ред. Б. Л. Парновського. – Львів : Простір-М, 2000. – Ч. 1. – 64 с.; Ч. 2. – 71 с.

У період між циклами провізори ознайомлюються з методами фармакоекономічного аналізу “мінімізація вартості” та “вартість-ефективність”, використовуючи журнали: “Аптека Галицька”, “Фармацевт-Практик”, “Фармацевтичний журнал”, “Провізор” тощо та матеріали на веб-сторінці.

Слід відзначити, що лекції та семінарські заняття з фармакоекономіки за 2000–2011 навчальні роки було проведено для більш як 11 000 провізорів і провізорів-інтернів Волинської, Львівської, Івано-Франківської, Закарпатської, Рівненської, Тернопільської, Хмельницької, Чернівецької областей.

**Висновок.** Реформування вищої фармацевтичної освіти відповідно вимог Болонської декларації повинно сприяти підготовці провізорів з сучасних дисциплін, оволодіння новітніми технологіями здобуття нових знань при використанні кредитно-модульної системи навчання. Впровадження системи неперервної освіти провізорів з використанням дистанційного навчання свідчить про актуальність і доцільність оволодіння навичками фармакоекономічного аналізу у системі післядипломної підготовки провізорів.

Сучасний провізор має вільно орієнтуватися у науковій інформації, вміти відрізнити матеріали сумнівної цінності від достовірних і корисних даних, які служать основою прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я та при допомозі індивідуальному хворому.

7. Заліська О. М. Фармакоекономіка : навч. пос. / О. М. Заліська ; за ред. Б. Л. Парновського. – Львів : Афіша, 2007. – 400 с.
8. Заліська О. М. Фармакоекономіка : підручник / О. М. Заліська ; за ред. Б. Л. Парновського. – Львів : Афіша, 2007. – 376 с.
9. Заліська О. М. Фармакоекономіка: теорія і практика / О. М. Заліська // Фармац. журн. – 2000. – № 2. – С.10–16.
10. Заліська О. М. Теоретичні основи фармакоекономіки та їх використання в урологічній практиці / О. М. Заліська, Б. Л. Парновський // Клінічна фармація. – 2000. – Т.4, №4. – С.40–44.
11. Мостовий Ю. М. Фармакоепідеміологічні та фармакоекономічні дослідження у медицині: навч. пос. / Ю. М. Мостовий, І. Г. Томашкевич, Т. В. Константинович-Чічирельо. – Вінниця, 2003. – 79 с.
12. Навчальна програма безперервної освіти з фармакоекономіки для провізорів зі спеціальностей “Організація та управління фармацією”, “Загальна фармація” між передатестаційними циклами / О. М. Заліська, М. В. Слабий, Б. Л. Парновський, І. Г. Мудрак. – Львів : ЛНМУ імені Данила Галицького, 2009. – 19 с.

13. Наказ МОЗ України № 484 від 07.07.2009 р. “Зміни до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах, затвердженого наказом МОЗ України № 73 від 18.05.94”. – Режим доступу - [www.moz.gov.ua/documents/](http://www.moz.gov.ua/documents/)

14. Слабий М. В. Обґрунтування системи безперервного навчання провізорів в Україні на прикладі фармако-економіки / М. В. Слабий, О. М. Заліська, Б. Л. Парновський // Медична освіта. – 2008. – № 4. – С. 45–48.

15. Сучасні питання розвитку вищої медичної освіти та кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я / М. В. Банчук, О. П. Волосовець, І. І. Феценко, Т. І. Чернишенко // Медична освіта. – 2008. – № 2. – С. 5–11.

16. Яковлева Л. В. Фармакоэкономика : уч. пос. / Л. В. Яковлева, Н. В. Бездетко, О. О. Герасимова. – Х. : Изд-во НФаУ, 2006. – 119 с.

17. Education in pharmacoeconomics: an international multidisciplinary view / K. L. Rascati, M. F. Drummond, L. Annemans, P. G. Davey // Pharmacoeconomics. – 2004. – № 22. – P.139–147.

18. Rotger R. Trends, Perspectives and Pharmacy Education / R. Rotger // International Pharmacy Journal. – 2008. – Vol. 1, № 8. – P.11–12.

19. FIP and WHO move forward in developing pharmacy education C. Anderson, I. Bates, D. Beck [et al.] // International Pharmacy Journal. – 2008. – Vol. 1, № 8. – P. 3–5.